

تاثیر هنردرمانی ماندالا بر کاهش اضطراب، در زنان مبتلا به سوءمصرف مواد

محدثه صابری تیلکی^۱، سیده علیا عمادیان^۲، ابراهیم محمدیان آکردی^۲، گلین مهدی نژاد گرجی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۶/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۸/۲۰

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین بررسی تاثیر هنردرمانی ماندالا، بر کاهش اضطراب در زنان مبتلا به سوءمصرف مواد انجام شد. **روش:** طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به سوءمصرف مواد در شهرستان ساری بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از مبتلایان بودند که به روش نمونه گیری غیر تصادفی در دسترس از بین معنادان مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد زنان انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. برای ابزار پژوهش از مقیاس خودسنجی اضطراب زانک استفاده شد. هنردرمانی ماندالا به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای برای گروه آزمایش ارائه شد و گروه گواه تحت هیچ مداخله درمانی قرار نگرفت. **یافته ها:** نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد میانگین نمرات اضطراب در گروه آزمایش به طور معناداری کمتر از گروه گواه بود. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج پژوهش، از هنردرمانی ماندالا می توان به عنوان یک راهکار غیر دارویی موثر برای کاهش اضطراب، در زنان مبتلا به سوءمصرف مواد استفاده نمود.

کلید واژه ها: هنر درمانی، ماندالا، اضطراب، سوءمصرف مواد، زنان

۱. دانشجوی روانشناسی تربیتی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران. پست الکترونیک:

emadian2012@yahoo.com

۳. دکتری روانشناسی عمومی، مدرس، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۴. دکتری روانشناسی تربیتی، عضو باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

مقدمه

امروزه اعتیاد یک مسئله جهانی شمرده می‌شود. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، هر ساله در سراسر جهان حدود ۲۰۰ میلیون نفر در سنین بین ۴۶-۱۵ سالگی حداقل یک داروی غیرقانونی مصرف می‌کنند که از این میان ۲۵ میلیون نفر در رده‌ی سوء مصرف کننده مواد طبقه‌بندی می‌شوند (حق‌گویی، نیلی، آرمان مهر و مرادی، ۱۳۹۴). پیمایش ملی سلامت روان نشان داد که حداقل ۲/۸ درصد از جمعیت ۶۴-۱۵ ساله کشور مبتلا به اعتیاد یا سوء مصرف مواد غیرقانونی یا اعتیاد هستند (شریفی و همکاران، ۲۰۱۵). نتیجه یک بررسی بین‌المللی که در رابطه با مصرف مواد در زنان انجام شد بیانگر این بود که ۱۰ درصد جمعیت افراد معتاد بزرگسال در کشورهای آسیایی را زنان تشکیل می‌دهند همین‌طور ۲۰ درصد در کشورهای پس از فروپاشی اتحاد جماهیر شوروی و آمریکای لاتین، و تا ۴۰ درصد در آمریکای شمالی و در چندین کشور اروپایی بوده است. به طور کلی زنان، الکل و مواد مخدر غیر قانونی کمتری نسبت به مردان مصرف می‌کنند؛ اما برخی محققان اظهار کردند که مشکلات مربوط به سوء مصرف مواد در میان زنان، نسبت به مردان با شدت و سرعت بیشتری رخ می‌دهد (عباسی و محمدخانی، ۲۰۱۶).

در یک آزمایش عصبی شیمیایی، بررسی سیستم‌های دوپامینرژیک و سروتونرژیک، تفاوت در ماده سفید و خاکستری را نشان داد اما نتایج آزمایشات بالینی متمایز به نظر می‌رسید. از دو دیدگاه علم آسیب‌شناسی روانی و عصب‌شناسی، اختلافاتی بین یافته‌های عصبی و ژنتیکی وجود دارد. از نظر خطر ابتلا به فشار خون و آسیب‌های روانی و اعتیادهای رفتاری در خانواده‌ها، سابقه خانوادگی و داده‌های ژنتیکی نشان از وراثت‌پذیری دارد. یافته‌ها حاکی از اختلاف بین عصب‌شناسی و عوامل ژنتیکی در ماده و رفتار است (لیمن و پوتنزا^۱، ۲۰۱۳). اعتیاد به مواد مخدر تهدیدی جدی برای ساختارهای فرهنگی، بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی است و تعادل و توسعه جوامع را بر هم می‌زند و منابع بسیار انسانی، اقتصادی و اجتماعی را هدر می‌دهد. اعتیاد همچنین باعث تغییر تفکر، احساس و رفتار و آسیب‌های روان‌شناختی و اجتماعی است که می‌تواند به راحتی زندگی، خانواده

و جامعه فرد را نابود کند. بنابراین بهترین راه برای مقابله با این مشکل این است که برنامه‌هایی ایجاد شود تا افراد بتوانند مهارت‌ها و صلاحیت‌های خود را افزایش دهند (نوری‌پور، زاده‌محمدی، دستراس و سرگلزائی، ۲۰۱۴). از جمله متغیرهای مرتبط و قابل مشاهده در افراد معتاد به مواد مخدر متغیر اضطراب می‌باشد. اضطراب یک احساس هراس و دلواپسی است که می‌تواند باعث عدم اطمینان، در ماندگی و برانگیختگی فیزیولوژی فرد شود. اثرات مخرب اضطراب شامل احساس گیجی، منگی و سردرگمی تا جایی که فرد توان کنترل خود را ندارد و احساس تسلیم و ناتوانی، احساس خستگی، کوبیدگی، ضعف جسمانی، سردرد، درد قفسه سینه، درد پا یا دست، درد شکم و سوءهاضمه، تنیدگی و برانگیختگی از اثرات مخرب اضطراب بر جسم است. آثار مخرب اضطراب بر تن و روان با مشغولیت فکری بیش از حد و بی‌توجهی بیش از اندازه به سایر امور و بدبین شدن نسبت به امور همراه است. اثرات مخرب آن بر رفتار شامل مختل شدن رفتار، وابسته شدن به دیگران و از دست دادن اعتماد به نفس فرد است (ناهدی، خادمی، اریسیان و پورحسین قلی، ۱۳۹۴). از لحاظ زیست شناختی صفت اضطراب یک فنوتایپ^۱ (رخ مون) ارثی می‌باشد که از توزیع عادی پیروی می‌کند. علائم اضطراب ناشی از تعامل عوامل زیست-روان‌شناختی اجتماعی^۲ است. از جمله آسیب‌پذیری ژنتیکی تنیدگی^۳ و تروما^۴ که باعث ایجاد سندرم‌های بالینی قابل توجهی می‌شوند (کنتراس، هایر، چاواریا و راونتوس^۵، ۲۰۱۸). از نظر روان‌شناسی درک منفی از آنچه که رخ می‌دهد (مانند عدم توانایی درک شده برای مقابله) و چیزی که می‌تواند رخ دهد احساسات منفی مثل اضطراب یا افسردگی را افزایش می‌دهد (چراد، ترونسکی و کایسر^۶، ۲۰۱۱)

اعتیاد در زنان علاوه بر ایجاد بیماری‌های سوء تغذیه، فشار خون بسیار بالا و سرطان، آنان را در معرض بیماری‌های خطرناکی مانند هپاتیت و ایدز قرار می‌دهد. احتمال ابتلاء

1. Phenotype

2. Bio-psychosocial

3. Stress

4. Trauma

5. Contreras, Hare, Chavarría, & Raventós

6. Schrade, Tronsky, & Kaiser

زنان معتاد به بیماری‌های ایدز و دیگر بیماری‌های ناشی از روابط جنسی غیرایمن بیشتر از مردان است. همچنین احتمال ابتلاء زنان معتاد به بیماری‌های خاص زنان و معضلات آن بیشتر از زنان سالم است. در زمینه موانع درمان بر اساس نگرش اجتماعی و فرهنگی به اعتیاد، زنان بیشتر از مردان در معرض برچسب منفی اجتماعی هستند. نگرش منفی به زن معتاد، یک مانع عمده در درمان آن‌ها محسوب می‌شود. همچنین مراقبت از بچه‌ها، مانعی دیگر برای درمان آنان می‌باشد. این در حالی است که احتمال حمایت زنان را برای ترک مواد، در مقایسه با مردان کمتر می‌باشد. برنامه‌های درمانی نیز اغلب به طور ناخواسته، موانعی را در راه درمان زنان ایجاد می‌کنند. موانع مالی، تشریفات زاید اداری، متمرکز بودن برنامه‌های درمانی برای مردان و فقدان حساسیت درباره اعتیاد زنان از جمله این موارد هستند (خواجه دلویی و دادگر مقدم، ۱۳۹۲). آنچه مسلم است این است که زنان معتاد بسیار آسیب‌پذیرتر از مردان معتادند؛ چرا که مصرف مواد در زنان اغلب با آسیب‌های اجتماعی دیگری از جمله فرار از خانه، تجاوز و فقر توأم است. از سوی دیگر زمانی که یک زن معتاد می‌شود، تنها خود گرفتار پیامدهای فردی و اجتماعی آن نمی‌شود. فرزندان و خانواده را نیز تحت تاثیر قرار داده و ستون خانواده سست می‌شود (ابراهیمی و فتاحی، ۱۳۹۰).

هدف مراقبت از بیماران بستری مبتلا به سوءمصرف مواد، صرفاً درمان دارویی یک بیماری خاص یا ترک اعتیاد نیست، بلکه افزایش بینش بیمار نسبت به بیماری‌اش، بالا بردن انگیزه، همچنین بهبود بخشیدن به خودپنداره بیمار، برای یک زندگی معنادار می‌باشد. بنابراین انگیزه دادن به این بیماران مهم است، تا بپذیرند چه کسی هستند، روابط بین فردی مثبت را حفظ کنند، رفتار خود را کنترل کنند، و توانایی‌های بالقوه خود را برآورده سازند. سلامت ذهنی که همه این مفاهیم در بر دارد، یک عنصر اساسی برای بهبودی و توانبخشی بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد می‌باشد. در حال حاضر درمانگران هنر دریافته‌اند که تمرکز بر مراقبت از سلامت و بهداشت روانی، می‌تواند از اهداف اصلی درمان غیر دارویی در بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد باشد. از نکات مثبت قابل ذکر در هنردرمانی، بهبود و احیای عملکرد بهینه بیمار در سطوح مختلف عاطفی، اجتماعی و روانی، سازگاری با

شرایط و اثر بخشی شخصی می‌باشد. امروزه هنردرمانی به عنوان یک روش درمانی تلقی می‌شود که بر مبنای رویکرد غیر کلامی است که شامل چندین روش درمانی می‌باشد. با استفاده از این رویکرد از طریق مشارکت فعال یا غیر فعال برای ارتقاء سلامت و تسهیل بهبودی بهره می‌گیرند (گاتا، گالو و ویانلو^۱، ۲۰۱۴). درمان‌های هنری مانند قصه، نمایش، موسیقی، رقص و حرکت درمانی، و درمان روانی - حرکتی به طور فزاینده‌ای در محیط‌های روان‌درمانی و روان‌پزشکی به عنوان کمکی یا جایگزین دارودرمانی در کنار روان‌درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند. قصه درمان‌گرها^۲ از روش‌هایی مانند بازی، ماسک، بداهه‌سازی، متن و اشعار استفاده می‌کنند. نقش بازی کردن به بیمار و درمانگر امکان بازی با واقعیت و آزمایش و بررسی حقایق زندگی واقعی را می‌دهد. هنردرمان‌گرها^۳ از روش‌های هنری مانند نقاشی، کار کردن با گل، چوب یا سنگ استفاده می‌کنند. هنردرمانی برای درمان بیمارانی که مرتکب جرم شده‌اند، به دنبال ایجاد یک محصول هنری است که در آن "فرایندهای داخلی" به شکل عینی تبدیل می‌شوند که این شکل می‌تواند به بیمار کمک کند تا وقایع، افکار و احساساتی را که منجر به جرم شده را درک کند. درمان‌گران موسیقی از ابزارهای موسیقی، آواز، آهنگ‌سازی، پرکاشن و ... استفاده می‌کنند (ون دن بروک، کولن د واس، برنستین^۴، ۲۰۱۱). در سال‌های اخیر گرایش به درمان‌های تکمیلی و جایگزین افزایش یافته و به عنوان یک درمان فرعی و الحاقی و به طور کلی به عنوان درمان‌های حمایتی در بسیاری از مراکز درمانی و مراقبتی رو به افزایش است (کلی^۵، ۲۰۰۴؛ به نقل از سلیمانی و صنوبر، ۱۳۹۴). در مشرق زمین ماندالا^۶ بارزترین نماد تأمل و مکاشفه است و از نظر یونگ^۷ بیانگر وصلت آگاهی و ناآگاهی و تمامیت روانی است و تصویر خدا و خویش است. زیرا این دو از یکدیگر متمایز نیستند (مورنو^۸، ۱۳۸۸). ماندالا یا دوایر متحدالمرکز، آخرین مرحله تکامل درونی یا هماهنگی معنوی‌اند. تحول و تکامل مربع به دایره در ماندالا شبیه به تکامل

1. Gatta, Gallo, & Vianello
2. Drama therapists
3. Art Therapists
4. Van den Broek, Keulen-de Vos, & Bernstein

5. Kelly
6. Mandala
7. Jung
8. Moreno

یافتن تبلور مکانی نیروانا به مرحله معلوم بودن اصلیت است که در شرق همان عبور از زمین و رفتن به آسمان است. دایره با حرکت پویای خود نمایانگر تغییرات زمینی است (هوهنه گر^۱، ۱۳۷۶). به طور خاص، هنردرمانی ماندالا که به مردم این امکان را می‌دهد تا به افکار و احساسات خود توجه کنند، به طور فزاینده‌ای توسط بخش روان‌پزشکی به عنوان یک برنامه فعالیت مفید برای بیماران روانی که باید واقعیت و تخیل خود را ادغام کنند، مورد پذیرش قرار گرفته است. ماندالا، یک کلمه مرکب در سانسکریت (یک زبان در هند باستان) می‌باشد که شامل کلمات "ماندا" (به معنای مرکز) و "لا" (به معنای موفقیت) است، به افراد در مورد مرکز و ماهیت آن‌ها، صادق بودن با خودشان، و دستیابی به یک جوهر صلح‌آمیز اشاره می‌کند. نقاشی‌های بیماران در این دایره‌ها نشان دهنده آن چیزی است که در آن لحظه از نقاشی به آن فکر می‌کنند و به آن‌ها کمک می‌کند تا با تمرکز بر روی عمل نقاشی، آنچه را که تجربه کرده‌اند را فراموش کرده و خود را رها کنند. در نتیجه هنردرمانی ماندالا می‌تواند به بیماران روانی کمک کند تا بخش‌های مختلف خود را یکپارچه کرده، ماهیت زندگی خود را درک کنند، و یک زندگی‌ای را هدایت کنند که بیشتر بر روی خود متمرکز است (کیم، کیم، چویی و کیم^۲، ۲۰۱۸). در پژوهشی که توسط روزرخ و امیرفخرایی (۱۳۹۶) انجام شد، نتایج نشان داد که رنگ‌آمیزی درمانی با طرح‌های ماندالا باعث کاهش اضطراب در دانش‌آموزان دختر شده است. در همین راستا مگراناهان و لینسکی^۳ (۲۰۱۸) در یک بررسی نظام‌مند نشان دادند هنردرمانی، سوءاستفاده از مواد را کاهش می‌دهد. نتایج تحقیق لبادی و همکاران (۱۳۹۱) بر روی دختران عادی و بزهدکار نیز نشان داد رنگ‌آمیزی درمانی با استفاده از ماندالا بر کاهش اضطراب موثر است. بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده، و فراگیر شدن مسئله اعتیاد در بین جامعه زنان و تبدیل شدن به یک تهدید جدی برای ساختارهای فرهنگی، بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی کشور؛ همچنین عوارض ناشی از اعتیاد از جمله شیوع اضطراب جدی است؛ و از آنجایی که درمان‌های دارویی و بستری شدن‌های طولانی مدت برای

بیمار هزینه‌های بالایی دارد و هنردرمانی این مشکلات را در پی ندارد هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر هنردرمانی ماندالا بر کاهش اضطراب در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد می باشد.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل زنان مبتلا به سوء مصرف مواد شهرستان ساری در سال ۱۳۹۷ بودند که از بین مراجعه‌کنندگان به کمپ ترک اعتیاد زنان کنام ققنوس ساری انتخاب شدند. با توجه به مصاحبه تخصصی توسط روان‌شناس و مسئول کمپ، ابتدا پس از بررسی پرونده‌ها و ارزیابی معیارهای ورود و خروج و به شیوه‌ی غیر تصادفی و در دسترس، ۳۰ زن مبتلا انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن ۲- سن بین ۲۰ تا ۳۵ سال ۳- عدم ابتلا به مشکلات جسمانی شدید خاص یا اختلالات حاد روانی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱- تمایل نداشتن به ادامه درمان ۲- داشتن بیش از دو جلسه غیبت. لازم به ذکر است که گمنام بودن مبتلایان و سابقه‌ی آنها، آزادی انتخاب شرکت در آزمون‌ها و اختیاری بودن ادامه یا انصراف از پژوهش از شرایط اخلاقی رعایت شده بود.

ابزار

مقیاس خودسنجی اضطراب زانک: این مقیاس در سال ۱۹۷۰ تدوین شده و دارای ۲۰ گویه است. ملاک‌های تشخیص در این پرسش‌نامه دارای ۵ نشانه هیجانی و ۱۵ نشانه بدنی است. امتیاز این مقیاس نسبت به مقیاس‌های مشابه در این است که مراجع یا مددجو کمتر می‌تواند شیوه خاصی را در پاسخ‌هایش به سوالات دنبال کند؛ زیرا از ۲۰ سوال استفاده شده است. در این مقیاس، تعدادی از سوالات (۱۶ سوال) بر نشانگان مثبت و برخی دیگر (۴ سوال) بر نشانگان منفی، تاکید دارند. سوالاتی که بر نگرش منفی تاکید دارند شامل سوالات (۱۹-۱۳-۹-۵) بوده و نمره این سوالات به ترتیب از هیچگاه یا به ندرت (۴)،

گهگاه (۳)، بیشتر اوقات (۲)، و دائم یا تقریباً همیشه (۱)، تشکیل می‌شود. نحوه ساختار مقیاس زانک طوری است که در این مقیاس، افراد با اضطراب کمتر نمره پایین‌تر و آن‌هایی که اضطراب بیشتری دارند، نمره بالاتری را دریافت می‌کنند. در موقع نمره‌گذاری، اگر نوع سوالات مثبت باشد، به گزینه هیچگاه یک نمره و به بقیه به ترتیب، دو، سه و چهار نمره داده می‌شود. ولی اگر سوال منفی باشد، برعکس حالت فوق، به گزینه دائم یا تقریباً همیشه، یک نمره و به گزینه هیچگاه، چهار نمره داده می‌شود. در این مقیاس حداکثر نمره ۸۰ است، نمره هر فرد برابر مجموع نمرات یا حداقل ارزش‌های به دست آمده از هر یک از سوالات است. میزان اضطراب هر پاسخ‌نامه برابر است با نمره خام (نمره به دست آمده تقسیم بر ۸۰ ضربدر ۱۰۰). در مورد روایی این پرسش‌نامه، مطالعات چندی صورت گرفته و نتایج حاصل حاکی از آن می‌باشد که این پرسش‌نامه در سطح معنادار، پیوسته بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی را از سایر طبقات متمایز می‌کند. در این مطالعات که بیانگر همبستگی بین مقیاس اضطراب هامیلتون (۱۳۵۹) و مقیاس اضطراب زانک بود، از روش همبستگی پیرسون استفاده شد (این ضریب برابر ۰/۷۱ معرف ضریب همبستگی مطلوبی می‌باشد). ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است (ایروین کوتاش و همکاران، ۱۹۸۷؛ نقل از ساعتچی و همکاران، ۱۳۸۹).

روش اجرا

بعد از تقسیم افراد به دو گروه آزمایش و گواه، در مرحله بعد پیش‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد و گروه آزمایش، آموزش هنر درمانی ماندالا را در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) دریافت کرد. تمام جلسات از قبل با آن‌ها هماهنگ شد و زنان مبتلا به سوء‌مصرف مواد به موقع در جلسات حضور یافتند. در طول ۸ هفته آموزش، شرکت‌کنندگان در فاصله بین جلسات و حین انجام تکالیف خانگی به صورت تلفنی با درمانگر در ارتباط بودند (از طریق مسئول کمپ) و راهنمایی می‌شدند. از هر دو گروه بعد از گذشت یک هفته از اتمام جلسات آموزشی، پس‌آزمون گرفته شد. در این پژوهش،

جلسات مداخله درمانی برگرفته از پروتکل‌های کلنگ^۱ و فینچر^۲ (مابهان^۳، ۲۰۰۵)، خامسان، رجب‌پور و رادمهر (۱۳۹۵)، لبادی و رونقی (۱۳۸۸)، شاملا آموزش مجموعه‌ای از رنگ آمیزی طرح‌های متفاوتی از ماندالا بود که بر اساس تعداد جلسات به ساده، متوسط و سخت تقسیم‌بندی شد. در هر جلسه ده طرح ماندالا به صورت پرینت کمرنگ به افراد ارائه شد و آن‌ها حق داشتند یک طرح را که بیشتر مورد علاقه‌شان بود انتخاب کنند. در جلسه اول که همان پر رنگ کردن خطوط محیطی ماندالا بود، از آن‌ها خواسته شد هر کاری دوست دارند انجام دهند. هیچ توضیح یا آموزشی داده نشد. در این مرحله بیشتر آشنایی با کار و طرح‌ها مورد توجه بود. در جلسات بعد، از آن‌ها خواسته شد هنگام رنگ آمیزی به صحبت‌های درونی خود توجه کنند و در حین رنگ آمیزی پشت برگه‌شان در مورد تمامی افکار منفی که به ذهن‌شان می‌رسد بنویسند. در پایان همگی متوجه افکار منفی و صحبت‌های درونی خود شدند. در جلسات پایانی از آن‌ها خواسته شد تا حین رنگ آمیزی افکار منفی خود را با افکار مثبت جایگزین کنند. افکار و واگویه‌های درونی همه آن‌ها تا پیش از شروع رنگ آمیزی به طور کامل منفی بود، جملاتی نظیر: (من تنها هستم. من فقط لایق مردن هستم. از همسر و فرزندانم نفرت دارم. از کمپ بیزارم. هیچ کس مرا دوست ندارد. از خودم متنفر هستم.). بعد از اتمام دوره درمان با طرح‌های ماندالا افکار و احساسات منفی جای خود را به افکار مثبت دادند. با این جملات در پشت برگه‌ها کار شرکت کنندگان به پایان رسید: (من خودم را دوست دارم. من می‌توانم ترک کنم. من فرزندانم را دوست دارم. من قابل احترام هستم. من شما را دوست دارم. من هنر و ماندالا را دوست دارم. من یک بیمار هستم نه مجرم. من از همسر معتادم جدا می‌شوم و هیچ وابستگی دیگری ندارم. من تنها نیستم. من به درمان در کمپ ادامه خواهم داد). در پایان از افراد، آزمون اضطراب زنانک گرفته شد. خلاصه‌ای از محتوای جلسات درمان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه‌ای از محتوای جلسه‌های هنردرمانی با تاکید بر ماندالا

جلسه‌ها	موضوع	شرح جلسه	تکلیف روز
اول	آشنایی و ایجاد ارتباط اولیه	معرفی درمانگر، معرفی هنردرمانی، معرفی ماندالا	نگاه به درون، نقاط قوت و نقاط ضعف
دوم	پر کردن پرسش‌نامه‌ها (پیش‌آزمون)	صحبت درباره چگونگی پاسخ به پرسشنامه‌ها، دلیل برگزاری این آزمون	توجه کامل به سوالات خواسته شده از شرکت‌کننده و تفکر نسبت به سوالات
سوم	طرح‌های ماندالا	طرح‌ها به همراه ابزار رنگ‌آمیزی در اختیار افراد قرار گرفت.	طرح‌ها با اتود مدادی، همراه با واگویه‌های منفی انجام شد.
چهارم	طرح‌های ماندالا پیچیده‌تر می‌شود. شناسایی نوع اضطراب (اضطراب مرگ، جدایی، بیماری و...)	طرح‌ها جا به جا می‌شود، در تمامی بیماران اضطراب دیده می‌شود و بخش جدایی‌ناپذیر از زندگی‌شان شده است.	طرح‌های اتودی ادامه دارند، افراد با هم مشارکت دارند و تجربه‌های خود را به اشتراک می‌گذارند.
پنجم	اتود مدادی و واگویه‌ها	در طرح‌های مدادی، گفت‌وگو درونی بیشتر به سمت منفی شکل گرفته است.	سعی شده افکار منفی کمتر شود و افکار مثبت جایگزی شود.
ششم	استفاده از مداد رنگی	نگاه جدید به نقاط مثبت و توانایی‌ها، تعریف خویشتن، دوستی و شفقت به خود.	افکار مثبت، جایگزین افکار منفی شده‌اند. افراد شفقت به خود را یاد گرفتند.
هفتم	دنیای رنگ و شفقت به خود	آزمودنی می‌پذیرد که باید درمان را به پایان برساند.	من تا جلسه ی آینده ماندالای درون خود را با بهترین رنگ‌های زندگی تکمیل می‌کنم.
هشتم	ماندالای درون و پس‌آزمون	آخرین ماندالا کشیده می‌شود و افراد واگویه‌های آخر خود را در پشت ماندالا می‌نویسند.	افکار و جملات مثبت ماندگار شده‌اند.

یافته‌ها

در هر دو گروه سن شرکت‌کنندگان از ۲۰ سال تا ۳۵ سال بوده که ۵۰٪ در گروه سنی ۲۰ تا ۲۵ سال، ۳۳/۳٪ در گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال و ۱۶/۷٪ در گروه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال قرار داشتند. از نظر تحصیلات هر دو گروه از ابتدایی تا دیپلم بودند که ۵۰٪ از دارای

تحصیلات ابتدایی، ۲۰٪ راهنمایی و ۳۰٪ بودند. آماره‌های توصیفی اضطراب به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی اضطراب به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها	نوع آزمون	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۲/۲۵	۰/۲۹۷
	پس آزمون	۱۵	۱/۶۹	۰/۲۹۴
گواه	پیش آزمون	۱۵	۲/۰۷	۰/۳۰۵
	پس آزمون	۱۵	۱/۹۳	۰/۳۶۷

برای بررسی تاثیر مداخله درمانی بر کاهش اضطراب می‌بایستی از تحلیل کواریانس تک متغیره (آنکوا) استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل نرمال بودن توزیع داده‌ها بود. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد در پیش آزمون اضطراب ($Z=0/75, P>0/05$) و پس آزمون ($Z=0/71, P>0/05$) شرط نرمال بودن برقرار است. مفروضه‌ی دیگر برابری واریانس‌های خطا است. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این مفروضه داشت ($F=0/02, P>0/05$). بنابراین تحلیل کواریانس تک متغیره انجام شد و نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی تاثیر مداخله درمانی بر کاهش اضطراب

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون	۰/۴۸۴	۱	۰/۴۸۴	۴/۹۹۲	۰/۰۳۴	۰/۱۵۶
گروه	۰/۷۰۸	۱	۰/۷۰۸	۷/۲۹۹	۰/۰۱۲	۰/۲۱۳
خطا	۲/۶۲۱	۲۷	۰/۰۹۷			
کل	۱۰۲/۰۷۴	۳۰	-			

همان گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود پس از کنترل نمرات پیش آزمون تفاوت معناداری بین میانگین نمرات دو گروه وجود دارد. به بیان دیگر هنردرمانی ماندالا، بر کاهش اضطراب در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد موثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر هنردرمانی ماندالا، بر کاهش اضطراب در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد بود. نتایج نشان داد در افرادی که در هنردرمانی با طرح‌های ماندالا شرکت کرده بودند، سطح اضطراب کاهش یافت. این یافته با یافته‌های پژوهش روزرخ و امیر فخرایی (۱۳۹۶) همسو است. این محققان نشان داده بودند که رنگ آمیزی درمانی با طرح‌های ماندالا می‌تواند هیجانانگیز و افکار درونی را تحت تاثیر قرار دهد و اضطراب را کاهش دهد. همچنین پژوهش حاضر با نتایج پژوهش لبادی، رونقی و طالقانی (۱۳۹۱) در مورد تاثیر هنردرمانی ماندالا بر کاهش اضطراب، همسو است. آن‌ها دریافته‌اند که کاهش اضطراب، در دختران بزهکار، پس از رنگ آمیزی ماندالاها اتفاق افتاده است. همینطور شلا^۱ (۲۰۱۸) در بررسی ۱۹۵ بیمار بستری در بیمارستان آموزشی، کاهش اضطراب را بعد از هنردرمانی نشان داد. نتایج پژوهش یوگراس^۲ و همکاران (۲۰۱۸) نیز با این پژوهش همسو است. این تحقیق تاثیر انواع مختلف موسیقی بر روی اضطراب مزمن بیماران را بررسی کرد. نتایج نشان داد همه‌ی انواع موسیقی بر کاهش اضطراب بیماران اثرگذار است. در تبیین این یافته می‌توان گفت: یکی از مداخله‌های غیردارویی کاهش اضطراب، موسیقی درمانی است که در آن از صدای ریتمیک برای برقراری ارتباط و کسب آرامش و بهبودی استفاده می‌شود (زاده محمدی، ۱۳۸۸). همچنین مطالعه‌ی حبیبی و حناساب زاده (۱۳۹۳) با پژوهش ما ناهمسو بود. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند اجرای هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر زنان یائسه موجب کاهش افسردگی و استرس و افزایش کیفیت زندگی شده لیکن بر اضطراب بی تاثیر بوده است. مشخصه اصلی اختلال اضطراب نگرانی و ترسی است که بیش از حد مورد انتظار است؛ نگرانی‌ها اغلب گسترده هستند، به صورتی که مسائل زندگی روزانه را در بر می‌گیرد و مرکز نگرانی در طی زمان تغییر می‌کند. برای فرد مضطرب کنترل اضطراب مشکل است و این موضوع می‌تواند به کاهش عملکرد اجتماعی و شغلی منجر شود (بیتران و همکاران، ۲۰۰۹)؛ نقل از انصاری زاده و همکاران، (۱۳۹۶). نتایج پژوهش حاضر بیانگر این است که استفاده از هنردرمانی با

طرح‌هایی از ماندالا می‌تواند یک درمان موثر غیر دارویی در کاهش اختلالات همراه با اعتیاد از جمله اضطراب به خصوص در زنان مبتلا به سوء مصرف مواد باشد. معمولاً زنان معتاد در دوره درمان خود و زمانی که در کمپ حضور دارند به دلیل مشکلات ناشی از ترک منزل و دوری از خانواده و همچنین نگرانی از تنها شدن فرزندان‌شان در منزل به سمت اختلالات اضطرابی کشیده می‌شوند و این مسئله زمانی برای آنان ایجاد مشکل می‌کند که افکار منفی با تجارب آسیب‌زای آن‌ها همراه می‌شود. در این پروتکل درمانی محور اصلی درمان تمرکز بر روی افکار منفی بیمار و تبدیل آن به افکار مثبت بود. این شیوه‌ی درمان به بیماران کمک نمود تا افکار مثبت را جایگزین افکار منفی نمایند و با مکتوب کردن واگویه‌های منفی خود در کنار رنگ آمیزی از طریق به اشتراک گذاشتن احساسات خود سعی در بهسازی عملکرد خویش نمودند. آن‌ها پذیرفتند که باید مسئولیت رفتارهای خود را بر عهده بگیرند. با این شیوه‌ی درمانی ما توانستیم بیمار را متوجه‌ی افکار غلط و همچنین مکانیسم‌های دفاعی او در برابر این افکار کنیم. مهم‌ترین محدودیت این پژوهش کم بودن حجم نمونه بود. همچنین جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به سوء مصرف مواد بودند بنابراین در تعمیم‌پذیری نتایج به جمعیت‌های دیگر باید تامل کرد. پایین بودن سطح سواد شرکت‌کنندگان، یکی دیگر از محدودیت‌ها بود. چون پژوهشگر را در انتقال مفاهیم و همینطور پر کردن پرسش‌نامه با مشکل مواجه می‌کرد. پیشنهاد می‌شود این مداخله در گروه مردان نیز مورد اجرا قرار گیرد. با توجه به تاثیر هنر درمانی پیشنهاد می‌شود محققان این مداخله را روی متغیرهای دیگری مانند خوش‌بینی، کنترل تکانه، کاهش پرخاشگری، افزایش خودکارآمدی، و بهبود روابط بین فردی، اجرا کنند.

منابع

ابراهیمی، سیدمحمد؛ فتاحی، مژده (۱۳۹۰). آسیب شناسی اعتیاد زنان. *اصلاح و تربیت*، ۱۵(۱۱۳)،

۸-۳

انصاری‌زاده، مهدی؛ جواهری، محمدحسین؛ و معینان، داود (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری، دارودرمانی و دارونما در کاهش اضطراب بیماران سوء مصرف مواد. *فصلنامه*

اعتیاد پژوهی، ۱۱(۴۴)، ۷۴-۵۹.

حبیبی، مجتبی؛ و حنا سب زاده، مریم (۱۳۹۳). اثربخشی هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب استرس و کیفیت زندگی در میان زنان یائسه. *نشریه سالمند*، ۹(۳۲)، ۳۱-۲۳.

حق گوئی اصفهانی، مرضیه؛ نیلی احمدآبادی، علیرضا؛ آرمان مهر، وجیهه؛ مرادی کله‌لو، نوراله (۱۳۹۴). تجربیات زنده مشارکت کنندگان از عوامل موثر در پلیداری ترک اعتیاد اعضای انجمن معتادان گمنام. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۴(۲)، ۱۲۵-۱۳۶.

حمیدی، فریده (۱۳۹۴). نقش هنردرمانی در توسعه و کارآفرینی. *فصلنامه پژوهش هنر*، ۳(۹)، ۹۰-۸۵.

خامسان، احمد؛ رجب پور عزیزی، زهرا؛ و رادمهر، پرستو (۱۳۹۵). *هنردرمانی، مقیاس عناصر صوری*. تهران: دانژه.

خواجه دلویی، محمد؛ و دادگر مقدم، ملیحه (۱۳۹۲). اعتیاد مادر در بارداری و اعتیاد فرزند در دوران نوجوانی و جوانی. *زنان مامائی و نازائی ایران*، ۱۶(۵۲)، ۱-۷.

روزرخ، زهرا؛ و امیرفخرایی، آریتا (۱۳۹۶). بررسی تاثیر رنگ آمیزی درمانی به روش طرح‌های ماندالا بر اضطراب، خشم و کنترل فکر افراد. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۳(۳)، ۸۷-۱۰۰.

زاده محمدی، علی (۱۳۸۸). *کاربردهای موسیقی درمانی در روان‌پزشکی، پزشکی و روان‌شناسی*. تهران: انتشارات اسرار دانش.

ساعتچی، محمود؛ کامکاری، کامبیز؛ و عسکریان، مهناز (۱۳۸۹). *آزمون‌های روان‌شناختی*. تهران: ویرایش.

سلیمانی، اسماعیل؛ و صنوبر، لاله (۱۳۹۴). اثربخشی موسیقی درمانی بر اضطراب حالت-صفت معتادین در مرحله بازتوانی غیر دارویی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۹(۳۵)، ۱۶۲-۱۴۹.

سهرابی، فرامرز؛ و ناطقی، محبوبه (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افکار خودکشی و تکانش‌گری نوجوانان دارای اعتیاد به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۲)، ۲۲۸-۲۱۳.

لبادی، زهرا؛ رونقی، سیمین؛ و طالقانی، نرگس (۱۳۹۱). بررسی تاثیر رنگ آمیزی درمانی بر کاهش اضطراب و بهبود خود انگاره دختران نوجوان عادی و بزهدکار. *فصلنامه علوم رفتاری*، ۴(۱۴)، ۹۳-۱۱۱.

- لبادی، زهرا؛ و رونقی، سیمین (۱۳۸۸). بررسی تأثیر رنگ‌آمیزی بر کاهش اضطراب و بهبود خود پنداره دختران بزهکار. *مجله اصلاح و تربیت*، ۲۲(۸۸)، ۴۸-۵۶.
- مورنو، آنتونیو (۱۹۷۰). *یونگ، خدایان و انسان مدرن*. ترجمه داریوش مهرجویی (۱۳۸۸). تهران: نشر مرکز.
- ناهدی، فاطمه؛ خادمی، نسیم؛ اریسیان، محمد؛ و پورحسین قلی، اسما (۱۳۹۴). فراوانی اضطراب در قربانیان تجاوز جنسی. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۷(۴)، ۳۱۱-۳۱۸.
- هونه گر، آلفرد (۱۳۷۶). *نمادها و نشانه‌ها*. ترجمه علی صلح‌جو. تهران: وزارت ارشاداسلامی، سازمان چاپ و انتشارات.

References

- Abasi, I., & Mohammadkhani, P. (2016). Family Risk Factors among Women with Addiction-Related Problems: An Integrative Review. *International journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 5(2), 1-5.
- Contreras, J., Hare, L., Chavarría, G., & Raventós, H. (2018). Quantitative genetic analysis of anxiety trait in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 225, 395-398.
- Gatta, M., Gallo, C., & Vianello, M. (2014). Art therapy groups for adolescents with personality disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 1-6.
- Kim, H., Kim, S., Choe, K., Kim, J. S. (2018). Effects of Mandala Art Therapy on Subjective, Well-being, Resilience, and Hope in Psychiatric Inpatients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2(32), 167-173.
- Leeman, R. F., & Potenza, M. N. (2013). A Targeted Review of the Neurobiology and Genetics of Behavioural Addictions: An Emerging Area of Research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 5(58), 260-273.
- Mayhan, A. L. (2005). *From mandala creation to individuation: A personal journey*. Florida State University Libraries. Electronic Theses, Treatises and Dissertations. The Graduate School. 57-58.
- Megranahan, K., & Lynskey, M. T. (2018). Do creative arts therapies reduce substance misuse? A systematic review. *The Arts in Psychotherapy*, 2(57), 50-58.
- Nooripour, R., ZadeMohammadi, A., Dastras, M., & Sargolzaei, M. (2014). The Effectiveness of Life Skills Training on Enhancement of Self-Esteem and Marital Satisfaction among Addicts in Treatment Period. *Research on Addiction*, 8(29), 37-48.
- Schrade, C., Tronsky, L., & Kaiser, D. (2011). Physiological effects of mandala making in adults with intellectual disability. *The Arts in Psychotherapy*, 2(38), 109-113.

- Sharifi Vandad., A., Esmaeili, M., Hajebi, A., Motevalian, A., RadGoodarzi, R., Hefazi, M., & Rahimi-Movaghar, A. (2015). Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: The Iran mental health survey. *Archives of Iranian Medicine*, 18(2), 76-84.
- Shella, T. A. (2018). Art Therapy Improves Mood, and Reduces Pain and Anxiety when Offered at Bedside during Acute Hospital Treatment. *The Arts in Psychotherapy*, 15(57), 59-64.
- Van Den Broek, E., Keulen-de Vos, M., & Bernstein, D. (2011). Arts therapies and Schema Focused therapy: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 325– 332.

