

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی
سال پانزدهم شماره ۵۹ پاییز ۱۳۹۹

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر وسوسه و تکانشگری معتادان مواد افیونی

بلاش قوی پنجه^۱، نعیمه محب^{۲*}، رضا عبدی^۳، خلیل اسماعیل پور^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران

۲- استادیار، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران

۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

۴- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۳/۲۲

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵

چکیده

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر وسوسه و تکانشگری معتادان مواد افیونی بود. طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی (پیش-آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل) و جامعه آماری متشکل از تمامی بیماران مرد معتادی بود که به مراکز ترک اعتیاد تبریز مراجعه کردند. از بین آنها ۳۰ نفر (۱۵ آزمایشی و ۱۵ گواه) بصورت تصادفی انتخاب و به پرسشنامه‌های تکانشگری بارت (۱۹۹۴) و عقاید وسوسه انگیز بک و رایت (۱۹۹۳) پاسخ دادند. تعداد جلسات برای گروه آزمایش، ۸ جلسه، به مدت ۹۰ دقیقه، در طول هفته ۱ جلسه بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین میانگین نمرات گروه‌های مورد مقایسه (معتادان به مواد افیونی) تفاوت معناداری در تکانشگری و وسوسه در پس‌آزمون وجود دارد و میانگین نمرات تکانشگری و وسوسه در پس‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به طور معناداری کاهش یافته است. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر وسوسه و تکانشگری معتادان مواد افیونی تأثیر دارد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی؛ وسوسه؛ تکانشگری

مقدمه

سوء مصرف مواد^۱ یکی از مشکلات بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مهم در بسیاری از کشورهاست و روزانه شمار زیادی از افراد را مبتلا و با پیامدهای نامطلوب جسمانی، روانی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی ناشی از آن درگیر می کند (سهرابی، اعظمی و دستیان، ۱۳۹۳). اختلالات سوء مصرف مواد نه تنها باعث درد و رنج فرد مصرف کننده می شود بلکه بار و آسیب روانی را نیز بر خانواده و اجتماع تحمیل می کند. به گونه ای که می توان بین الگوهای رفتاری و مصرف مواد ارتباط معناداری پیدا کرد (راماچندران و همکاران^۲، ۲۰۱۹). وجود بیماری مزمن و جدی در یکی از اعضای خانواده بطور معمول تأثیر عمیقی بر سیستم خانواده، نقش ها، عملکرد و کیفیت زندگی اعضای خانواده دارد. اعتیاد^۳ در زمره بیماری های مزمنی قرار می گیرد که زندگی خانواده را مختل، نشاط و رفاه را سلب و در نتیجه بر کیفیت زندگی اثر سو می گذارد. اعتیاد رفتار و عملکرد فرد را در جهت سوء مصرف مواد تغییر می کند و هدف های زندگی فرد را در جهت مصرف بیشتر بنا می کند (گیوری و پاسکل^۴، ۲۰۱۹) در سال های اخیر، مطالعه در مورد بنیادهای زیستی زمینه ساز اعتیاد توجه بسیاری از پژوهشگران را جلب نموده است. یکی از ویژگی های افراد معتاد که توجه پژوهشگران را به خود جلب نموده تکانشگری^۵ است رفتارهای تکانشی^۶ و خطر پذیری که مجموعاً با عناوین رفتارهای مخاطره آمیز خوانده میشود، دربرگیرنده طیف گسترده ای از رفتارهای رشد نیافته، لذت جویانه و عموماً همراه با درجات خطر بالا هستند. مشکلات ناشی از تکانشگری مثل بازداری ضعیف، تصمیم گیری و برنامه ریزی می تواند یک مانع عمده در مسیر درمان افراد مبتلا به اختلالات سوء مصرف مواد مخصوصاً در شروع، پیشروی و تداوم درمان باشد. در نمونه های بالینی، تکانشگری با عواملی که در عود نقش دارند مثل وسوسه و شدت مصرف مواد ارتباط دارد و این یک عامل میانجی بالقوه در پاسخدهی و اثر بخشی درمانهای این اختلال است (لوری، لانداهل و لینگرود^۷، ۲۰۱۴).

برخی مطالعات نشان داده است که رفتارهای تکانشگرانه با اعتیاد رابطه دارد (چوانگ و همکاران^۸، ۲۰۱۷). این مطالعات بیان می کنند که اصولاً رد و پای رفتارهای تکانشگرانه در زندگی افراد را می توان به عنوان یک پیش بینی کننده مهم در گرایش به رفتارهای پرخطر بخصوص اعتیاد نشانه گذاری کرد (آرجیریو و همکاران^۹، ۲۰۱۸). بر این اساس، تکانشگری یک هدف بسیار مهم برای مطالعات تجربی و تحقیقات بالینی بین افراد جستجو کننده درمان برای اختلالات سوء مصرف مواد است. همچنین تحقیقات اخیر نشان داده اند که وقتی در طی یک دوره میزان تکانشگری فرد کاهش می یابد، احتمال سوء مصرف مواد و مشکلات وابسته به آن نیز کاهش می یابد (کینگ، فلمینگ، موناهان و کاتالانو^{۱۰}، ۲۰۱۱).

یکی دیگر از موانع موجود در مسیر درمان اعتیاد وسوسه^{۱۱} می باشد که در بازگشت و عود اعتیاد نقش مهمی ایفا می کند وسوسه را به عنوان یک مفهوم کلیدی در سوء مصرف، تداوم و عود در نظر می گیرند. وسوسه به معنای خواستن، تکانه ها، تمایلات، نیاز یا اجبار برای مصرف می دانند. وسوسه تجربه خود آگاه تمایل به مصرف مواد است (فرانکن، موریس و گیورگوا^{۱۲}، ۲۰۰۶). تاجری (۱۳۹۴) عنوان می کند که بزرگترین تهدید یک بیمار در حال بهبودی و عامل اصلی عود، وسوسه است و اگر به طور دقیق کنترل و شناخته نشود برای فرد بسیار گریح کننده و آشفته ساز بوده و ممکن است مصرف مجدد را در پی آورد. وسوسه با همان شدت گرفتن

¹ - Drug abuse

² - Ramachandran et al.

³ - Addiction

⁴ - Guerri & Pascual

⁵ - Impulsive

⁶ - Impulsive behaviors

⁷ - Loree, Lundahl, & Ledgerwood

⁸ - Chuang et al.

⁹ - Argyriou et al.

¹⁰ - King, Fleming, Monahan & Catalano

¹¹ - Temptation

¹² - Franken, Muris & Georgieva

تمایل به مصرف مجدد می‌تواند تمام رفتارهای مقابله‌ای را فرد برای رها شدن از اعتیاد پیش بینی کرده، پشت سر بگذارد و فرد معتاد را به مصرف مجدد سوق دهد. بنابراین شدت وسوسه با احتمال مصرف رابطه نیرومندی دارد (آیزنبرج^۱، ۲۰۱۹).

در بحث درمانی، علاوه بر درمان‌های دارویی جهت درمان و پیشگیری از عود مصرف مواد در معتادان درمان‌های روانشناختی نیز همواره مطرح بوده‌اند. یکی از این درمان‌ها درمان شناختی رفتاری می‌باشد که مخصوصاً در بحث پیشگیری از عود بسیار مطرح بوده است (مامی و امیریان، ۱۳۹۵). اما از درمان‌های جدید روانشناختی اعتیاد می‌توان به یکپارچه کردن فنون مراقبه تفکر نظاره‌ای (ذهن آگاهی) با رفتار درمانی شناختی سنتی اشاره کرد که از این تلفیق به عنوان موج سوم رفتار درمانی یاد می‌کنند (کابات زین، ۲۰۰۳). ذهن آگاهی^۲، به علت سازوکارهای نهفته در آن، مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی می‌تواند به پیشگیری از عود کمک کند (حامدی، شهیدی و خادمی، ۱۳۹۲). ذهن آگاهی عموماً به عنوان راهی از پرداختن توجه در زمان حال تعریف شده است که بر احساس بدون قضاوت و متعادل‌سازی از آگاهی که به وضوح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند. این توجه، توجهی است هدفمند برای پذیرش بدون داوری برای تجربه‌های در حال وقوع در لحظه کنونی (جعفری، امید شمامی و فهیمی، ۱۳۹۶).

با استفاده از تمرینات ذهن آگاهی، فرد یاد می‌گیرد که پاسخ‌های جایگزین به ناراحتی هیجانی بدهد و در نتیجه پاسخ‌های شرطی شده ولع مصرف کاهش می‌یابد و این همان پدیده‌ای است که در درمان اعتیاد مورد تأکید قرار می‌گیرد (سلیمی، حق نظری، احمدی طهور و زهره‌وند، ۱۳۹۵). لذا در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، افراد می‌آموزند که وضعیت‌های شناختی هیجانی و جسمانی وسوسه را بدون واکنش غیر ارادی مورد مشاهده قرار دهند (بوین، چاولا و مارلات^۳، ۲۰۱۰). کاهش وسوسه همان‌گونه که عنوان گردید در تحقیقات سلیمی و همکاران (۱۳۹۵)، حامدی و همکاران (۱۳۹۲) با استفاده از ذهن آگاهی مورد بررسی و تأکید قرار گرفته است. تاجری (۱۳۹۴) نشان داد که درمانگری شناختی-رفتاری روش موثر و مفیدی برای کاهش وسوسه، تغییر نگرش و افزایش سازش‌پذیری معتادان به شیشه و سایر مواد است. تحقیقات کینگ و همکاران (۲۰۱۱) نشان داده‌اند که وقتی در طی یک دوره میزان تکانشگری فرد کاهش می‌یابد، احتمال سومصرف مواد و مشکلات وابسته به آن نیز کاهش می‌یابد. مطالعات مرتبط با ذهن آگاهی یا درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بیان می‌کنند که این نوع درمان‌ها اصولاً مهارت‌های فرد را برای مقابله با رفتارهای تکانشگرانه یا وسوسه مصرف افزایش می‌دهد و کمک می‌کند فرد معتاد بتواند در برابر تمایل به مصرف مجدد از روش‌های موثرتری استفاده کند (باون و همکاران^۴، ۲۰۱۷). در مجموع نگاهی به مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که هر چند تأثیر درمان شناختی رفتاری بر اعتیاد به مواد افیونی مورد بررسی قرار گرفته است اما کمتر مطالعه‌ای به بررسی مسائل بنیادی تری که در اعتیاد به مواد مطرح است، مثل تکانشگری یا وسوسه پرداخته است. چرا که به نظر می‌رسد آنچه علت تداوم اعتیاد و وابستگی است همین مساله وسوسه مصرف و تکانشگری است که فرد را وادار به مصرف مجدد می‌کند. بنابراین سوال اصلی پژوهش این است که آیا استفاده از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند بر وسوسه و تکانشگری معتادان مواد افیونی تأثیرگذار باشد؟

روش پژوهش

روش پژوهش با توجه به اهداف، ماهیت و موضوع پژوهش از نوع نیمه آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. تعداد جلسات درمان روش رفتار درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای گروه آزمایش، ۸ جلسه، به مدت ۹۰ دقیقه، در طول هفته

¹ - Eisenbruch

² - Mindfulness

³ - Bowen, Chawla & Marlatt

⁴ - Bowen et al.

۱ جلسه بود. جامعه آماری متشکل از تمامی بیماران مرد معتادی بود که به مراکز ترک اعتیاد تبریز مراجعه کردند. بمنظور انتخاب نمونه، از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. به اینصورت که پژوهشگر آزمودنیهای خود را از میان مراجعه کنندگان به یکی از مراکز ترک اعتیاد تبریز انتخاب کرد. ۳۰ نفر که معیارهای ورود به طرح درمانی (مانند داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، داشتن جنسیت مرد، داشتن اعتیاد به مواد افیونی سنتی مانند تریاک، داشتن حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر سن ۵۰ سال) را دارا بودند و همچنین فاقد ملاکهای خروج (مانند ابتلا به بیماریهای سایکوتیک، مصرف همزمان داروهای ضد سایکوتیک، اختلالات شخصیت، لغزش در مصرف مواد) بودند، بعنوان نمونه انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

مقیاس تکانشگری بارت: این پرسشنامه توسط ارنست بارت (۱۹۹۴) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ گویه است و تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی برنامهگی را ارزیابی می کند. نمرات آن رابطه بسیار خوبی با پرسشنامه تکانشگری آیزنک دارد و ساختار پرسش های موجود در آن نشان دهنده ابعادی از تصمیم گیری شتاب زده و فقدان دوراندیشی است. (عظیمی، ۱۳۹۰). اعتبار کل پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی مورد تحلیل قرار گرفته است که به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ گزارش شده است. نادری و حق شناس (۱۳۸۸) در پژوهشی در ایران برای نخستین بار به روایی این مقیاس پرداختند. در این تحقیق برای روایی همگرا از نمرات مقیاس هیجانخواهی ذاکرمن استفاده شد که نتایج حکایت از رابطه ای معنادار داشت. همچنین ضریب اعتبار به روش تصنیف ۰/۶۰ و به روش همسانی درونی ۰/۷۲ گزارش شد.

پرسشنامه عقاید وسوسه انگیز: این پرسشنامه مقیاسی خودسنجی است که توسط بک و رایت (۱۹۹۳) ساخته شده است. این پرسشنامه باورهای مربوط به وسوسه مواد را می سنجد و دارای ۲۰ گویه است که هر کدام در یک مقیاس ۵ درجه ای نمره گذاری شده اند. امتیازات بالاتر نشان دهنده وسوسه بیشتر فرد پاسخ دهنده برای مصرف مواد خواهد بود و برعکس. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۴ گزارش شده است (رحمانیان، میرجعفری و حسنی، ۱۳۸۵). محمدخانی، صادقی و فرزاد (۱۳۹۰) اعتبار این پرسشنامه را ۰/۷۷ گزارش کردند.

خلاصه جلسات درمان

جلسات درمانی ۸ جلسه، به مدت ۹۰ دقیقه، در طول هفته ۱ جلسه بود که توسط پژوهشگر بصورت گروهی اجرا گردید.

جلسه اول: معرفی شرکت کنندگان، شرح مختصری از ۸ جلسه. انجام مدیتیشن های خوردن یک عدد کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن ها. تکلیف خانگی

جلسه دوم: توضیح مختصری درباره تاثیر شناخت بر رفتار، انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه، بحث در مورد تکالیف خانگی، موانع تمرین و راه حل های برنامه ذهن آگاهی برای آن؛ بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات؛ انجام مدیتیشن در حالت نشسته

جلسه سوم: تسهیل درک افراد از چگونگی تاثیر باورها و افکار و صداها بر احساسات و خلق و مقابله آنها، تمرین دیدن و شنیدن؛ بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین سه دقیقه ای فضای تنفسی

جلسه چهارم: مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداها و بدن و افکار که مدیتیشن نشسته چهاربعدی نیز نامیده می شود

جلسه پنجم: انجام مدیتیشن نشسته؛ ارایه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن؛ تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.

جلسه ششم: تمرین فضای تنفسی سه دقیقه ای؛ بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه های دوتایی، ارایه تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه هایی جداگانه"

جلسه هفتم: شناخت رابطه تفکر و احساس، مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می شود و علاوه بر آن چگونه می توان برنامه ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد.

جلسه هشتم: تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای، بحث در مورد رو شهای کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن، مطرح شدن سوالاتی در مورد کل جلسات. انجام پس آزمون

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه نشان داد که ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه کنترل بودند. دامنه سنی گروه آزمایشی بین ۱۸ تا ۴۵ و دامنه سنی گروه کنترل بین ۲۰ تا ۴۶ سال بود. از نظر تحصیلات در گروه آزمایشی ۵ نفر لیسانس، ۳ نفر فوق دیپلم و ۷ نفر دیپلم بود. در گروه کنترل ۷ نفر لیسانس، ۱ نفر فوق دیپلم و ۷ نفر دیپلم بود.

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد پژوهش

متغیرها	آزمایشی		گواه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تکانشگری	۹۷/۱۳	۱۰/۱۵	۹۵/۲	۱۲/۶۱
	۹۳/۶۶	۱۰/۷۳	۹۴/۹۳	۱۲/۲۵
تکانشگری شناختی	۳۱/۴۲	۳/۲۷	۳۰/۱۲	۴/۶۷
	۲۸/۹۳	۳/۷۹	۳۰/۱۸	۴/۷۱
تکانشگری رفتاری	۳۱/۵۷	۵/۲۴	۳۲/۴	۴/۷۳
	۲۹/۵۷	۴/۹۱	۳۲/۳۳	۴/۸۵
عدم برنامه ریزی	۲۸/۲	۳/۱۴	۲۸/۳۳	۴/۳۳
	۲۶/۴۲	۳/۷۳	۲۸/۲۶	۴/۳
عقاید و سوسه انگیز	۷۷/۸۶	۹/۹۴	۷۷/۷۳	۱۲/۶۴
	۷۵/۴۶	۱۰/۶۵	۷۷/۶	۱۲/۶۱

بدین منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش ابتدا مفروضه‌های تحلیل کوواریانس یعنی یکسانی واریانس، یکسانی رگرسیون و بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها مورد بررسی قرار گرفتند. جدول ۲ نتایج آزمون لوین برای بررسی مفروضه‌ی یکسانی واریانس و جدول ۳ نرمال بودن توزیع نمرات را نشان می‌دهد.

جدول (۲) نتایج آزمون لون برای بررسی یکسانی واریانس نمرات

متغیر	F	df1	df2	سطح معنی داری
تکانشگری	۱/۶۵	۱	۲۸	۰/۵۶
وسوسه	۲/۱۲	۱	۲۸	۰/۴۷

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌گردد، نتایج آزمون لون معنی‌دار نبود و بنابراین فرض یکسانی واریانس‌ها برقرار است. در ادامه مفروضه‌ی یکسانی رگرسیون از طریق بررسی تعامل نمرات پیش‌آزمون و سطوح متغیر مستقل در تأثیرگذاری بر نمرات پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از آن بود که این تعامل معنی‌دار نیست و بنابراین مفروضه‌ی مورد نظر برقرار است. $[F(۱, ۲۶) = ۱/۱۴, P = ۰/۲۷]$

جدول (۳) نتایج بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

متغیر	مرحل اجرا	K-S	P	شاپیرو-ویلک	P
تکانشگری	پیش آزمون	۰/۴۰	۰/۹۹	۰/۹۷	۰/۷۳
	پس آزمون	۰/۶۲	۰/۸۳	۰/۹۸	۰/۸۹
وسوسه	پیش آزمون	۰/۶۱	۰/۸۵	۰/۹۷	۰/۶۸
	پس آزمون	۰/۷۰	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۸۳

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که توزیع داده ها در هر دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون نرمال است. بنابراین می توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

به منظور بررسی این فرضیه پژوهشی که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تکانشگری معنادان مواد افیونی تاثیر دارد، از تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد. نتایج در جدول زیر آمده است.

جدول (۴) نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تکانشگری معنادان مواد افیونی

منبع واریانس	SS	DF	MS	F	سطح معنی داری	η^2
پیش آزمون	۳۶۸۶/۶۲	۱	۳۶۸۶/۶۲	۶۱۲/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۸۵
متغیر گروه بندی (مستقل)	۷۶/۴۳	۱	۷۶/۴۳	۱۲/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۲
خطا	۱۶۲/۶۴	۲۷	۶/۰۲			
کل	۲۷۰۶۳۷	۳۰				

نتایج تحلیل کوواریانس جدول ۴ نشان می دهد که بین میانگین نمرات گروه های مورد مقایسه تفاوت معناداری تکانشگری در پس آزمون وجود دارد [$F(1-30) = 7/37, P = 0/01$]. بررسی جدول میانگین ها نشان می دهد که میانگین نمرات تکانشگری در پس آزمون در گروه آزمایش (۹۳/۶۶) نسبت به گروه گواه (۹۴/۹۳) به طور معناداری کاهش یافته است. همچنین بررسی مجذور اتای تفکیکی (اندازه ی اثر) حاکی از آن است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، ۳۲ درصد از واریانس تکانشگری را در معنادان مواد افیونی تبیین می کند.

در به منظور بررسی تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد تکانشگری معنادان به مواد افیونی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره بر روی میانگین متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون را نشان می دهد.

جدول (۵) نتایج تحلیل مانکوا بر روی مولفه های تکانشگری در مرحله پس آزمون

آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری	η^2
ردیابی پیلای	۰/۳۵	۳/۹۷	۳	۲۲	۰/۰۲	۰/۳۵
لامبدای ویلکس	۰/۶۴	۳/۹۷	۳	۲۲	۰/۰۲	۰/۳۵
ردیابی هاتلینگ	۰/۵۴	۳/۹۷	۳	۲۲	۰/۰۲	۰/۳۵
بزرگترین ریشه روی	۰/۵۴	۳/۹۷	۳	۲۲	۰/۰۲	۰/۳۵

همانطور که در جدول فوق نشان داده شد، سطوح معناداری همه آزمون ها بیانگر آن است که بین میزان نمرات ابعاد تکانشگری در مرحله پس آزمون در بین دو گروه های مورد مقایسه در حداقل یکی از متغیرها در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه برای

مشخص نمودن اینکه بین کدام متغیرها در گروه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد تا بدین ترتیب بتوان اثر پیش آزمون را کنترل کرد. نتایج در جدول زیر آمده است.

جدول (۶) نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه‌های تکانشگری

متغیر	SS	df	MS	F	سطح معنی‌داری	η^2
تکانشگری شناختی	۱۲/۱۹	۱	۱۲/۱۹	۴/۸۷	۰/۰۳	۰/۱۶
تکانشگری حرکتی	۳۸/۶۲	۱	۳۸/۶۲	۸/۸۹	۰/۰۰۶	۰/۲۷
عدم برنامه ریزی	۳۱	۱	۳۱	۶/۱۱	۰/۰۲	۰/۲۰

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات گروه‌های مورد مقایسه تفاوت معناداری در مولفه‌های تکانشگری وجود دارد. بررسی جدول میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات تکانشگری شناختی، رفتاری و عدم برنامه ریزی در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته است. همچنین بررسی اندازه اثر حاکی از آن است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در مجموع ۱۶، ۲۷ و ۲۰ درصد از واریانس تکانشگری شناختی، رفتاری و عدم برنامه ریزی را تبیین می‌کند. همچنین به منظور بررسی این فرضیه‌ی پژوهشی که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر وسوسه معتادان مواد افیونی تأثیر دارد، از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج در جدول زیر آمده است.

جدول (۷) نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر وسوسه معتادان مواد افیونی

منبع واریانس	SS	df	MS	F	P	η^2
پیش آزمون	۳۶۷۶/۱۸	۱	۳۶۷۶/۱۸	۷۰۳/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۶
متغیر گروه بندی (مستقل)	۳۸/۵۶	۱	۳۸/۵۶	۷/۳۷	۰/۰۱	۰/۲۱
خطا	۱۴۱/۱۲	۲۷	۵/۲۲			
کل	۱۷۹۵۷۲	۳۰				

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات گروه‌های مورد مقایسه تفاوت معناداری وسوسه در پس آزمون وجود دارد [F(۱-۳۰) = ۷/۳۷, P = ۰/۰۱]. بررسی جدول میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات وسوسه در پس آزمون در گروه آزمایش (۷۵/۴۵) نسبت به گروه گواه (۷۷/۶) به طور معناداری کاهش یافته است. همچنین بررسی مجذور اتای تفکیکی (اندازه‌ی اثر) حاکی از آن است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، ۲۱ درصد از واریانس وسوسه را در معتادان مواد افیونی تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین میانگین نمرات گروه های مورد مقایسه (معتادان به مواد افیونی) تفاوت معناداری تکانشگری در پس آزمون وجود دارد و میانگین نمرات تکانشگری در پس آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به طور معناداری کاهش یافته است. این نتایج با مطالعات کینگ و همکاران (۲۰۱۱)، باون و همکاران (۲۰۱۷)، ندیمی (۱۳۹۵)، محمدخانی (۱۳۹۰) و مامی و امیریان (۱۳۹۵) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت تکانشگری ابزاری برای تسکین هیجان منفی می باشد. اصطلاح تکانشگری به رفتارهایی از جمله عجله و شتاب، بی اختیاری، بی صبری و فقدان توجه به پیامدهای یک عمل گفته میشود (هینز، بویی، توماس و بلانگن^۱، ۲۰۱۵). تکانشگری در واقع یکی از چهار بعد و از ویژگی های شخصیتی است که که شامل فقدان برنامه ریزی، فوریت، هیجان طلبی و فقدان پایداری می باشد. این افراد به طور گسترده در رفتارهای هدفمند و خودتنظیمی دچار مشکل هستند (استیونز و همکاران^۲، ۲۰۱۴). از سوی دیگر ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهارنظر درباره آنچه اتفاق می افتد، یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح. اساس ذهن آگاهی از تمرین های مراقبه گرفته شده است که ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه را که فراتر از فکر است افزایش می دهد. تمرین های ذهن آگاهی و مراقبه به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود در بیماران منجر می شود (باپر^۳، ۲۰۰۳). می توان انتظار داشت که ذهن آگاهی بتواند باعث کاهش تکانشگری در بیماران شود. به این معنا که ذهن آگاهی فرصتی برای بیمار فراهم می آورد که بتواند رفتارها و افکار تکانشگرانه را شناسایی کند و بدون قضاوت و اظهار نظر با آن برخورد کند. همین تلاش در شناسایی افکار و رفتارهای تکانشگرانه به بیمار کمک می کند که به تدریج بتواند به گزینه های دیگری به غیر از مصرف فکر کند. به عبارتی رفتارهای تکانشی وابسته به مصرف تحت کنترل بیمار در خواهد آمد.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین میانگین نمرات گروه های مورد مقایسه (معتادان به مواد افیونی) تفاوت معناداری وسوسه در پس آزمون وجود دارد و میانگین نمرات وسوسه در پس آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به طور معناداری کاهش یافته است. این نتایج با مطالعات تاجری (۱۳۹۴)، سلیمی و همکاران (۱۳۹۵)، آیزنبرج (۲۰۱۹) و بوین و همکاران (۲۰۱۰) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت دهمین طبقه بندی بین المللی بیماریها وسوسه را به عنوان اولین ملاک برای تشخیص وابستگی به مواد لحاظ کرده است. وسوسه با ایجاد سوگیری در توجه و انتخابی نمودن پردازش اطلاعات، از طریق ارتباط با نشانه ها و پردازش نسبتا جذابانه تر اطلاعات مرتبط با آنها، به وسیله افزایش حواسپرتی از عوامل برانگیزاننده و کاهش توانایی تمرکز کردن بر آنها و تقویت آگاهی بر حالات درونی فرد و با کند کردن ادراک و گذشت زمان می تواند عود را تحت تاثیر قرار دهد. وسوسه عامل اصلی عود و لغزش و بازگشت به مواد محسوب می شود (تاجری، ۱۳۹۴).

از سوی دیگر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عناصری از شناخت درمانی را به درمان می افزاید که در آن دیدگاه تمرکززدایی، افکار فرد را تسهیل می سازد. این نوع رویکرد در مورد هیجانات و حس های بدنی نیز کاربرد دارد. ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است. به عبارت دیگر ذهن آگاهی کمک می کند فرد بتواند فرآیندهای شناختی و عاطفی درگیر در وسوسه مصرف را تشخیص دهد و از آن آگاهی یابد. کلید اصلی حرمت و دور شدن از وسوسه مصرف همین آگاهی یافتن بر فرآیندهای درگیر ذهنی در اجبار و یا وسوسه برای مصرف مجدد است. این امر به بیمار کمک می کند که بتواند روش هایی دیگری را پیدا کند که با وسوسه مصرف مقابله کند و یا حداقل روش های دیگری بجز مصرف را در کاهش وسوسه مصرف دنبال و اجرا نماید. در مجموع به نظر می رسد درمان شناختی رفتاری فرد را به سطحی از خودآگاهی و خودشناسی می رساند که می تواند بر شناخت ها و رفتارهای وابسته به مواد آگاهی یابد و این دانش اکتسابی، توانایی فرد را به کنترل

¹ - Heinz, Bui, Thomas & Blonigen,

² - Stevens

³ - Baer

وسوسه های مصرف و تکانشگری های مرتبط با مصرف تحت مدیریت در می آورد. البته گر چه این پژوهش به علت نبودن آزمون های پیگیری که بتواند تداوم درمان را نشان دهد و محدودیت جامعه و نمونه آماری دارای محدودیت در تعمیم نتایج می باشند لذا پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از طرح های طولی استفاده شود و همچنین برای غنی تر شدن طرح پژوهش از روش هایی دیگری بجز پرسشنامه مانند مصاحبه برای جمع آوری اطلاعات استفاده گردد.

منابع

- تاجری، بیوک (۱۳۹۴). *اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان وسوسه نگرش و سازش پذیری معتادان به شیشه*. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۳(۳۵)، ۴۵-۶۲.
- جعفری، امیرمحمد؛ امید شمامی، محسن و فهیمی، صمد (۱۳۹۶). *بررسی مقایسه ای ذهن آگاهی و تنظیم هیجان در افراد مصرف کننده مواد مقاوم به درمان*. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۲۷(۱)، ۶۲-۷۰.
- حامدی، علی؛ شهیدی، شهریار و خادمی، علی (۱۳۹۲). *اثربخشی ذهن آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر*. فصلنامه اعتیاد پژوهی و سومصرف مواد، ۷(۲۸)، ۱۰۲-۱۱۸.
- رحمانیان، مهدیه، میر جعفری، سید احمد، حسنی، جعفر (۱۳۸۵). *رابطه ی وسوسه مصرف مواد و سوءگیری توجه: مقایسه افراد وابسته به مواد افیونی، مبتلا به عود و ترک کرده*. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۱۲(۳)، ۲۱۶-۲۲۲.
- سلیمی، حسین؛ حق نظری، علی؛ احمدی ظهور سلطانی، محسن و زهره وند، منا (۱۳۹۵). *اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ولع مصرف معتادان به مصرف هرویین تحت درمان با متادون*. مجله روانشناسی بالینی، ۸(۲)، ۳۱-۳۳.
- سهرابی، فرامرز؛ اعظمی، یوسف و دوستیان، یونس (۱۳۹۳). *مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و نگرش های ناکارآمد در افراد وابسته به مواد و افراد عادی*. فصلنامه پژوهشهای کاربردی روانشناختی، ۵(۱)، ۷۲-۵۹.
- عظیمی، زینب (۱۳۹۰). *اثر خلق و نوروپسیسم - تکانشگری بر سوگیری حافظه اپیزودیک*. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز.
- مامی، شهرام و امیریان، کامران (۱۳۹۵). *تاثیر درمان های شناختی رفتاری بر درمان معتادان در ایران، به روش مرور سیستماتیک و متاآنالیز*. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۱۰(۱۲)، ۴۳-۳۳.
- محمدخانی، شهرام، صادقی، نگار و فرزاد، ولی اله (۱۳۹۰). *مدل روابط علی هیجان منفی، باور های مرکزی، باور های مرتبط با مواد، عقاید وسوسه انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد، فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی، ۶(۲۳)، ۱۸۵-۱۵۹*.
- نادری، فرح؛ حق شناس، فریبا (۱۳۸۸). *اعتباریابی مقیاس تکانشگری بارت و رابطه تکانشگری و احساس تنهایی با میزان استفاده از تلفن همراه در دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز*: پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه آزاد اهواز.
- ندیمی، محسن (۱۳۹۵). *اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش تکانشگری و افزایش تنظیم هیجانی زنان وابسته به متامفتامین*. رویش روانشناسی، ۵(۱۴)، ۷۴-۴۷.
- Argyriou, A., Um, M. Carron, C., Cyder, M.N. (2018). Age and impulsive behavior in drug addiction: A review of past research and future directions. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 164, 106-117
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology. Science and Practice*. 10, 125-143.
- Beck, A., Wright, F. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*, New York: Guildford Press.
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G.A. (2010). *Mindfulness-Based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician guide*. Guilford Press, 1-250.
- Bowen, S., De Boer, D., Bergman, A. (2017). The role of mindfulness as approach-based coping in the PTSD-substance abuse cycle. *Addictive Behaviors*, 64, 212-216
- Chuang, C.W., Sussman, S., Stone, M. S., Pang, R., Kirkpatrick, M. G. (2017). Impulsivity and history of behavioral addictions are associated with drug use in adolescents. *Addictive Behaviors*, 74, 41-47
- Eisenbruch, M. (2019). "His body is human, but he has a tiracchāna heart": An ethnographic study of the epigenesis of child abuse in Cambodia. *Child Abuse & Neglect*, 88, 129-143

- Franken, I. H. A., Muris, P., & Georgieva, I. (2006). *Grays model of personality and addiction. Addictive behaviors*, 31, 399-403
- Guerri, C., Pascual, M. (2019). Impact of neuroimmune activation induced by alcohol or drug abuse on adolescent brain development. *International Journal of Developmental Neuroscience*, In press, corrected proof, Available online 20 November 2018
- Heinz, A. J., Bui, L., Thomas, K. M., & Blonigen, D. M. (2015). Distinct Facets of Impulsivity Exhibit Differential Associations with Substance Use Disorder Treatment Processes: A Cross-Sectional and Prospective Investigation Among Military Veterans. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 1-374.
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Mindfulness based interventions in context: past, present and future*. American Psychological Association, 10(2), 144-156.
- King, K. M., Fleming, C. P., Monahan, K., & Catalano, R. (2011). Changes in self-control and attention problems during middle school predict alcohol and marijuana use during high school. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25, 69-79.
- Loree, A. M., Lundahl, L. H., & Ledgerwood, D. M. (2014). Impulsivity as a predictor of treatment outcome in substance use disorders: Review and synthesis. *Drug and Alcohol Review*, 35: 21-29.
- Ramachandran, S., Rosenthal, M., Young, J., Holmes, E., Bentley, J. P. (2019). Subtle scales: An avenue for identification of prescription drug abuse. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, In press, corrected proof, Available online 22 February 2019
- Stevens, L., Verdejo-García, A., Goudriaan, A. E., Roeyers, H., Dom, G., & Vanderplasschen, W. (2014). Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: A review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(1), 58-72



Effectiveness of Cognitive therapy based on Mindfulness in Temptation and Impulsivity of Opiate Addicts

Ghavi-Panjeh, B.,¹ Moheb, N.,^{2*} Abdi, R.,³ Esmaelpoor, Kh⁴

¹ Ph.D Student, General Psychology, Faculty of Humanities and Educational Sciences, Tabriz branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

^{2*} Ph.D. Assistant Professor, Faculty of Humanities and Educational Sciences, Tabriz branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. Email: moheb.n@yahoo.com (Correspondent author)

³ Ph.D. Associate Professor, General psychology, Department of Psychology, Azarbaijan Shshid Madani University, Tabriz, Iran.

⁴ Ph.D. Associate Professor, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness in temptation and impulsivity of opiate addicts. The research method was semi-experimental research with semi-experimental design (pre-test-post-test). The statistical population consisted of all addicted male patients who referred to addiction treatment centers in Tabriz. 30 individuals (15 experimental and 15 control) were randomly selected and responded to Bart's impulsive questionnaire (1994) and Temptation questionnaire developed by Beck and Wright's (1993). Results of covariance analysis showed that there was a significant difference between the scores of the groups (opioid addicts) and the mean scores of impulsivity and temptation in the post test in the experimental group were significantly higher than the control group. Hence, it can be concluded that cognitive therapy based on mindfulness has an effect on the temptation and impulsiveness of opiate addicts.

Keywords: Cognitive therapy based on mindfulness; Temptation; Impulsivity