



بررسی مقایسه مؤلفه‌های ذهن آگاهی در معتادان به مواد محرك و افیونی شهر تهران

سید یونس محمدی^۱، سعید ایمانی^{*۲}، فاطمه صادقی پویا^۱

^۱ گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه پیام نور بوشهر

^۲ گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی - تهران

(دریافت مقاله: ۹۳/۱۱/۳۰ - پذیرش مقاله: ۹۴/۳/۲۴)

چکیده

زمینه: پدیده اعتیاد به عنوان یکی از معضلات اجتماعی، در جامعه، به ویژه در بین جوانان از شیوع بالایی برخوردار است. مطالعه و شناخت علمی مؤلفه‌های ذهنی و روانی افراد معتاد برای کمک به سازگاری و کاهش آسیب‌های روانشناسی در آنان اهمیت فراوانی دارد. بر همین اساس در پژوهش حاضر به مقایسه مؤلفه‌های ذهن آگاهی در معتادان به مواد محرك و افیونی پرداخته شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه، ۶۰ نفر (۳۰ نفر سوء مصرف کننده مواد افیونی و ۳۰ نفر سوء مصرف کننده مواد محرك) با استفاده از پرسشنامه‌ی ۵ عاملی ذهن آگاهی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)، تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که معتادان به مواد محرك و افیونی در مؤلفه‌های ذهن آگاهی با یکدیگر تفاوت معناداری داشتند.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از این بود که نمرات مصرف کننده‌گان به مواد افیونی نسبت به مصرف کننده‌گان مواد محرك از نظر عامل‌های ذهن آگاهی بالاتر بود. نتایج همچنین مؤلفه‌های ذهن آگاهی به عنوان متغیری تعیین کننده در آسیب‌شناسی معتادان به مواد محرك و افیونی مور تأکید قرار می‌دهد.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، مواد محرك، مواد افیونی، افسردگی، اضطراب و استرس

جمعیت، مصرف کننده مواد افیونی برآورد شده است (۴). در ایران تعداد مصرف کنندگان مواد افیونی در حدود ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر است و بر اساس برخی آمارها ۲۰ درصد افراد ۱۵ تا ۶۰ ساله در کشور با این مشکل مواجه‌اند. بر این اساس، ایران بالاترین نسبت معتادان به مواد افیونی را در جهان دارد (۵). حمدیه و همکاران در تحقیقی بر روی نوجوانان و جوانان ۱۵-۳۵ ساله‌ی شهر تهران شیوع مواد محرك را ۷/۲ درصد برآورد کردند (۶).

سوء مصرف مواد علاوه بر تأثیرات مهمی که بر سلامت جسمانی مصرف کنندگان آن باقی می‌گذارد در بسیاری از مسائل مهم جامعه مانند تصادفات، خشونت، رفتارهای بزهکارانه، مشکلات خانوادگی و غیره نقش دارد (۷).

سوء مصرف مواد و اعتیاد، نه تنها افراد را از فعالیت و تولید بهینه، کارآیی و اقدامات مثبت و سازنده باز می‌دارد بلکه باعث از بین رفتن نیرو، انرژی، وقت و منابع و امکانات جامعه در جهت برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات و فعالیت‌های مثبت و ثمریخشن می‌شود. علاوه بر این هزینه‌های سنگین و سرسام‌آوری را بر فرد، خانواده، مؤسسات درمانی و بهداشتی (برای پیشگیری و درمان) و سازمان‌ها و دستگاه‌های انتظامی و قضایی (برای کشف، دستگیری، بازپرسی، زندانی کردن و اعمال سایر مجازات‌ها در مورد تولید کنندگان و مصرف کنندگان) تحمیل می‌کند (۸). یافته‌های بالینی نشان دهنده هستند که در شکل‌گیری واپستگی به مواد ویژگی‌های شخصیتی، شیوه زندگی، روابط اجتماعی، نگرش‌ها، باورها، احساسات، دلبستگی‌ها، عواطف و رفتارهایی که در طی رشد فرد شکل گرفته‌اند، نقش اساسی دارند (۹ و ۱۰). بنابراین ضرورت مطالعه و شناخت علمی مؤلفه‌های ذهنی و روانی افراد معتاد برای

مقدمه

طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) سوء مصرف مواد (substance abuse) به صورت مصرف مکرر مواد مشخص می‌گردد که منجر به ناتوانی در عمل به تعهدات عمدۀ مربوط به نقش فرد در کار، مدرسه یا خانه می‌شود و باعث ناراحتی، رنجش و آزردگی فرد می‌شود (۱).

پدیده اعتیاد (addiction) به عنوان یکی از معضلات اجتماعی، در جامعه، به ویژه در بین جوانان از شیوع بالایی برخوردار بوده که این موضوع می‌تواند مضرات مختلف اجتماعی و بهداشتی مانند آسیب به زمینه اقتصادی فرد، افزایش خشونت، خطر افزایش ایدز، بزهکاری، بیکاری، افزایش اختلالات روانی و افکار خودکشی را در پی داشته باشد (۲). مواد افیونی (opiates) داروهایی هستند که از راه کند کردن فعالیت‌های دستگاه عصبی مرکزی، احساس‌های بدنی و توان پاسخ دادن به محرك‌ها را کاهش می‌دهند و شامل تریاک و مشتقات آن و متادون (methadone) می‌شود. برخلاف مواد افیونی، داروهای محرك (stimulant) موادی هستند که هشیاری و برانگیختگی کلی را افزایش می‌دهند و شامل آمفتامین‌ها (amphetamines) بنزدرین (amphetamine), دکسدرين (Benzedrine) و متدرین (Dexedrine)، کوکائین (cocaine), نیکوتین (methedrine)، کافئین (caffeine) و کافئین (nicotine) می‌شود (۳). دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل UNODCP در بین جمعیت ۱۵-۶۴ ساله سراسر جهان، ۲۰۰ میلیون نفر، یا ۵ درصد کل جمعیت جهان برآورد کرده است که از این تعداد ۱۶ میلیون نفر، یا ۰/۴ درصد

مواد افیونی از نظر مؤلفه‌های ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

جامعه پژوهش حاضر را معتادان مرد مراجعه کننده به مرکز مطالعات ملی اعتیاد و کمپ‌های ترک اعتیاد اطراف شهر تهران در زمستان سال ۱۳۹۲ تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر (۳۰ نفر معتادان به مواد محرك و ۳۰ نفر معتادان به مواد افیونی) بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع نمونه‌گیری در دسترس بود. نمونه‌های مورد نظر بر اساس سن و تحصیلات همتاسازی شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل افراد معتاد به مواد افیونی و محرك بودند که در یک سال گذشته فقط یک نوع ماده افیونی یا محرك استفاده کرده بودند و معیارهای خروج از مطالعه عدم تمايل آزمودنی به همکاري و مصرف بيش از یک نوع ماده افیونی و محرك در یکسال گذشته بود.

پرسشنامه ذهن آگاهی^۱ (FFMQ)

مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی است که توسط بائز (Baer) و همکاران (۲۰۰۶) از طریق تلفیق با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۱۲ گویه و ۵ مؤلفه است (۱۷).

مؤلفه‌های آن، همان‌طور که توسط آنالیز عامل شناسایی شده‌اند، شامل این موارد می‌شوند: واکنش ناپذیری نسبت به تجربه درونی (واکنش ناپذیری)، مشاهده احساسات/ افکار/ عواطف (مشاهده)، رفتار کردن با آگاهی و تمرکز (عمل آگاهانه)، توصیف تجربیات توسط کلمات

کمک به سازگاری آنها از یک طرف و کاهش آسیب‌های روان‌شناختی آنها از طرف دیگر، برای متخصصین روانشناسی و روانپزشکی حائز اهمیت می‌باشد. ذهن آگاهی را می‌توان به عنوان یک حالت ذهنی تعریف نمود که با آگاهی بدون قضاوت در لحظه‌ی کنونی مشخص می‌شود (۱۱) و روشی است برای مشاهده افکار، تصاویر، احساسات و پذیرش آنها بدون اینکه فرد با محتوای افکار درگیر شود یا با فنون درمان شناختی - رفتاری کلاسیک با افکار منفی چالش کند و به آزمون واقعیت پردازد (۱۲).

ذهن آگاهی (mindfulness) به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (۱۳)، به این معنا یعنی بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آنچه که اتفاق می‌افتد، فرد، بودن در لحظه و هر آنچه اکنون هست، واقعیت محض را بدون توضیح، تجربه کند (۱۴). ذهن آگاهی جزء روش‌هایی است که در سال‌های اخیر با نشأت گرفتن از ریشه‌های شرقی آن به صورت برنامه مداخله روان‌شناختی رونق یافته است (۱۳ و ۱۵).

آموزش ذهن آگاهی به بیماران چهار سوء مصرف مواد، سبب بهبودی و قطع زنجیره پیشانیدهای منجر به ادامه مصرف می‌شود و به طور معناداری در کاهش استرس و فرونشانی تفکر و افزایش بهبودی فیزیولوژیکی ناشی از مصرف مواد و تغییر سوگیری توجه به مصرف مواد می‌گردد (۱۶). به نظر می‌رسد که مؤلفه‌های ذهن آگاهی نقشی مهم و کلیدی در اختلالات واپستگی به مواد دارند لذا تحقیق حاضر کوشیده است تا به بررسی این متغیرها در افراد معتاد به مواد محرك و افیونی پردازد و سؤال پژوهش حاضر این است که آیا بین معتادان به مواد محرك و

¹ Five Factor Mindfulness Questionnaire

برای آنها مورد نظر توضیح و در صورت موافقت آنها برای شرکت در پژوهش، رضایت شفاہی اخذ شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه ذهن آگاهی استفاده شد. برای این منظور این پرسشنامه‌ها در اختیار بیماران قرار می‌گرفت و از آنها خواسته می‌شد که در همان زمان و در یک نوبت به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. به منظور تحلیل داده‌های به دست آمده، در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و در بخش آمار استنباطی، با توجه به فرضیه‌های پژوهشی از آزمون MANOVA استفاده شد. همچنین برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS Inc (SPSS Inc, IL, Chicago, USA) ویرایش ۱۹ مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن معتادان به مواد افیونی ۳۰/۴۶ سال و انحراف استاندارد آن ۵/۶۸ سال می‌باشد. که دامنه سنی آنها بین ۲۰ تا ۴۲ سال می‌باشد و بیشترین درصد مربوط به طبقه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال با ۳۰ درصد می‌باشد. همچنین میانگین سن معتادان به مواد محک ۲۹/۳۰ سال و انحراف استاندارد آن ۵/۱۸ سال می‌باشد. که دامنه سنی آنها بین ۲۱ تا ۴۰ سال می‌باشد و بیشترین درصد مربوط به طبقه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال با ۳۶/۶۶ درصد می‌باشد (جدول ۱).

(توصیف)، و عدم قضاوت تجربی درونی (عدم قضاوت) (۱۸). با اثر و همکاران، همسانی درونی پرسشنامه را مناسب ارزیابی نمودند و ضریب آلفای پرسشنامه در گستره‌ای بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۱ قرار داشته است. همچنین در مطالعه‌ای همبستگی بین عامل‌های پرسشنامه متوسط و در همه موارد معنی‌دار بود و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت (۱۹). همچنین در مطالعه‌ای که بر روی اعتباریابی و پایایی این پرسشنامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون- باز آزمون پرسشنامه FFMQ در نمونه ایرانی بین $r=0/57$ (مربوط به عامل غیرقضاياً) و $r=0/84$ (عامل مشاهده) مشاهده گردید. همچنین ضرایب آلفا در حد قابل قبولی (بین $\alpha=0/55$ مربوط به عامل غیرواکنشی بودن و $\alpha=0/83$ مربوط به عامل توصیف) به دست آمد (۱۹).

به منظور جمع‌آوری اطلاعات به مرکز ترک اعتیاد شهید فامیلی تهران پارس مراجعه شد و با مستویین این مرکز هماهنگی‌های لازم انجام شد و به مدت حدود یک ماه به جمع‌آوری نمونه در مرکز شهید فامیلی پرداخته شد. سپس برای بررسی نوع ماده‌ی مصرفی و همتاسازی آزمودنی‌ها از نظر متغیرهای مورد نظر، پرونده‌های افراد مورد بررسی قرار گرفت. پس از انتخاب نمونه‌های مورد نظر، هدف پژوهش

جدول ۱) فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد سن معتادان به مواد افیونی و محک

گروه	آماره	سن						کل
		۴۰-۴۵	۳۵-۴۰	۳۰-۳۵	۲۵-۳۰	۲۰-۲۵		
مواد افیونی	فراوانی	۱	۶	۹	۸	۶		۳۰
مواد افیونی	درصد	۳/۳۳	۲۰	۳۰	۲۶/۶۶	۲۰		۱۰۰
	میانگین (انحراف استاندارد)				$(5/68) 30/46$			
مواد محک	فراوانی	-	۳	۱۱	۹	۷		۳۰
مواد محک	درصد	-	۱۰	۳۶/۶۶	۳۰	$23/33$		۱۰۰
	میانگین(انحراف استاندارد)				$(5/18) 29/30$			

مربوط به تحصیلات دیپلم ۴۳/۳ درصد، لیسانس ۲۶/۷ درصد، فوق دیپلم ۱۳/۳ درصد، راهنمایی درصد می‌باشد (جدول ۲).

میزان تحصیلات معتادان به مواد افیونی مربوط به تحصیلات دیپلم ۴۶/۷ درصد، لیسانس ۲۶/۷ درصد، فوق دیپلم ۱۳/۳ درصد، راهنمایی ۱۰ درصد و ابتدایی ۳/۳ درصد و میزان تحصیلات معتادان به مواد محرک

جدول ۲) فراوانی و درصد میزان تحصیلات معتادان به مواد افیونی و محرک

گروه	آماره	میزان تحصیلات					
		کل	لیسانس	فوق دیپلم	دیپلم	راهنمایی	ابتدائی
مواد افیونی	فراوانی	۲۰	۸	۴	۱۴	۳	۱
درصد	درصد	۱۰۰	۲۶/۷	۱۲/۳	۴۶/۷	۱۰	۲/۳
مواد محرک	فراوانی	۲۰	۸	۴	۱۳	۵	-
درصد	درصد	۱۰۰	۲۶/۷	۱۲/۳	۴۳/۳	۱۶/۷	-

وضعیت مجرد معتادان به مواد محرک ۶۰ و متائل ۴۰ درصد می‌باشد (جدول ۳).

میزان وضعیت مجرد معتادان به مواد افیونی ۵۳/۳، متائل ۵۳/۳، مطلقه ۳/۳ و متارکه ۳/۳ درصد و میزان

جدول ۳) فراوانی و درصد وضعیت تأهل معتادان به مواد افیونی و محرک

گروه	آماره	وضعیت تأهل				
		کل	متارکه	مطلقه	متائل	مجرد
مواد افیونی	فراوانی	۳۰	۱	۱	۱۲	۱۶
درصد	درصد	۱۰۰	۳/۳	۳/۳	۴۰	۵۳/۳
مواد محرک	فراوانی	۳۰	-	-	۱۲	۱۸
درصد	درصد	۱۰۰	-	-	۴۰	۶۰

محرك تمام وقت ۲۰، پاره وقت ۴۶/۷، بیکار ۳۳/۳ درصد می‌باشد (جدول ۴).

میزان وضعیت اشتغال معتادان به مواد افیونی تمام وقت ۲۲/۳، پاره وقت ۴۰، بیکار ۱۰ و مشخص نشده ۳/۳ درصد و میزان وضعیت اشغال معتادان به مواد

جدول ۴) فراوانی و درصد وضعیت اشتغال معتادان به مواد افیونی و محرک

گروه	آماره	وضعیت اشتغال				
		کل	مشخص نشده	بیکار	پاره وقت	تمام وقت
مواد افیونی	فراوانی	۳۰	۱	۱۰	۱۲	۷
درصد	درصد	۱۰۰	۳/۳	۳۳/۳	۴۰	۲۲/۳
مواد محرک	فراوانی	۳۰	-	۱۰	۱۴	۶
درصد	درصد	۱۰۰	-	۳۳/۳	۴۶/۷	۲۰

معتادان به مواد محرک شیشه مصرف می‌کرند (جدول ۵).

بیشترین درصد نوع ماده مصرفی در معتادان به مواد افیونی تریاک با ۴۶/۷ درصد می‌باشد. همچنین همه

جدول ۵) فراوانی و درصد نوع ماده مصرفی در یک سال گذشته معتادان به مواد افیونی و محرک

گروه	آماره	نوع ماده					کل	شیشه
		دوای	کراک	تریاک	دوای	کراک		
مواد افیونی	فراوانی	۶	۱۰	۱۴	-	-	۳۰	-
درصد	درصد	۲۰	۳۳/۳	۴۶/۷	-	-	۱۰۰	-
مواد محرک	فراوانی	-	-	-	-	-	۳۰	۳۰
درصد	درصد	-	-	-	-	-	۱۰۰	۱۰۰

می باشد، و حداقل مدت مصرف آنها ۱ و حداقل آن ۸ سال می باشد. و بیشترین درصد، مربوط به مدت مصرف ۲ و ۳ سال با ۳۰ درصد می باشد (جدول ۶). بین دو گروه معتادان مواد افیونی و محرک، در خرده مقیاس‌های مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاؤت و عدم واکنش تفاوت معناداری وجود دارد و معتادان به مواد افیونی نسبت به معتادان به مواد محرک از نظر مؤلفه‌های ذهن آگاهی در سطح بالاتر قرار داشتند.

میانگین مدت مصرف معتادان به مواد افیونی ۵/۷۶ سال و انحراف استاندارد آن ۳/۵۱ سال می باشد که دامنه مدت مصرف معتادان به مواد افیونی ۱۲ سال می باشد، و حداقل مدت مصرف آنها ۱ و حداقل آن ۱۳ سال می باشد. و بیشترین درصد، مربوط به مدت مصرف ۳ سال با ۲۳/۳ درصد می باشد. همچنین میانگین مدت مصرف معتادان به مواد محرک ۲/۸۳ سال و انحراف استاندارد آن ۱/۵۳ سال می باشد. که دامنه مدت مصرف معتادان به مواد محرک ۷ سال

جدول ۶) فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد مدت مصرف ماده اصلی معتادان به مواد افیونی و محرک

گروه	آماره	سال												کل	شیشه	
		۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱			
فراوانی	-	۱	۲	۲	۱	۳	۱	۴	۲	۳	۷	۲	۲	۳۰	-	
مواد افیونی	درصد	۳/۳	۶/۷	۶/۷	۲/۳	۱۰	۲/۳	۱۳/۳	۶/۷	۱۰	۲۳/۳	۶/۷	۶/۷	۱۰۰	-	
(۳/۵۱) (۵/۷۶)															میانگین (انحراف استاندارد)	
فراوانی	-	-	-	-	۱	-	-	۳	۳	۹	۹	۵	-	۳۰	-	
مواد محرک	درصد	-	-	-	-	۲/۳	-	-	۱۰	۱۰	۳۰	۳۰	۱۶/۷	-	۱۰۰	-
(۱/۵۳) (۲/۸۳)															میانگین (انحراف استاندارد)	

با میانگین ۲۵/۳۲ و انحراف استاندارد ۴/۱۶ و گروه معتادان محرک با میانگین ۲۲/۴۵ و انحراف استاندارد ۴/۰۱ به دست آمد، $P < 0.001$. در مؤلفه عمل همراه با آگاهی گروه معتادان افیونی با میانگین ۱۸/۳۵ و انحراف استاندارد ۴/۶۹ و گروه معتادان محرک با میانگین ۱۶/۶۴ و انحراف استاندارد ۳/۹۱ به دست آمد، $P < 0.039$. در مؤلفه عدم

نتایج بررسی حاکی از تفاوت ذهن آگاهی در مؤلفه مشاهده گروه معتادان افیونی با میانگین ۲۸/۰۹ و انحراف استاندارد ۴/۶۷ و گروه معتادان محرک با میانگین ۲۳/۹۰ و انحراف استاندارد ۳/۲۸ به دست آمد، $P < 0.001$, $F(1, 58) = 12/765$. بنابراین می توان نتیجه گرفت برنامه آموزش گروه درمانی ذهن آگاهی باعث تغییر در معتادان گروه آزمایش شده است. در مؤلفه توصیف گروه معتادان افیونی

میانگین ۱۸/۸۵ و انحراف استاندارد ۴/۹۲ به دست آمد، ($P<0/001$). بنابراین می توان نتیجه گرفت برنامه آموزش گروه درمانی ذهن آگاهی باعث تغییر در معادن گروه آزمایش شده است (جدول ۷).

قضابت گروه معادن افیونی با میانگین ۲۰/۰۹ و انحراف استاندارد ۵/۹۰ و گروه معادن محرک با میانگین ۱۶/۹۰ و انحراف استاندارد ۴/۱۸ به دست آمد، ($P<0/001$). در مؤلفه عدم واکنش گروه معادن افیونی با میانگین ۲۱/۱۴ و انحراف استاندارد ۵/۱۵ و گروه معادن محرک با

جدول ۷) آزمون تفاوت میانگین دو گروه معادن به مواد افیونی و محرک در خرده مقیاس های ذهن آگاهی با آزمون

MANOVA تحلیل واریانس چند متغیره

متغیر	آماره گروه	حجم نمونه	میانگین	انحراف استاندارد	F	Df	P
مشاهده	افیونی	۳۰	۲۸/۰۹	۴/۶۷	۱۲/۷۶۵	۵۸	۰/۰۰۱*
	محرك	۳۰	۲۳/۹۰	۳/۲۸			
توصیف	افیونی	۳۰	۲۵/۳۲	۴/۱۶	۹/۶۴۷	۵۸	۰/۰۰۱*
	محرك	۳۰	۲۲/۴۵	۴/۰۱			
عمل همراه با آگاهی	افیونی	۳۰	۱۸/۳۵	۴/۶۹	۴/۴۵۴	۵۸	۰/۰۳۹**
	محرك	۳۰	۱۶/۶۴	۳/۹۱			
عدم قضابت	افیونی	۳۰	۲۰/۰۹	۵/۹۰	۱۶/۸۵۶	۵۸	۰/۰۰۱*
	محرك	۳۰	۱۶/۹۰	۴/۱۸			
عدم واکنش	افیونی	۳۰	۲۱/۱۴	۵/۱۵	۲۳/۰۷۶	۵۸	۰/۰۰۱*
	محرك	۳۰	۱۸/۸۵	۴/۹۲			

* در سطح $P<0/01$ معنادار است. ** در سطح $P<0/05$ معنادار است.

درمان ذهن آگاهی در کاهش مصرف مواد و الکل نسبت به مواد محرک بوده و سبب بهبود مهارت های ذهن آگاهی در افراد دارای وابستگی به مواد مخدر می باشد (۲۰).

لوین، دال ریمپل و زیمرمن (Levin, Dalrymple & Zimmerman)، در پژوهشی با عنوان فاکتورهای ذهن آگاهی پیش‌بینی کننده وابستگی به مواد افیونی و محرک در بیماران سرپایی روانپزشکی نتایج حاکی از نقص در مؤلفه ذهن آگاهی بویژه عمل همراه با آگاهی، عدم قضابت و عدم واکنش در مصرف کنندگان مواد محرک مقایسه با مصرف کنندگان مواد افیونی بود و افراد دارای اختلالات وابسته به محرك مشکلاتی در خصوص مؤلفه های ذهن آگاهی داشتند (۲۱). در بررسی دیگر در واکنشی به الکل با درمان ذهن آگاهی پیشگیری از عود

بحث

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که بین معادن به مواد افیونی و محرک از نظر خرده مقیاس های مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضابت و عدم واکنش تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین معنی که میزان مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضابت و عدم واکنش معادن به مواد افیونی نسبت به معادن به مواد محرک بیشتر می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت بالا بودن نمره ذهن آگاهی مصرف کنندگان مواد افیونی نسبت به مواد محرک مربوط به افزایش هشیاری و آگاهی نسبت به عملکرد بیماران مواد افیونی نسبت به محرك ها می باشد.

نتایج پژوهش فرناندز (Fernandez)، وود (Wood)، استین (Stein) و روئی (Rossi) حاکی از اثربخشی

با پیش آزمون، پس آزمون و پیشگیری در یک نمونه ۳۴ نفری مصرف کننده ماده شیشه و مواد افیونی به روش نمونه‌گیری گلوله بر فی و به روش نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. نتایج پیش آزمون حاکی از عملکرد پایین ذهن آگاهی در هر دو گروه مواد افیونی و شیشه بود که گروه مواد افیونی نمره بالاتری نسبت به گروه محرك داشتند. نتایج حاکی از اثر بخشی هر دو درمان در کاهش آسیب‌های روانی ناشی از مصرف آمقتامین‌ها بود (۲۷). همچنین کلدوى، برجعلى، فلسفى‌نژاد و سهرابي در تحقیقی اثربخشی درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در افراد وابسته به مواد افیونی در یک طرح نیمه آزمایشی ۲۴ نفر بیمار با تشخیص اختلال وابستگی به مواد افیونی که دوره سم‌زدایی را با موفقیت به پایان رسانده بودند، با روش نمونه‌گیری تصادفی خوش‌های در دو گروه آزمایش و کترل (هر گروه ۱۲ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ هفته و هر هفت‌یه یک جلسه تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کترل هیچ درمانی دریافت نکردند. نتایج ارزیابی در طی درمان، پس از درمان و پس از اتمام مرحله پیشگیری سه ماهه، حاکی از اثربخشی درمان در پیشگیری از عود اعتیاد و انگیزه نسبت به مصرف بود (۲۸).

یافته‌های پژوهش در زمینه بالا بودن نمره ذهن آگاهی معتادان به مواد افیونی نسبت به معتادان مواد محرك با نتایج تحقیقات گوناگون همسو می‌باشد (۲۶-۲۸). از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم شرکت زنان بود. در این پژوهش از معتادان زن استفاده نشد لذا پیشنهاد می‌شود با شرکت زنان در تحقیقات بعدی می‌توان به ویژگی‌ها و مؤلفه‌های ذهنی آنها پی برد و به مقایسه آنان با معتادان مرد پرداخت. به لحاظ روش

که توسط ویتوکیز (Witkiewitz)، بوئن (Bowen)، دوگلاس (Douglas) و هسو (Hsu)، انجام شد، نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی درمان ذهن آگاهی در افزایش پذیرش تجارب درونی و افزایش نگرش غیرقضاوی نسبت به تجربیات خود و پیشگیری از وسوسه مصرف مواد بود (۲۲).

زگرسکا (Zgierska)، رابگو (Rabago)، زولس دروف (Zuelsdorff)، کوئی (Coe)، میلر (Miller) و فلمینگ (Fleming) در پژوهشی با عنوان مراقبه ذهن آگاهی برای پیشگیری از عود مواد، نتایج حاکی از اثربخشی آن در کاهش ولع مصرف، بهبود مهارت‌های ذهن آگاهی، کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بود (۲۳). بور (Brewer) و همکاران اخیراً اثرات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی را در میان مبتلایان به وابستگی به مصرف مواد افیونی و کوکائین مقایسه کردند. نتایج نشان داد که نمره مؤلفه‌های ذهن آگاهی در مواد افیونی اندکی بالاتر از مواد محرك بود که نشان‌دهنده وضعیت مناسب‌تر مؤلفه‌های ذهن آگاهی در مصرف کنندگان مواد افیونی نسبت به کوکائین بود (۲۴). نتایج پژوهش بوئن و همکاران نشان می‌دهد که ذهن آگاهی مبتنی بر پیشگیری از عود به عنوان یک رویکرد توجه و مواظبت در مرحله نقاوت برای افرادی در درمان فشرده اختلالات وابستگی به مواد قرار دارند مؤثر می‌باشد (۲۵).

نتایج مطالعه اورکی، بیات و خدادوست نیز حاکی از پایین بودن نمره مؤلفه‌های ذهن آگاهی در مصرف کنندگان وابسته به کراک نسبت به مواد افیونی بود (۲۶). کیانی، قاسمی و پورعباس در تحقیقی با عنوان مقایسه اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف کنندگان شیشه و مواد افیونی در یک پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی

نتیجه‌گیری

در نهایت می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که نمره ذهن‌آگاهی مصرف کنندگان مواد افیونی نسبت به مصرف کنندگان مواد محرک، بالاتر است لذا می‌توان از درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مصرف کنندگان مواد افیونی به نحو مطلوب‌تری سود جست.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسنده‌گان بیان نشده است.

شناختی محدودیت اصلی این پژوهش محدودیت در تعمیم نتایج است. هر چند یافته‌های معنادار حاصل از نمونه‌های کوچک‌تر دقیق‌تر می‌باشند، اما به دلیل تعداد محدود نمونه در گروه‌های درمانی از اعتبار بیرونی پژوهش کاسته می‌شود. لذا پیشنهاد می‌گردد در آینده مطالعات مداخله‌ای با نمونه‌های بزرگ‌تر صورت گیرد تا این کاستی جبران شود. همچنین توصیه می‌گردد که برای گردآوری داده فقط به آزمون‌های مداد- کاغذی (پرسشنامه) اکتفا نشود بلکه از شیوه‌های کیفی هم استفاده گردد.

References:

- 1.Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2007; 1: 477.
- 2.Reed E, Amaro H, Matsumoto A, et al. The relation between interpersonal violence and substance use among a sample of university students: examination of the role victim and perpetrator substance use. Addict Behav 2009; 34: 316-8.
- 3.Atkinson RL, Atkinson RC, Smith E A, et al. Area of psychology Hylgard. Tehran: Roshd, 2006, 84-96. (Persian)
- 4.United Nation Office for Drug Control and Crime Prevention. Global illicit drug trends. New York: United Nations; 2005, 452.
- 5.Mokri A. Brief overview of the status of drug abuse in Iran. Arch Iranian Med 2002; 5: 184-90.
- 6.Hamdiye M, Matlabi N, Asheri H, et al. Prevalence of drugs, alcohol and psychoactive drugs in adolescents and young adults aged 15 to 35 in Tehran. J Med Uni 2008; 32: 315-9. (Persian).
- 7.Tavolacci MP, Ladner J, Grigioni S, Richard L, Villet H, Dechelotte P. Prevalence and association of perceived stress, substance use and behavioral addictions: a cross-sectional study among university students in France, 2009-2011. BMC Public Health. 2013; 13: 24.
- 8.Mostashari G, Mohsenifar S, Vaziriyan S. The Protocols of opioid dependence treatment with agonist drugs. Nation Center Addic Studies. In press 2008. (Persian)
- 9.Besharat MA, Mirzamani Bafghi M, Porhosein R. The role of family variable in create the use of inappropriate materials disorder. J Thoughts Behavior 2002; 7: 46-53.
- 10.Sigle LJ, Senna JJ. Juvenile delinquency: Theory, practice and law. 6th Ed. Paol Alto: West Publishing Company, 1997, 20: 85-101.
- 11.Mishalak J, Berg J, Hidenrick T. Don' t Forget your body: Mindfulness, Embodiment and treatment of depression. Mindfulness 2012; 3: 190-9.
- 12.Bowen S, Chawala N, Marlatt G. Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. London: Guilford Press, 2012, 190-9.
- 13.Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, Present, and Future. Clin psychol: Sci practice 2003; 10: 144-56.
- 14.Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford Press, 2002, 351-353.
- 15.Kabat-Zinn J. Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. New York: Hyperion, 1994, 278-9.
- 16.Garland EL, Gaylord SA, Boettiger CA, et al.

- Mindfulness training modifies cognitive, affective and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: results of a randomized controlled pilot trial. *J Psychoactive Drugs* 2010; 42: 177-92.
- 17.Baer RA, Smith GT, Hopkins J, et al. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *J Assessment* 2006, 3: 27-45.
- 18.Paul NA, Stanton SJ, Greeson JM, et al. Psychological and neural mechanisms of Triat mindfulness in reducing depression vulnerability. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2013; 8: 56-64.
- 19.Ahmadvand Z, Heydarinasab L, Shairi MR. Psychometric characteristics of mindfulness questionnaire (FFMQ) in University's student. Sixth National Conference on Mental Health. Gilan University 2011, 6: 34-46. (Persian).
- 20.Fernandez AC, Wood MD, Stein LA, et al. Measuring mindfulness and examining its relationship with alcohol use and negative consequences. *Psychol Addict Behav* 2010; 24: 608-616.
- 21.Levin ME, Dalrymple K, Zimmerman M. Which facets of mindfulness predict the presence of substance use disorders in an outpatient psychiatric sample. *Psychol Addict Behav* 2014; 28: 498-506.
- 22.Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *J Addict Behav* 2013; 38: 1563-71.
- 23.Zgierska A, Rabago D, Zuelsdorff M, et al. Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: a feasibility pilot study. *J Addict Med* 2008; 2: 165-73.
- 24.Brewer JA, Sinha R, Chen JA, et al. Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Subst Abus* 2009; 30: 306-17.
- 25.Bowen S, Chawla N, Collins SE, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use Disorders: A pilot efficacy trial. *Subst Abus* 2009; 30: 295-305.
- 26.Oraki M, Bayat Sh, Khodadost S. Comparative Effectiveness of cognitive-behavioral intervention based on model's Marley with effectiveness of Cognitive Therapy intervention based on mindfulness on mental health Client depends on the crack. *Health Psychol* 2012; 1: 22-31. (Persian)
- 27.Kiyani AR, Ghasemi N, Porabas A. Compare the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment and Mindfulness on the Craving and Cognitive emotion regulation on Amphetamine Users. *Quarter J Res Addict* 2012; 6: 27-36. (Persian)
- 28.Kaldavi A, Borjali A, Falsafinejad MR, et al. The effectiveness of relapse prevention model based on mindfulness on Replase prevention and motivation of people dependent on opiates. *J Clin Psychol* 2012; 4: 69-79.

Comparison of the components of mindfulness on Stimulant and opiate addicts

S.Y. Mohammadi¹, S. Imani^{2*}, F. Sadeghi Pouya¹

¹ Department of Psychology, Faculty of Psychology, Payam Noor University of Bushehr, Iran

² Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

(Received 19 Feb, 2015 Accepted 14 Jun, 2015)

Abstract

Background: Phenomenon of addiction as one of the social problem have the high prevalence, especially among youth. Study and scientific cognition of mental and psychological components of addicts is very important in order to help them to compatibility and reduce their psychological problem. Therefore, the aim of present study was to comparison of mindfulness components on stimulant and opiate addicts.

Materials & Methods: In this study 60 addicts (30 opiate addicts and 30 stimulants addicts) were studied by using Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ). Data were analyzed by using multivariate analysis of variance (MANOVA).

Results: findings showed that there was a significant difference between opiate and stimulant addicts in mindfulness components.

Conclusion: results illustrated that the opiate addicts gained higher scores than stimulant addicts in mindfulness components. The results also emphasized that mindfulness components are as determinant variable in opiate and stimulant addicts pathology.

Key words: mindfulness, stimulant substances, opiate substances, depression, anxiety and stress

©Iran South Med J. All rights reserved.

Cite this article as: Mohammadi Sy, Imani S, Sadeghi Pouya F. Comparison of the components of mindfulness on Stimulant and opiate addicts. Iran South Med J 2016; 19(3): 446-456

Copyright © 2016 Mohammadi, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

*Address for correspondence: Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, IR Iran.
Email: s_imani@sbu.ac.ir