

مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش افکار خودکشی و وسوسه و لغ مواد افراد تحت درمان متادون

سارا آزاد^۱، فرشید خسرو پور^{۲*}، حمید ملایی^۳

چکیده

مقدمه: یکی دیگر از درمان‌های روان‌شناختی که از کارآمدی بالایی در حوزه درمان بیماری‌های مزمن و از اعتیاد برخوردار است، درمان شناختی - رفتاری می‌باشد. این تحقیق با هدف مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش افکار خودکشی و وسوسه و لغ مواد افراد تحت درمان متادون انجام شد.

روش پژوهش: روش تحقیق شبه‌آزمایشی، با گروه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و شاهد بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد تحت درمان متادون مراکز ترک اعتیاد منطقه دو شهر تهران که تحت نظر سازمان بهزیستی در نیمه دوم سال ۹۷ به تعداد ۲۵۰۰ نفر بودند روش نمونه‌گیری این پژوهش هدفمند بود. نمونه این پژوهش شامل ۶۰ نفر از افراد تحت درمان متادون به صورت تصادفی در ۳ گروه آزمایشی (۲۰ نفر گروه آموزش ذهن آگاهی، ۲۰ نفر گروه درمانی شناختی - رفتاری و ۲۰ نفر گروه کنترل) انتخاب شدند. گروه‌های آزمایشی تحت جلسات درمان قرار گرفتند، اما در مورد گروه کنترل اقدامی انجام نشد. آزمودنی‌ها قبل و بعد از درمان به پرسش‌نامه‌های وسوسه و لغ مواد رایت، افکار خودکشی بک پاسخ دادند. آزمون‌ها یک ماه بعد از خاتمه درمان مجدداً اجرا شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیب بونفرونی تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش ذهن آگاهی و گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش افکار خودکشی و وسوسه و لغ مواد، افراد تحت درمان مؤثر هستند. تأثیر ذهن آگاهی بیشتر است و در پیگیری یک‌ماهه تأثیر پابرجا است. **نتیجه‌گیری:** در نتیجه می‌توان توصیه کرد آموزش ذهن آگاهی در مراکز ترک اعتیاد اجرا شود، به‌ویژه که این تحقیق نشان داد که اثر آموزش ذهن آگاهی در طول زمان ادامه دارد.

واژگان کلیدی: اعتیاد، افکار خودکشی، درمان شناختی رفتاری، ذهن آگاهی، گروه درمانی، متادون

^۱ - araazad10@yahoo.com

^۱ - دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زرنده، زرنده، ایران.

^۲ - نویسنده مسئول، استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زرنده، زرنده، ایران

^۲ - f.khosro49@yahoo.com, orcid.org/0000-0001-7445-728X

^۳ - استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زرنده، زرنده، ایران.

^۳ - hamid.molayi@gmail.com, ORCID: 0000000281533620



استناد: آزاد س، خسروپور ف، ملایی ح. مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش افکار خودکشی و وسوسه ولع مواد افراد تحت درمان متادون، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۱؛ ۱۱۲(۱):

مقدمه:

اعتیاد به مواد امروزه یکی از معضلات اساسی زندگی بشری به شمار می‌رود. سازمان ملل متحد در سال ۱۹۵۰ تعریف زیر را برای اعتیاد به مواد مخدر ارائه کرد: اعتیاد به مواد مخدر عبارت است از مسمومیت تدریجی یا حادی که به علت استعمال مداوم یک دارو اعم از طبیعی یا ترکیبی ایجاد می‌شود و به حال شخص و اجتماع زیان‌آور است (۱). نزدیک به یک قرن است که جامعه بشری در سطحی گسترده مصمم به چاره‌اندیشی اساسی در مورد این معضل شده است. از غم‌انگیزترین معضلات جوامع امروزی می‌باشد. آثار و نتایج زیان‌بار و مخرب فردی، اجتماعی و فرهنگی سوء مصرف و وابستگی به مواد سبب شده است تا بیماران سوء مصرف و کادر درمانی جامعه برای پیشگیری، ترک و جلوگیری از عود مصرف مواد اقدام کنند بر این اساس، متخصصان بهداشتی و مؤسسات آموزشی و درمانی نظریه‌ها، مدل‌ها، راهکارها و فنون مختلفی را در پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و پیشگیری از عود، تا ابداع، آزمایش و تجربه کرده‌اند و همچنین تاکنون شیوه‌های درمانی متعددی از درمان‌های روان‌کاوی، رفتاردرمانی، گروه‌درمانی، دارودرمانی و غیره بر روی بیماران مبتلا به اختلال اعتیاد صورت گرفته است، اما هر یک از این شیوه‌ها تا حدودی اثرگذار بوده و عود و بازگشت مجدد سوء مصرف مواد را به همراه داشته‌اند. (۲). به نظر می‌رسد که مشکل عمیق‌تر باشد و چیزی در جایی از روان فرد، وی را در حالت مصرف مجدد قرار می‌دهد. جکسون^۱ (۳) طی پژوهشی دریافته‌اند که شواهدی مرتبط با باورهای افراد مبتلا به اختلال در حوزه سوء مصرف الکل و داروها وجود دارد. در سال‌های اخیر پژوهش‌های زیادی درباره روش‌های مختلف برای درمان وابستگی به مواد، مانند درمان نگهدارنده با متادون، سم‌زدایی، طول مدت درمان و اثرات متفاوت درمان‌ها انجام گرفته است. متأسفانه مشکل عمده در درمان معتادان، حتی با دوره پاک‌ی طولانی مدت، میزان بالای عود آن‌ها می‌باشد (۴).

همچنین قطع دوره درمانی و مصرف مجدد مواد، با پیامدهای منفی تری مانند احتمال مصرف زیادتر مواد، وابستگی شدیدتر به مواد، استفاده از مواد مختلف، افزایش رفتارهای مجرمانه و تحمیل هزینه‌های اضافی بر شبکه‌های بهداشتی درمانی ارتباط دارد (۵). از درمان‌های جدید اعتیاد بخصوص در زمینه درمان‌های روان‌شناختی می‌توان به یکپارچه کردن فنون مراقبه تفکر نظاره‌ای^۲ (ذهن آگاهی) با رفتاردرمانی شناختی سنتی اشاره کرد که از این تلفیق به‌عنوان موج سوم رفتاردرمانی یاد می‌کنند (۶). فنون مبتنی بر تعامل پویای جسم ذهن به روش مراقبه و ذهن آگاهی جزء روش‌هایی هستند که در سال‌های اخیر با نشأت گرفتن از ریشه‌های شرقی آن به‌صورت برنامه‌های مداخله روان‌شناختی رونق یافته‌اند (۷). رویکردهای مداخلاتی متفاوتی در حوزه درمان‌های فردی و گروهی اعتیاد مانند گروه‌درمانی حمایتی^۳، روان‌درمانی‌های شناختی و بین‌فردی^۴ به‌کاررفته است. باتوجه‌به اثربخشی روش ذهن آگاهی

¹ Jackson

² Meditation of contemplative thinking

³ Supportive group therapy

⁴ Cognitive and interpersonal psychotherapy

در اختلال‌های جسمانی^۱ و روان‌شناختی^۲ به نظر می‌رسد که در درمان کاهش برخی از نشانگان عود مصرف مواد افیونی مؤثر باشد. نمونه‌هایی از این رویکردهای جدید عبارت‌اند از درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در پیشگیری از عود اعتیاد^۳ (۸). مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در سال‌های اخیر در درمان اختلال سوءمصرف مواد نیز مورد توجه قرار گرفته‌اند (۹). ذهن‌آگاهی هشیاری غیر قضاوتی، غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه ایست که در یک لحظه خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد. علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یاد شده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود. در تعریفی دیگر ذهن‌آگاهی فنی است که با ترکیب با مراقبه و جهت‌گیری‌های ذهنی خاص نسبت به یک تجربه، آگاه شدن نسبت به زمان حال به نحوی غیر قضاوتی با به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات را تشویق می‌کند (۱۰). ذهن‌آگاهی از درمان‌های شناختی رفتاری مشتق شده و از مؤلفه‌های مهم موج سوم مدل‌های درمانی روان‌شناختی به شمار می‌رود (۱۱). همچنین یکی از روش‌های غیردارویی دیگر که می‌تواند در کاهش میزان ولع مواد و اختلالات روانی در معتادان تأثیر داشته باشد درمان شناختی رفتاری می‌باشد در این نوع درمان فرد تشویق می‌شود تا رابطه میان افکار خود آیند منفی و احساس ناراحتی خود را به‌عنوان فرضیه‌هایی که باید به بوته آزمایش گذاشته شود تلقی نموده و از رفتارهایی که بر آیند افکار خود آیند منفی است به‌عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره گیرد. درمانگر شناختی - رفتاری می‌کوشد که درمان‌جو را به‌نوعی تجربه همکارانه تشویق نماید و در طی آن از تجارب خود بیمار در یک‌رشته آزمایش‌های رفتاری به‌منظور ارزیابی درستی یا نادرستی آن باورها سود برد (۱۲).

تمام تمرین‌های موجود در ذهن‌آگاهی به نحوی طراحی شده‌اند که توجه به بدن را افزایش می‌دهند. نقش مهم بدن در حیطه‌های بین‌رشته‌ای جدید همچون پزشکی ذهن بدن^۴ هم به اثبات رسیده است در پژوهش‌هایی که از ذهن‌آگاهی استفاده می‌کنند تأکید بر تعامل بین فرایندهای بدنی^۵، شناختی^۶ و هیجانی^۷ است (۱۳). ذهن‌آگاهی در حیطه اعتیاد هم به کار برده شده و نتایج و آثار مثبت درمانی داشته است (۱۴) در صورتی که آموزش روش پیشگیری با ذهن‌آگاهی ترکیب شود، می‌تواند آثار نسبتاً موفقیت‌آمیزی بر قضاوت و بی‌زاری معتادان تزریقی داشته باشد (۱۵).

یکی دیگر از درمان‌های روان‌شناختی که از کارآمدی بالایی در حوزه درمان بیماری‌های مزمن و از اعتیاد برخوردار است، درمان شناختی - رفتاری می‌باشد. این شیوه درمانی هم بر نقش فرایندهای رفتاری و شناختی در شکل‌گیری اختلال‌های روانی تأکید می‌نماید و هم بر تدابیر تجربی رفتاری و شناختی برای تغییر الگوهای پاسخ‌های ناکارآمد. مداخله‌های درمانی برای کاهش فراوانی پاسخ‌های سازش نایافته درمان‌جویان و آموزش مهارت‌های جدید شناختی و رفتاری به‌گونه‌ای طراحی می‌شوند که هم رفتارهای ناخواسته را کاهش داده و هم به رفتارهای سازگارانه بیفزایند و از آنجاکه اعتیاد می‌تواند از شناخت‌ها و رفتارهای ناکارآمد سرچشمه

¹ Physical impairment

² Psychological

³ Recurrence of addiction

⁴ The mind of the body

⁵ Physical processes

⁶ Cognitive

⁷ Emotionally

بگیرد، در نتیجه تغییر و اصلاح این عوامل اساس درمان را تشکیل می‌دهند؛ بنابراین رویکرد شناختی - رفتاری با به چالش کشیدن این مؤلفه‌ها و اصلاح آن‌ها درمانی حائز اهمیت در این زمینه محسوب شده و به‌عنوان یکی از روش‌های اولیه درمان اعتیاد شناخته می‌شود (۱۶). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که آموزش ذهن آگاهی و گروه درمان شناختی - رفتاری بر کاهش افکار خودکشی تأثیر دارد (۱۷).

خودکشی از جمله مشکلات اجتماعی عام است. این پدیده در همه جوامع اعم از ابتدایی‌ترین تا پیشرفته‌ترین آن‌ها وجود داشته و توجه محققان علوم اجتماعی، بهداشت روانی و عموم مردم را به خود جلب نموده است بر خلاف آنچه در بادی امر به نظر می‌رسد یافتن تعریف جامع و مانعی برای خودکشی کار چندان ساده‌ای نیست و در برخی موارد کسانی که در این زمینه بحث کرده‌اند و یا به انجام بررسی خاصی دست زده‌اند، از ارائه تعریف ویژه‌ای خودداری کرده‌اند و ملاک کار آن‌ها غالباً تعریفی بوده است که امیل دورکیم جامعه‌شناس فرانسوی ارائه کرده است اساس تعریف دورکیم، خودکشی عبارت است از: مرگی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم بر اثر اقدامی که خود فرد می‌کند و درعین حال به نتیجه رفتارش (مرگ) آگاهی دارد، روی می‌دهد به گفته اشنایدمن خودکشی عمل آگاهانه جهت آسیب رساندن به خود است که می‌توان آن را یک ناراحتی چندبعدی در انسان نیازمند دانست که برای مسئله تعیین شده او، این عمل بهترین راه حل تصور می‌شود (۱۸).

استفاده از درمان ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری باعث می‌شود افراد تحت درمان متادون توانایی زیادی را در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات، و تجربه‌ها (اعم از خوشایند یا ناخوشایند) داشته باشند و این امر به نوبه خود در کاهش افکار خودکشی افراد تحت درمان متادون تأثیر دارد دیدگاه شناختی رفتاری به افراد تحت درمان متادون نشان می‌دهد افکار همیشه با احساسات و رفتار در ارتباط است در نتیجه هروقت افراد تحت درمان متادون به هر شکل به سمت خودکشی پیش می‌روند، افکار یا اندیشه خودکشی را تجربه خواهند کرد. آنان ارتباط بین افکار و احساسات خود را یاد می‌گیرند بنابراین به روش بهتری می‌توانند این افکار را بشناسند و کنترل کنند. بازسازی شناختی در طول درمان به آنان کمک می‌کند تحریف‌های شناختی خود را بشناسند و کنترل کنند و این شناسایی به‌نوعی به او کمک می‌کند تا مسیر منتهی شدن به خودکشی را پیش‌بینی کند (۱۹).

وسوسه^۱ قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده عود در میان سایر پیش‌بینی‌کننده‌ها است و ذهن آگاهی می‌تواند به‌خوبی آثار منفی وسوسه را کاهش دهد. هرچه شدت ذهن آگاهی مرتبط با معنویت بیشتر باشد، استفاده از الکل، تنباکو و مواد مخدر کمتر است (۲۰). تحقیقات نشان می‌دهد ذهن آگاهی راهبرد افزایشی مفیدی در کاهش احتمال عود است (۲۱). ذهن آگاهی می‌تواند آثار مثبت خود را در بهبود وضعیت خواب (خواب ناکافی و بی کیفیت از مهم‌ترین عوامل افزایش احتمال عود است) نیز اعمال کند (۲۲). ذهن آگاهی با تأکید بر پذیرش به‌جای سرکوب افکار (۲۳) و شکستن زنجیره استرس عود در مصرف مواد (۲۴) نرخ بهبود را افزایش می‌دهد. آموزش ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری می‌تواند کنترل شناختی بر وسوسه را افزایش و استرس مرتبط با سوءمصرف الکل را کاهش دهد، بنابراین در درمان سوءمصرف الکل هم نقش دارد (۲۴).

اهمیت انجام این تحقیق در این است که در مداخله‌های مبتنی بر راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری برخلاف راهبردهای مبتنی بر تغییر، به‌جای تغییر محتوای افکار و نگرش‌های ناکارآمد، بر پذیرش و تغییر رابطه و نگرش فرد نسبت به افکار،

¹ Temptation

به‌عنوان نوعی واقعیت ذهنی، همچنین در مقابل تغییر و اجتناب از هیجان‌های منفی، بر پذیرش بدون قضاوت، مواجهه و حالت‌های هیجانی منفی، افکار و تصورات تأکید می‌شود و در سال‌های اخیر، ذهن‌آگاهی، در جامعه علمی، توجه زیادی را به خود معطوف کرده است و به‌عنوان آگاهی لحظه‌به‌لحظه، از تجربه به‌دست‌آمده از توجه هدفمند، همراه با پذیرش بدون داوری تجربه‌های موجود تعریف می‌شود (۷). بررسی‌ها نشان می‌دهند که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی و رفتاری در کاهش فشار روانی، افزایش تاب‌آوری و خودکارآمدی و کیفیت زندگی، تنظیم هیجانی، پیشگیری از عود، اختلال پس از استرس ضربه‌ای و استرس افسردگی و اضطراب و افکار خودکشی و سایر اختلال‌ها مؤثرتر می‌باشند (۱۹). ضرورت این تحقیق این است مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری در حال حاضر در درمان اختلال سوءمصرف مواد نیز مورد توجه قرار گرفته‌اند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد در درمان و پیشگیری از عود اعتیاد، حالت‌های هیجانی منفی و مثبت، میل و وسوسه، از مهم‌ترین عوامل خطر اصلی عود می‌باشند. در بحث ضرورت این تحقیق در بررسی سبب‌شناسی سوءمصرف مواد و عود رفتارهای اجباری، محققان و نظریه‌پردازان مختلف، نقص در تنظیم هیجان، تحمل پایین ناراحتی اجتناب هیجانی، رفتار بدون تفکر و عادت، اضطراب، سوگیری نسبت به نشانه‌های مواد، نقص مهارت‌های مقابله‌ای و خلأ معنوی را عنوان نموده‌اند (۲۵).

بنابراین در درمان و پیشگیری از عود مصرف مواد و کاهش افکار خودکشی و استفاده از روش‌هایی که بتواند بر این مسائل تأثیرگذار باشد، ضروری است و به نظر می‌رسد می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش دهد. برخی از پژوهشگران بر این باورند که به‌کارگیری روش ذهن‌آگاهی و شناختی رفتاری به علت سازوکارهای نهفته در آن، مانند: پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی و فنون رفتاردرمانی 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 عود مصرف مواد کمک نماید (۲۶). با توجه به اثرات سوئی که این اعتیاد بر سلامت جسمانی و روانی معتادان بر جای می‌گذارد، بدون شک انجام مداخله‌های روان‌شناختی کارآمد و با اثرگذاری درازمدت در این زمینه امری واجب و انکارناپذیر می‌باشد. از آنجایی که بیشتر مشکلات این افراد، از شناخت‌های معیوب و ناکارآمد آن‌ها ناشی می‌شود و همچنین بیشتر این افراد از مشکل خودآگاهی لازم را ندارند، بدون شک درمان‌های شناختی - رفتاری و ذهن‌آگاهی در زمینه آگاه‌سازی این اشخاص و جایگزین نمودن شناخت‌های معیوب آن‌ها با افکار مثبت و کسب آگاهی از افکار ناکارآمد خود، نقشی انکارناپذیر و امیدبخش دارد با توجه به موارد فوق، اهمیت دارد حاصل از پژوهش حاضر می‌تواند برای متخصصین و روان‌شناسان بالینی و سلامت مشاوران و درمانگرانی که مداخله‌های روان‌شناختی را بر روی معتادین مورد استفاده قرار می‌دهند، سودمند باشد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش افکار خودکشی و وسوسه ولع مواد افراد تحت درمان متادون است.

۲. روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی (نیمه‌تجربی) پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه افراد تحت درمان متادون مراکز ترک اعتیاد منطقه دو شهر تهران که تحت نظر سازمان بهزیستی در نیمه دوم سال ۹۷ به تعداد ۲۵۰۰ نفر بودند روش نمونه‌گیری این پژوهش به صورت نمونه‌گیری هدفمند بود. طبق نظر دلاور

شرکت کنندگان در گروه آزمایش می‌توانند از ۳ تا ۱۵ نفر باشند اما اکثر درمانگران ۸ تا ۱۲ نفر را برای شرکت در گروه پیشنهاد کرده‌اند در این پژوهش برای این که نمونه معنادار باشد از ظرفیت حداکثر ۲۰ نفر استفاده شد نمونه این پژوهش شامل ۶۰ نفر از افراد تحت درمان متادون که به صورت تصادفی در ۳ گروه آزمایشی (۲۰ نفر گروه آزمایش، آموزش ذهن آگاهی، ۲۰ نفر گروه آزمایش درمان شناختی - رفتاری و ۲۰ نفر گروه، کنترل) انتخاب شدند. در این پژوهش از مقیاس، وسوسه ولع مواد رایت (۱۹۹۷)، مقیاس افکار خودکشی بک (۲۷) استفاده شد و جهت آموزش گروه درمان شناختی - رفتاری از مهارت‌های شناختی رفتاری از کتاب راهنمای عملی شناخت درمانی مایکل فری ترجمه محمدی (۲۸) و جهت آموزش ذهن آگاهی از بسته آموزشی درمانی ذهن آگاهی (۷) استفاده شد.

ملاک ورود: حداقل تحصیلات در حد دیپلم باشد. فرد تحت درمان متادون باشد یعنی جهت درمان به صورت قانونی در کلینیک درمان سوءمصرف مواد داروی متادون دریافت نماید. حداقل سن ۲۰ و حداکثر سن ۵۰ سال باشد.

ملاک خروج: محدودیت زمانی و مکانی برای شرکت در جلسات، ابتلا به بیماری جسمی شدید و معلولیت که مانع حضور در جلسات شود، دریافت روان‌درمانی یا درمان دارویی و سایر درمان‌ها که در روند درمان خلل ایجاد خواهند کرد. ابزارهای زیر در این پژوهش استفاده شدند:

پرسش‌نامه وسوسه ولع مواد: این مقیاس یک ابزار ۴۵ سؤالی ارائه شده توسط رایت می‌باشد که می‌توان از آن برای اندازه‌گیری میزان وسوسه و احتمال مصرف مواد در افراد وابسته به مواد مخدر استفاده کرد (۲۷). نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به این صورت است که همه سؤالات در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای شامل هیچ=۱، ضعیف=۲، متوسط=۳، قوی، ۴=خیلی قوی نمره‌گذاری می‌شوند. بر اساس این روش نمره‌های به‌دست‌آمده را جمع کرده و سپس بر اساس جدول زیر نمره‌گذاری می‌شود.

حد پایین نمره	حد متوسط نمرات	حد بالای نمرات
۰	۹۰	۱۸۰

امتیازات از ۴۵ عبارت فوق با یکدیگر جمع می‌شود. حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۱۸۰ خواهد بود.

- نمره بین ۰ تا ۶۰: میزان پیش‌بینی بازگشت، ضعیف است.
- نمره بین ۶۰ تا ۹۰: میزان پیش‌بینی بازگشت، متوسط است.
- نمره بالاتر از ۹۰: میزان پیش‌بینی بازگشت، قوی است.

فیروزآبادی با استفاده از آلفای کرونباخ، همسانی درونی برای میزان وسوسه را ۷۴ درصد گزارش کرده است. کارشناسان با توجه به هدف، این مقیاس را دارای روایی محتوا دانسته‌اند (۲۷).

مقیاس افکار خودکشی بک: مقیاس افکار خودکشی "بک" (۲۷) یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی است. این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس سه‌نقطه‌ای از ۰ تا ۲ تنظیم شده است و هر سؤال یا عبارت ۹ گزینه دارد، پاسخ به گزینه یک نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد، اما پاسخ به گزینه دو، یک نمره و گزینه سه دو نمره تعلق می‌گیرد؛ و نمره کلی فرد از صفر تا ۳۸ متغیر می‌باشد. سؤالات مقیاس مواردی

از قبیل: آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی، افکار خودکشی و... را مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس دارای اعتبار بالایی است. با استفاده از آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون - بازآزمون اعتبار ۰/۵۴ به دست آمده است (۲۶).

ذهن آگاهی: درمانی ذهن آگاهی در این پژوهش منظور جلسات درمانی است که طی ۸ جلسه (۸ هفته) یک ساعته هفته‌ای یکبار بر اساس جلسات درمانی ذهن آگاهی کابات زین (MBSR¹) برگزار شد.

خلاصه محتوای جلسات درمانی:

- جلسه اول: آشنایی با هدایت خودکار و نحوه معطوف ساختن توجه به قسمت‌های مختلف بدن.
- جلسه دوم: تمرکز بیشتر بر بدن و کنترل بیشتر واکنش نسبت به وقایع روزانه.
- جلسه سوم: تمرکز عامدانه آگاهی بر تنفس، تمرکز و یکپارچه بودن بیشتر.
- جلسه چهارم: آموزش حضور ذهن و اجتناب از حواس پرتی.
- جلسه پنجم: آموزش اجازه حضور به تجربه همان‌طور که هست، بدون قضاوت یا تغییر در آن.
- جلسه ششم: آشنایی شرکت‌کنندگان با نحوه‌ای که خلق و افکار تجربه را محدود می‌کند.
- جلسه هفتم: مرور نشانگان ولع مصرف‌ماد و لغزش، افکار خودکشی
- جلسه هشتم: آموزش نحوه تمرین منظم ذهن آگاهی.

گروه درمانی شناختی - رفتاری: گروه درمان شناختی - رفتاری که به مدت ۱۲ جلسه یک و نیم ساعته هفته‌ای یکبار انجام شد. مهارت‌های شناختی فوق از کتاب راهنمای عملی شناخت درمانی مایکل فری ترجمه محمدی (۲۸) و کتاب گروه درمانگری شناختی - رفتاری ترجمه خدایاری فرد، (۱۳۹۱) استفاده شد.

جدول ۱: شرح مختصر جلسات گروه‌درمانی شناختی - رفتاری

عناوین و اهداف جلسات گروه‌درمانی	محتوای کلی جلسات گروه‌درمانی
جلسه اول	۱- آشنایی و معارفه، تشریح اهداف
اهداف:	۲- اجرای پیش‌آزمون
آشنایی و معارفه، تشریح اهداف و قوانین گروه، اجرای پیش‌آزمون، ارائه منطق	۳- شرح قوانین جلسات گروه‌درمانی

¹ Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

<p>۴- توضیح روش و منطق گروه‌درمانی شناختی - رفتاری، سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی</p> <p>۵- طول جلسات گروهی ۱۴ جلسه</p> <p>۶- تمرینات گروه‌درمانی</p> <p>۷- شناسایی افکار و باورهای منفی</p> <p>۸- نحوه بررسی تکلیف</p>	<p>درمان، بیان مدل گروه‌درمانی شناختی رفتاری</p>
<p>۱- بررسی تکالیف جلسه قبل</p> <p>۲- آموزش تن آرامی (ریلکسیشن)</p> <p>۳- تعیین تکلیف</p>	<p>جلسه دوم</p> <p>اهداف:</p> <p>آموزش تن آرامی</p>
<p>۱- بررسی تکالیف جلسه قبل</p> <p>۲- شناسایی افکار ناخوشایند و منفی</p> <p>۳- تأثیر افکار ناخوشایند و استمرار آنچه عواقبی دارد</p> <p>۴- افکار منفی وسوسه ولع مواد، افکار خودکشی، کیفیت زندگی، تنظیم هیجان، تاب‌آوری، خودکارآمدی را به چه شکل تحت‌تأثیر قرار می‌دهد</p> <p>۵- معرفی خطاهای شناختی</p> <p>۶- تعیین تکلیف</p>	<p>جلسه سوم</p> <p>اهداف:</p> <p>آشنایی با باورها و افکار منفی، خطاهای شناختی و راه‌های شناسایی آن‌ها</p>
<p>۱- بررسی تکالیف جلسه قبل</p> <p>۲- پرداختن به چالش با افکار منفی شناسایی شده در جلسه قبل</p> <p>۳- پیش‌بینی خود یعنی فکر منفی را به طور واضح بیان کنید</p> <p>۴- شواهد موجود موافق و مخالف آن را بررسی کنید</p> <p>۵- یک طرح عمل تنظیم کنید که در بررسی این نکته که پیش‌بینی شما درست است یا خیر به شما کمک کند</p> <p>۶- نتایج را یادداشت کنید</p> <p>۷- مقابله با افکار به صورت شناسایی افکار منفی</p> <p>۸- پاسخ به افکار منفی و اقدام عملی برای آزمون این افکار</p> <p>۹- بازسازی شناختی برای تغییر باورها، نگرش‌ها و مفروضه‌های نادرست</p> <p>۱۰- به جای شناخت ناکارآمد خود، الگوهای فکری سازش یافته‌تر و درست‌تری را جایگزین سازند</p> <p>۱۱- تعیین تکلیف</p>	<p>جلسه چهارم</p> <p>اهداف:</p> <p>چالش با باورها و افکار منفی و غیرمنطقی</p>
<p>۱- بررسی تکالیف جلسه قبل</p> <p>۲- اصلاح تحریف‌های شناختی چیست</p> <p>۳- تغییر تصورات (ادراک‌های) اجتماعی نادرست</p> <p>۴- روش‌های شناختی کنترل خود</p> <p>۵- بحث گروهی و ارائه فعالیت‌های تکمیلی</p>	<p>جلسه پنجم و ششم</p> <p>اهداف:</p> <p>اصلاح تحریف‌های شناختی و روش‌های شناختی کنترل خود</p>

۶- تعیین تکلیف	
جلسه هفتم	۱- بررسی تکالیف جلسه قبل
اهداف:	۲- تعریف خشم
آموزش مهارت کنترل خشم	۳- بررسی باورهای عامیانه در مورد خشم
	۴- بررسی تفکرات خود
	۵- شناسایی آستانه تحمل هر شخص
	۶- شناسایی علائم فیزیکی، روانی، اجتماعی و...خشم
	۷- اصول مدیریت خشم از جنبه‌های شناختی - رفتاری
۸- تعیین تکلیف	
جلسه هشتم	۱- بررسی تکالیف جلسه قبل
اهداف:	۲- تعریف مسئله
آموزش مهارت حل مسئله	۳- مشورت کردن
	۴- ارائه راه‌حل‌های جایگزین
	۵- تصمیم‌گیری
	۷- به‌کارگیری و اجرای راه‌حل
۸- تعیین تکلیف	
جلسه نهم و دهم	۱- بررسی تکالیف جلسه قبل
اهداف:	۲- تعریف زندگی سالم، بررسی ابعاد مختلف آن چیست
بررسی عوامل مؤثر بر زندگی سالم (عوامل جسمانی، روانی - اجتماعی و معنوی)، عزت‌نفس و احترام به خود	۳- عوامل جسمانی زندگی سالم چیست
	۴- فعالیت گروهی در زمینه عوامل جسمانی زندگی سالم
	۵- عوامل روانی - اجتماعی زندگی سالم چیست
	۶- فعالیت گروهی در زمینه عوامل روانی زندگی سالم
	۷- تنظیم اهداف زندگی (کوتاه‌مدت، می‌ان‌مدت، بلندمدت)
	۸- عزت‌نفس و احترام به خود چیست
	۹- بررسی عوامل مؤثر در عزت‌نفس قوی عبارت‌اند از:
	۱. خودآگاهی و شناسایی خود
	۲. ارزش‌گذاران به هرآنچه که هست
	۳. باور به بی‌همتایی و بی‌نظیر بودن خود
	۱۰- فعالیت گروهی در زمینه تشخیص شباهت‌ها و تفاوت‌ها
	۱۱- فعالیت گروهی در زمینه شیوه کسب احترام از سوی دیگران
۱۲- تعیین تکلیف	
جلسه یازدهم	۱- بررسی تکالیف جلسه قبل

<p>اهداف: ۲- هدف از این مداخله، آموزش به مددجویان است تا بتوانند الگوهای رفتاری ناکارآمد خود را تحلیل کنند ۳- شناسایی الگوهای پاسخ‌دهی یا A-B-C ۴- آموزش آگاهی از پیامدها ۵- توصیف رفتار شخصی خود ۶- مشخص کردن وقایعی که قبل و بعد از پاسخ ایجاد می‌شود ۷- بحث گروهی و تمرین گفتگوی دونفره ۸- تعیین تکلیف</p>	<p>آموزش مهارت تحلیل رفتار (A-B-C)</p>
<p>۱- بررسی تکالیف جلسه قبل ۲- فعالیت گروهی در زمینه مثبت‌نگری و کشف نقاط قوت ۳- آموزش مراحل مثبت‌نگری در پنج مرحله انجام می‌گیرد ۴- تعیین تکلیف</p>	<p>جلسه دوازدهم اهداف: آموزش مثبت‌نگری و کشف نقاط قوت در جهت افزایش، کیفیت زندگی، تنظیم هیجان، تاب‌آوری، خودکارآمدی و کاهش وسوسه ولع مواد، افکار خودکشی</p>
<p>۱- بررسی تکالیف جلسه قبل ۲- سبک پاسخ‌دهی کلامی کارآمد ۳- مهارت‌های گوش‌کردن فعال ۴- تعیین تکلیف</p>	<p>جلسه سیزدهم اهداف: آموزش مهارت‌های ارتباطی</p>
<p>۱- بررسی تکالیف جلسه قبل ۲- آموزش برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و تکنیک مدیریت زمان ۳- آماده‌سازی گروه برای حفظ و تثبیت مهارت‌های یاد گرفته شده (تکنیک‌های شناختی - رفتاری) ۴- اختتام جلسات ۵- اجرای پس‌آزمون</p>	<p>جلسه چهاردهم اهداف: اختتام جلسات گروه‌درمانی شناختی - رفتاری</p>

برای اجرا ابتدا به مرکز مراکز ترک اعتیاد منطقه دو شهر تهران که تحت‌نظر سازمان بهزیستی بود مراجعه نموده و لیستی از مردان مصرف‌کننده متادون تهیه گردید سپس با مراجعه‌کنندگان به این مرکز در مورد تشکیل جلسات آموزش ذهن‌آگاهی و گروه‌درمانی درمان شناختی - رفتاری توضیحات لازم داده شد و افرادی که نمره بالایی از پرسش‌نامه وسوسه ولع مواد، افکار خودکشی به دست آوردند انتخاب و فرم رضایت آگاهانه در اختیار آن‌ها داده شد و پس از موافقت و امضای فرم مذکور ۶۰ نفر به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و ذهن‌آگاهی و گروه درمان شناختی - رفتاری به گروه آزمایش توسط درمانگر گروه درمان شناختی - رفتاری که به مدت ۱۲ جلسه یک و نیم ساعته هفته‌ای یکبار در مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ارون آموزش داده شد و همچنین جلسات درمانی ذهن‌آگاهی که طی ۸ جلسه (۸ هفته) یک‌ساعته هفته‌ای یکبار بر اساس جلسات درمانی ذهن‌آگاهی کابات زین توسط درمانگر

به گروه آزمایش در مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ارون آموزش داده شد و پرسش‌نامه‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و آزمون‌ها یک ماه بعد از خاتمه درمان مجدداً اجرا شد.

روش‌ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها: اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی با نرم‌افزار SPSS 21 بیان شد که شامل میانگین، انحراف معیار برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. علاوه بر تحلیل‌های اصلی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری و برای تعیین اثرهای درون‌گروهی در متغیرهای تحقیق، از آزمون تعقیبی بونفرونی^۱ به منظور تفاوت‌های احتمالی بین تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده گردید.

یافته‌ها:

جدول ۲: مقادیر پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیرهای تحقیق در گروه‌های درمانی و کنترل و مرحله پیگیری

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		s	X	s	x	S	X
آموزش	افکار خودکشی	۴/۷۹	۱۲/۸	۱/۷۵	۶/۴۰	۲/۲۰	۷/۳۵
ذهن‌آگاهی	وسوسه ولع مواد	۱۷/۷۳	۱۰۴/۳۵	۲۱/۷۱	۵۱/۴۰	۲۱/۱۳	۵۲/۴۰
درمان	افکار خودکشی	۳/۷۳	۱۴/۰۵	۲/۹۱	۱۰/۲۵	۳/۰۱	۱۰/۶۵
شناختی - رفتاری	وسوسه ولع مواد	۱۷/۷۲	۱۰۴/۵۰	۲۶/۰۷	۸۲/۲۰	۲۴/۰۴	۸۳/۳۰
	افکار خودکشی	۴/۲۲	۱۴/۷۵	۳/۹۴	۱۴/۷۰	۴/۰۱	۱۴/۸۵
کنترل	وسوسه ولع مواد	۱۷/۷۴	۱۰۴/۶۵	۱۴/۵۸	۱۰۱/۷۵	۱۷/۵۲	۱۰۶/۱۵

جدول ۲ میانگین‌ها و انحراف استاندارد‌های متغیرهای پژوهش قبل و بعد از اجرای متغیرهای مستقل و دوره پیگیری را در گروه آموزش ذهن‌درمانی و درمان گروهی شناختی - رفتاری و گروه کنترل نمایش می‌دهد، به عبارت دیگر این جدول نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیرهای مورد بررسی افکار خودکشی، وسوسه ولع مواد را نمایش می‌دهد. همان‌طور که جدول فوق نشان می‌دهد

¹ Bonferron

نمرات پیش آزمون‌ها در مقایسه با پس آزمون‌ها در همه متغیرهای مورد بررسی در آموزش ذهن درمانی و درمان گروهی درمان شناختی - رفتاری تغییر داشته است. این در حالی است این تغییر برای گروه کنترل در هیچ یک از مراحل مشاهده نمی‌گردد.

جدول ۳: نتایج آزمون باکس و آزمون لوین در متغیرهای تحقیق

آزمون باکس		آزمون لوین		پس آزمون		پیش آزمون	
متغیر	Box's M	sig	F	sig	F	sig	F
افکار خودکشی	۴/۶۲	۰/۲۳۳	۰/۸۵۱	۰/۴۳۲	۰/۶۶۴	۰/۵۲۰	
وسوسه ولع مواد	۴/۵۱۶	۰/۶۴۹	۰/۰۳۳	۰/۹۶۷	۰/۴۲۱	۰/۷۸۷	

قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون M باکس، بررسی شد، از آنجاکه آزمون M باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبوده، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس به‌درستی رعایت شده است. همچنین عدم معناداری هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لوین نشان داد که شرط برابری واریانس بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیرهای وابسته در تمامی گروه‌ها مساوی بوده است.

جدول ۴: تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای اثرهای درون گروهی و بین گروهی مرحله در متغیر افکار خودکشی

متغیر	منبع	ss	df	ms	F	p	اتا	توان آماری
افکار خودکشی	عامل	۳۵۰/۲۰۸	۱	۳۵۰/۲۰۸	۴۰/۶۱۶	۰/۰۰۰	۰/۴۱۶	۱
	درون گروهی	۲۰۳/۸۱۷	۲	۱۰۱/۹۰۸	۱۱/۸۱۹	۰/۰۰۰	۰/۲۹۳	۱/۹۹۲
بین گروهی	گروه	۵۲۵/۳۱۷	۲	۲۶۲/۶۵۸	۱۴/۰۲۹	۰/۰۰۰	۰/۳۳۰	۱/۹۹۸
	خطا	۱۰۶۷/۱۷۵	۵۷	۱۸/۷۲۲	-	-	-	-

باتوجه به جدول ۴ بررسی مرحله اصلی نشان می‌دهد که حداقل بین میانگین دو بار از اجراها تفاوت معنی‌دار وجود دارد مقادیر F در متغیرهای مورد بررسی در سطح کمتر از ۰/۰۰۰ معنی‌دار است، همچنین مقادیر مجذور اتا بیانگر سهمی از متغیر وابسته است که تحت تأثیر متغیرهای مستقل یعنی آموزش ذهن آگاهی و گروه درمانی شناختی - رفتاری قرار گرفته است. همچنین اثر تعاملی نشان می‌دهد اختلاف معنی‌داری در مراحل اجراهای پیش‌آزمون - پس‌آزمون وجود دارد، به‌عبارت‌دیگر میزان تغییرات نمرات گروه‌های مورد مقایسه در افکار خودکشی یکسان نبوده و لذا مداخله‌های درمانی تأثیر داشته است، همچنین می‌توان گفت نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که با معنادار بودن عامل و اثر تعاملی در درون گروه‌ها؛ وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون،

۱	۰/۹۷۷	/۰۰۰	۱۷/۲۹۳	۷۳۸۰/۶۰۸	۲	۱۴۷۶۱/۲۱۷	گروه	بین گروهی
				۴۲۶/۷۸۷	۵۷	۲۴۳۲۶/۸۷۵	خطا	

باتوجه به جدول ۶ بررسی مرحله اصلی نشان می‌دهد که حداقل بین میانگین دو بار از اجراها تفاوت معنی‌دار وجود دارد مقادیر F در متغیرهای مورد بررسی در سطح کمتر از ۰/۰۰۰ معنی‌دار است، همچنین مقادیر مجذور اتا بیانگر سهمی از متغیر وابسته است که تحت تأثیر متغیرهای مستقل یعنی آموزش ذهن آگاهی و گروه‌درمانی شناختی - رفتاری قرار گرفته است. همچنین اثر تعاملی نشان می‌دهد اختلاف معنی‌داری در مراحل اجراهای پیش‌آزمون - پس‌آزمون وجود دارد، به عبارت دیگر میزان تغییرات نمرات گروه‌های مورد مقایسه در وسوسه ولع مواد یکسان نبوده و لذا مداخله‌های درمانی تأثیر داشته است، همچنین می‌توان گفت نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که با معنادار بودن عامل و اثر تعاملی در درون گروه‌ها؛ وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر وسوسه ولع مواد و تعامل سه مرحله اندازه‌گیری با دو گروه آزمایش و گروه کنترل در سطح ۰/۰۰۰ تأیید می‌گردد. جهت مقایسه زوجی گروه‌های پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷ آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های زوجی در ۲ بار اجرای متغیرهای وابسته وسوسه ولع مواد در

گروه‌های آموزش ذهن آگاهی و گروه‌درمانی شناختی - رفتاری

متغیر	آزمون	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
وسوسه	پس‌آزمون	ذهن آگاهی	کنترل	۲۷/۰۸	** ۰/۰۰۰
ولع مواد		گروه‌درمانی	ذهن آگاهی	۱۵/۴۸	** ۰/۰۰۴
		کنترل	گروه‌درمانی	۱۱/۶۰	* ۰/۰۴۵

شناختی - رفتاری

** $p < ۰/۰۱$ * $p < ۰/۰۵$

برای مقایسه زوجی گروه‌ها و تعیین تفاوت پس‌آزمون‌ها در متغیرهای وابسته از آزمون بونفرونی (جدول ۷) استفاده شد. نتایج حاصل که تفاوت نمرات در مرحله، پس‌آزمون در متغیر وسوسه ولع مواد در گروه‌های آموزش ذهن آگاهی، گروه‌درمانی شناختی - رفتاری و گروه کنترل مشاهده می‌گردد، نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات گروه کنترل با دو گروه آزمایشی آموزش ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد بدین معنا که دو شیوه درمانی سبب کاهش وسوسه ولع افراد تحت درمان متادون شده است، همچنین نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات دو گروه آموزش ذهن آگاهی و گروه درمان شناختی - رفتاری در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد، یعنی روش ذهن آگاهی به طور مؤثرتری بر کاهش وسوسه ولع مواد عمل کرده است، در نتیجه فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه اثربخشی روش آموزش ذهن آگاهی و گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش وسوسه ولع مواد متفاوت است مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بحث و نتیجه گیری:

بر اساس یافته‌های این تحقیق دو شیوه درمانی سبب کاهش افکار خودکشی افراد تحت درمان متادون شده است، همچنین نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات دو گروه آموزش ذهن آگاهی و درمان شناختی - رفتاری در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد، یعنی روش ذهن آگاهی به طور مؤثرتری بر کاهش افکار خودکشی عمل کرده است، در نتیجه فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه اثربخشی روش آموزش ذهن آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش افکار خودکشی متفاوت است مورد تأیید قرار می‌گیرد. گودرزی و گل محمدی و بشیر گنبدی و صمدی (۱۷) اثربخشی ذهن آگاهی بر افکار خودکشی و پرخاشگری در سربازان وظیفه را تأیید کردند. رضانی و محمدی و صدی دمیرچی (۲۹) در پژوهش خود دریافتند که درمان شناختی - رفتاری بر کاهش علائم افکار خودکشی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مؤثر است. ناطقی و محبوبه و سهرابی (۱۹) اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش افکار خودکشی نوجوانان دارای اعتیاد به مواد مخدر مراجعه‌کنندگان به کمپ‌های ترک اعتیاد شهرستان تهران را مورد تأیید قرار دادند. تحقیق کشاورزی (۳۰) اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی با آموزش خانواده بر مؤلفه‌های مرتبط با خودکشی در دختران اقدام‌کننده به خودکشی تأیید کرد. تحقیق کشاورزی (۳۰) اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی با آموزش خانواده بر مؤلفه‌های مرتبط با خودکشی در دختران اقدام‌کننده به خودکشی تأیید کرد. تحقیقات رابینسون ویتز (۳۱) پرات (۳۲) اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش افکار خودکشی را تأیید کرد. نتایج تحقیق زیب، سوکو، جی و فلچر (۳۳) نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کاهش افکار خودکشی نوجوانان وابسته به مواد مخدر اثربخش بوده است. آموزش روان‌شناختی زیربنای اصلی شناخت - رفتار درمانگری و درعین حال نوعی یادگیری تجربه‌ای و مسئله مدار است. شناخت - رفتار درمانگر باید در موقعیت‌های گروهی مطالب را به روشی تعاملی ارائه کند، طوری که مشارکت فعال اعضای گروه را تشویق کند؛ بنابراین در گروه فرد درک می‌کند که راه‌حل‌های متفاوتی برای مشکلات وجود دارد و در نتیجه خودکشی به‌عنوان تنها راه‌حل کنار گذاشته می‌شود. ذهن آگاهی هشیاری غیر قضاوتی، غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه ایست که در یک لحظه خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد. علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یاد شده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود. ذهن آگاهی روشی است برای توجه کردن و به‌وضوح دیدن آنچه که در زندگی مان رخ می‌دهد. ذهن آگاهی فشارهای زندگی را حذف نمی‌کند، اما می‌تواند کمک کند تا به آن‌ها طرزی آرام‌تر پاسخ دهیم، طوری که برای قلب، مغز و بدنمان سودمند باشد. کمک می‌کند تا واکنش‌های از روی عادت و اغلب ناهشیار هیجانی و فیزیولوژیکی به رخداد‌های روزمره را تشخیص داده و آن‌ها را متوقف کنیم. افکار خودکشی بر وقوع هرگونه اندیشه خودتخریبی دلالت دارد و به‌راستی گونه‌ای اشتغال فکری پیرامون مرگ است که هنوز جنبه عملی به خود نگرفته است؛ بنابراین هر دو روش در کاهش افکار خودکشی مؤثرند، اما از آنجایی که ذهن آگاهی، واکنش‌های از روی عادت و اغلب ناهشیار هیجانی و فیزیولوژیکی را کنترل و تعدیل می‌کند، احتمالاً مؤثرتر است.

بر اساس یافته‌های این تحقیق دو شیوه درمانی سبب کاهش وسوسه و لغ مواد افراد تحت درمان متادون شده است، همچنین نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات دو گروه آموزش ذهن آگاهی و درمان شناختی - رفتاری در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد، یعنی روش ذهن آگاهی به طور مؤثرتری بر کاهش وسوسه و لغ مواد عمل کرده است، در نتیجه فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه اثربخشی روش آموزش ذهن آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش وسوسه و لغ مواد متفاوت است مورد تأیید قرار می‌گیرد.

رحیمی و سهرابی و سروقد (۳۴) نتیجه گرفتند که درمان گروهی شناختی - رفتاری علائم اختلال مصرف را کاهش می‌دهد. پژوهش سلیمی و حق نظری و احمدی ظهور و زهره وند (۲۶) اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ولع مصرف مواد معتادین به هروئین را مورد تأیید قرارداد. تحقیق نیرومند (۲۵) نشان داد که برنامه درمان آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش وسوسه ولع مواد افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد مؤثر است. معنوی (۲۴) در تحقیق خود اثربخشی آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر روی سبک‌های مقابله با استرس، استرس ادراک شده و ولع مصرف مواد در مردان وابسته به مواد را تأیید کرد. تحقیق حامدی و شهیدی و خادمی (۱۴) نشان داد که ذهن آگاهی بر کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر مؤثر است. تحقیق کیانی (۳۵) نشان داد دو گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر شدت ولع مصرف مواد در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری داشت. حدادی و رستمی و رحیمی‌نژاد (۳۶) اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری را بر کاهش ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف‌کننده کراک را مورد مطالعه و بررسی قرار دادند و تأیید کردند. تحقیق کارول و همکاران (۳۷) بروئروال وایف و داویس (۲۰۱۳) و ترلور و لایبوت و کارچرز (۲۰۱۲) و نشان داد که درمان شناختی رفتاری در پیشگیری از عود مصرف مواد، مؤثر است. آوانتس و بیتل و مار گولین (۳۸) و ویتکویتز و مارلت واکر (۳۹)، در نتایج پژوهش‌های خود بیان داشتند مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند توانایی مقابله‌ای بیمار را برای کنار آمدن با وسوسه و نشانه‌های ترک افزایش دهد. تأثیری که توانایی کمک به دیگر اعضای گروه بر فرد دارد، یکی از ابعاد مهم تجربه گروهی است؛ بنابراین این روش می‌تواند وسوسه ولع نسبت به مواد را کاهش دهد. علاوه بر این، گروه جوی ایجاد می‌کند که در آن تمرکز بر خود به تمرکز بر اعضای گروه و خود گروه تبدیل می‌شود. شناخت - رفتار درمانگری می‌تواند با افزایش حمایت اعضای گروه از یکدیگر، اطمینان دادن و ارائه بازخورد به آنان راهبرد تغییر تمرکز را تسهیل کنند. به عبارت دیگر، در گروه حمایت دریافت شده از دیگران به آنان برگردانده می‌شود و هر دو طرف از این فرایند دوجانبه، فایده می‌برند. ذهن آگاهی فنی است که با ترکیب با مراقبه و جهت‌گیری‌های ذهنی خاص نسبت به یک تجربه، آگاه شدن نسبت به زمان حال به نحوی غیر قضاوتی با به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات را تشویق می‌کند؛ بنابراین گر چه آموزش ذهن آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش وسوسه ولع مواد مؤثر هستند، ولی از آنجایی که ذهن آگاهی با به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات، توانایی فرد را برای مدیریت موقعیت‌ها افزایش می‌دهد، می‌تواند نقش بیشتری در وسوسه ولع مواد داشته باشد.

References"

1. Ray H., Whitburn S.. Psychopathology, translated by Yahya Seyed Mohammadi, Ravan Publications, 2014
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, 5th ed. Arlington: American Psychiatric; 2013
3. Jakson D., Firtko A., Edenborough M.. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. Journal of Advanced Nursing, 2007; 60(1): 1-9.
4. Bowen S., Chawala N., Marlatt GA.. Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors. The Guilford Press New York London, 2011.
5. Skanavi S., Laqueille X., Aubin HJ.. Mindfulness based interventions for addictive disorders: a review. Encephale 2011; 37(5): 379-87.

6. Masudaa A., Lillisa J.. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour Research and Therapy, 2006; 44:1-25.
7. Kabat-Zinn J.. Mindfulness Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. Clinical psychology: Science and practice, 2003; 10 (2): 144-56.
8. Uhlig D.J.. Mindfulness Based Relapse Prevention and the matrix model in substance abuse relapse prevention. Ph.D., Walden university, 2009.
9. Litwin P.M.. Feeling of helplessness subsequent to child abuse in who exhibit disruptive behavior disorder. Massachusetts university, 2011
10. Potek R.. Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation, New York University, 2012.
11. McCarney R.W., Schulz J., Grey AR.. Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. European Journal of Psychotherapy & Counselling, 2012; 14 (3): 279-99.
12. Basharat Lu L.. The effectiveness of cognitive behavioral training on perceived self-efficacy and academic vitality in sixth grade elementary school students, Psychological Studies and Educational Sciences Quarterly, 2016; 3(4): 76-87.
13. Michalak J., Burg J., Heidenreich T.. Don't Forget Your Body: Mindfulness, Embodiment, and the Treatment of Depression. Mindfulness, 2012; 3(3): 190-9.
14. Hamedi A., Shahidi SH., Khademi A., Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in drug relapse prevention, Research on Addiction, 2014; 7(28): 101-118.
15. Brown K.W., Ryan RM., Creswell DJ. Addressing Fundamental Questions about Mindfulness. Psychological Inquiry, 2007; 18(4):272-281.
16. Derakhshanpour ZH., Bahrainian Z., Abdul Majid S.. The role of psychological function and the interaction of the nervous system and sex steroids in premenstrual dysphoric disorder, the second international conference on new research achievements in social sciences, educational sciences and psychology, Karaj, 2017.
17. Goudarzi AH., Golmohammadi AA., Bashirgonbadi S., Samadi S.. Effectiveness based on reducing stress (MBSR) on Suicidal Thoughts and Aggression in the Soldiers with Normal Task Force of Malek-e-Ashtar Arak Garrison Training Course, J Police Medicine, 2018; 7(4): 147-152.
18. Sepehreinjad M., Hatamian P.. Forecast of Suicidal thoughts based on Emotional Dysregulation and Experimental Avoidance in Nurses, Iranian J Nursing Research, 2018; 13(55): 39-44.
19. Nateghi M., Sohrabi F.. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Suicidal Thoughts and Impulsivity among Adolescents with Addiction. etiadpajohi. 2017; 11(42) :213-228. URL: <http://etiadpajohi.ir/article-1-1389-fa.html>
20. Kashdan TB., Vetter C.S. Collins L.. Substance use in young adults: Associations with personality and gender. Addictive Behaviour 2005; 30: 259-269.

21. Marlatt G.A.. Buddhist Psychology and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice* 2002; 9: 44-49.
22. Burton N.W., Pakenham K.I., Brown W.J. Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: A pilot study of the ready program. *Psychology Health Medicine*, 2010; 15(3): 266-77.
23. Morgan LPK.. The practice effect: The relationships among the frequency of early formal mindfulness practice, mindfulness skills, worry, and quality of life in an acceptance-based behavior therapy for Generalized Anxiety Disorder. M.A., university of Massachusetts Boston, 2011
24. Garland EL., Boettiger CA. Gaylord S., West Chanon V., Howard MO.. Mindfulness is Inversely Associated with Alcohol Attentional Bias Among Recovering Alcohol-Dependent Adults. *Cognitive Therapy and Research*, 2012; 36(5): 441-450.
25. Akbaribooreng M., Dalakeh MH., Saberi R., Yasbelaghi B., Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on increasing self-efficacy and sustainability of patients undergoing methadone treatment, *Research on Addiction*, 2016; 10(38): 103-117.
26. Salimi S.H., Haghazari A., Ahmadi M., Soltani T., Zohreh Vand M.. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Drug Craving in Heroin Addicts Treated by Methadone Maintenance, *J Clinical Psychology*, 2016; 8(2): 23-31.
27. Beck A.T., Weishaar ME.. Cognitive therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.). *Current psychotherapies*. 2001; 6: 241-272. Itasca. IL: Peacock.
28. Michael Frey. A practical guide to group cognitive therapy, translated by Mohammadi, M., Farnam, R., Arin Publications, Tehran, 2009
29. Ramezani SH., Mohammadi N., Sadri Damirchi H., Rahmani S.. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Emotional Control and Signs of Suicide in Veterans with PTSD, *Iranian Journal of War and Public Health*, 2018; 10(38): 1-7.
30. Zemestani M., Yousefi N., Keshavarzi S.. Effectiveness of cognitive- behavioral group therapy along with family training on components associated with suicide in girls attempted to suicide. *Family Counseling and Psychotherapy*, 2015; 5(3): 107-120.
31. Robinson J., Hetrick S.. Can an internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school student? *J Early intervention in psychology*. 2015; 10: 28-35.
32. Pratt D.. Suicide in recently released prisoners: A population based cohort study. *Lancet*, 2014; 368: 119-123.
33. Zeeb F.D., Soko A.D., Ji X., Fletcher P.J.. Low impulsive action, but not impulsive choice, predicts greater conditioned reinforcer salience and augmented nucleus accumbens dopamine release, *Neuropsychopharmacology*, 2008; 41(8): 2091-2100.
34. Rahimui A., Sohrabi N., Rezayei A., Sarvghad S.. Comparison of the efficacy cognitive behavioral and acceptance and commitment therapy group in cognitive emotion regulation on

substance use stimulus patient (Methamphetamine), *J Psychological Models and Methods*, 2018; 8(30): 53-68.

35. Ghasemin K., Pourabbas A.. The Comparison of the Efficacy of Group Psychotherapy Based on Acceptance and Commitment Therapy, and Mindfulness on Craving and Cognitive Emotion Regulation in Methamphetamine Addicts, *Research on Addiction*, 2013; 6(24): 27-36.

36. Hadadir., R., Rahiminejad, Akbari Zardkhaneh S.. The Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy of Impulse Control on Reduction of Impulsiveness, Crave of Usage and Addiction Severity among Crack Users, *Research on Addiction*, 2009; 3(10): 29.

37. Carroll K.M., Farentinos C., Ball S.A., Crits-Christoph P., Libby B., Morgenstern J., Obert J.L., Polcin D., Woody G.E.. MET meets the real world: design issues and clinical strategies in the Clinical Trials Network. *J Substance Abuse Treatment*, 2015; 23:73-80.

38. Avants SK., Beitel M., Margoline A.. Making the shift from addict self to spiritual self: Result from a stage I study of spiritual self-schema (3-5) therapy for the treatment of addiction and HIV risk behavior. *Mental Health, Religion, and Culture*, 2005; 8: 167-177.

39. Veilleux JC., Colvin PJ., Anderson J., York C., Heinz AJ.. A review of opioid dependence treatment: pharmacological and psychosocial interventions to treat opioid addiction. *Clinical Psychology Review*, 2010; 30(2): 155-66.