

بررسی مقایسه ذهن آگاهی به شیوه گروهی با متادون درمانی بر سلامت روان معتادان مواد مخدر سنتی

امیرحسین جهانگیر^۱، سعید ایمانی^{۲*}، عباس مسجدی آرانی^۲، سید حسین مجتهدی^۴

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی بیمارستان طالقانی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. استادیار روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. استادیار روانشناسی بالینی، گروه آموزشی روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴. دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، مرکز خدمات روانشناسی سیاوشان، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: سعید ایمانی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: s_imani@sbu.ac.ir

تاریخ پذیرش: آبان ۱۳۹۵

تاریخ دریافت: مهر ۱۳۹۵

نحوه استناد به این مقاله:

Jahangir AH, Imani S, Masjedi Arani A, Mojtabedi SH. Comparative Study of Mindfulness Group Therapy on Mental Health of Drug Addicts with Methadone. Community Health 2017;4(1):55-66

چکیده

زمینه و هدف: امروز، در دوره‌ای قرار داریم که مساله اعتیاد به یک مساله بحرانی و قابل اهمیت در جهان تبدیل شده و تاکنون درمان‌های روان‌شناختی گوناگونی برای اعتیاد ارائه گردیده است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی ذهن آگاهی به شیوه گروهی با متادون درمانی بر سلامت روان مردان وابسته به مواد مخدر سنتی انجام شد.

روش و مواد: در این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل، ۵۷ مرد معتاد خود معرف از میان مردان وابسته به مواد مخدر سنتی مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد تهران، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (یک گروه مداخله گروه درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر پیشگیری از عود و گروه دیگر درمان نگهدارنده با متادون) و گروه کنترل قرار گرفتند. گروه‌ها قبل و بعد از اتمام درمان و در دوره پیگیری با مصاحبه بالینی و چک لیست نشانگان اختلالات روانی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS-21 شد و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بیانگر اثربخشی هر دو مدل درمانی بر افزایش سلامت روان در سوء مصرف کنندگان مواد افیونی بود. علاوه بر این، در متغیرهای سن ($\chi^2=4/5$, $df=2$, $P=0/1$)، سن شروع ($\chi^2=0/8$, $df=2$, $P=0/7$) و تعداد عود اخیر ($\chi^2=1/4$, $df=2$, $P=0/5$) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و در متغیرهای طول درمان اخیر ($\chi^2=29/2$, $df=2$, $P<0/001$) و تعداد ترک ناموفق ($\chi^2=14/4$, $df=2$, $P<0/01$) بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود داشته است.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی ذهن آگاهی به شیوه گروهی با متادون درمانی بر سلامت روان معتادان مواد مخدر سنتی، می‌توان به عنوان درمان‌های جایگزین یا مکمل در مداخلات بالینی استفاده شود.

واژگان کلیدی: مواد افیونی، ذهن آگاهی، سلامت روان، اعتیاد

مقدمه

اعتیاد یکی از فراگیرترین اختلال در بین اختلالات روانی است که معضل مصرف و وابستگی به مواد مخدر مشکلی پیچیده و چندوجهی است. علل مصرف مواد بسیار متنوع بوده و مربوط به عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی، بین فردی و فردی است و اغلب تشخیص علت اصلی آن دشوار است. حل این معضل نیز در بسیاری از مواقع مشکل تر از فهم عوامل سبب ساز و تسهیل کننده آن است (۱).

حدود ۹۰ درصد افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی یک تشخیص روان پزشکی دیگر هم دارند. شایع ترین تشخیص روان پزشکی همراه عبارتند از: اختلال افسردگی عمده، اختلال مصرف الکل، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلالات اضطرابی و حدود ۱۵ درصد از افراد دچار وابستگی به مواد افیونی سابقه حداقل یک بار خودکشی دارند (۲ و ۳). در بررسی سبب شناسی سوء مصرف مواد و عود رفتارهای اجباری پژوهش ها نشان می دهد در درمان پیشگیری از عود اعتیاد، حالت های هیجانی منفی و مثبت، میل و وسوسه (۴)، عاطفه منفی، تکانشی بودن، نقش هیجانات منفی (۵) نقص در تنظیم هیجان، تحمل پایین ناراحتی، اجتناب هیجانی (۶)، رفتار بدون تفکر (۷)، نشخوار فکری (۸)، سوگیری به نشانه های مواد، خودکارآمدی پایین و نقص مهارت های مقابله ای (۹) و خلاء معنوی (۱۰) از مهم ترین عوامل خطر اصلی عود می باشند. عود ممکن است ناشی از تعامل متغیرهای مختلف از قبیل متغیرهای عاطفی، متغیرهای رفتاری، متغیرهای شناختی، متغیرهای محیطی و بین فردی، متغیرهای فیزیولوژیکی و متغیرهای معنوی باشد (۱۱). لذا درمان عود اعتیاد از اهمیت بالایی برخوردار بوده است. گستردگی مسئله اعتیاد باعث شده که شیوه های درمانی متعددی اعم از دارودرمانی و روان درمانی برای آن ارائه شده و مورد بررسی قرار گیرند. با این همه هر چند که پژوهش ها از اثربخشی درمان های موجود حمایت می کنند، این اثربخشی نسبی بوده و هنوز هیچ درمانی وجود ندارد که بتوان آن را راه حلی قطعی برای مشکل افسردگی دانست، زیرا از یک سو دارو درمانی عوارض جانبی متعددی را

به دنبال دارد و از سوی دیگر به رغم این واقعیت که روان درمانی های بسیاری برای درمان اعتیاد اثربخش بوده اند، باز هم با میزان بالای عود نشانه های آن مواجه هستیم. در واقع با این که در درمان اختلالات، هدف باید بهبودی کامل باشد، بسیاری از بیماران در دستیابی یا حفظ وضعیت بدون نشانه شکست می خورند. وجود نشانه های باقیمانده در این اختلال، حتی در بیمارانی که بهبودی کامل نشان می دهند، رایج است. این نشانه های باقیمانده، پیش بینی کننده قوی عود هستند. میزان عود در بیمارانی که دارای نشانه های باقیمانده هستند، سه تا شش برابر بیشتر از بیمارانی است که فاقد این نشانه ها هستند. این نتایج به نابسند بودن درمان های کنونی و نیاز به درمان های مؤثرتر برای این اختلال اشاره دارند. ذهن آگاهی روشی است برای مشاهده افکار، تصاویر، احساسات و پذیرش آن ها بدون این که فرد با محتوای افکار درگیر شود یا با فنون درمان شناختی-رفتاری کلاسیک با افکار منفی چالش کند و به آزمون واقعیت بپردازد. در ذهن آگاهی از تکنیک های پرت کردن حواس برای سرکوب یا اجتناب کردن از افکار منفی استفاده می شود (۱۲).

در سال های اخیر از مراقبه های ذهن آگاهی، به عنوان مؤلفه مهمی در ترکیب مداخلات مختلف برای ناتوانی ها و پریشانی ها استفاده شده است (۱۳). نتایج پژوهش ها حاکی از مفید بودن ذهن آگاهی در موقعیت های بالینی به ویژه روان پزشکی (۱۴) از جمله، درد مزمن (۱۵)، اختلال استرس پس از ضربه، علائم جسمانی سازی، مدل های درمانی استرس، مقابله و تاب آوری (۱۶). رفتارهای اعتیادی (۱۷)، ناهنجاری های رفتاری مثل پرخاشگری و سوء مصرف مواد (۱۸)، تکانش گری (۱۹)، اضطراب اجتماعی (۲۰) و نشخوار فکری و افسردگی (۲۱) که بر مبنای مطالعات انجام شده ذهن آگاهی دست کم از دو طریق بر افسردگی اثر می گذارد: ۱) از طریق مقابله با نشخوارهای فکری و ۲) از طریق کاهش پاسخدهی خودکار هیجانی با تأثیر بر مسیر Insula مغزی (۲۲). برنامه های ذهن آگاهی بر استرس، اضطراب و افسردگی هم اثربخش بوده است (۲۳ و ۲۴).

(مصاحبه بالینی بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (SCID-I&II)، فرم تجدید نظر شده فهرست علائم ۹۰ سوالی (SCL-90-R) برای هر سه گروه آزمایشی و کنترل، اعمال متغیر مستقل (گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیشگیری از عود MBRP و درمان نگهدارنده متادون) برای گروه‌های آزمایشی، اجرای پس‌آزمون (SCL-90-R) برای کلیه گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل، اجرای دوره پیگیری برای کلیه گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل. ابزارهای پژوهش شامل: (۱) مصاحبه بالینی و (۲) فرم تجدید نظر شده فهرست علائم ۹۰ سوالی بود که به شرح زیر آورده شده است.

مصاحبه بالینی بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی: مصاحبه تشخیصی ساختاریافته و نیمه ساختاریافته از مجموعه نظام‌داری از سؤالات اختصاصی تشکیل می‌شوند که هدف آنها ارزیابی آن دسته از الگوهای رفتاری، افکار و احساسات مراجعان است که به نوعی با تشخیص اختلال آنها ارتباط دارد (۲۶).

فرم تجدید نظر شده فهرست علائم ۹۰ سوالی (SCL-90-R)، این ابزار برای سنجش آن دسته ناراحتی‌های جسمی و روانی ساخته شده است که هدف آن، سنجش میزان و شدت علائم اختلالات روانی در افراد، اعم از عادی و غیرعادی است. این مقیاس، بعدها در سال ۱۹۷۶، توسط Derogatis مورد تجدید نظر قرار گرفت این پرسشنامه دارای ۹ بعد و ۳ مقیاس است. مطالعات مبتنی بر روایی ملاکی نیز همبستگی بالایی را بین مقیاس (SCL-90-R) و پرسشنامه شخصیت سنجش چند وجهی Minnesota (MMPI) (۲۷) و پرسشنامه سلامتی Middlesex (M.H.Q) و شاخص‌های مختلف بررسی حالات غیرعادی در روانپزشکی نشان داده است. موارد مورد مطالعه این آزمون عبارتند از مطالعات مربوط به افسردگی و اختلالات جنسی، آزارهای جنسی و جسمی، مواد مخدر و استرس و غددشناسی، بررسی منابع تحقیقاتی در زمینه پایایی این مقیاس، حاکی از وجود پایایی بازآزمایی و ثبات درونی مطلوب می‌باشد. در ایران نیز مقیاس SCL-90-R از آزمون‌های معتبر و

درمان ذهن‌آگاهی بر کاهش مصرف مواد مؤثر است (۱). در صورتی که آموزش روش پیشگیری با ذهن‌آگاهی ترکیب شود، می‌تواند آثار نسبتاً موفقیت‌آمیزی بر قضاوت و بی‌زاری معتادان تزریقی داشته باشد (۲۵). وسوسه قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده عود در میان سایر پیش‌بینی‌کننده‌ها (حتی همبستگی با اختلالاتی مثل اضطراب و افسردگی) است و درمان ذهن‌آگاهی حاکی از اثربخشی آن بر آثار منفی وسوسه مواد می‌باشد (۲۶). هرچه شدت ذهن‌آگاهی مرتبط با معنویت بیشتر باشد، استفاده از الکل، تنباکو و مواد مخدر کمتر است (۲۷). لذا با توجه به اثربخشی ذهن‌آگاهی در درمان اختلالات روانی، این مطالعه با هدف، تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان نگهدارنده بر علائم روان‌شناختی (وسواس، حساسیت بین فردی، افسردگی و اضطراب و پرخاشگری) در معتادان به مواد مخدر سنتی انجام شد.

روش و مواد

مطالعه حاضر به روش نیمه آزمایشی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری) همراه با گروه کنترل انجام شد. گروه‌های دریافت‌کننده درمان شامل گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه دیگر، گروه متادون درمانی که از نوع گروه آزمایشی بود و گروهی به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. جامعه مورد مطالعه تمامی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد افیونی سنتی (تریاک، هرویین، مشتقات تریاک و هرویین) مراجعه‌کننده به مراکز درمانی اعتیاد در تهران بودند که از این تعداد ۵۷ نفر از افرادی که داوطلب دریافت خدمات درمانی بودند، انتخاب شدند و پس از آن افراد به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گروه کنترل گمارش شدند. با توجه به حجم نمونه در گروه درمانی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل و احتمال ریزش اعضای گروه، اندازه نمونه ۱۹ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد و با در نظر گرفتن ریزش در مراحل پژوهش، در گروه ذهن‌آگاهی، کنترل و متادون درمانی به ترتیب به ۱۳، ۱۴ و ۱۲ نفر تقلیل یافتند. مراحل کلی اجرای مطالعه عبارت بودند از: اجرای پیش‌آزمون‌ها

آزمون پیگیری است، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر (مخلط) استفاده شد.

یافته‌ها

توزیع فراوانی شرکت کنندگان در سه گروه ذهن‌آگاهی، کنترل و متادون درمانی به ترتیب ۱۳ (۳۳/۳ درصد) نفر، ۱۴ (۳۵/۹ درصد) نفر و ۱۲ (۳۰/۸ درصد) نفر بود. بیشترین تحصیلات در گروه ذهن‌آگاهی دیپلم با ۵ نفر معادل ۳۸/۵ درصد، در گروه کنترل و متادون درمانی مدرک سیکل به ترتیب با ۶ (۴۲/۹ درصد) نفر و ۷ (۵۸/۳ درصد) نفر بود. بیشتر مراجعه کنندگان در هر سه گروه متاهل بودند. توزیع فراوانی شغلی شرکت کنندگان در گروه ذهن‌آگاهی، بدون شغل با ۶ (۴۲/۳ درصد) نفر، گروه کنترل با شغل کارمندی با ۷ (۵۰ درصد) نفر و متادون درمانی در وضعیت شغلی با ۶ (۵۰ درصد) نفر در گروه آزاد قرار داشتند.

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیت شناختی افراد شرکت کننده در مطالعه

گروه	شغل	تعداد	درصد
ذهن آگاهی	بیکار	۶	۴۶/۲
	کارمند	۲	۱۵/۴
	آزاد	۵	۳۸/۵
کنترل کمپ	بیکار	۳	۲۱/۴
	کارمند	۷	۵۰/۰
	آزاد	۴	۲۸/۶
متادون درمانی	بیکار	۳	۲۵/۰
	کارمند	۳	۲۵/۰
	آزاد	۶	۵۰/۰

با توجه به حجم کم نمونه‌ها و در نتیجه عدم برقراری فرضیات توزیع نرمال و یکسانی واریانس‌ها جهت مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها در متغیرهای سن، سن شروع، طول درمان، تعداد ترک ناموفق و تعداد عود اخیر از آزمون ناپارامتریک Kruskal Wallis استفاده شد که نتایج بدست آمده نشان داد که بین گروه‌ها در متغیرهای سن ($\chi^2=4/5$, $df=2$, $P=0/1$)، سن شروع ($\chi^2=1/4$, $df=2$, $P=0/5$) و تعداد عود اخیر ($\chi^2=1/4$, $df=2$, $P=0/5$) تفاوت وجود ندارد و در متغیرهای طول درمان

پراستفاده است که از سال‌ها پیش ترجمه و به کار برده شده است و نقطه برش ۰/۰۴، ضریب پایایی ۰/۹۷، حساسیت ۰/۹۴، ویژگی ۰/۹۸ و کارایی ۰/۹۶ گزارش شده است. ضریب پایایی این آزمون به کمک آزمون بازآزمون بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در برخی مطالعات از این مقیاس استفاده شده است (۲۸).

ملاحظات اخلاقی که در این مطالعه رعایت شد عبارت بود از: انتخاب نمونه به صورت در دسترس، اختیاری بودن شرکت در مطالعه برای همه آزمودنی‌ها و اخذ رضایت نامه، ارائه اطلاعات لازم در زمینه نحوه اجرای طرح پژوهشی و محرمانه بودن اطلاعات بدست آمده از آزمودنی، با توجه به اثربخشی درمان به گروه کنترل نیز در انتهای پژوهش آموزش داده شد.

مداخله درمانی: گروه آزمایش در ۸ جلسه به صورت یک جلسه در هفته شرکت کردند گروه کنترل هیچ گونه مداخلات روان درمانی یا دارودرمانی دریافت نکردند. فرم برنامه مراجعات در اختیار مراجعه کننده قرار گرفت که حاوی تعداد روز و ساعت مراجعات می‌باشد. در جلسه درمانی اقدامات زیر صورت گرفت: درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیشگیری از عود بر اساس پروتکل درمانی Bowen, Chawala & Marlatt (۲۹) که طی ۸ جلسه گروهی، در یکی از گروه‌های آزمایش انجام شد. جلسات هر هفته یکبار به مدت دو ماه برگزار شد. زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه بود.

جلسات MBRP شامل این موارد بود: جلسه اول: هدایت خودکار و عود، جلسه دوم: آگاهی از برانگیزاننده‌ها و اشتیاق، جلسه سوم: ذهن‌آگاهی در زندگی روزمره، جلسه چهارم: ذهن‌آگاهی در موقعیت‌های پر خطر، جلسه پنجم: پذیرش و عملکرد ماهرانه، جلسه ششم: افکار را افکار دیدن، جلسه هفتم: تعادل خود مراقبتی و سبک زندگی و جلسه هشتم: حمایت اجتماعی و ادامه تمرین.

داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم افزار SPSS-21 شد. روش‌هایی که برای توصیف داده‌ها در این مطالعه به کار برده شد شامل میانگین، انحراف استاندارد است. با توجه به این که طرح مطالعه حاضر نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و

آخر ($\chi^2=29/2$, $df=2$, $P<0/001$) و تعداد ترک ناموفق ($\chi^2=14/4$, $df=2$, $P<0/001$) بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود داشته است. با توجه به این که مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی بوده و دارای یک عامل بین گروهی (گروه‌های آزمایش و کنترل) و چند عامل درون گروهی (متغیرهای مختلف وابسته) است و چون افراد موجود در هر یک از گروه‌ها در متغیرهای وابسته در سه مرحله اندازه‌گیری شده‌اند، لذا طرح حاضر از نوع طرح چند متغیره دو گانه است. برای بررسی نتایج و پاسخ گویی به سوالات

و فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (مختلط) دو عاملی با یک متغیر درون گروهی مرحله (سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و یک متغیر بین گروهی (درمان ذهن‌آگاهی، گروه کنترل کمپ و گروه متادون درمانی) استفاده شد. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سلامت روان (وسواس، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری) در سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول شماره ۲ قابل مشاهده است.

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سلامت روان سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

	ذهن‌آگاهی			کنترل کنترل			متادون درمانی		
	میانگین (انحراف معیار)			میانگین (انحراف معیار)			میانگین (انحراف معیار)		
وسواس	پیش‌آزمون	۳/۱	۱۱/۳	پیش‌آزمون	۳/۰	۱۱/۲	پیش‌آزمون	۲/۹	۱۱/۵
	پس‌آزمون	۲/۷	۹/۳	پس‌آزمون	۲/۹	۱۱/۰	پس‌آزمون	۲/۸	۱۱/۳
	پیگیری	۲/۴	۵/۵	پیگیری	۴/۹	۱۱/۲	پیگیری	۲/۵	۱۱/۱
حساسیت بین فردی	پیش‌آزمون	۳/۹	۲۵/۰	پیش‌آزمون	۴/۷	۲۳/۷	پیش‌آزمون	۳/۹	۲۳/۸
	پس‌آزمون	۳/۵	۱۴/۶	پس‌آزمون	۴/۵	۲۳/۲	پس‌آزمون	۳/۶	۲۳/۰
	پیگیری	۳/۶	۱۴/۸	پیگیری	۴/۵	۲۳/۵	پیگیری	۳/۵	۲۲/۷
افسردگی	پیش‌آزمون	۵/۵	۲۳/۳	پیش‌آزمون	۶/۶	۳۰/۵	پیش‌آزمون	۴/۵	۱۳/۱
	پس‌آزمون	۳/۰	۱۸/۳	پس‌آزمون	۵/۹	۲۸/۷	پس‌آزمون	۴/۵	۲۱/۹
	پیگیری	۳/۰	۱۸	پیگیری	۵/۶	۲۸/۵	پیگیری	۴/۵	۲۹/۰
اضطراب	پیش‌آزمون	۳/۹	۲۲/۴	پیش‌آزمون	۴/۲	۲۰/۹	پیش‌آزمون	۳/۴	۲۰/۸
	پس‌آزمون	۲/۵	۱۵/۰	پس‌آزمون	۴/۶	۲۱/۱	پس‌آزمون	۳/۹	۲۱/۷
	پیگیری	۲/۷	۱۵/۳	پیگیری	۴/۷	۲۱/۵	پیگیری	۳/۸	۲۱/۲
پرخاشگری	پیش‌آزمون	۳/۵	۱۶/۰	پیش‌آزمون	۳/۷	۱۵/۷	پیش‌آزمون	۴/۶	۲۱/۰
	پس‌آزمون	۲/۹	۸/۸	پس‌آزمون	۴/۳	۱۴/۹	پس‌آزمون	۴/۳	۱۴/۹
	پیگیری	۳/۰	۸/۹	پیگیری	۴/۰	۱۵/۱	پیگیری	۴/۰	۱۴/۶

نتایج آزمون Mauchly در یافته‌ها حاکی از رد شدن فرض Sphericity است ($P>0/05$) بنابراین جهت تفسیر آزمون از آزمون محافظه کارانه مثل آزمون Greenhouse- Geisser برای متغیرهای سلامت روان استفاده می‌شود. در متغیر وسواس، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری اثر اصلی مرحله معنی دار است. یعنی حداقل بین میانگین دو بار از اجراها تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F(1, 36)=22/2$, $P<0/001$, $\eta^2=0/32$ = مجذور اتای تفکیکی). در تحلیل جدول شماره ۳ توجه به اثر اصلی مرحله و

اثر تعاملی گروه با مرحله در متغیر وابسته سلامت روان مهم می‌باشد. در این مرحله با توجه به معنی‌داری اثر تعاملی به بررسی دو اثر ساده گروه و مرحله پرداخته شده است. ابتدا با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر یک عاملی با سه سطح اندازه‌گیری در سطوح متغیر گروه (گروه آزمایش ذهن‌آگاهی، گروه کنترل و گروه متادون درمانی) پرداخته شد و بعد بررسی اثر ساده مرحله (صرف نظر از عامل بین گروهی) و مقایسه میانگین‌های سه بار اجرا در متغیر وابسته سلامت روان انجام شد.

جدول شماره ۳- تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای اثرهای درون‌گروهی و بین‌گروهی مرحله با گروه نمرات متغیرهای سلامت روان

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P	مجذور اتا
وسواس	مرحله	۱۰/۹	۱	۱۰/۹	۲۲/۲	۰/۰۰۰	۰/۳
	مرحله*گروه	۱۳/۹	۲	۶/۶	۱۴/۰	۰/۰۰۰	۰/۴
	خطا	۱۷/۷	۳۶	۰/۴	-	-	-
حساسیت بین فردی	مرحله	۱۰/۹	۱	۱۰/۹	۲۲/۲	۰/۰۰۰	۰/۳
	مرحله*گروه	۱۳/۹	۲	۶/۹	۱۴/۰	۰/۰۰۰	۰/۴
	خطا	۵/۷	۳۶	۰/۱	-	-	-
افسردگی	مرحله	۷۳۰/۸	۱	۷۳۰/۸	۹۸/۶	۰/۰۰۰	۰/۷
	مرحله*گروه	۶۵۲/۴	۲	۳۲۶/۲	۴۴/۰	۰/۰۰۰	۰/۷
	خطا	۲۶۶/۶	۳۶	۷/۴	-	-	-
اضطراب	مرحله	۸۲/۰	۱	۸۲/۰	۲۹/۲	۰/۰۰۰	۰/۴
	مرحله*گروه	۲۵۳/۹	۲	۱۲۶/۹	۴۵/۲	۰/۰۰۰	۰/۷
	خطا	۱۰۱/۰	۳۶	۲/۸۰	-	-	-
پرخاشگری	مرحله	۱۴۵/۵	۱	۱۴۵/۵	۳۳/۴	۰/۰۰۰	۰/۴
	مرحله*گروه	۱۸۹/۸	۲	۹۴/۹	۲۱/۷	۰/۰۰۰	۰/۵
	خطا	۱۵۶/۹	۳۶	۴/۳	-	-	-

(مرحله * گروه = اثر اصلی مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و اثر تعاملی گروه (درون‌گروهی و بین‌گروهی) با مرحله در متغیر وابسته سلامت روان)

کمپ و متادون درمانی نیز تفاوتی وجود ندارد. در مرحله پیگیری میانگین گروه درمان ذهن‌آگاهی به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل کنترل و گروه متادون درمانی می‌باشد و تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه کنترل و متادون درمانی وجود ندارد.

بحث

مطالعه نشان داد که اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود علایم روان‌شناختی (وسواس، حساسیت بین‌فردی، اضطراب، افسردگی و پرخاشگری) در معتادان در ارزیابی پیش‌آزمون و پس‌آزمون به لحاظ آماری معنادار می‌باشد. بنابراین نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های برخی پژوهش‌ها توافق دارد (۲، ۱۸، ۲۱ و ۳۲) و از سوی دیگر و از بابت کاهش اضطراب، استرس و افسردگی هم با یافته‌های پژوهش‌های مشابه بود (۱۱-۱۷ و ۱۹). آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی به‌نحوی مؤثر از بروز و عود علایم روان‌شناختی جلوگیری می‌کند. توانایی سازمان دادن و نگاه‌داشتن توجه روی یک موضوع خاص همان ذهن‌آگاهی است که تضمین‌کننده موفقیت درمان می‌باشد.

نتایج جدول شماره ۴ نشان داد که از بین سه مرحله از اندازه‌گیری متغیر، متغیر وسواس، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری حداقل در بین دو مرحله اندازه‌گیری در گروه آزمایش ذهن‌آگاهی، گروه کنترل و گروه متادون درمانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. برای بررسی بیشتر نتایج و مقایسه‌های زوجی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از مقایسه‌های زوجی با تصحیح بونفرنی استفاده گردید.

با توجه به سه سطح در متغیر گروه‌بندی بین‌گروهی (گروه درمان ذهن‌آگاهی، گروه کنترل و گروه متادون درمانی) برای بررسی اثر ساده عامل بین‌گروهی از آزمون تحلیل واریانس یک راهه در هر یک از مراحل اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و جلسه پیگیری استفاده گردید (جدول شماره ۵). بررسی نتایج آزمون تعقیبی نیز نشان داد که: در مرحله پیش‌آزمون بین میانگین نمرات گروه‌ها با یکدیگر تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است. در مرحله پس‌آزمون میانگین گروه درمان ذهن‌آگاهی به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل کمپ و درمان متادون می‌باشد و بین گروه کنترل

جدول شماره ۴- مقایسه اثرات ساده عامل درون‌گروهی به تفکیک گروه‌های آزمایش در متغیرهای سلامت روان

گروه	مقیاس	منبع اثر	مجموع مجنورات	درجه آزادی	میانگین مجنورات	F	p	مجنوراتا
درمان ذهن آگاهی	وسواس	مرحله خطا	۲۴/۰ ۱۱/۴	۱ ۱۲	۲۴/۰ ۰/۹	۲۵/۱	۰/۰	۰/۶
	حساسیت بین فردی	مرحله خطا	۲۴/۰ ۱۱/۴	۱ ۱۲	۲۴/۰ ۰/۹	۲۵/۶	۰/۰	۰/۶
	افسردگی	مرحله خطا	۱۳۳۰/۶ ۲۲۸/۳	۱ ۱۲	۱۳۳۰/۶ ۱۹/۰	۶۹/۹	۰/۰	۰/۸
	اضطراب	مرحله خطا	۳۳۲/۶ ۸۱/۸	۱ ۱۲	۳۳۲/۶ ۶/۸	۲۵۶/۹	۰/۰	۰/۸
	پرخاشگری	مرحله خطا	۳۳۲/۶ ۱۴۰/۸	۱ ۱۲	۳۳۲/۶ ۱۱/۷	۲۸/۳	۰/۰	۰/۷
کنترل کنترل	وسواس	مرحله خطا	۰/۰ ۲/۰	۱ ۱۳	۰/۰ ۰/۱	۰/۰	۱	۰/۰
	حساسیت بین فردی	مرحله خطا	۰/۰ ۱/۵	۱ ۱۳	۰/۰ ۰/۱	۰/۰	۱	۰/۰
	افسردگی	مرحله خطا	۲۶/۰ ۲۷/۴	۱ ۱۳	۲۶/۰ ۲/۱	۱۲/۳	۰/۰	۰/۴
	اضطراب	مرحله خطا	۲/۲ ۱۴/۷	۱ ۱۳	۲/۲ ۱/۱	۲/۰	۰/۱	۰/۱
	پرخاشگری	مرحله خطا	۲/۸ ۸/۶	۱ ۱۳	۲/۸ ۰/۶	۴/۳	۰/۰	۰/۲
متادون درمانی	وسواس	مرحله خطا	۰/۶ ۴/۳	۱ ۱۱	۰/۶ ۰/۳	۱/۶	۰/۲	۰/۱
	حساسیت بین فردی	مرحله خطا	۰/۶ ۴/۳	۱ ۱۱	۰/۶ ۰/۰	۱/۹	۰/۲	۰/۱
	افسردگی	مرحله خطا	۲۸/۱ ۱۰/۸	۱ ۱۱	۲۸/۶ ۰/۹	۲۸/۶	۰/۰	۰/۷
	اضطراب	مرحله خطا	۱/۰ ۴/۴	۱ ۱۱	۱/۰ ۰/۴	۲/۵	۰/۱	۰/۱
	پرخاشگری	مرحله خطا	۱/۰ ۷/۴	۱ ۱۱	۱/۰ ۰/۶	۱/۵	۰/۲	۰/۱

(مرحله * گروه = اثر اصلی مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و اثر تعاملی گروه (درون گروهی و بین گروهی) با مرحله در متغیر وابسته سلامت روان)

جدول شماره ۵-مقایسه زوجی در سه بار اجرای متغیرهای وابسته در سه گروه در متغیرهای سلامت روان

گروه	مراحل	وسواس		حساسیت بین فردی		افسردگی		اضطراب		پرخاشگری	
		پس آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیگیری
درمان ذهن آگاهی	پیش آزمون پس آزمون	۰/۱۹ -	۰/۱۹ ۰/۰۰۰	۰/۱۹ -	۰/۱۹ ۰/۰۰۰	۰/۱۴ -	۰/۱۴ ۰/۲	۰/۷ -	۰/۷ -	۰/۷ -	۰/۷ -
کنترل کمپ	پیش آزمون پس آزمون	۰/۲ -	۰/۲ ۰/۰۰۰	۰/۲ -	۰/۲ ۰/۰۰۰	۰/۱۷ -	۰/۱۷ ۰/۱	۰/۲ -	۰/۲ ۰/۳	۰/۸ -	۰/۶ ۰/۲
متادون درمانی	پیش آزمون پس آزمون	۰/۱ -	۰/۱ ۰/۳	۰/۱ -	۰/۱ ۰/۳	۰/۲ -	۰/۲ ۰/۹	۰/۲ -	۰/۲ ۰/۵	۰/۱ -	۰/۴ ۰/۲

***P<۰/۰۱ و **P<۰/۰۵

وی روی حالاتی که در این شرایط تجربه می کند، می توان به او آموزش داد با این مشکل به گونه ای دیگری ارتباط برقرار نماید: این که در هر حال خلق مضطرب یا غمگین برای هر شخص اجتناب ناپذیر است، هیچ کس از داشتن افکار منفی ایمن نیست، پس دیر یا زود باید با این افکار، اضطراب و غمگینی ناشی از آن مواجه شد، زیرا حتی اگر تلاش برای فرار از افکار و خلق منفی صورت گیرد، آن ها هم چنان وجود دارند (۲۶).

بنابراین، به نظر می رسد که با کمک ذهن آگاهی با هر نوع تجربه ای (حتی ناخوش آیند) می توان مرتبط شد، بدون آن که در آن گیر افتاد (۳۲). در چنین وضعیتی وظیفه ی فرد معتاد که دارای استرس، اضطراب و خلق غمگین را تجربه می کند، تنها خوش آمدگویی به یک تجربه دردناک و درست مشابه خوش آمدگویی و استقبال از تجربیات خوش آیند است و نه تلاش برای مواجه نشدن با آن باشد (۷).

با توجه به نکات ذکر شده، می توان با آموزش برنامه مهارت های ذهن آگاهی در کاهش میزان سطح استرس، اضطراب و افسردگی از شدت و وخامت علائم روانی معتادان کاست. برنامه مداخله ذهن آگاهی با داشتن محتوای گسترده در تمام زمینه های زندگی مانند تمرینات (یوگا، مراقبه، حضور ذهن تنفس)، کنترل توجه و تمرکز، کسب مهارت های مقابله ای صحیح و مؤثر در برخورد با حوادث استرس زا زندگی، آشنایی با بیماری و تغییر نگرش بیمار نسبت به آن،

بنابراین توانایی متمرکز شدن کلید اصلی ذهن آگاهی است. در نتیجه مداخلات ذهن آگاهی، بیماران یاد می گیرند چگونه توجه خود را بر تجربه یک لحظه متمرکز کنند و از افکار منفی و نشخوارهای فکری دور بمانند. (۳۲). ذهن آگاهی هشیاری غیرقابل توصیف، غیرقضاوتی و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه ای است که در آن لحظه در حیطه توجه وجود دارد و به علاوه اعتراف و پذیرش تجربه یاد شده است، که در شدت علائم اضطراب و افسردگی دخیل است (۱۳) و در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی مؤثر است (۲، ۷، ۲۶، ۲۸ و ۳۱).

در توضیح این نتیجه و به اعتقاد Segal, Teasdale & Williams (۳۳)، در مقابله با استرس، اضطراب و افسردگی می توان راهبردهای متفاوتی را در پیش گرفت. ممکن است یک راهبرد این باشد که فرد معتاد با مصرف مواد در پی فرار از موقعیت استرس، اضطراب و افسردگی برآید، در حالی که راهبرد دیگر آن است که به این موقعیت برای تمرکز آگاهی بر آن چه در حال وقوع در لحظه ی حاضر است نگاه شود (۳۱). آن ها معتقدند با وجود آن که به کارگیری راهبرد اول واجد مزایای کوتاه مدتی است، شواهدی مبنی بر این وجود دارند که استفاده از این راهبرد در دراز مدت سودمند نخواهد بود، چون دیدگاه بیمار را درباره ی احساسات دردناک تغییر نمی دهد (۲). در حالی که در راهبرد دوم با آگاه تر ساختن هر چه بیش تر فرد به علائم روان شناختی از قبیل استرس، اضطراب و افسردگی و متمرکز نمودن

گیرد تا بتوان شناخت بهتری از درمان‌های کاراتر و مؤثرتر داشت. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی با دوره پیگیری بلند مدت تر، با نمونه بالاتر و از گروه معتادان زنان انجام شود. همین‌طور با توجه نتایج مطالعه، پیشنهاد می‌گردد رویکرد گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی هر چه فراگیرتر توسط مشاوران و روان‌شناسانی که با این بیماران در ارتباط هستند در جهت بهبود و کاهش علائم روانشناختی و افزایش سلامت سوء مصرف‌کنندگان به کار گرفته شود.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد، هر چند اهداف مشترک گروه درمانی ذهن‌آگاهی و درمان‌های معمول عواملی مثل بهبود علائم روانشناختی معتادان، کاهش مصرف مواد، انتظارات مثبت از درمان، رابطه درمانی تسهیل‌کننده و غیره می‌باشد اما در گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بواسطه رفتار متقابل و پیچیده تجارب انسانی که عناصر درمانی نامیده می‌شود و به عنوان یکی از نقاط قوت آن نسبت به درمان‌های رایج توانست اثربخشی قابل ملاحظه‌ای داشته باشد و می‌توان گفت ذهن‌آگاهی تأثیر اثربخش‌تری نسبت به درمان‌های معمول و نگهدارنده (متادون درمانی، معنویت درمانی) در سلامت روان داشته است.

تشکر و قدردانی

با نهایت تشکر از همه کارمندان مراکز کمپ دلشدگان و کلینیک درمانی اسکات و تمامی افرادی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند. مقاله حاضر مستخرج از پایان‌نامه دانشجویی امیرحسین جهانگیر با شماره ثبت ۱۷۵ در دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد.

REFERENCES

1. Jahangir AH, Masjedi A, Mojtahedi H, Imani S, Habibi M. Comparison the Effectiveness of Mindfulness Based Group Therapy with Maintenance Treatment in the Reduction Craving, Impulsivity Symptoms and Psychological and Increases Components of Mindfulness in Opioid Addicts. (Master Degree), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, Tehran. 2015. (Full text in Persian)
2. Zamani N, Habibi M, Darvishi M. Compare the Effectiveness Dialectical Behavior Therapy and Cognitive-behavioral Group Therapy in Reducing Depression in Mothers of Children with Disabilities. Journal of Arak University of Medical Sciences 2015; 18(94): 32-42. (Full text in Persian)

تغییر در الگوهای فکری و نگرشی، آموزش آرام‌سازی پیشرفته، آموزش مدیریت زمان و مدیریت استرس و ایجاد روحیه‌ای شاد و با نشاط باعث کاهش میزان سطح استرس، اضطراب و افسردگی در معتادان شده و میزان شدت و وخامت بیماری را کاسته و احتمالاً پیامدهای نامطلوب ناشی از سوء مصرف مواد را کاهش می‌دهد (۲۶ و ۳۱).

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود که توجه به آنها راه را برای مطالعه‌های دقیق‌تر آتی هموار خواهد نمود، به لحاظ نمونه جمعیت مورد مطالعه فقط محدود به مراکز اعتیاد و متادون درمانی تهران می‌باشد، به لحاظ روش‌شناختی محدودیت اصلی این مطالعه 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 مطالعه کاسته می‌شود. در آینده مطالعات مداخله‌ای با نمونه‌های بزرگ‌تر می‌تواند این کاستی را جبران کند. انتخاب آزمودنی‌های گروه‌های درمانی فقط از بین مردان مبتلا به سوء مصرف مواد صورت گرفت. همین مسئله تعمیم نتایج به جمعیت زنان را با مشکل مواجه می‌کند. با این وجود به خاطر ماهیت اختلال سوء مصرف مواد که در مردان شیوع بیشتری دارد، و باتوجه به در دسترس بودن و احتمال همکاری بالاتر جمعیت مردان، ترجیح داده شد نمونه مورد مطالعه از بین جمعیت مردان انتخاب گردد و در جهت پیشنهاد می‌توان در رفع همین محدودیت‌ها برای پژوهش‌ها بهره برد. با توجه به محدودیت‌های بیان شده پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده این رویکرد با سایر رویکردهای درمانی در رابطه با اثربخشی بر علائم روانشناختی و سلامت روان مورد مقایسه قرار

3. Simons-Morton B. Social Influences on Adolescent Substance Use. *Health Behav* 2007;31(6):672-84.
4. Imani S, Atari S, Shahidi Sh, Sadeghi Firooz Abadi V, Khanabni M, Zamani N. Comparing the Emotional Intelligence between PTSD and non-PTSD Veterans. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2015; 7 (4): 217-224. 9 (Full text in Persian)
5. Marlatt GA. Buddhist Psychology and the Treatment of Addictive Behavior. *Cognitive and behavioral Practice* 2002;9:44-49.
6. Kashdan TB, Vetter CS & Collins L. Substance Use in Young Adults: Associations with personality and gender. *Addictive Behaviour* 2005;30:259-269.
7. Hayes SA, Orsillo SM, Roemer L. Changes in Proposed Mechanisms of Action during an Acceptance-based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Research and Therapy* 2010; 48:238–245.
8. Tiffany ST. Cognitive Concept of Craving. *Alcohol Research & Health* 1999; 23(3):215-224.
9. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of Relapse/recurrence in Major Depression by Mindfulness-based Cognitive Therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(4):615-23.
10. Mckim RD. Rumination as a Mediator of the Effects of Mindfulness: Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) with a Heterogeneous Community Sample Experiencing Anxiety, Depression, and/or Chronic Pain. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2008;68(11):73-76.
11. Zamani N, Farhadi M, Jamilian HR, Habibi M. Effectiveness of Dialectical Behavior group Therapy on Expulsive Anger. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2015; 18(101): 35-44. (Full text in Persian)
12. Farhadi M, Zamani N. Comparative Evaluation of Impulsivity, Cognitive and Non- Planning Impulsivity in the Theory of Hollander. *Health Research Journal*, Volume 2016:1(3):143-152.
13. Brewer JA, Sinha R, Chen JA, Michalsen RN, Babuscio TA, Nich C, Grier A, Bergquist KK, Reis DL, Potenza, MN, Carroll KM, & Rounsaville BJ. Mindfulness Training and Stress Reactivity in Substance Abuse: Results from a Randomized, Controlled Stage I Pilot Study. *Substance Abuse* 2009;30(4):306-317.
14. Khani H, Zamani N, Ghorbani A, Jahangir AH, Jenaabadi H. Mental Health Status of Amputee Veterans; Mazandaran Province, Iran. *Iranian Journal of War and Public Health* 2016; 8(3):149-156
15. Brown KW, Ryan RM, Creswell DJ. Addressing Fundamental Questions about Mindfulness. *Psychological Inquiry* 2007;18(4):272–281.
16. Zanarini MC, Skodol AE, Bender D, Dolan R, Sanislo C, Schaefer E, Morey LC, Grilo CM, Shea MT, McGlashan TH, & Gunderson JG. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorder* 2000;14(4):291-9.
17. Zamani N, Ahmadi V, Ataie Moghanloo V, Mirshekar S. Comparing the Effectiveness of two Therapeutic Methods: Dialectical Behavioral Therapy and Cognitive Behavior Therapy on the Improvement of Impulsive Behavior in the Patients Suffering from Major Depressive Disorder who are Showing a Tendency to Suicide. (*Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2014;22(5):45-54.
18. Perry JL, Larson EB, German JP, Madden GJ, Carroll ME. “Impulsivity (delay discounting) as a Predictor of Acquisition of IV Cocaine Self Administration in Female Rats”. *Psychopharmacology* 2005; 178(2-3):193-201.
19. Skanavi S, Laqueille X, Aubin HJ. Mindfulness Based Interventions for Addictive Disorders: A Review . *Encephale* 2011;37(5):379-87.
20. Wupperman P, Marlatt GA, Cunningham A, Bowen S, Berking M, Mulvihill-Rivera N, Easton C.

- Mindfulness and Modification Therapy for Behavioral Dysregulation: Results from a Pilot Study Targeting Alcohol Use and Aggression in Women. *Journal of Clinical Psychology* 2012;68(1):50–66.
21. Mckim RD. Rumination as a Mediator of the Effects of Mindfulness: Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) with a Heterogeneous Community Sample Experiencing Anxiety, Depression, and/or Chronic Pain. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2008;68(11):73-76.
 22. Zamani N, Farhadi M, Jamilian HR, Habibi M. Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy (based on Acceptance and Commitment) on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors. *Journal of Arak University of Medical Sciences* 2014;17(92):53-61.
 23. McManus F, Surawy C, Muse K, Vazquez-Montes M, Williams J, Mark G. A Randomized Clinical Trial of Mindfulness-based Cognitive Therapy Versus Unrestricted Services for Health Anxiety (hypochondriasis). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2012;80(5):817-828.
 24. Schmertz SK., Masuda A, Anderson PL. Cognitive Processes Mediate the Relation Between Mindfulness and Social Anxiety Within a Clinical Sample. *Journal of Clinical Psychology* 2012;68(3):362–371.
 25. Scherbauma N, Kluwiga J, Speckaa M, Krauseb D, Mergeta B, Finkbeinera T, Gastparb M. "Group Psychotherapy for Opiate Addicts in Methadone Maintenance Treatment – A Controlled Trial". *European Addiction Research* 2005;11:(163–171).
 26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, 5th ed. Arlington: American Psychiatric; 2013
 27. Derogatis LR. Symptom Checklist-90-Revised. In *Handbook of Psychiatric Measures*. American Psychiatric Association 2000:81-84
 28. Bowen S, Chawala N & Marlatt GA. *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors*. The Guilford Press New York London 2011.
 29. Monti DA, Yang J. Complementary Medicine in Chronic Cancer Care. *Semin Oncology* 2005;32(2):225–231.
 30. Fathi Ashtiani A, Dadsetan M. *Psychological Tests Personality and Mental Health*, Besat pub, 2009. (Full Text in Persian)
 31. Doran N, Spring B, McChargue D, Pergadia M. "Impulsivity and Smoking Relapse". *Nicotine and Tobacco Research* 2005; 6(4):641-7.
 32. Jenabadi H, Zamani N. Defense Mechanisms and Styles in the Families of Individuals Addicted to Cigarette, Alcohol, Sedative-hypnotic Drugs and Addictive Drugs Use and Disuse. *Quarterly Journal of Research on Addiction*, 2015;9(35):56-67

Original Article

Comparative Study of Mindfulness Group Therapy on Mental Health of Drug Addicts with Methadone**Amir Hossein Jahangir¹, Saeed Imani^{2*}, Abbas Masjedi Arani³, Seyed Hossein Mojtahedi⁴**

1. Master of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Taleghani Educational Hospital, School of Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Assistant Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. PhD in Clinical Psychology, Siavoushan Psychology Centre, Tehran, Iran

***Corresponding Author:** AlSaeed Imani, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Email: s_imani@sbu.ac.ir

Received: 17 September 2016

Accepted: 25 October 2016

Published: 26 December 2016

How to cite this article:

Jahangir AH, Imani S, Masjedi Arani A, Mojtahedi SH. Comparative Study of Mindfulness Group Therapy on Mental Health of Drug Addicts with Methadone. Community Health 2017;4(1):55-66

Abstract:

Background: Today, we are in an era that addiction has become to a critical and important problem in the world and So far a variety of psychological treatments for addiction has been presented. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of mindfulness group therapy with methadone therapy on men's mental health was dependent on opiates.

Materials and methods: Therefore, in a quasi-experimental design with pre-test, post-test and follow along with the control group, 57 male drug abusers among opioid-dependent men referred to addiction clinics in Tehran, selected randomly in two experimental groups (a group, the intervention group therapy mindfulness-based relapse prevention and other groups MMT) and control groups. Groups before and after treatment and at follow-up period by clinical interview and symptom checklist of mental disorders were assessed. The collected data were entered into SPSS-21 software and statistical methods to analyze data from repeated measures analysis of variance is used.

Results: Repeated measures analysis of variance indicates the effectiveness of both methods on the mental health of opiates was Significant. In addition, the age ($P=0.1$, $df=2$, $2\chi=4.5$), age of onset ($P=0.7$, $df=2$, $2\chi=0.8$) and the recent recurrence ($P=0.5$, $df=2$, $2\chi=1.4$) there is no Significant difference and the variables during recent treatment ($P<0.001$, $df=2$, $2\chi=29.2$) and unsuccessful quit ($P<0.01$, $df=2$, $2\chi=14.4$) significant difference between groups there have been significant.

Conclusion: It would seem that the third wave of therapies for the treatment of addiction is important and should be viewed as an alternative or complementary therapies in clinical interventions considere

Key words: Opioid, Mindfulness, Mental health, Addiction