



**بناام خدا**

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی قزوین

**اثر بخشی رفتار درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روانی  
زندانیان زندان مرکزی رشت (لاکان)**

ذهن آگاهی

**استاد راهنما:**

**دکتر امیر پاکپور حاجی آقا**

**دانشجو:**

**علی پور ابراهیم**

**دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت**

**تابستان ۹۹**



## بیان مسئله و مقدمه

- زندان:** پدیده ای تأدیبی و بازدارنده که با سلب آزادی و اختیار در محیطی با منابع بسیار محدود، در ایجاد و بدتر شدن بسیار از معضلات فردی و اجتماعی دخیل است
  - مواد مخدر:** عمده ترین علت مستقیم یا غیر مستقیم زندانی شدن افراد به ویژه در ایران
  - میزان زندانیان در جهان:** در هر لحظه در دنیا بیش از ۱۰ میلیون زندانی، با گردش سالانه ۳۰ میلیون نفر
  - میزان محکومین مرتبط با مواد مخدر:** ۱۵ تا بیش از ۶۰ درصد زندانیان
  - ایران:** حداقل یک میلیون زندانی ثابت و در گردش، با توجه به بعد خانوار تماس مستقیم ۵ میلیون نفر با این پدیده در سال
  - سلامت روان زندانیان:** مجموعه ای از اختلالات روانی با منابعی محدود جهت ارجاع، پیگیری و درمان
  - مدیریت سلامت روان در زندانها:** مشاوره فردی، درمان دارویی، ارجاع به مراکز تخصصی
  - اهمیت مداخلات درمانی گروهی در مشکلات سلامت روان:**
- لزوم توجه به انواع اختلالات و نیازهای گروه های مختلف، توانمندسازی افراد، با رویکردهای جدید در کنار درمان های رایج



هدف کلی توانمندسازی افراد برای خودمراقبتی در حیطه سلامت روان (شناخت مشکل، کنار آمدن با آن و در صورت نیاز درخواست خدمات تخصصی)

### □ اهمیت آموزش در حوزه زندان:

لزوم اهمیت آموزش مهارت های زندگی جهت اتخاذ روش صحیح برخورد با موقعیت های پیش رو

### □ استفاده از تئوری ها و مدل ها در آموزش سلامت:

بیان عوامل مرتبط با رفتار بصورت سازه

مشخص کردن مسیر و عوامل مرتبط با شکل گیری رفتار (تفکیک: وضعیت یا موضوع، افکار، احساسات و رفتار)

### □ استفاده از رویکرد شناختی:

این رویکرد به عنوان استاندارد طلایی در مداخلات مربوط به سلامت روان در زندان ها آزموده شده و درجات مختلفی از اثربخشی برای آن گزارش شده است



## دلایل انتخاب رفتاردرمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)

- ❑ کاربرد آن در بسیاری از برنامه‌های مربوط به ارتقاء سلامتی نظیر ترک سیگار، غلبه یافتن بر سوء مصرف الکل و موادمخدر، اختلالات اضطرابی، و افسردگی مهارت‌های یادگیری و ...
- ❑ استفاده از رفتاردرمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی:
- ❑ تاثیر آن بر مجموعه‌ای از اختلالات جسمی و روانی آزموده و نتایج مطلوبی گزارش شده است
- ❑ در گروه‌ها و جمعیت‌ها و برای اهداف مختلف، به کار گرفته شده است
- ❑ علاوه بر توانمندسازی فرد در بحث شناختی رویکرد جدیدی به فرد می‌دهد (به جای تلاش برای ایجاد تغییر در افکار، پذیرش آنها)
- ❑ هدف درمان در این روش رسیدن فرد به حالتی از آگاهی نسبت به افکار و احساسات خود به شکلی غیر قضاوتی نسبت به آنها و دیدن آنها به عنوان امور ذهنی گذرا و نه حقیقت غیر قابل تغییر است.



## اهداف پژوهش

### هدف کلی:

تعیین تاثیر مداخله رفتاردرمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روانی زندانیان

### اهداف اختصاصی:

مقایسه تاثیر مداخله رفتاردرمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر میزان آگاهی زندانیان

مقایسه تاثیر مداخله رفتاردرمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر میزان استرس درک شده زندانیان

مقایسه تاثیر مداخله رفتاردرمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر میزان افسردگی زندانیان

مقایسه تاثیر مداخله رفتاردرمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر میزان اضطراب زندانیان

مقایسه تاثیر مداخله رفتاردرمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر میزان بی خوابی زندانیان

مقایسه تاثیر مداخله رفتاردرمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر میزان کیفیت خواب زندانیان

### اهداف کاربردی:

انتظار می رود یافته های حاصل از این مطالعه جهت طراحی و مناسب سازی پروتکل های جامع به منظور ارتقاء سلامت روان در زندان اعم از گروه های مختلف زندانیان و افراد مرتبط با زندانیان ( شامل کارکنان بخش های مختلف زندان و خانواده زندانیان) چه در زمان تحمل حبس و چه پس از آزادی از زندان بهره گرفته شود.



## فرضیات پژوهش یا سوالات پژوهشی

- میانگین نمره **ذهن آگاهی** در گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از آموزش متفاوت است .
- میانگین نمره **استرس درک شده** در گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از آموزش متفاوت است .
- میانگین نمره **افسردگی** در گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از آموزش متفاوت است .
- میانگین نمره **اضطراب** در گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از آموزش متفاوت است .
- میانگین نمره **شدت بی خوابی** در گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از آموزش متفاوت است .
- میانگین نمره **کیفیت خواب** در گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از آموزش متفاوت است .



## متغیرهای روانشناختی

### □ ذهن آگاهی

خصیصه ذهن آگاهی: **حالتی از ذهن آگاهی است که در همه انسان ها به درجات مختلف وجود دارد** ذهن آگاهی یکی از مهمترین پیشگویی کننده ها در اختلالات روانی است. ذهن آگاهی بیشتر مساوی با مشکلات روانی کمتر

آموزش مهارت های ذهن آگاهی از طریق کاهش **نشخوار فکری** باعث بهبود شاخص های سلامت روان می شود

### □ استرس درک شده

استرس درک شده: شرایط یا حساسی که در آن فرد از لحاظ ادراکی بر این باور است که مجموع خواسته ها و انتظاراتی که از او وجود دارد فراتر از **منابع، امکانات و توانمندی های** در اختیار اوست (لازاروس)

### □ افسردگی

ویژگی مشترک همه اختلالات افسردگی این است که فرد، از **نظر خلق**، وضعیت غمگینی، احساس تهی بودن یا زودرنجی را تجربه می کند

### □ اضطراب

هیجاناتی که با احساس تنش حاصل از افکار نگران کننده و تغییرات جسمانی مانند فشار خون بالا در فرد ایجاد می شود



## متغیرهای روانشناختی

### □ بی خوابی

مشکل فرد در به خواب رفتن، در خواب ماندن و یا بیدار شدن زودهنگام است که با مشکلاتی نظیر خستگی انرژی پایین مشکلات تمرکز مشکلات خلقی و نقصان عملکرد روزانه همراه است

### □ کیفیت خواب

عبارت از رضایت فرد از تجربه خواب است که شامل جنبه های شروع فرایند خواب، حفظ حالت خواب و مدت زمان در خواب ماندن و همچنین رفع خستگی پس از بیداری می شود

**میزان شیوع اضطراب، استرس درک شده، افسردگی، بی خوابی، کیفیت بد خواب و به طور کلی انواع اختلالات روانی در جمعیت زندانیان بسیار بالاتر از جمعیت عمومی است.**

آموزش ذهن آگاهی از طریق بالا بردن خصیصه ذاتی ذهن آگاهی موجب کاهش نشخوار فکری می شود. کاهش نشخوار فکری با بهبود اختلالاتی نظیر اضطراب، استرس و افسردگی ( که از پدیده های شایع همراه با بی خوابی هستند )، همراه است که در نهایت موجب کاهش شدت بی خوابی و بهبود کیفیت خواب می شود





ردیف	عنوان	نویسندگان	سال	نتایج و یافته های اصلی
۱	تأثیرات آموزش ذهن آگاهی در مردان زندانی با محکومیت های طولانی و کوتاه مدت	آن و همکاران	۲۰۱۹	ذهن آگاهی، کیفیت خواب و اختلالات کلی خلق و خو، بهبود معناداری داشتند
۲	فراتحلیل: ارزیابی اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در جمعیت زندانیان	پرو همکاران	۲۰۱۹	اثربخشی ضعیف تا متوسط بر روی نتایجی نظیر اضطراب، استرس و افسردگی
۳	تأثیر مداخله بر پایه ذهن آگاهی بر استرس درک شده، اضطراب، افسردگی و خواب زندانیان	فرزت و همکاران	۲۰۱۵	میانگین نمرات تمامی متغیرهای مورد بررسی کاهش داشتند که از نظر آماری معنادار بود
۴	اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش خشم، اضطراب و افسردگی زنان زندانی	حجتی فر و همکاران	۲۰۱۶	تأثیر بر تمامی شاخص های مورد بررسی از طریق اصلاح باورهای فراشناختی و کاهش نشخوار فکری
۵	اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش نشانگان بی خوابی زندانیان مرد	نظری و همکاران	۲۰۱۲	تأثیر مداخله در بهبود کیفیت خواب در پایان مداخله و پیگیری یک ماه بعد
6	تأثیر آموزش شناختی بر پایه ذهن آگاهی بر روی پر خاشگری نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت	میلانی و همکاران	۲۰۱۳	کاهش پر خاشگری فیزیکی و عدم کاهش پر خاشگری کلامی پس از مداخله



## جمع بندی و نتیجه گیری بیان مسئله

□ مطالعات اندکی تاکنون تاثیر مداخله بر پایه **ذهن آگاهی** و درمان **شناختی-رفتاری** را باهم مقایسه کرده اند

□ **مناسب سازی** مداخلات برای جمعیت ها و محیط های مختلف بر اساس نوع مشکل بسیار اهمیت دارد

□ نتایج بیشتر کار آزمایی ها بر تاثیر معنادار و محسوس هر دو روش مداخله بر پایه ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر

گستره ای از اختلالات دلالت دارد، هرچند در **برتری** کاربرد و **اندازه اثر** روش ها نتایج متناقضی وجود دارد.

□ نیاز مبرم زندانیا به **آموزش**

□ یافتن راه های تکمیلی و جایگزین برای درمان های رایج: به دلیل بار مشکلات و اثرات فردی و اجتماعی حاصل از آن

□ فرصت مناسب برای یادگیری مهارت هایی که در طول زمان سپری کردن محکومیت و پس از آن به سلامت روان فرد کمک

می کنند



## مواد و روش کار

- نوع مطالعه: کار آزمایشی کنترل شده تصادفی ( RCT )
- جامعه، مکان و زمان پژوهش: زندانیان ساکن زندان مرکزی رشت از اردیبهشت ۹۸ تا اردیبهشت ۹۹
- روش نمونه گیری: تصادفی، از مجموع ۵ سالن، ۳ سالن در قالب گروه تجربی و دو سالن به عنوان کنترل (۷۰ نفر در هر گروه)
- محاسبه حجم نمونه :  
با توجه به تحقیقات انجام شده در زمینه‌های مشابه، و با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با استفاده از نرم افزار **G POWR**
- معیارهای ورود به مطالعه : مشارکت داوطلبانه و آگاهانه ، حداقل سواد دوره راهنمایی، محدوده سنی ۱۸ تا ۵۸ سال، سکونت در زندان، عدم سابقه ابتلا به اختلالات سایکوتیک، نداشتن اتهام یا محکومیت قتل، نبودن در گروه زندانیان رای باز، عدم شرکت در برنامه‌های مشابه
- معیارهای خروج از مطالعه : عدم تمایل در هر زمان در طول مطالعه، ابتلا به یکی از بیماری‌های جسمانی شدید، اختلال‌های عصب‌شناختی وخیم، بروز افکار خودکشی که نیاز به مداخله اضطراری را ایجاد کند.



## ملاحظات اخلاقی

داوطلبانه بودن و اجازه خروج از مطالعه در هر زمان ، محرمانه ماندن اسامی نمونه ها و سایر اطلاعات شخصی  
عدم تداخل پروسه مداخله با برنامه های شخصی و برنامه های رایج در زندان و حضور فرد در راحت ترین زمان ممکن  
آگاهی رسانی کافی درباره اهداف مطالعه به مسئولان پژوهشی، بهداشتی و مدیران زندان  
کسب معرفی نامه و رضایت نامه و کد اخلاق رسمی از دانشگاه علوم پزشکی قزوین، نداشتن هزینه شرکت در پژوه

### □ ابزارگردآوری و جمع آوری داده ها

مجموعه ای از پرسشنامه های معتبر که روایی و پایایی آنها در مطالعات داخلی و خارجی مورد تایید قرار گرفته اند، به شیوه  
خود ایفاء



## پرسشنامه ها

### □ پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک :

سن، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، میزان محکومیت سپری شده، میزان محکومیت باقی مانده، تعداد سوابق زندان، وجود بیماری خاص و داروهای مصرفی، سابقه بستری به علت مشکلات روانی، سابقه مصرف الکل و مواد مخدر، مصرف متادون در زمان مطالعه و سابقه شرکت در دوره های مدیتیشن، یوگا و ذهن آگاهی بود

### □ پرسشنامه ذهن آگاهی (MAAS) :

مقیاس MAAS یک آزمون ۱۵ سؤالی است که براون و ریان آن را به منظور سنجش سطح هشیاری و توجه نسبت به رویدادها و تجارب جاری در زندگی روزمره ساختند. سؤال-های آزمون سازه ذهن آگاهی را در مقیاس شش درجه ای لیکرت (از نمره یک برای «تقریباً همیشه» تا نمره شش برای «تقریباً هرگز») می سنجد. این مقیاس یک نمره کلی برای ذهن آگاهی به دست می دهد که دامنه آن از ۱۵ تا ۹۰ متغیر بوده و نمره بالاتر نشان دهنده ذهن آگاهی بیشتر است

روایی و پایایی پرسشنامه مذکور در مطالعات داخلی و خارجی مورد تایید قرار گرفته است .

### □ پرسشنامه استرس درک شده (PSS)

□ پرسشنامه استرس ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران تهیه شده است. این مقیاس ۱۴ آیتم دارد و هر آیتم بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج درجه ای از از صفر تا چهار نمره گذاری می شود. مقیاس استرس درک شده دو خرده مقیاس را می سنجد: الف- ادراک منفی از استرس که آیتم های ۱، ۲، ۳، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۴ می باشد. ب- ادراک مثبت از استرس که آیتم های ۵، ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰ را دربر می گیرد که به صورت برعکس نمره گذاری می شوند. کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمرات بیشتر نشان دهنده استرس درک شده بیشتر است

روایی و پایایی پرسشنامه مذکور در مطالعات داخلی و خارجی مورد تایید قرار گرفته است .



## پرسشنامه ها

### مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS)

این پرسشنامه که اولین بار به وسیله زیگموند و اسنیت در ۱۹۸۳ استفاده شد دارای ۱۴ سؤال و شامل دو قسمت است که ۷ سؤال آن عامل اضطراب و ۷ سؤال دیگر عامل افسردگی را می‌سنجند. هر سؤال دارای ۴ گزینه است که آزمودنی بر اساس نوع احساس خود، یکی از آنها را برمی‌گزیند. به هر کدام از این گزینه‌ها، وزنی بین ۳-۰ تخصیص می‌یابد. وزن‌های نمره‌گذاری، برای عباراتی که حضور اضطراب یا افسردگی را نشان می‌دهند به صورتی است که نمره ۳ نشان‌دهنده حضور بالای اضطراب یا افسردگی و نمره صفر برای حداقل حضور اضطراب یا افسردگی است، وزن‌های نمره‌گذاری، برای عباراتی که عدم اضطراب یا افسردگی را نشان می‌دهند، به صورت معکوس است. عباراتی که نشان‌دهنده عدم وجود اضطراب یا افسردگی هستند و در هنگام نمره‌گذاری به صورت معکوس وزن داده می‌شوند عبارت‌اند از: ۱۴-۱۲-۹-۷-۴-۲

مجموع امتیازات هر یک از ۲ مقیاس اضطراب یا افسردگی در دامنه‌ای بین ۲۱-۰ قرار می‌گیرد که امتیازات ۲۱-۱۱ در هر یک از دو مقیاس از نظر بالینی، مشکوک به اختلال، امتیازهای ۸ تا ۱۰ بینابینی و غیرنرمال و امتیاز صفر تا ۷ سالم در نظر گرفته می‌شود

روایی و پایایی پرسشنامه مذکور در مطالعات داخلی و خارجی مورد تایید قرار گرفته است

### پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ سوالی (GHQ12)

این پرسشنامه اولین بار توسط گلدبرگ و همکاران در سال ۱۹۷۹ ساخته شد. فرم اصلی آن ۶۰ سؤالی است ولی فرم‌های کوتاه آن از ۱۲ تا ۲۸ سؤالی تهیه شده است. رایج‌ترین روش نمره‌گذاری آن از نوع لیکرت می‌باشد. این پرسشنامه برای بررسی اختلالات غیرروان‌پریشی طراحی شده و ماهیتی چندگانه و خود-اجرا دارد. در سال ۱۹۹۴ پولتی و همکاران، پایایی، روایی و ساختار عاملی پرسشنامه ۱۲ سؤالی را مورد بررسی قرار داد

نمرات این آزمون بین صفر تا ۳۶ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده وضعیت بدتر سلامت روان است

خصوصیات روانسنجی مقیاس مذکور در مطالعات مختلف داخلی و خارجی مورد تایید قرار گرفته است



## پرسشنامه ها

### پرسشنامه شدت بی خوابی :

شاخص شدت بی خوابی که توسط مورین (۱۹۹۳) طراحی شده است نشانه‌های بی خوابی به همراه اثرات منفی آنها را در زندگی افراد در ۲ هفته اخیر مورد سؤال قرار می‌دهد. این پرسشنامه متشکل از ۷ سؤال از ارزیابی شدت اختلال در شروع خواب، باقی ماندن در خواب و زود بیدار شدن از خواب، رضایت از وضعیت خواب، تداخل مشکل خواب با عملکرد روزانه، قابل توجه بودن مشکل خواب برای دیگران و نگران بودن از مشکل خواب است.

هر سؤال با مقیاس لیکرت ۵ نمره‌ای از صفر تا ۴ نمره بندی شده و نمره کلی پرسشنامه که از جمع نمرات سؤال‌ها به دست می‌آید از صفر تا ۲۸ است. نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده بی خوابی شدیدتر می‌باشد به گونه‌ای که نمره ۷-۰ بیانگر عدم بی خوابی، نمره ۱۴-۸ بیانگر بی خوابی زیر آستانه کلینیکی، نمره ۲۱-۱۵ بیانگر بی خوابی متوسط و نمره ۲۸-۲۲ بیانگر بی خوابی شدید است

**مطالعات داخلی و خارجی روایی و پایایی مقیاس مذکور را مورد تایید قرار داده‌اند**

### پرسشنامه کیفیت خواب:

این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط دکتر بویس و همکاران در موسسه روانپزشکی پیتسبرگ ساخته شد. این پرسشنامه در اصل دارای ۹ گویه است اما چون سؤال ۵ خود شامل ۱۰ گویه فرعی است بنابراین کل پرسشنامه دارای ۱۹ آیتم است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای ۷ زیرمقیاس است که عبارت‌اند از:

کیفیت ذهنی خواب (subjective sleep quality)، تأخیر در به خواب رفتن (sleep latency)، مدت زمان خواب (sleep duration) میزان بازدهی خواب، (habitual sleep efficiency)، اختلالات خواب، (sleep disturbances)، استفاده از داروهای خواب‌آور (use of sleeping medication)، اختلالات عملکردی روزانه (daytime dysfunction)

تفسیر نمرات به دست آمده بدین صورت است که در هر مقیاس نمره فرد بین صفر تا سه خواهد بود که به صورت زیر تفسیر می‌شوند: نبود مشکل خواب: نمره صفر، مشکل خواب متوسط: نمره ۱، مشکل خواب جدی: نمره ۲، مشکل خواب بسیار جدی: نمره ۳ کسب نمره کل بالاتر از ۵ در کل پرسشنامه به معنی کیفیت خواب ضعیف است.

**مطالعات داخلی و خارجی روایی و پایایی مقیاس مذکور را مورد تایید قرار داده‌اند**



## پرسشنامه ها

### پرسشنامه افسردگی بک:

پرسشنامه افسردگی بک برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تدوین شد. در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. در سال ۱۹۹۶، بک و همکارانش برای تحت پوشش قرار دادن دامنه وسیعی از نشانه‌ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های افسردگی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، یک تجدیدنظر اساسی در آن انجام دادند. این پرسشنامه از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. کسب نمره ۱-۱۰ به معنی فاقد افسردگی، ۱۱-۱۶ افسردگی خفیف، ۱۷-۲۰ نیازمند مشورت با روان‌پزشک، ۲۱-۳۰ نسبتاً شدید، ۳۱-۴۰ افسردگی شدید و بیشتر از ۴۰ نشان‌دهنده افسردگی خیلی شدید است.

مطالعات داخلی و خارجی روایی و پایایی مقیاس مذکور را مورد تایید قرار داده‌اند





## تجزیه و تحلیل داده ها

داده ها پس از گردآوری در سه مرحله مقطع پایه، ۱ و ۶ ماه بعد از مداخله آموزشی تئوری محور وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ شد. **آمار توصیفی:** میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد به همراه آزمون‌های توصیفی برای بررسی روابط بین متغیرها استفاده شد.

**آزمون‌های کای اسکوئر** (بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی با یکدیگر)  
**آزمون تی مستقل** (مقایسه تفاوت میانگین متغیرهای کمی بین دو گروه مستقل)  
**آزمون تی زوجی** (مقایسه تفاوت میانگین متغیرهای کمی در یک گروه قبل و بعد از مداخله آموزشی تئوری محور)  
**آنالیز واریانس یک طرفه** (مقایسه میانگین یک متغیر کمی در بین ۳ گروه مستقل از هم یا بیشتر)  
**ضریب همبستگی پیرسون** (مقایسه همبستگی و ارتباط بین متغیرهای کمی با یکدیگر) برای آنالیز داده ها بکار گرفته شد.

ضمناً قبل از آنالیز داده ها، توزیع نرمال داده‌ها با استفاده از **آزمون کولموگروف اسمیرنف (K-S)** انجام گرفت .

نتایج آزمون نشان داد تمام متغیرها از توزیع نرمال برخوردار هستند ( $P > 0/05$ ). در صورت غیر نرمال بودن توزیع هر یک از متغیرها با روش‌هایی مختلف همچون معکوس سازی، گرفتن لگاریتم، به توان رساندن، و سایر روشها اقدام به نرمال سازی داده‌ها می‌شود و در غیر این صورت از آزمون‌های معادل ناپارامتریک استفاده می‌شود.

**همچنین، سطح معنی‌داری در مطالعه حاضر کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.**



مقدمه

مروری بر منابع

مواد و روش ها

نتایج و بحث

نتیجه گیری

پیشنهادات

### مراحل پژوهش

انتخاب متقاضیان ترک مواد با داشتن معیار ورود: ۱۴۰ نفر

انتخاب گروه کنترل = ۷۰ نفر

انتخاب گروه مداخله = ۷۰ نفر

ابزار گردآوری داده ها: پرسشنامه های: اطلاعات دموگرافیک، ذهن آگاهی، استرس درک شده، اضطراب و افسردگی بیمارستانی، سلامت عمومی، شدت بی خواب و کیفیت خواب پیتزبرگ

انجام پیش آزمون

انجام پیش آزمون

انجام مداخله آموزشی توسط پژوهشگر (MBCT)

انجام مداخله آموزشی توسط پژوهشگر (MBCT)

تعداد ۶ جلسه آموزش: جلسه اول: معرفی روش شناختی-رفتاری جدول ثبت افکار - جلسه دوم: جدول سود و زیان - تعریف خطاهای شناختی - جلسه سوم: بخش اول جدول ثبت افکار - جلسه چهارم بخش دوم جدول ثبت افکار - جلسه پنجم: جدول ثبت افکار و تمرین آرامسازی پیش رونده عضلانی - جلسه ششم: جدول سود و زیان برای پیدا کردن خطاهای شناختی، تصویرسازی ذهنی

تعداد ۶ جلسه آموزش: جلسه اول: معرفی دوره بیان اهداف و تمرین تنفس- جلسه دوم: وضعیت بودن و انجام دادن ذهن، تمرین خوردن و معاینه بدن- جلسه سوم: فضای تنفس سه دقیقه ای، بودن در لحظه به کمک لنگرها - جلسه چهارم: تمرین کششی نشسته و ایستاده، راه رفتن ذهن آگاه - جلسه پنجم: دعوت از مشکل به درون و کار کردن با آن از طریق بدن - جلسه ششم: مرور جلسات گذشته و پرسش و پاسخ جلسات به طور متوسط یک ساعته برگزار می شود (۵۰ تا ۷۵ دقیقه)

انجام پیگیری  
۶ ماه بعد از مداخله

انجام پیگیری ۱ و ۶  
ماه بعد از مداخله

آنالیز داده ها

## رفتاردرمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

مدت زمان (دقیقه)	استراتژی	اهداف جلسه	عنوان جلسه	ردیف
۵۰-۷۵ دقیقه	سخنرانی+ پرسش و پاسخ اجرای عملی تکنیک‌ها	آشنایی با مفهوم شناخت از نظر روانشناسی، شروع یادگیری تکنیک‌ها	کلیات روش‌های شناختی و تمرین تنفس ذهن آگاه	جلسه اول
۵۰-۷۵ دقیقه	سخنرانی+ پرسش و پاسخ اجرای عملی تکنیک‌ها	یادگیری مفهوم بودن و مفهوم انجام دادن و ادامه تمرین‌ها	مفهوم بودن و انجام دادن	جلسه دوم
۵۰-۷۵ دقیقه	سخنرانی+ پرسش و پاسخ اجرای عملی تکنیک‌ها	درک مفهوم لنگر و چگونگی استفاده از آن برای بودن در لحظه+ تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای	بودن در لحظه به کمک لنگرها	جلسه سوم
۵۰-۷۵ دقیقه	سخنرانی+ پرسش و پاسخ اجرای عملی تکنیک‌ها	تمرین‌های کششی نشسته و ایستاده و قدم زدن ذهن آگاه	حرکت ذهن آگاه	جلسه چهارم
۵۰-۷۵ دقیقه	سخنرانی+ پرسش و پاسخ اجرای عملی تکنیک‌ها	در ادامه مواجهه با افکار با رویکردی دیگر ورود به مرحله‌ای دیگر	دعوت از مشکل به درون و کار کردن با آن از طریق بدن	جلسه پنجم
۵۰-۷۵ دقیقه	سخنرانی+ پرسش و پاسخ اجرای عملی تکنیک‌ها	مرور جلسات گذشته	جمع‌بندی دوره	جلسه ششم

## درمان شناختی-رفتاری

مدت زمان (دقیقه)	استراتژی	اهداف جلسه	عنوان جلسه	ردیف
۵۰-۷۵ دقیقه	سخنرانی+پرسش و پاسخ استفاده از کاربرگ‌ها	آشنایی با مفهوم شناخت از نظر روانشناسی، شروع یادگیری با جدول ثبت فعالیت روزانه	کلیات روش‌های شناختی-رفتاری	جلسه اول
۵۰-۷۵ دقیقه	سخنرانی+پرسش و پاسخ استفاده از کاربرگ‌ها	یادگیری مفهوم خطاهای شناختی و یادگیری نحوه تکمیل جدول سودوزیان	خطاهای شناختی	جلسه دوم
۵۰-۷۵ دقیقه	سخنرانی+پرسش و پاسخ استفاده از کاربرگ‌ها	درک تفاوت افکار و احساسات با استفاده از جدول ثبت افکار	ثبت افکار (بخش اول)	جلسه سوم
۵۰-۷۵ دقیقه	سخنرانی+پرسش و پاسخ استفاده از کاربرگ‌ها	یادگیری نحوه نمره‌گذاری جدول برای حصول نتیجه و همچنین پیدا کردن خطاهای شناختی	ثبت افکار (بخش دوم)	جلسه چهارم
۵۰-۷۵ دقیقه	سخنرانی+پرسش و پاسخ اجرای عملی تکنیک‌ها استفاده از کاربرگ‌ها	یادگیری یک تکنیک عملی در کنار استفاده از کاربرگ‌ها	آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی	جلسه پنجم
۵۰-۷۵ دقیقه	سخنرانی+پرسش و پاسخ اجرای عملی تکنیک‌ها استفاده از کاربرگ‌ها	مرور جلسات گذشته+ یک تکنیک عملی دیگر	تصویرسازی ذهنی	جلسه ششم



# یافته ها

## خصوصیات دموگرافیک و زمینه‌ای زندانیان شرکت کننده در پژوهش ( $n=140$ )

متغیر مورد بررسی	زیر گروه	فراوانی	درصد
وضعیت تاهل	متاهل	۸۱	۵۸/۵
	مجرد	۳۱	۲۲
	جدایی از همسر	۲۵	۱۶/۵
سطح تحصیلات	فوت همسر	۳	۳
	راهنمایی	۷۰	۵۰
	دبیرستان و دیپلم	۵۶	۴۰/۵
سابقه مصرف الکل	دانشگاه	۱۴	۹/۵
	بدون سابقه	۵۶	۴۰
	مصرف نا منظم	۵۲	۳۷
	مصرف منظم	۲۸	۲۰
	مصرف سنگین	۴	۳
سابقه مصرف مواد مخدر	بدون سابقه	۴۲	۳۰/۲
	مصرف نا منظم	۲	۱/۶
	اعتیاد به مواد	۹۶	۶۸/۲
الگوی مصرف مواد	بدون سابقه	۴۲	۳۰/۲
	حشیش	۲	۱/۶
	تریاک	۲۲	۱۵/۵
	هروئین	۷	۴/۸
	متامفتامین	۷	۴/۸
	بیش از یک نوع	۶۰	۴۳/۱



### خصوصیات دموگرافیک و زمینه‌ای زندانیان شرکت کننده در پژوهش ( $n=140$ )

متغیر مورد بررسی	میانگین	انحراف معیار
ماه های سپری شده از محکومیت	۴۸/۵۹	۴۴/۸۹
ماه های باقی مانده از محکومیت	۱۶۰/۲۷	۱۱۸/۲۹
تعداد سوابق قبلی	۱/۴۴	۲/۴۲



مقدمه

مروری بر منابع

مواد و روش ها

نتایج و بحث

نتیجه گیری

پیشنهادات

مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کل مقبولیت اجتماعی در متقاضیان شرکت کننده در گروه‌های تجربی و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی تئوری محور

نام مقیاس	مقطع اندازه‌گیری	گروه تجربی (n=55)	گروه کنترل (n=55)	سطح معنی‌داری
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
مقبولیت اجتماعی	قبل از مداخله	9/69 ± 1/64	9/35 ± 1/95	0/530
	بعد از مداخله	15/33 ± 4/81	9/69 ± 1/86	P<0/001
	P قبل و بعد	P<0/001	P =0/141	

❑ یکی از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش حاضر افزایش معنی‌دار میانگین متغیر مقبولیت اجتماعی در متقاضیان ترک شرکت کننده در گروه تجربی بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر مراحل آمادگی برای تغییر بود.

❑ نتایج مطالعه حاضر از حیث بهبود متغیر پذیرش اجتماعی با نتایج مطالعات قبلی همچون پژوهش سبزش جعفری (۲۰۱۹)، تئودوروس و پائول (۲۰۱۵)، مطالعه مودی (۲۰۱۷) و پژوهش مهران فر و سلطانی (۲۰۲۰) در یک راستا بود.

❑ **یکی از مهم‌ترین علل آغاز سوء مصرف مواد مخصوصاً در جوانان و نوجوانان** سرخوردگی‌های ساختاری، خانوادگی، هویتی، فرهنگی و محیطی می باشند. عدم رسیدگی به خواسته‌های عاطفی آنان توسط اجتماع و عدم پذیرش از طرف آنها از علل گرایش آنها به مواد است. **بنابراین:** مداخلات رفتاری، آموزشی و پیشگیرانه سعی دارد با **تعریف مجدد از:**

❑ ارزش‌ها، تاکید بر مسئولیت‌پذیری، شناسایی خصوصیات و ویژگی‌های مثبت شخصیت اجتماعی و بازسازی تصور فرد از برداشت و انتظارات دیگران مجدد این فرصت را در اختیار افراد قرار دهد تا با بهبود تصور ذهنی خود از پذیرش اجتماعی توسط اعضای خانواده، همسر، دوستان، محیط‌های کاری و سایر نهادهای رسمی و غیررسمی اجتماعی، مسیر تداوم درمان سوء مصرف مواد را ادامه دهند.



مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کل انگیزه برای درمان و خرده مقیاس‌های مرتبط با آن در متقاضیان شرکت کننده در گروه‌های تجربی و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی تئوری محور

نام مقیاس	مقطع اندازه گیری	گروه تجربی (n=۵۵) میانگین ± انحراف معیار	گروه کنترل (n=۵۵) میانگین ± انحراف معیار	سطح معنی داری
انگیزه درونی	قبل از مداخله	۳۱/۷۶ ± ۴/۸۲	۳۰/۷۵ ± ۵/۸۴	P < ۰/۰۰۱/
	بعد از مداخله	۴۶/۵۱ ± ۷/۹۳	۳۱/۲۴ ± ۴/۶۹	
	P قبل و بعد	P < ۰۰۱	۰/۲۸۰	
انگیزه بیرونی	قبل از مداخله	۱۸/۸۷ ± ۳/۴۹	۱۸/۱۱ ± ۲/۵۴	P < ۰/۰۰۰۱
	بعد از مداخله	۳۰/۷۵ ± ۴/۶۷	۱۸/۳۷ ± ۲/۰۹	
	P قبل و بعد	P < ۰/۰۰۱	۰/۱۱۳	
جستجوی کمک بین فردی	قبل از مداخله	۲۰/۳۳ ± ۱/۲۶	۲۰/۰۲ ± ۱/۷۲	P < ۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۳۲/۱۳ ± ۵۹۴	۲۰/۵۳ ± ۲/۴۵	
	P قبل و بعد	P < ۰/۰۰۱	۰/۰۷۸	
اطمینان به درمان	قبل از مداخله	۱۵/۰۷ ± ۱/۴۴	۱۴/۹۴ ± ۱/۸۸	P < ۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۲۷/۸ ± ۲/۸۶	۱۴/۹۶ ± ۲/۷۰	
	P قبل و بعد	P < ۰/۰۰۱	۰/۱۵۳/۰	
نمره کل انگیزه ترک	قبل از مداخله	۸۶/۰۴ ± ۹/۵۰	۸۳/۳۸ ± ۸/۷۱	P < ۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	۱۳۶/۰۴ ± ۱۰/۲۹	۸۴/۵۸ ± ۷/۲۸	
	P قبل و بعد	P < ۰/۰۰۱		

□ بهبود میانگین نمره کل انگیزه برای ترک سوء مصرف مواد بعد از مداخله مبتنی بر مراحل آمادگی برای تغییر در متقاضیان گروه تجربی با نتایج مطالعات قبلی آلد میر (۲۰۱۸) ، بنی یعقوب (۲۰۱۸) ، کاستین ۲۰۱۹ همسو است.

□ درصد ترک موفق ارتباط مثبت و معنی داری با سطح انگیزه فردی برای ترک دارد.

□ انگیزه برای درمانجویی : با تشکیل گروه‌های حمایتی، جلب حمایت اجتماعی از سوی دیگران مهم و بانفوذ مخصوصاً اعضای خانواده ( همسر، فرزندان) دوستان نزدیک، همکاران، مدیران و سرپرستان در محیط‌های کاری و نمایش الگوهای ترک موفق، افزایش عزت نفس و توان مقابله با مشکلات بوسیله حمایت های عاطفی میسر است.





## مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کل اجبار درک شده و خرده مقیاسهای مرتبط با آن در متقاضیان شرکت کننده در گروه‌های تجربی و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی تئوری محور

سطح معنی داری	گروه کنترل (n=55)	گروه تجربی (n=55)	مقطع اندازه گیری	نام مقیاس
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار		
P < 0/001	49/9 ± 2/05	10/16 ± 2/40	قبل از مداخله	اجبار درک شده
	10/81 ± 2/16	17/20 ± 3/42	بعد از مداخله	
	0/406	P < 0/001	P قبل و بعد	
P < 0/001	10/42 ± 2/91	11/22 ± 2/91	قبل از مداخله	فشارهای منفی
	10/73 ± 2/74	21/42 ± 3/83	بعد از مداخله	
	0/191	P < 0/001	P قبل و بعد	
P < 0/001	8/40 ± 1/92	7/92 ± 1/68	قبل از مداخله	ندهای جبری
	8/76 ± 2/06	10/85 ± 2/11	بعد از مداخله	
	0/144	P < 0/001	P قبل و بعد	
P < 0/001	28/78 ± 3/87	29/31 ± 4/46	قبل از مداخله	نمره کل اجبار متصور
	29/13 ± 4/15	49/47 ± 5/49	بعد از مداخله	
	0/433	P < 0/001	P قبل و بعد	

□ تاثیر معنی‌دار مداخله آموزشی مبتنی بر مراحل آمادگی برای تغییر بر میانگین نمره کل متغیر اجبار متصور و خرده مقیاس اجبار درک شده، فشارهای منفی و ندهای جبری در متقاضیان ترک شرکت کننده در گروه تجربی بود با نتایج مطالعات قبلی پرندرگاست (۲۰۱۸)، هوگ (۲۰۱۸)، توفیقی (۲۰۱۷) انطباق داشت.

□ شایع‌ترین علت ترک ترکیبی از عوامل: مشکلات مالی برای تهیه مواد، عوارض جسمی روانی مصرف مواد، مشکلات اجتماعی، اقدام به ازدواج، استخدام و پافشاری خانواده برای ترک است. **اما اهمیت عوامل فردی مانند:** نوع ماده مصرفی، دردهای مقاوم بدن، سیگار کشیدن و مشغولیت ذهنی بعد از ترک بیشتر از عوامل برون فردی در عود موثر بوده است بنابراین برای عود تنها وجود یک عامل کافی نیست بلکه مجموعه‌ای از عوامل، علی‌الخصوص عوامل فردی با نسبت‌های متفاوت باعث روی آوردن مجدد به اعتیاد می‌شود.

□ تاکید بر مستعد بودن هر فرد معتاد در مقابل پیامدهای منفی و مضرات ناشی از سوء مصرف مواد و جدیت و شدت ناشی از این پیامدها باید بعنوان یک جزء ضروری از برنامه‌ها و مداخلات آموزشی مد نظر قرار بگیرد. و در کنار افزایش تهدید می‌بایست به راهکارهای افزایش کارآمدی نیز توجه داشت تا نتایج معکوس حاصل نگردد.

## مقایسه توزیع فراوانی مراحل آمادگی برای تغییر و ترک سوء مصرف مواد در متقاضیان شرکت کننده در گروه‌های تجربی و کنترل قبل از مداخله آموزشی تئوری محور

P بین دو گروه	گروه کنترل (n=۵۵) فراوانی (درصد)	گروه تجربی (n=۵۵) فراوانی (درصد)	مرحله آمادگی	متغیر مورد بررسی
Z = -۰/۶۲۲ P = ۰/۵۳۴	۲۳ (۴۱/۸۲)	۲۶ (۴۷/۲۷)	پیش تفکر (۱)	مراحل تغییر قبل از مداخله
	۲۰ (۳۶/۳۶)	۱۹ (۳۴/۵۵)	تفکر (۱)	
	۱۲ (۲۱/۸۲)	۱۰ (۱۸/۱۸)	قصد (۱)	
	۰ (۰)	۰ (۰)	اجرا (۱)	
	۰ (۰)	۰ (۰)	نگهداشت (۱)	
Z = -۶/۰۴۳ P < ۰/۰۰۱	۲۱ (۳۸/۱۸)	۵ (۹/۰۹)	پیش تفکر (۲)	مراحل تغییر بعد از مداخله
	۲۰ (۳۶/۳۶)	۶ (۱۰/۹۱)	تفکر (۲)	
	۱۳ (۲۳/۶۴)	۲۱ (۳۸/۱۸)	قصد (۲)	
	۱ (۱/۸۲)	۱۸ (۳۲/۷۳)	اجرا (۲)	
	۰ (۰)	۵ (۹/۰۹)	نگهداشت (۲)	
	$\epsilon = Z - 1/1890$ P = ۰/۰۶۹	$\epsilon = Z - 6/335$ P < ۰/	P قبل و بعد (۲)	

آخرین یافته پژوهش کنونی تغییر مثبت مراحل آمادگی متقاضیان ترک گروه تجربی و پیشرفت آن از مراحل غیر فعال (پیش تفکر، تفکر و آمادگی) به مراحل فعال (اجرا و نگهداشت) بعد از مداخله آموزشی تئوری محور بود.

به طوری که بعد از مداخله تقریباً ۴۰ درصد از متقاضیان ترک گروه تجربی **مراحل فعال آمادگی**: به ترتیب ۳۲/۷۳ درصد (۱۸ نفر) و ۹/۰۹ درصد (۵ نفر) مراحل تغییر خودشان را **اجرا و نگهداشت** گزارش کردند و تعداد افراد حاضر در مراحل پیش تفکر و تفکر نیز به طور معنی‌داری کاهش یافت.

در حالی که قبل از مداخله تمامی متقاضیان در **مراحل غیر فعال**: ۴۷/۲۷ درصد (۲۶ نفر پیش تفکر)، ۳۴/۵۵ درصد (۱۹ نفر تفکر) و ۱۸/۱۸ درصد (۱۰ نفر قصد) بودند.



- نتایج پژوهش از حیث تغییر مراحل آمادگی با یافته‌های پژوهش‌های گذشته جعفری نژاد (۲۰۱۵)، سیو (۲۰۱۸)، گویدیش (۲۰۱۶) همسو است.
- در مدل مراحل تغییر، خودتنظیمی با بررسی میزان غلبه بر وسوسه مراجع به انجام رفتار مشکل‌ساز و میزان خودداری از انجام آن رفتار در برابر وسوسه‌ها ارزیابی شده است. اهمیت مدل مراحل تغییر برای درمان اعتیاد به قدری است که در طول سی سال گذشته کمتر مدلی را می‌توان یافت که به اندازه آن بر درمان اعتیاد تأثیر گذاشته باشد.
- کاربرد درمانی این مدل تبیینی این است که به اصلاح نظام شناختی و انگیزشی فرد اهمیت بیشتری داده شود نه اینکه از او خواسته شود تا در مقابله با موقعیت‌های پر خطر از آنها اجتناب نماید؛ چون بسیاری از موقعیت‌ها اجتناب‌ناپذیرند. پس با ایجاد تغییرات انگیزشی، شناختی و رفتاری بر اساس مدل TTM که مدل مناسبی به نظر می‌رسد، می‌توان نتایج بهتری در درمان معتادین کسب کرد.
- به طور کلی، اجرای برنامه‌های ارتقاء سلامت به طور مؤثر و کارآمد نیازمند مداخلاتی تئوری محور است. نتایج مداخله حاضر نشان داد اگر متناسب با وضعیت هر فرد نوع خاصی از مداخله تدارک دیده شود، تغییرات مؤثرتر رخ خواهد داد. همچنین، نتایج بیان می‌کنند که برنامه‌ریزی در شرکت‌کنندگانی مؤثرتر است که قبلاً تصمیم به تغییر رفتار مد نظر داشته باشند.
- از آنجا که اعتیاد نیز همانند بسیاری از رفتارهای بهداشتی اجتماعی دیگر، رفتاری چندعاملی است و عوامل متعددی بر آن مؤثر است لذا به منظور ایجاد تغییرات ماندگار در رفتار مذکور، درگیری خانواده و جامعه ضروری است. آموزش از طریق رسانه‌های جمعی، آموزش در مدارس و دانشگاه‌ها به همراه آموزش‌های عمومی و جامعه محور و پایه باعث وجود آوردن الگوهای مثبت و تغییر باورهای کلیشه‌ای در ارتباط با ممکن نبودن ترک مواد ضروری است و البته همواره نیازمند حمایت و سیاست‌گذاریهای دقیق حوزه سلامت و سیاست برای پیشبرد اهداف مذکور هستیم.

## محدودیت ها

- ❑ محدودیت زمانی جهت انجام دفعات پیگیری و تکرار اندازه گیری ها برای تاثیر مداخله آموزشی بر دوام رفتار ترک و تدام درمان
  - ❑ تورش خود گزارشی و استفاده از ابزارهای مکمل دیگر مانند آزمایش ادرار و ارزیابی مونوکسید کربن بازدمی بعنوان روش موازی
- در مطالعات آینده
- ❑ استفاده از تعداد نمونه های بیشتر و همچنین کاربرد مدل ها و تئوری های مختلف و مقایسه آنها
  - ❑ تاثیرگذاری رسانه های مختلف، ویژگی های شخصیتی، روحی و روانی، باورها و عقائد که بر نتایج پژوهش اجتناب ناپذیر است
  - ❑ امکان برهمپوشانی و تبادل اطلاعات بین گروه های تجربی و کنترل به دلایلی همچون کنجاوی
  - ❑ عدم وجود بسته های آموزشی معتبر که مستقیماً با تقویت حمایت اجتماعی، اجبار متصور و تمایل اجتماعی ارتباط داشته باشند
  - ❑ افت نسبی مشارکت فعال بعضی از آزمودنی ها در جلسات آموزشی که با پیگیری مداوم و مستمر پژوهشگر و تماس با اعضای خانواده، همسر یا دوستان آنان جهت ترغیب و تشویق آنان به ادامه شرکت در کلاسهای آموزشی، این محدودیت کنترل شد.
  - ❑ آزمودنی ها در پژوهش حاضر فقط از شهر ماسال انتخاب شدند که ویژگی های خاص فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و غیره دارد و بنابراین در هنگام تعمیم نتایج باید محتاط بود.



## نتیجه گیری و پیشنهادات

نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده تاثیر مثبت و معنی داری مداخله آموزشی مبتنی بر مدل مراحل تغییر بر مقبولیت اجتماعی، انگیزه برای ترک (انگیزه درونی، انگیزه بیرونی، جستجوی کمک بین فردی و اطمینان به درمان)، اجبار متصور (اجبار درک شده، فشارهای منفی و ندهای جبری) و نهایتاً بهبود مراحل آمادگی روانی متقاضیان ترک شرکت کننده در گروه تجربی از مراحل غیر فعال (پیش تفکر، تفکر و آمادگی) به مراحل فعال (اجرا و نگهداشت) بود.

**لذا توصیه می شود** در کنار استفاده از روش های دارویی، مشاوره های فردی روان شناختی ترک اعتیاد، آشنایی با چارچوب الگوهای تغییر رفتار به ویژه مدل مراحل تغییر در کوریکولوم درسی متخصصان علوم بهداشتی خصوصاً دانشجویان پزشکی عمومی، بهداشت عمومی، روانشناسی بالینی که بستر متفاوت، دفعات و زمان های بیشتری را در مقایسه با سایر متخصصان با بیماران سپری میکنند، گنجانده شود.

### پیشنهادات:

**در راستای اجرای مطالعات دقیق تر و بهتر و با استناد به نقاط ضعف و قوت پژوهش حاضر موارد زیر بعنوان پیشنهاد ارائه می شود:**

- طراحی مطالعه در چندین گروه تجربی که در هر گروه از یکی از مدل ها یا تئوری های تغییر رفتار و آموزش بهداشت مانند تئوری رفتار برنامه ریزی شده، الگوی اعتقاد بهداشتی، مدل ارتقاء سلامت پندار و مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی به منظور تدوین ابزار ارزیابی نتایج و محتوای آموزشی .



## پیشنهادات

- ارزیابی نتایج و پیامدهای مداخلات و مطالعات تجربی و سنجش اثربخشی آنها با اندازه گیری های مکرر در فواصل زمانی ۳، ۶ و ۱۲ ماهه
- طراحی مداخلات پیشگیرانه مبتنی بر مدل مراحل تغییر به منظور پیشگیری از استعمال سیگار و مواد روانگردان در مدارس و دانشگاه ها و در جمعیت نوجوانان و جوانان.
- ارزیابی و تعیین مهم ترین متغیرهای روانشناختی موثر بر تمایل جوانان و نوجوانان به سوء مصرف مواد بعنوان گام اصلی و اساسی تدوین مداخلات آموزشی.
- ارزیابی و تعیین مهم ترین متغیرهای روانشناختی موثر بر تداوم روند ترک و درمان سوء مصرف مواد بعنوان گام اصلی و اساسی تدوین مداخلات آموزشی ترغیب کننده.
- شناسایی و تعیین نقش عوامل بین فردی و گروه های حمایت کننده مانند خانواده، دوستان، همکاران و جامعه در گرایش و تمایل برای ترک و تداوم روند درمان سوء مصرف مواد.
- یکی از نکات قوت پژوهش حاضر ارائه برنامه های آموزشی و مداخله ای متناسب شده براساس مرحله تغییر افراد می باشد، تمام شرکت کنندگان در شروع مطالعه در مرحله غیر فعال بودند. نکته دیگر آموزش متناسب شده براساس نیازهای منحصر به فرد با توجه به اطلاعات به دست آمده در ارزیابی پایه در حین اجرای برنامه بود. تحقیقات نشان داده اند که بسیاری از مداخلات سازگار شده با نیازهای افراد، در مقایسه با مداخلات عمومی مؤثرتر بوده و سریعتر به ایجاد و تغییر رفتار نایل شدند.

پایان

## سپاس از توجه شما

