رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۱۰، شماره پیاپی ۹۱، دی ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(10), 2024

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی بر عملکرد اجرایی بیماران مصرف‌کننده مت آمفتامین

Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and mindfulness therapy on the executive function of methamphetamine consuming patients

سیما بدیعی
دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.
دکتر طاهر تیزدست (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
دکتر حسن احدی
استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

Sima Badiee
Ph.D. Student in General Psychology, Department of Psychology, Emirates Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.
Dr. Taher Tizdast*
Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. *tahertizdast@yahoo.com*
Dr. Hasan Ahadi
Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

چکیده
هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی بر عملکرد اجرایی بیماران مصرف‌کننده مت‌آمفتامین بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه معتادین مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های ترک اعتیاد شهر تهران که در فاصله زمانی شهریور تا بهمن‌ماه ۱۴۰۰ بود. تعداد ۴۵ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. ابزار پژوهش آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین گرانت و برگ (۱۹۴۸ WCST,) بود. مداخله درمان شناختی رفتاری فری (۲۰۰۸) و ذهن‌آگاهی کرفت و ویلیامز (۲۰۱۲) در طی ۸ جلسه بر روی اعضای گروه آزمایش اجرا شد، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت ننمودند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان داد بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری عملکرد اجرایی بیماران مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین تفاوت معناداری وجود داشت (P<۰/۰۵) و هر دو درمان بر طبقات صحیح تکمیل‌شده، خطاهای درجاماندگی و خطاهای کل تأثیر معناداری داشتند (P<۰/۰۵) و درمان ذهن‌آگاهی در تأثیر بر متغیرهای خطاهای درجاماندگی در مرحله پس‌آزمون نسبت درمان شناختی رفتاری برتری داشته است (P<۰/۰۵). بنابراین می‌توان گفت درمان ذهن‌آگاهی در اثربخشی بر یکی از مؤلفه‌های عملکردهای اجرایی اثربخش‌تر می‌باشد که بدین ترتیب می‌توان از ذهن‌آگاهی در درمان افراد وابسته به مت‌آمفتامین استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: *ذهن‌آگاهی، شناختی رفتاری، عملکرد اجرایی.*

Abstract
This study aimed to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and mindfulness therapy on the executive performance of methamphetamine-consuming patients. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group with a three-month follow-up period. The statistical population of this research includes all addicts who were referred to addiction treatment clinics in Tehran between September and February 2021. 45 people were selected purposefully and randomly assigned to two experimental groups and one control group. The research tool was the Wisconsin Grant and Berg (WCST, 1948) card sorting test. Cognitive behavioral therapy intervention by Frey (2008) and mindfulness by Craft and Williams (2012) was implemented during 8 sessions on the members of the experimental group, but the control group did not receive any intervention. The data were analyzed by repeated measures analysis of variance test. The results showed that there was a significant difference between the groups in the post-test and follow-up of the executive performance of methamphetamine users (P<0.05) and both treatments had a significant effect on the correct classes completed, remaining errors and total errors (P<0.05). Mindfulness therapy has been superior to cognitive behavioral therapy in affecting the variables of survival errors in the post-test phase (P<0.05). Therefore, it can be said that mindfulness treatment is more effective in the effectiveness of one of the components of executive functions, so mindfulness can be used in the treatment of people addicted to methamphetamine.

Keywords: *Mindfulness, Cognitive Behavior, Executive Function.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : شهریور ۱۴۰۲** | **پذیرش: مهر ۱۴۰۲** | **ویرایش نهایی: دی ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-29]

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر، به‌عنوان جدی‌ترین مسئله اجتماعی در ایران، وجوه مختلف جامعه‌شناسی، روانشناسی، حقوقی، اقتصادی، سیاسی و ... دارد. ویژگی اصلی انواع مختلف اعتیاد و اختلالات مرتبط با مصرف مواد، مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک است که نشان می‌دهد فرد به‌رغم مشکلات مهم به‌وجودآمده، به مصرف ماده ادامه می‌دهد (صادقی پور میبدی و همکاران، ۱۴۰۰). از طرفی در بین مواد محرک آمفتامین‌ها و به ویژه مت‌آمفتامین قوی‌ترین مواد هستند، خطر وابستگی و مشکلات سلامت روان بیشتری را دربر دارند و با نرخ بالای روان‌پریشی (ویدنور[1] و همکاران، ۲۰۲۰)، افسردگی (لیونگ[2] و همکاران، ۲۰۲۳) و مشکلات شناختی توجه، حواس‌پرتی و نقص عملکرد اجرایی ارتباط دارند (چن[3] و همکاران، ۲۰۲۰). طی سال‌های اخیر رویکردهای روان‌شناختی در حوزه آسیب‌شناسی روانی و به‌ویژه اعتیاد و سوءمصرف مواد تبیین‌های قابل‌توجه دارای پشتوانه پژوهشی را ارائه داده است(آگباریا، ۲۰۲۳). در این راستا سازه‌ای همچون عملکردهای اجرایی در ارتباط با اعتیاد معرفی شد (کراپلین[4] و همکاران، ۲۰۲۲) نقایص کارکردهای شناختی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده قابل اعتمادی برای پاسخ ضعیف به درمان باشد و افراد دارای سوءمصرف مواد با اختلال شناختی بالا در طی درمان با مشکلات زیادی روبه‌رو می‌شوند (لوپز[5] و همکاران، ۲۰۲۱). کارکردهای اجرایی به پردازش اطلاعات در غیاب هرگونه نفوذ عاطفی اشاره دارد و به معنای مهارت‌های هدفمند و مبتنی بر آینده مانند برنامه‌ریزی، بازداری، انعطاف‌پذیری، حافظه کاری و پایش است که به صورت ناوابسته به زمینه، غیر هیجانی و تحلیلی سنجش می‌شود (چن و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از درمان‌های مؤثر در حوزه اعتیاد، درمان شناختی رفتاری می‌باشد (مگیل[6] و همکاران، ۲۰۲۳). گزارش‌های فراتحلیلی نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری، در ترک اعتیاد در گروه‌های مختلف موفق بوده است (آگباریا[7]، ۲۰۲۳). فنونی که در درمان شناختی رفتاری به‌منظور ترک اعتیاد به کار می‌رود شامل کنترل محرک، تقویت مثبت، راهکارهای شناختی رفتاری برای مدیریت و کنار آمدن با استرس، فراهم کردن حمایت اجتماعی، بازسازی شناختی، همچنین ایجاد آرامش با فراهم کردن پاسخ‌های جایگزین به استرس است (بونس[8] و همکاران، ۲۰۲۳). رفتاردرمانی شناختی به این دلیل در کمک به افراد مبتلا به اعتیاد مؤثر است که این افراد نه‌تنها وابستگی فیزیولوژیک به مواد مخدر دارند (که البته این علائم را می‌توان با دارو کنترل کرد)، بلکه وابستگی روان‌شناختی و رفتاری هم به دارند (آزاد[9] و همکاران، ۲۰۲۲). رفتار درمانی شناختی با اثرگذاری بر روی افکار، هیجانات، رفتار و همچنین در افزایش احساس خودکارآمدی و ایجاد توانایی در ترک موفق و به‌ویژه در انطباق و یادگیری راه‌های کنترل و کنار آمدن با استرس[10] در شرایط ترک و بعد از ترک بسیار اثربخش است (رستمی نژاد و همکاران، ۱۳۹۹). شفیعی و همکاران (۱۳۹۶) نیز اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر کارکرد اجرایی جانبازان را تأیید کرده و نشان دادند درمان شناختی- رفتاری، موجب افزایش کارکرد اجرایی جانبازان می‌شود. در این راستا پژوهش‌ها تأثیر درمان شناختی رفتاری را در افراد دچار اعتیاد تأیید نموده‌اند (ناطقی و سهرابی، ۱۴۰۰؛ رستمی نژاد و همکاران، ۱۳۹۹).

درمان دیگری که در این حوزه معرفی شده است، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد. در مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، برخلاف راهبردهای مبتنی بر تغییر به‌جای تغییر محتوای افکار و نگرش‌های ناکارآمد، بر پذیرش، تمرکززدایی و تغییر رابطه و نگرش فرد نسبت به افکار به‌عنوان نوعی واقعیت ذهنی، همچنین در مقابل تغییر و اجتناب از هیجان‌های منفی، بر پذیرش بدون قضاوت، مواجهه و افزایش تحمل، حالت‌های هیجانی منفی، افکار و تصورات تأکید می‌شود. مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در حال حاضر در درمان اختلال سوءمصرف مواد نیز مورد توجه قرار گرفته‌اند (کورکی[11] و همکاران، ۲۰۲۰). برنامه‌های آموزش استانداردشده ذهن‌آگاهی در ابتدا بر کاهش پریشانی عاطفی متمرکز بودند و درواقع، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای اختلالات و علائم روان‌پزشکی از طریق فراتحلیل کارآمد و

1. Weidenauer
2. Leung
3. Chen
4. Kräplin
5. López
6. Magill
7. Agbaria
8. Boness
9. Azad
10. Coping skills
11. Korecki

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-29]

قابل‌مقایسه با سایر درمان‌های فعال و سربه‌سر هستند (روزنتال[1] و همکاران، ۲۰۲۱). مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی آموزش‌هایی را در شیوه‌هایی ارائه می‌دهند که برای برانگیختن حالت ذهن‌آگاهی طراحی شده‌اند، یعنی حالتی از آگاهی فراشناختی که با نظارت دقیق و بدون قضاوت لحظه‌به‌لحظه شناخت، عواطف، احساس و ادراک بدون اصرار بر افکار گذشته و آینده مشخص می‌شود. تمرین ذهن‌آگاهی برای شامل دو عنصر اصلی پیشنهاد شده است: توجه متمرکز و نظارت باز. در حین تمرین توجه متمرکز، توجه روی یک شیء حسی متمرکز می‌شود (اغلب حس تنفس، اما می‌توان از حس‌های درونی و عمقی بدن یا کانون‌های بینایی خارجی نیز استفاده کرد)، درحالی‌که فرد اذعان می‌کند و سپس از افکار و احساسات منحرف‌کننده جدا می‌شود (انگستروم[2] و همکاران، ۲۰۲۲). در این راستا در درمان و پیشگیری از عود مصرف مواد، استفاده از روش‌هایی که بتواند بر این مشکلات تأثیرگذار باشد، ضروری است و به نظر می‌رسد می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش دهد. برخی از پژوهشگران بر این باورند که به‌کارگیری روش ذهن‌آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی[3]، حضور در لحظه، مشاهده گری، بدون داوری، رویارویی و رهاسازی، در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی، به علت تأثیر بر این فرآیندها می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود مصرف مواد کمک نماید (حسینی و همکاران، ۱۴۰۰). رجبیان (۱۳۹۶) نشان داد که مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود ترکیب کلی حافظه کاری مؤثر بوده اما اثری در بهبود بازداری و انعطاف‌پذیری شناختی نداشته است پژوهش‌ها اثر بخشی درمان شناختی رفتاری را برای بهبود کیفیت خواب و درمان بی خوابی تأیید کرده‌اند.

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، پژوهش‌های پیشین هم تأثیر درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر اعتیاد و متغیر عملکردهای اجرایی تأیید نموده‌اند. بااین‌حال، همواره محققان و متخصصان حوزه‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی، به دنبال شناسایی درمان‌هایی با پشتوانه پژوهش بیشتر و کارآمدتر و اثربخش‌تر بوده‌اند، این در حالی است که بر اساس نتایج پژوهش‌های قبلی می‌بایست نقش عوامل شناختی و هیجانی در بروز و تداوم نقایص کارکردهای اجرایی در نظر گرفته شود (داودی و همکاران، ۱۳۹۶) و پیامد درمان‌های روان‌شناختی بر مشکلات همبود با آن مورد مطالعه قرار گیرد. اگرچه هر دو روش درمانی مستلزم کار با الگوهای فکری و کمک به بیماران برای کنترل بهتر افکار و احساسات و درنتیجه پاسخ‌دهی مناسب به آنها هستند، اما در مقایسه با درمان شناختی رفتاری، درمان ذهن آگاهی بیشتر مبتنی بر بدن و تجربه احساسات است و می‌کوشد تا به افراد بیاموزد که آنها چیزی فراتر از افکار و احساسشان هستند. ازاین‌رو ابزارهای مورد استفاده در این روش درمانی نیز با روش‌های مورد استفاده در درمان شناختی رفتاری بسیار متفاوت است. بدین ترتیب با توجه بر بررسی پیشینه پژوهش‌های انجام‌شده در ایران و عدم انجام پژوهشی در زمینه لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی بر عملکرد اجرایی بیماران معتاد به مت‌آمفتامین در سال ۱۴۰۰ انجام پذیرفت.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های ترک اعتیاد شهر تهران که در فاصله زمانی شهریور تا بهمن‌ماه ۱۴۰۰ بود. حجم نمونه در این پژوهش با توجه به تعداد گروه‌ها و تعداد متغیرهای مورد بررسی تعیین شد. بر این اساس، از جامعه مذکور ۴۵ نفر پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه (گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری ۱۵ نفر)، (گروه آزمایش ذهن‌آگاهی، ۱۵ نفر) و (گروه گواه، ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل: ۱- داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، ۲- دارا بودن حداقل تحصیلات سیکل، ۳-دارا بودن ملاک‌های تشخیصی وابستگی به مت‌آمفتامین به تشخیص اولیه روان‌پزشک و تشخیص روانشناس بالینی بر اساس نتایج مصاحبه بالینی ساخت‌یافته بر اساس DSM-5، ۴- حداقل دوره مصرف مواد فوق یک سال کامل شمسی، ۵- عدم دریافت یک مداخله روان‌شناختی دیگر- رضایت کامل برای شرکت در پژوهش بر اساس فرم گواهی شرکت در پژوهش و معیارهای خروج از پژوهش شامل: ۱- دریافت هم‌زمان یک مداخله روان‌شناختی دیگر، ۲- داشتن دو جلسه غیبت در شرکت در جلسات همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها

1. Rosenthal
2. Engström
3. Desensitization

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-29]

در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انجام هماهنگی لازم با مدیریت یکی از مراکز مشاوره شهر تهران ، پرونده شرکت‌کنندگان در اختیار پژوهشگر قرار گرفت و با تماس تلفنی، مصاحبه اولیه‌ای با هریک از مصرف‌کنندگان مت آمفتامین به عمل آمده و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج ۴۵ نفر از مردان انتخاب و با گمارش تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. پس از جایگزینی در گروه‌ها، شرکت‌کنندگان پیش از اجرای مداخله، به آزمون کارت‌های ویسکانسین به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایشی اول، درمان شناختی رفتاری و گروه آزمایشی دوم، ذهن‌آگاهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی به‌صورت حضوری با توالی هر هفته دو جلسه در هفته توسط پژوهشگر دریافت کردند. اما شرکت‌کنندگان گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون و ۶۰ روز بعد در مرحله پیگیری به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند در این پژوهش ملاحظات اخلاقی به شرح ذیل رعایت شد: ۱- پیش از شروع مطالعه، شرکت‌کنندگان از موضوع و روش اجرای پژوهش مطلع شدند، ۲- پژوهشگر متعهد شد تا از اطلاعات خصوصی شرکت‌کنندگان محافظت کند و از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده کند، ۳- پژوهشگر متعهد شد نتایج پژوهش را در صورت تمایل شرکت‌کنندگان برای آنها تفسیر کند، ۴- در صورت مشاهده‌ی هرگونه ابهام، راهنمایی‌های لازم به آزمودنی‌ها ارائه شد، ۵- مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان به دنبال نداشت، ۶- این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی شرکت‌کننده و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت. درنهایت برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته و نرم‌افزار spss نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار سنجش

آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین[1] (WCST): آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین توسط گرانت و برگ[2] در سال ۱۹۴۸ ساخته شده است و توانایی انتزاع و تغییر راهبردهای شناختی را در پاسخ به بازخوردهای محیطی ارزیابی می‌کند. این آزمون متشکل از ۶۴ کارت غیر متشابه با شکل‌های متفاوت (مثلث، ستاره، صلیب و دایره) و رنگ‌های مختلف است (بارسلو[3]، ۲۰۰۱). آزمون دسته‌بندی ویسکانسین را می‌توان به چندین روش نمره‌گذاری کرد. رایج‌ترین شیوه نمره‌گذاری، ثبت تعداد طبقات به‌دست‌آمده و خطای درجاماندگی می‌باشد. طبقات به‌دست‌آمده به تعداد دوره‌های صحیح یا به‌عبارت‌دیگر ۱۰ جایگذاری صحیح متوالی اطلاق می‌شود که این تعداد در دامنه‌ای از صفر تا شش که در این حالت آزمون طبیعتاً متوقف می‌شود، قرار می‌گیرد. مواقعی که آزمودنی بر طبق اصل موفقیت‌آمیز قبلی دسته‌بندی را ادامه دهد و همچنین زمانی که در اولین سری، در دسته‌بندی بر یک حدس غلط اولیه پافشاری کند، خطای درجاماندگی وجود دارد (نیهوس و بارسل[4]، ۲۰۰۹). پایایی این آزمون در پژوهش اسپیرن و استرائوس[5] (۱۹۹۸) بر اساس ضریب توافق ارزیابی‌کنندگان ۰/۸۳ گزارش شده است. همچنین آنها میزان پایایی این آزمون را با روش باز آزمایی در بازه ۶۰ روزه برای سنجش نقایص شناختی به دنبال آسیب های مغزی بالای ۰/۸۶ ذکر کرده است در پژوهش اسمعیل‌زاده روزبهانی و همکاران (۱۴۰۰) پایایی این آزمون با استفاده از سه روش آلفای کرونباخ، تنصیف اسپیرمن - براون و گاتمن به ترتیب برای درجاماندگی ۰/۸۶، ۰/۷۷ و ۰/۷۲، زمان رسیدن به الگوی اول ۰/۷۹، ۰/۷۱ و ۰/۷۰، کوشش‌های لازم برای رسیدن به الگوی اول ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۶ و انعطاف‌پذیری شناختی ۰/۸۲، ۰/۷۴ و ۰/۸۱ به دست آمده است. در محاسبه روایی آزمون نیز از طریق آزمون تحلیل عامل تأییدی، ضریب روایی ۰/۶۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

پروتکل ذهن‌آگاهی: پروتکل ذهن‌آگاهی بر اساس پروتکل کاربرد ذهن‌آگاهی در درمان اعتیاد و رفتارهای اعتیادی (کرفت و ویلیامز[6]، ۲۰۱۲) در ۸ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دوبار توسط پژوهشگر برای گروه آزمایش انجام شد که خلاصه جلسات به شرح ذیل می‌باشد.

1. Wisconsin Card Sorting Test
2. Grant & Berg
3. Barceló
4. Nyhus & Barcelo
5. Spreen & Strauss
6. Kraft & Williams

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-29]

جدول ۱. پروتکل ذهن‌آگاهی (کرفت و ویلیامز، ۲۰۱۲)

جلسات	محتوا
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، آشنایی افراد با موضوع پژوهش و توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آموزش آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی مثبت، پاسخ به پرسشنامه‌ها (اجرای پیش‌آزمون)، بستن قرارداد درمانی، هدایت خودکار و عود، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف خانگی (نوشتن افکار مزاحم و منفی)
دوم	مرور تکلیف قبلی، آشنایی با مفاهیم درمانی ذهن‌آگاهی، آگاهی بیشتر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه‌به‌لحظه و تجربه بودن در لحظه، گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند، آگاهی از برانگیزاننده‌ها و اشتیاق، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف خانگی (مشاهده افکار و هیجانات بدون پاسخ‌گویی و واکنش)
سوم	مرور تکلیف قبلی، ارائه آموزش‌هایی به بیمار درباره عملکرد هیجان‌ها، مشاهده افکار و هیجان‌ها بدون قضاوت درباره آنها، آموزش آگاهی از هیجانات مثبت (شادی، علاقه‌مندی، عشق)، تغییر عادات قدیمی افکار، ذهن‌آگاهی در زندگی روزمره، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی (نوشتن هیجانات مثبت عمده و ثبت در فرم مربوطه)
چهارم	مرور تکلیف قبلی، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش آگاهی از هیجانات منفی (اضطراب، غمگینی، خشم، نفرت) پذیرش و تجربه این هیجانات، ذهن‌آگاهی در موقعیت‌های پرخطر، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی (نوشتن هیجانات منفی عمده و ثبت در فرم مربوطه)
پنجم	مرور تکلیف قبلی، معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، عملکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل‌مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، پذیرش و عملکرد ماهرانه، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی
ششم	مرور تکلیف قبلی، تمرین عملی آموخته‌ها، توضیح مفاهیم نقش و زمینه، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، افکار را افکار دیدن، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی (اسناددهی مجدد)
هفتم	مرور تکلیف قبلی، گزارش پیشرفت درمان (وارسی کردن)، تمرین تمرکزی (تمرکز بر تنفس، صداهای محیطی، پیاده‌روی، غذا خوردن، مسواک زدن و...)، تعادل خود مراقبتی و سبک زندگی، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی (تمرکزدهی مجدد، ارزش‌گذاری مجدد)
هشتم	مرور تکلیف قبلی، آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی مثبت، بحث پیرامون پیشامدهای منفی و مفهوم عود، برنامه‌ریزی آینده و استفاده از فنون ذهن‌آگاهی در همه‌ی شرایط و زمان‌ها برای زندگی، حمایت اجتماعی و ادامه تمرین، جمع‌بندی جلسات، پاسخ به پرسشنامه‌ها (اجرای پس‌آزمون)، دریافت بازخورد، تکلیف مادام‌العمر

پروتکل درمانی جلسات رفتاردرمانی شناختی (CBT): این برنامه طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دوبار تنظیم شده است. جلسات هشت‌گانه مداخله‌ای این پژوهش بر اساس دستورالعمل‌های فری[1] (۲۰۰۸) انجام گرفت که خلاصه جلسات به شرح ذیل می‌باشد:

جدول ۲. پروتکل درمانی جلسات رفتاردرمانی شناختی فری (۲۰۰۸)

جلسات	فعالیت‌ها
اول	آشنایی اعضاء با یکدیگر، ارائه توضیحاتی راجع به فرآیند و قوانین مشاوره گروهی و قوانین مربوطه (میزان ساعات مشاوره گروهی، چگونگی تعامل اعضاء با یکدیگر، تعداد جلسات، همکاری اعضاء...)،
دوم	بحث در رابطه با میزان آمادگی بر ترک موفق، توضیح و بحث در رابطه با تأثیر عوامل جسمانی، افکار، هیجانات، رفتار، عادات، موقعیت‌ها و حمایت‌های اجتماعی بر ترک موفق، تعیین تاریخ ترک
سوم	ارزیابی شرایط شرکت‌کنندگان، تشویق شرکت‌کنندگان به ادامه برنامه ترک، بحث در رابطه با وسوسه بعد از ترک، گفتگو در رابطه با تجربیات شرایط جسمانی،
چهارم	تعریف استرس، گفتگو راجع به استرس و هیجانات منفی، گفتگو با شرکت‌کنندگان در رابطه با روش‌های جایگزین در مواقع داشتن هیجان‌های منفی و استرس
پنجم	تعریف لغزش و عود مجدد، بحث گروهی و ایجاد تغییر نگرش نسبت به لغزش و عود به‌عنوان تجربیاتی برای موفقیت در آینده، آشنایی با تکنیک توقف فکر
ششم	بررسی افکار ناکارآمد در موقعیت‌های پرخطر که احتمال مصرف مواد را زیاد می‌کنند، جایگزین کردن خودگویی‌های مثبت و تشویق‌آمیز راجع به پرهیز از مواد

1. Free

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-29]

هفتم	بررسی موقعیت‌هایی که منجر به برانگیختن احساسات بد می‌شود مانند گرسنگی، عصبانیت، خستگی، دلتنگی ...، ارائه رفتارهای جایگزین برای کم کردن احساسات بد (بحث گروهی)
هشتم	سؤال از شرکت‌کنندگان در رابطه با تصویرسازی از خود، گفتگو در رابطه با احساس شرکت‌کنندگان نسبت به خویش و ایجاد تصویر متفاوتی از خویش به‌عنوان یک فرد غیرمعتاد

یافته ها

یافته‌های پژوهش در مورد اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد که ۴۵ نفر (۱۵ نفر گروه شناختی رفتاری، ۱۵ نفر درمان ذهن‌آگاهی و ۱۵ نفر گروه گواه) حضور داشتند که میانگین و انحراف استاندارد معیار سن برای گروه شناختی رفتاری به ترتیب ۳۴/۵۱ و ۵/۲۹ سال، برای گروه ذهن‌آگاهی ۳۳/۷۵ و ۵/۶۱ سال و برای گروه گواه ۳۳/۵۸ و ۴۸/ ۵ بود. همچنین جنسیت همه افراد شرکت‌کننده مرد بود. ۵۶ درصد از مردان شرکت کننده متاهل و ۳۴ درصد نیز مجرد بودند. در شاخص تحصیلات نیز ۷۱ درصد از شرکت کنندگان زیر دیپلم و ۲۹ درصد نیز بالای دیپلم بودند. و همچنین مدت مصرف در ۶۴ درصد شرکت کنندگان از ۵ تا ۱۰ سال و در ۳۶ درصد شرکت کنندگان از ۱۱ تا ۱۵ سال بود. در ادامه یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود. برای توصیف داده‌ها از میانگین به‌عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف معیار به‌عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر خطای کل و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
طبقات صحیح تکمیل‌شده	گواه	۷۰/۹۳	۱۰/۱۹	۷۰/۴۷	۱۰/۲۰	۷۰/۴۷	۱۰/۰۶
	درمان شناختی رفتاری	۷۴/۰۰	۱۰/۵۳	۴۹/۱۳	۷/۱۹	۴۸/۸۷	۷/۳۲
	درمان ذهن‌آگاهی	۶۹/۰۷	۹/۸۹	۳۷/۴۰	۷/۴۳	۳۷/۲۰	۷/۴۶
خطای درجاماندگی	کنترل	۳۹/۲۰	۴/۳۹	۳۷/۶۷	۵/۱۱	۳۶/۵۳	۵/۲۸
	درمان شناختی رفتاری	۳۸/۸۰	۳/۰۸	۲۵/۰۰	۴/۶۹	۲۳/۷۳	۵/۲۸
	درمان ذهن‌آگاهی	۳۸/۲۰	۳/۸۲	۱۸/۷۳	۲/۸۹	۱۷/۲۷	۲/۹۶
خطای کل	گواه	۱۲۹/۱۳	۱۴/۹۳	۱۲۸/۴۷	۱۴/۷۲	۱۲۸/۸۷	۱۴/۲۸
	درمان شناختی رفتاری	۱۳۴/۳۳	۱۶/۲۱	۹۰/۴۰	۱۰/۸۰	۹۰/۱۳	۱۰/۷۰
	درمان ذهن‌آگاهی	۱۳۰/۹۳	۱۳/۴۵	۶۹/۲۷	۹/۳۴	۶۸/۸۷	۹/۷۸

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، مؤلفه‌های خطای کل برای سه گروه گواه، درمان شناختی رفتاری، درمان ذهن‌آگاهی در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. میانگین خطای کل در مرحله پس‌آزمون در گروه‌های درمان شناختی رفتاری، ذهن آگاهی و کنترل به ترتیب برابر با ۶۹/۲۷، ۹۰/۴۰ و ۱۲۸/۴۷می‌باشد. در گروه کنترل میانگین نمره خطای کل در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه‌های درمان ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری شاهد کاهش قابل‌توجه خطای کل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون هستیم. بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته صورت گرفت. قبل از اجرای آزمون، آزمون تحلیل واریانس آمیخته، از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات خطای کل و مؤلفه‌های آن در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری (p>۰/۰۵) از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های خطای کل در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (F=۰/۱۸۶)، (P=۰/۲۰)، پس‌آزمون (F= ۱/۱۰۵، P=۰/۱۲۳) و پیگیری (F=۱/۳۳، P=۰/۲۶۳) در متغیر طبقات صحیح تکمیل‌شده در ۳ مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (F=۱/۷۸۲، P=۰/۲۱۴)، پس‌آزمون (F=۱/۵۴۳، P=۰/۲۵۲) و پیگیری (F=۱/۳۴۶، P=۰/۴۶) در متغیر خطای درجاماندگی در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (F=۱/۲۳، P=۰/۳)، پس‌آزمون (F=۰/۸۱۷، P=۰/۴۵) و پیگیری (F=۱/۷۲، P=۰/۱۹) و برای بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس با استفاده از آزمون امباکس در متغیر خطای کل (MBOX =۲۹/۷۳، F =۱/۰۴، P=۰/۳۲)، متغیر طبقات صحیح تکمیل‌شده (MBOX = ۱۷/۴۷، F =۱/۳۵، P=۰/۳۳)، متغیر خطای درجاماندگی (MBOX =۳۱/۵۴، F =۱/۸۱۴، P=۰/۱) استفاده شد؛ که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود. همچنین به‌منظور بررسی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-29]

پیش‌فرض کرویت از آزمون موچلی استفاده شد و نتایج نشان داد پیش‌فرض کرویت برای هیچ‌کدام از مؤلفه‌های خطای کل به‌جز طبقات صحیح تکمیل‌شده رعایت نشده است، بنابراین برای تفسیر نتایج از روش گرینهاوس - گیسر استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته مربوط به اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	میزان اثر
طبقات صحیح تکمیل‌شده	درون‌گروهی	زمان	۱۹۹۱/۷۶	۲	۹۹۵/۸۸	۲۷/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲
		زمان × گروه	۸۱۰/۹۸	۴	۲۰۲/۷۵	۵/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۳
		خطا	۲۴۱/۱۸	۷۶	۳۶/۰۷	-	-	-
	بین‌گروهی	گروه	۲۴۱/۱۸	۷۶	۱۷۱۱/۱۴	۲۰/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲
		خطا	۳۱۴۸/۶۸	۷۶	۸۲/۸۶	-	-	-
خطای درجاماندگی	درون‌گروهی	زمان	۸۲/۹۳	۱/۴۵	۵۷/۰۶	۰/۲۵	۰/۷۷	۰/۰۱
		زمان × گروه	۱۶۱۹/۶۳	۲/۹۱	۵۵۷/۲۴	۲/۴۵	۰/۰۵	۰/۱۱
		خطا	۱۲۵۴۴/۸۹	۵۵/۲۲	۲۲۷/۱۷	-	-	-
	بین‌گروهی	گروه	۲۲۵۵/۲۲	۲	۱۱۲۷/۶۱	۴/۹۵	۰/۰۱	۰/۲۱
		خطا	۸۶۵۶/۴۱	۳۸/۰۰۲	۲۲۷/۸	-	-	-
خطای کل	درون‌گروهی	زمان	۴۱۶/۴۱	۱/۷۳	۲۴۰/۰۸	۲/۵۴	۰/۰۹	۰/۰۶
		زمان × گروه	۱۵۱/۳۱	۳/۴۷	۴۳/۶۳	۰/۴۶	۰/۷۴	۰/۰۲
		خطا	۶۲۱۸/۹۳	۶۵/۹۱	۹۴/۳۶	-	-	-
	بین‌گروهی	گروه	۹۴/۷۲	۲	۴۷/۳۶	۰/۵۲	۰/۶	۰/۰۳
		خطا	۳۴۴۶/۵۳	۳۸	۹۰/۷	-	-	-

بر این اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد در متغیر طبقات صحیح تکمیل‌شده اثر زمان معنادار است (P<۰/۰۵) بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیر تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین با توجه به نتایج جدول نشان می‌دهد بین گروه و زمان در متغیرهای طبقات صحیح تکمیل‌شده، خطای درجاماندگی و خطای کل تفاوت معناداری وجود دارد و مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و گروه کنترل در متغیر وابسته تفاوت وجود دارد همچنین در اثر گروه با توجه به مقادیر و سطح معناداری F در متغیرهای طبقات صحیح تکمیل‌شده، خطای درجاماندگی و خطای کل بین دو گروه درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد مقایسه دوبه‌دوی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله با استفاده از آزمون بنفرونی صورت گرفته است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین مؤلفه‌های خطای کل

			پیش‌آزمون			**پس‌آزمون**			**پیگیری**		
		گروه	تفاوت میانگین	آماره آزمون	سطح معناداری	تفاوت میانگین	آماره	سطح معناداری	تفاوت میانگین	آماره آزمون	سطح معناداری
طبقات صحیح تکمیل شده	درمان شناختی رفتاری	کنترل	۳/۰۶۷	۳/۷۲۶	۱/۰۰۰	-۲۱/۳۳۳*	۳/۰۶۲	۰/۰۰۰۱	-۲۱/۶۰۰*	۳/۰۵۸	۰/۰۰۰۱
		درمان ذهن‌آگاهی	۴/۹۳۳	۳/۷۲۶	۰/۵۷۸	۱۱/۷۳۳*	۳/۰۶۲	۰/۰۰۱	۱۱/۶۶۷*	۳/۰۵۸	۰/۰۰۱
	درمان ذهن‌آگاهی	کنترل	-۱/۸۶۷	۳/۷۲۶	۱/۰۰۰	-۳۳/۰۶۷*	۳/۰۶۲	۰/۰۰۱	-۳۳/۲۶۷*	۳/۰۵۸	۰/۰۰۰۱
		درمان شناختی رفتاری	-۴/۹۳۳	۳/۷۲۶	۰/۵۷۸	-۱۱/۷۳۳*	۳/۰۶۲	۰/۰۰۱	-۱۱/۶۶۷*	۳/۰۵۸	۰/۰۰۱
		کنترل	-۰/۴۰۰	۱/۳۸۸	۱/۰۰۰	-۱۲/۶۶۷*	۱/۵۸۴	۰/۰۰۰۱	-۱۲/۸۰۰*	۱/۶۹۴	۰/۰۰۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-29]

خطای درجاماندگی	درمان شناختی رفتاری	درمان ذهن‌آگاهی	۰/۶۰۰	۱/۳۸۸	۱/۰۰۰	۶/۲۶۷*	۱/۵۸۴	۰/۰۰۱	۶/۴۶۷*	۱/۶۹۴	۰/۰۰۱
	درمان ذهن‌آگاهی	کنترل	-۱/۰۰۰	۱/۳۸۸	۱/۰۰۰	-۱۸/۹۳۳*	۱/۵۸۴	۰/۰۰۱	-۱۹/۲۶۷*	۱/۶۹۴	۰/۰۰۰۱
		درمان شناختی رفتاری	-۰/۶۰۰	۱/۳۸۸	۱/۰۰۰	-۶/۲۶۷*	۱/۵۸۴	۰/۰۰۱	-۶/۴۶۷*	۱/۶۹۴	۰/۰۰۱
خطای کل	درمان شناختی رفتاری	کنترل	۵/۲۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	-۳۸/۰۶۷*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۰۱	-۳۸/۷۳۳*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۰۱
		درمان ذهن‌آگاهی	۳/۴۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	۲۱/۱۳۳*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۰۱	۲۱/۲۶۷*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۰۱
	درمان ذهن‌آگاهی	کنترل	۱/۸۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	-۵۹/۲۰۰*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۰۱	-۶۰/۰۰۰*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۰۱
		درمان شناختی رفتاری	-۳/۴۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	-۲۱/۱۳۳*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۰۱	-۲۱/۲۶۷*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۰۱

با توجه به جدول ۵ ملاحظه می‌شود تفاوت معناداری بین گروه‌های شناختی رفتاری و کنترل در متغیر طبقات صحیح تکمیل‌شده (P<۰/۰۵) و بین گروه‌های درمان شناختی رفتاری و کنترل در متغیرهای طبقات صحیح تکمیل‌شده، خطای درجاماندگی و خطای کل و درمان ذهن‌آگاهی و کنترل در متغیرهای طبقات صحیح تکمیل‌شده، خطای درجاماندگی و خطای کل (P<۰/۰۵) وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد بین روش درمان ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ اختلاف معنادار وجود دارد. مطابق با جدول ۵ اختلاف میانگین روش درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی برای متغیر عملکرد اجرایی و مؤلفه‌هایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت مثبت معنادار شده است. درنتیجه روش درمان ذهن‌آگاهی در کاهش خطای کل، طبقات صحیح تکمیل‌شده و خطاب درجاماندگی اثربخشی بیشتری نسبت به فراشناخت درمانی داشته است (P<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی بر عملکرد اجرایی مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین بود. نتایج نشان داد که هر دو مداخله گروه درمانی بر عملکرد اجرایی بیماران مصرف‌کنندگان آمفتامین مؤثر بودند و مداخله درمان ذهن‌آگاهی اثربخشی بیشتری در عملکرد اجرایی بیماران معتاد به مت‌آمفتامین نسبت به درمان شناختی رفتاری داشته است.

در بخش اول یافته‌های پژوهش نشان داد درمان ذهن آگاهی بر عملکرد اجرایی مصرف کنندگان مت آمفتامین موثر بوده است. این یافته با یافته‌های مطالعات پیشین ازجمله واحدی و همکاران (۱۳۹۷)، فرهادی و همکاران (۱۳۹۷) همسو بود. طبق نظریه تیزدل[1] ذهن ما اغلب در مورد وقایعی که اتفاق می‌افتند تفسیر و استنباط می‌کند و باعث واکنش‌ها و احساسات پایداری می‌شوند. در افرادی که مستعد اختلال روانی هستند، ذهن دائماً به سمت افکار ناراحت‌کننده و منفی گرایش پیدا می‌کند که این خود باعث تداوم بیشتر غم و هیجانات منفی می‌شود. در اصل، فرض بر این است که آسیب‌پذیری در مقابل اختلال روانی، ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق و الگوهای منفی خود ایرادگیر و ناامیدانه تفکر است که به نوبه خود به تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد، ذهن‌آگاهی با ترغیب فرد به تمرین برای توجه به ویژگی‌های تجارب به شیوه‌های خالی از قضاوت، موجب کدگذاری اختصاصی‌تر اطلاعات در حافظه سرگذشتی می‌شود که به نوبه خود می‌تواند بازخوانی اختصاصی‌تر از حافظه را به همراه داشته باشد. این روش به تعدیل احساسات بدون قضاوت و واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی همان‌طور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند (بحرینی و همکاران، ۱۴۰۰). بدین ترتیب در تبیین این یافته می‌توان عنوان داشت ازآنجایی‌که این نوع شناخت درمانی شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. تمامی این تمرین‌ها به‌نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در لحظه‌ی حال میسر می‌سازد، بنابراین توانسته پردازش‌های خودکار نگرانی، دل‌مشغولی، اضطراب و افسردگی را کاهش دهد و با کم کردن اثرات افکار و هیجانات منفی، بر میزان عملکردهای اجرایی بیماران معتاد تحت آموزش بیفزاید.

1. Tisdale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-29]

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری بر عملکرد اجرایی مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین مؤثر بوده است. این یافته با یافته‌های مطالعات پیشین ازجمله رودباری و همکاران (۱۳۹۹)، آگباریا (۲۰۲۳)، بارون[1] و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان عنوان داشت آموزش مهارت حل مسئله در این دوره آموزشی که عبارت از فرایند شناختی - رفتاری که توسط خود فرد هدایت می‌شود و فرد سعی می‌کند با کمک آن راه‌حل‌های مؤثر یا سازگارانه‌ای برای مسائل زندگی روزمره خویش پیدا کند و حل مسئله یک فرایند آگاهانه، منطقی، تلاش بر و هدفمند است و با توجه به اینکه فردی که توانایی حل مسئله بالاتری دارد، بهتر می‌تواند انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند، با محیط سازگار شده و به اقتضائات آن پاسخ دهد و به هدف‌های خود بهتر دست یافته و تنش کمتری را تجربه می‌نماید، می‌توان نتیجه گرفت افراد دچار اعتیادی که آموزش حل مسئله را در قالب این دوره آموزشی دریافت نمودند، توانستند در مواجهه با مسائل مختلف زندگی اجتماعی، خانوادگی و فردی و شغلی از راهبردهای آموزش‌دیده‌شده بهره گیرند و مسائل خود را به نحو بهتری حل نمایند و بیشتر از راهبرد مسئله محور بهره گیرند و کمتر از مشکلات خود اجتناب کرده و درنهایت عملکردهای اجرایی در ایشان بهبود یابد.

درنهایت یافته‌های پژوهش نشان داد بین اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر عملکرد اجرایی تفاوت معناداری وجود دارد و درمان ذهن‌آگاهی اثربخش‌تر بوده است. این یافته با یافته‌های مطالعات پیشین ازجمله مطالعه رودباری و همکاران (۱۳۹۹)، واحدی و همکاران (۱۳۹۷)، فرهادی و همکاران (۱۳۹۷)، آگبریا (۲۰۲۳)، بارون و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین اثربخشی بیشتر درمان ذهن‌آگاهی می‌توان گفت که تمرین ذهن‌آگاهی منجر به افزایش فراشناخت افراد می‌شود که باعث می‌شود افراد از جریان هوشیاری خودآگاهی پیدا کنند. افزایش آگاهی شناختی امکان نظارت بهتر بر فرآیندهای هیجانی و شناختی خودکار را فراهم می‌کند. ذهن‌آگاهی همچنین پذیرش افکار و احساسات را بدون قضاوت آنها افزایش می‌دهد. وقتی افراد تمرین ذهن‌آگاهی می‌کنند، افکار خود را در لحظه فعلی حس می‌کنند به‌جای اینکه در گذشته باشند یا آینده را تصور کنند. بنابراین می‌توان گفت که این مداخله که با افزایش تمرکز و دقت و انعطاف‌پذیری و قدرت حل مسئله، عملکردهای اجرایی افراد را افزایش داده است.

مواد آمفتامین و مت آمفتامین بیشترین توان ایجاد آسیب های شناختی، رفتاری، اجتماعی و زیست شناختی را دارند. از آنجایی که کارکردهای اجرایی پیچیده مثل استدلال، برنامه ریزی و سازماندهی جزء کنش های عالی کرتکس پیشانی است، اعتقاد بر این است که آسیب یا اختلال در مناطق زیر کرتکسی مغز با توانایی افراد برای انجام برنامه ریزی و سازماندهی به طور معنا داری مرتبط است نتایج حاصل از پژوهش که نشان داده است که درمان ذهن اگاهی بیشتر از درمان شناختی رفتاری بر عملکرد اجرایی مصرف کنندگان مت آمفتامین تأثیر معناداری داشته است، با در نظر گرفتن نتایج به‌دست‌آمده می‌توان عنوان داشت که درمان ذهن آگاهی نسبت به درمان شناختی رفتاری ، در بهبود وضعیت روان‌شناختی مصرف کنندگان مت آمفتامین تأثیر بیشتری داشته و کارایی بالاتری دارد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انتخاب نمونه‌گیری هدفمند از میان بیماران مصرف‌کننده مت آمفتامین یک شهر خاص اشاره کرد که از اعتبار بیرونی پژوهش کاست. همین‌طور عدم توجه به برخی از متغیرهای روان‌شناختی (مثل ذهنیت روان‌شناختی و بینش مراجعین انگیزه‌ی مراجع حوادث متقارن با پژوهش و استرس‌های هم‌زمان با اجرای پژوهش). از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که اعتبار درونی را به مخاطره می‌اندازد. همین‌طور پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده برای کاهش سوگیری احتمالی و کنترل متغیرهای مداخله‌گر نمونه از شهرها و گروه‌های مختلف و با حجم بیشتر انجام شود تا با اطمینان بیشتری بتوان نتایج را تعمیم داد.

منابع

اسمعیل‌زاده روزبهانی، آ.، بهروزی، ن.، امیدیان ، م.، و مکتبی، غ. (۱۴۰۰). تأثیر توان‌بخشی شناختی رایانه‌ای بر کارکردهای اجرایی و حل مسأله در دانش‌آموزان با اختلال یادگیری ریاضی. *توانمندسازی کودکان استثنائی*، ۱۲(۴)، ۹۸-۸۷. https://www.ceciranj.ir/article_139620.html

بحرینی، ز.، کهرازهی، ف.، و نیک منش، ز. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت و منفی در دختران نوجوان دچار نشانگان بدریخت‌انگاری بدن. *پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۸(۲)، ۷۹-۶۴. http://ijrn.ir/article-1-685-fa.html

حسینی، ز.، احمدی، و.، و مامی، ش. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شادکامی مردان مصرف‌کننده مت‌آمفتامین. *خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۱)، ۱۹۹-۱۷۷. https://www.aftj.ir/article_131270.html

داودی، ا.، نیسی، ع.، خزائی، ح.، ارشدی، ن.، و زکی ئی، ع. (۱۳۹۶). بررسی نقش برخی از عوامل شناختی و هیجانی در پیش بینی اختلال بی‌خوابی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۷(۱۵۰)، ۱۲۱-۱۰۷. http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-8648

رجبیان، ع. (۱۳۹۶). *اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود حافظه کاری، بازداری و انعطاف‌پذیری شناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.

1. Barron

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-29]

رستمی نژاد، ش.، عارفی، م.، و خادمی، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر مولفه های استعداد اعتیاد دانش آموزان مقطع متوسطه. *مطالعات ناتوانی*، *۱۰*، ۱۰-۱. http://jdisabilstud.org/article-1-1446-fa.html

رودباری، ا.، آقایوسفی، ع.، علیپور، ا.، و اورکی، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثر درمان ترکیبی شناختی رفتاری و متادون درمانی با انجمن معتادان گمنام بر کارکردهای اجرایی معتادان داوطلب ترک شهر جیرفت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت*، *۷*(۲)، ۳۶۶-۳۷۳. http://journal.jmu.ac.ir/article-1-352-fa.html

شفیعی، م.، صادقی، م.، و رمضانی، ش. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کارکرد اجرایی و اجتناب تجربی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *طب جانباز*، ۹(۴)، ۱۷۵-۱۶۹. https://ijwph.ir/article-1-673-en.html

صادقی پور میبدی، م.، زارع نیستانک، م.، فروزنده، ا.، و بنی طبا، س. م. (۱۴۰۰). بررسی نقش اختلالات روانی در پیش بینی جستجوی درمان (درمان خواه و غیر درمان خواه) در بین افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد شهرستان میبد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۹(۸)، ۴۰۴۵-۴۰۳۴. https://www.sid.ir/paper/963713/fa

فرهادی، ط.، اصلی آزاد، م.، و شکرخدایی، ن. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر کارکردهای اجرایی و همجوشی شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. *توانمندسازی کودکان استثنائی*، ۹(۴)، ۹۲-۸۱. https://www.ceciranj.ir/article_91194.html

کرفت، ج.، و ویلیامز، ر. (۲۰۱۲). *کاربرد ذهن‌آگاهی در درمان اعتیاد و رفتارهای اعتیادی*. ترجمه منوچهر ازخوش و فاطمه خان‌زاده (۱۳۹۵). تهران: ارسباران.

ناطقی، م.، و سهرابی، ف. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد به مواد مخدر. *ایده‌های نوین روانشناسی*، *۱۱*(۱۵)، ۸-۱. http://jnip.ir/article-1-642-fa.html

واحدی، ش.، میرنسب، م.، فتحی آذر، ا.، و دامغانی میرمحله، م. (۱۳۹۷). تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کنش‌های اجرایی مغز و یادگیری هیجانی اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *سلامت روان کودک*، ۵(۲)، ۵۸-۴۷. http://childmentalhealth.ir/article-1-322-fa.html

Agbaria, Q. (2023), Cognitive behavioral intervention in dealing with Internet addiction among Arab teenagers in Israel. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *21*, 2493-2507. https://doi.org/10.1007/s11469-021-00733-6

Azad, A. H., Khan, S. A., Ali, I., Shafi, H., Khan, N. A., & Umar, S. A. (2022). Experience of psychologists in the delivery of cognitive behaviour therapy in a non-western culture for treatment of substance abuse: a qualitative study. *International journal of mental health systems*, *16*(1), 55. https://doi.org/10.1186/s13033-022-00566-3

Barceló F. (2001). Does the Wisconsin Card Sorting Test measure prefontral function?. *The Spanish journal of psychology*, *4*(1), 79–100. https://doi.org/10.1017/s1138741600005680

Barron, J. M., & Storch, E. A. (2021). Editorial: Cognitive Behavior Therapy and Executive Function in Neurodegenerative Disorders, Psychiatric Disorders, and Injury Research. *Frontiers in psychiatry*, *12*, 780748. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.780748

Boness, C. L., Votaw, V. R., Schwebel, F. J., Moniz-Lewis, D. I. K., McHugh, R. K., & Witkiewitz, K. (2023). An evaluation of cognitive behavioral therapy for substance use disorders: A systematic review and application of the society of clinical psychology criteria for empirically supported treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *30*(2), 129–142. https://doi.org/10.1037/cps0000131

Chen, T., Su, H., Zhong, N., Tan, H., Li, X., Meng, Y., Duan, C., Zhang, C., Bao, J., Xu, D., Song, W., Zou, J., Liu, T., Zhan, Q., Jiang, H., & Zhao, M. (2020). Disrupted brain network dynamics and cognitive functions in methamphetamine use disorder: insights from EEG microstates. *BMC psychiatry*, *20*(1), 334. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02743-5

Engström, M., Willander, J., & Simon, R. (2022). A review of the methodology, taxonomy, and definitions in recent fMRI research on meditation. *Mindfulness*, *13*(3), 541–555. https://doi.org/10.1007/s12671-021-01782-7

Free, M. L. (2008). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. New Jersey: Wiley.

Grant, D. A., & Berg, E. A. (1948). A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigl-type card-sorting problem. *Journal of experimental psychology*, *38*(4), 404–411. https://doi.org/10.1037/h0059831

Korecki, J. R., Schwebel, F. J., Votaw, V. R., & Witkiewitz, K. (2020). Mindfulness-based programs for substance use disorders: a systematic review of manualized treatments. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, *15*(1), 51. https://doi.org/10.1186/s13011-020-00293-3

Kräplin, A., Joshanloo, M., Wolff, M., Krönke, K. M., Goschke, T., Bühringer, G., & Smolka, M. N. (2022). The relationship between executive functioning and addictive behavior: new insights from a longitudinal community study. *Psychopharmacology*, *239*(11), 3507–3524. https://doi.org/10.1007/s00213-022-06224-3

Leung, J., Mekonen, T., Wang, X., Arunogiri, S., Degenhardt, L., & McKetin, R. (2023). Methamphetamine exposure and depression-A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol review*, *42*(6), 1438–1449. https://doi.org/10.1111/dar.13670

López, G., Orchowski, L.M., Reddy, M.K., Nargiso, J., & Johnson, J. E. (2021). A review of research-supported group treatments for drug use disorders. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, *16*, 51. https://doi.org/10.1186/s13011-021-00371-0

Magill, M., Kiluk, B. D., & Ray, L. A. (2023). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Alcohol and Other Drug Use Disorders: Is a One-Size-Fits-All Approach Appropriate?. *Substance abuse and rehabilitation*, *14*, 1–11. https://doi.org/10.2147/SAR.S362864

Nyhus, E., & Barceló, F. (2009). The Wisconsin Card Sorting Test and the cognitive assessment of prefrontal executive functions: a critical update. *Brain and cognition*, *71*(3), 437–451. https://doi.org/10.1016/j.bandc.2009.03.005

Rosenthal, A., Levin, M, E., Garland, E, L., Romanczuk-Seiferth, N. (2021). Mindfulness in Treatment Approaches for Addiction — Underlying Mechanisms and Future Directions. *Current Addiction Reports*, *8*(8), 282–297. https://doi.org/10.1007/s40429-021-00372-w

Spreen, O., & Strauss, E. (1998). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms and commentary* (2nd ed.), New York: Oxford University Press.

Weidenauer, A., Bauer, M., Sauerzopf, U., Bartova, L., Nics, L., Pfaff, S., … Willeit, M. (2020). On the relationship of first-episode psychosis to the amphetamine-sensitized state: a dopamine $D_{2/3}$ receptor agonist radioligand study. *Translational psychiatry*, *10*(1), 2. https://doi.org/10.1038/s41398-019-0681-5

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-29]