

اثر بخشی مراقبه کلامی بر نشخوار ذهنی و تکانشگری
در بیماران مبتلا به اختلال خلقی تحت درمان با متادون

**The effectiveness of verbal meditation on mental rumination and impulsivity
in patients with mood disorders undergoing methadone treatment**

Maral Maliki Shahraki

Department of clinical psychology, Naein Branch,
Islamic Azad University, Naein, Iran.

Email: asiyemaleki03@gmail.com

مارال مالکی شهرکی*

گروه روانشناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران.

Abstract

The objective of this research was to investigate the effectiveness of a verbal meditation program in reducing rumination and impulsivity in patients with mood disorders undergoing methadone treatment. This study was conducted using a quasi-experimental, single-group, three-stage design to evaluate the patients' behavioral changes over the treatment period compared to their baseline status. The statistical population of the research included mood disorder patients undergoing methadone treatment attending the inpatient wards of Farabi Hospital in Isfahan. Purposive sampling was used, comprising three inpatients at Farabi Psychiatric Hospital. Data were collected using the standardized Nasiri Rumination Questionnaire (2020) and the Barratt Impulsiveness Scale (2004) in the pre-intervention, immediately post-intervention, and one-month post-intervention phases. Subsequently, the verbal meditation program, in accordance with the study by Goyal et al. (2014), was implemented over 9 sessions of 45 minutes each at the hospital. Data analysis was performed using graphical methods and intra-subject and inter-subject analyses to determine the extent of the intervention's impact on rumination and impulsivity. The results indicated that the verbal meditation program led to a reduction in the scores of rumination and impulsivity in all three patients with mood disorders undergoing methadone treatment during the treatment and follow-up stages.

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی برنامه مراقبه کلامی بر کاهش نشخوار ذهنی و تکانشگری در بیماران مبتلا به اختلال خلقی تحت درمان با متادون است. این مطالعه با استفاده از نیمه تجربی تک گروهی و سه مرحله‌ای، انجام شد تا تغییرات رفتاری بیماران در طول دوره درمان نسبت به وضعیت اولیه خودشان مورد ارزیابی قرار گیرد. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران خلقی تحت درمان با متادون مراجعه کننده به بخش‌های بستری بیمارستان فارابی اصفهان خواهند بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد که متشکل از سه نفر از بیماران بستری در بیمارستان روانپزشکی فارابی بود. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های استاندارد نشخوار فکری نصیری (۱۳۹۹) و تکانشگری بارت و همکاران (۲۰۰۴) در مراحل قبل، بلافاصله بعد و یکماه بعد از مداخله جمع‌آوری گردید. در ادامه، برنامه مراقبه کلامی مطابق با پژوهش گویال و همکاران (۲۰۱۴) طی ۹ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در محل بیمارستان اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های نموداری و تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی انجام شد تا میزان تأثیر مداخله بر نشخوار ذهنی و تکانشگری مشخص شود. نتایج نشان داد که برنامه مراقبه کلامی منجر به کاهش نمرات نشخوار ذهنی و تکانشگری در هر سه درمانجوی مبتلا به اختلال خلقی تحت درمان با متادون در مراحل درمان و پیگیری شده است.

واژه‌های کلیدی: مراقبه کلامی، نشخوار ذهنی، تکانشگری، اختلال خلقی، درمان با متادون.

Keywords: Verbal meditation, rumination, impulsivity, mood disorder, methadone treatment.

نوع مقاله: پژوهشی	دریافت: اسفند ۱۴۰۴	پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۵
-------------------	--------------------	----------------------

مقدمه

اختلالات خلقی گروهی از بیماری‌های روانی هستند که بر وضعیت عاطفی فرد تأثیر می‌گذارند و شامل بیماری‌هایی در طیف افسردگی و اختلال دوقطبی می‌شوند. علائم این اختلالات بسته به نوع آن متفاوت است؛ برای مثال، در افسردگی فرد احساس غمگینی، ناامیدی، کاهش انرژی، تغییر در الگوی خواب و اشتها و کاهش علاقه به فعالیت‌های روزمره را تجربه می‌کند. در مقابل، در اختلالات با خلق بالا مانند دوقطبی، فرد ممکن است دچار احساس سرخوشی بیش از حد، انرژی زیاد، تحریک‌پذیری، بی‌خوابی و رفتارهای پرخطر شود. این علائم زمانی مشکل‌ساز می‌شوند که باعث اختلال در زندگی اجتماعی، کاری و روابط فرد شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۳).

از نظر میزان شیوع، اختلالات خلقی از شایع‌ترین مشکلات روانی در ایران و جهان هستند. در ایران، تحقیقات نشان می‌دهد که حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد افراد بالای ۱۵ سال به نوعی از اختلالات روانی مبتلا هستند که اختلالات خلقی و اضطرابی بیشترین فراوانی را دارند. این آمار در ایران تقریباً با میانگین جهانی مشابه است، اما روند افزایش افسردگی در کشور ما نگران‌کننده است و نسبت به بسیاری از کشورهای بالاتر است. عوامل مختلفی مانند مشکلات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، فشارهای زندگی، بیکاری و شرایط نامطلوب اجتماعی در افزایش این اختلالات نقش دارند و ضرورت دارد که برنامه‌های پیشگیری و تشخیص زودهنگام برای کاهش اثرات این بیماری‌ها اجرا شود (خادمی و رحیمی، ۱۴۰۳).

موضوع مورد توجه در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، احتمال گرایش بیشتر به مصرف مواد مخدر و الکل می‌باشد؛ تحقیقات نشان می‌دهد که حدود ۲۹ درصد بیماران روانی از مواد اعتیادآور استفاده می‌کنند و بیش از نیمی از معتادان نیز با مشکلات روانی مواجه هستند. این رابطه دوطرفه است؛ به این معنا که افراد ممکن است برای کاهش علائم روانی خود به مواد مخدر روی آورند، اما مصرف این مواد باعث تشدید علائم خلقی و ایجاد مشکلات روانی جدید می‌شود (موسوی و کریمی، ۱۴۰۲). اعتیاد در این بیماران می‌تواند باعث افزایش شدت نوسانات خلقی، بروز اضطراب‌های شدید، اختلال در روابط اجتماعی و خانوادگی و افزایش خطر رفتارهای پرخطر و خودآسیبی شود. به همین دلیل، اعتیاد در افراد مبتلا به اختلالات خلقی روند درمان را دشوارتر کرده و عوارض جسمی و روانی جدی‌تری به همراه دارد که نیازمند درمان همزمان و جامع است (اسمیت و الوی^۲، ۲۰۲۳).

تکانشگری در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اعتیاد نقش مهمی دارد و به‌عنوان یکی از ویژگی‌های کلیدی این اختلالات شناخته می‌شود. تکانشگری به رفتارهایی گفته می‌شود که به صورت ناگهانی، بدون فکر قبلی و بدون در نظر گرفتن پیامدهای احتمالی انجام می‌شوند. این نوع رفتارها معمولاً هیجانی و پرخطر هستند و می‌توانند به تصمیم‌گیری‌های سریع و غیرمنطقی منجر شوند که برای فرد و اطرافیان مشکلاتی ایجاد می‌کنند. از دیدگاه روانشناسی، تکانشگری شامل ناپایداری در رفتار، هیجانات و گفتار است و با ویژگی‌هایی مانند زودجوشی، عدم کنترل هیجانی و واکنش‌های پیش‌بینی‌ناپذیر همراه است (تانگ و پوسنر^۳، ۲۰۲۲). رفتارهای تکانشی معمولاً به شکل انجام کارهای پرخطر مانند خرج کردن بی‌رویه، روابط جنسی نایمن،

¹ American Psychiatric Association

² Smith & Alloy

³ Tang & Posner

پرخاشگری و تصمیم‌گیری‌های عجولانه بروز می‌کنند که می‌توانند زندگی فرد را به شدت تحت تأثیر قرار دهند. این رفتارها اغلب بدون آگاهی کامل فرد نسبت به پیامدهای آن انجام می‌شود و می‌تواند مشکلات اجتماعی، مالی و حتی قانونی به دنبال داشته باشد. تحقیقات نشان داده‌اند که تکانشگری با کاهش فعالیت در بخش‌هایی از مغز مرتبط است که مسئول کنترل هیجانات و رفتارهای خودتنظیمی هستند (حسینی و نجفی، ۱۴۰۲).

بر همین اساس وجو و بروز رفتارهای تکانشی که در واقع به معنای انجام اعمال هیجانی، بدون فکر و کنترل ناکافی بر تکانه‌ها است؛ باعث می‌شود فرد در برابر وسوسه مصرف مواد مخدر ناتوان باشد و به سرعت به سمت اعتیاد گرایش پیدا کند. در بیماران با اختلال خلقی، تکانشگری می‌تواند باعث افزایش رفتارهای پرخطر و دشواری در کنترل مصرف مواد شود و به همین دلیل احتمال عود اعتیاد و تشدید مشکلات روانی در این افراد بیشتر است. علاوه بر این، تکانشگری با کاهش توانایی در به تأخیر انداختن رضایت و تصمیم‌گیری‌های عجولانه، زمینه‌ساز وسوسه و برگشت به مصرف مواد می‌شود و روند درمان را پیچیده‌تر می‌کند. از این رو، کنترل و درمان تکانشگری از طریق روان‌درمانی و دارودرمانی، به‌ویژه در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اعتیاد، اهمیت بالایی دارد تا از عود اعتیاد و آسیب‌های روانی جلوگیری شود (دارک و راس، ۲۰۲۰).

از سوی دیگر، نشخوار ذهنی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اعتیاد به معنای تمرکز مکرر و وسواسی بر افکار منفی، خاطرات ناخوشایند و احساسات منفی بسیار رایج است که زمینه‌ساز بروز اضطراب و افسردگی در این افراد می‌شود (محمدی و رضایی، ۱۴۰۲). نشخوار ذهنی یا نشخوار فکری به فرآیندی اطلاق می‌شود که در آن فرد به طور مکرر و اجباری بر افکار منفی، احساسات ناخوشایند یا مشکلات خود تمرکز می‌کند بدون اینکه به دنبال راه‌حل یا اقدام عملی برای رفع آن‌ها باشد. این افکار تکراری معمولاً حول محور دلایل و پیامدهای پریشانی روانی می‌چرخند و ذهن را در چرخه‌ای بی‌پایان از نگرانی و تحلیل منفعلانه گرفتار می‌کنند. در واقع، نشخوار ذهنی باعث می‌شود فرد نتواند از این افکار فاصله بگیرد و توجه خود را به موضوعات مثبت یا راهکارهای مقابله‌ای معطوف کند، که این امر می‌تواند منجر به افزایش استرس، اضطراب و افسردگی شود (واتکینز، ۲۰۲۴).

این حالت برای بیماران خلقی مبتلا به اعتیاد، با ناتوانی در ابراز وجود و کنترل هیجانات همراه است؛ به طوری که فرد برای فرار از این چرخه افکار منفی به مصرف مواد روی می‌آورد که موقتا نشخوار فکری را کاهش می‌دهد اما در بلندمدت باعث تشدید مشکلات روانی و وابستگی می‌شود. نشخوار ذهنی در این بیماران می‌تواند باعث کاهش تمرکز، خستگی ذهنی، اختلال خواب، افزایش استرس و رفتارهای تکانشی شود و روند بهبودی را دشوارتر کند. به همین دلیل، درمان همزمان نشخوار فکری و اعتیاد با روش‌هایی مانند ذهن‌آگاهی و روان‌درمانی اهمیت زیادی دارد تا از بازگشت اعتیاد و وخامت اختلالات خلقی جلوگیری شود (محمدی و رضایی، ۱۴۰۲).

در درمان بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اعتیاد، متادون به‌عنوان دارویی اپیوئیدی مصنوعی کاربرد گسترده‌ای دارد که به کاهش علائم ترک و کنترل میل به مصرف مواد مخدر کمک می‌کند. با این حال، مصرف طولانی‌مدت متادون می‌تواند عوارض متعددی از جمله اختلالات خلقی، اضطراب، بی‌خوابی، افسردگی، مشکلات شناختی و جنسی مانند کاهش میل و اختلال در عملکرد جنسی به همراه داشته باشد. همچنین، متادون خود می‌تواند وابستگی ایجاد کند و ترک آن دشوارتر از برخی مواد مخدر دیگر است. به همین دلیل، استفاده از این دارو باید تحت نظر دقیق پزشک و همراه با درمان‌های روانشناختی و حمایتی انجام شود تا عوارض آن به حداقل برسد و روند بهبودی بیماران تسهیل شود (ولکوف و بلانکو، ۲۰۲۱).

⁴ Darke & Ross

⁵ Watkins

⁶ Volkow & Blanco

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که مصرف مزمن متادون می‌تواند منجر به بروز عوارض جسمی و روانی قابل توجهی شود. این عوارض شامل اختلالات قلبی نظیر آریتمی و نارسایی قلبی، مشکلات کبدی و کلیوی، ضعف عضلانی و اختلالات گوارشی می‌باشد. علاوه بر این، تغییرات رفتاری مانند افزایش تکانشگری، اختلال در حافظه و ناپایداری روانی نیز در این بیماران مشاهده شده است (وینستانیلی و استور^۷، ۲۰۱۹). همچنین مصرف طولانی مدت این دارو ممکن است باعث بروز اختلالات خلقی نظیر افسردگی، نوسانات خلقی شدید، اضطراب و تحریک‌پذیری شود که سلامت روانی بیماران را تحت تأثیر قرار داده و روند درمان را دشوارتر می‌سازد (جونز و کالتنباخ^۸، ۲۰۲۱). این مسائل، ضرورت توجه ویژه به جنبه‌های روانشناختی و جسمی در فرآیند درمان و مراقبت از بیماران مصرف‌کننده متادون را برجسته می‌سازد تا بتوان کیفیت درمان را ارتقاء داد و از عود اعتیاد پیشگیری نمود (ماسی و همکاران^۹، ۲۰۱۴).

مراقبه کلامی نوعی تمرین ذهنی است که در آن فرد با تمرکز بر کلمات، جملات یا عبارات خاصی به صورت مکرر و آگاهانه، ذهن خود را آرام می‌کند و از جریان افکار پراکنده و مزاحم دور می‌شود. این روش معمولاً شامل تکرار یک کلمه یا عبارت ساده و مثبت است که به فرد کمک می‌کند تا توجه خود را متمرکز نگه دارد و به حالت آرامش و حضور در لحظه حال دست یابد. مراقبه کلامی می‌تواند به عنوان ابزاری برای کاهش استرس، بهبود تمرکز و افزایش خودآگاهی مورد استفاده قرار گیرد و در مسیر رشد ذهنی و روانی فرد نقش مؤثری ایفا کند (زارعی و شمس، ۱۴۰۳).

از دیدگاه عرفانی و روانشناسی، مراقبه کلامی به معنای مراقبت و توجه مستمر به کلمات و مفاهیمی است که فرد انتخاب می‌کند تا ذهن خود را از افکار مزاحم پاک کند و به آرامش درونی برسد. این نوع مراقبه بر پایه نظارت و آگاهی دقیق بر افکار و احساسات استوار است و به فرد امکان می‌دهد تا بدون قضاوت و واکنش هیجانی، به جریان ذهنی خود نگاه کند و آن را مدیریت نماید. در نتیجه، مراقبه کلامی علاوه بر تقویت تمرکز، می‌تواند به بهبود حالات روانی، کاهش اضطراب و افزایش تعادل هیجانی کمک کند و به عنوان یک روش کارآمد در درمان‌های روانشناختی و معنوی به کار گرفته شود (کاظمی و احمدی، ۲۰۲۳).

همچنین، مراقبه کلامی به عنوان یک روش درمانی مکمل، در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اعتیاد، به ویژه کسانی که تحت درمان با متادون هستند، نقش مؤثری در کاهش نشخوار ذهنی و تکانشگری ایفا می‌کند. این روش با تمرکز بر آگاهی و پذیرش افکار و احساسات بدون قضاوت، به بیماران کمک می‌کند تا از چرخه افکار منفی و رفتارهای ناگهانی و پرخطر خارج شوند. برخلاف روش‌های سنتی که بیشتر بر تغییر مستقیم افکار یا رفتارها تمرکز دارند، مراقبه کلامی با افزایش خودآگاهی و تقویت کنترل درونی، توانایی مدیریت بهتر استرس، اضطراب و نوسانات خلقی را فراهم می‌آورد و به این ترتیب می‌تواند روند بهبودی را تسریع کند و از شدت علائم روانی بکاهد (زرگر و شمس، ۲۰۲۴).

مزیت مهم مراقبه کلامی نسبت به سایر روش‌های درمانی، غیرتهاجمی بودن و قابلیت اجرا در هر زمان و مکان است که آن را به گزینه‌ای عملی و قابل دسترس برای بیماران تبدیل می‌کند. همچنین، این روش به طور خاص به کاهش تکانشگری کمک می‌کند که یکی از عوامل مهم در بروز رفتارهای پرخطر و کاهش اثربخشی درمان در بیماران اعتیاد و اختلال خلقی است. با بهبود کنترل تکانه‌ها و کاهش نشخوار ذهنی، مراقبه کلامی می‌تواند به کاهش نیاز به مصرف مجدد مواد مخدر و بهبود کیفیت زندگی این افراد کمک کند، در حالی که بسیاری از روش‌های دارویی و روان‌درمانی ممکن است این جنبه‌های روانی و رفتاری را به طور کامل پوشش ندهند. بنابراین، استفاده از مراقبه کلامی به عنوان مکمل درمانی، می‌تواند گامی مؤثر در مدیریت بهتر اختلالات خلقی و اعتیاد باشد (زارعی و شمس، ۱۴۰۳).

⁷ Winstanley & Stover

⁸ Jones & Kaltenbach

⁹ Macey et al

ضرورت پرداختن به این موضوع از آن جهت است که مراقبه کلامی به عنوان یک مداخله ذهن آگاهی، توانایی کاهش نشخوار ذهنی و تنظیم هیجانات را دارد و می‌تواند به کنترل تکانشگری در بیماران کمک کند. با توجه به اینکه نشخوار ذهنی و تکانشگری نقش مهمی در شدت و تداوم اختلالات خلقی دارند و می‌توانند موجب عود اعتیاد و مشکلات روانی-اجتماعی شوند، پژوهش در این زمینه می‌تواند راهکارهای درمانی مؤثرتری ارائه دهد. این امر به ویژه برای بیماران تحت درمان با متادون که در معرض خطرات جسمی و روانی متعدد هستند، از اهمیت بالایی برخوردار است و می‌تواند به ارتقاء سلامت روان و کاهش بار بیماری کمک نماید. بنابراین، با توجه به مطالب بیان شده، سوال اصلی پژوهش این است که «آیا مراقبه کلامی می‌تواند به طور مؤثر نشخوار ذهنی و تکانشگری را در بیماران مبتلا به اختلال خلقی تحت درمان با متادون کاهش دهد؟»

روش

روش پژوهش حاضر به صورت نیمه تجربی تک گروهی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال خلقی تحت درمان با متادون مراجعه‌کننده به بیمارستان فارابی اصفهان بود. نمونه پژوهش با توجه به پژوهش‌های افروزه و همکاران (۱۴۰۱)، آینه چی و همکاران (۱۴۰۰) و شیرینی و همکاران (۱۳۹۸) شامل ۳ نفر که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. با این حال، به دلیل احتمال ریزش نمونه، ۵ نفر به عنوان نمونه نهایی در نظر گرفته می‌شوند. معیارهای ورود به پژوهش شامل بیماران مبتلا به اختلال خلقی تحت درمان نگهدارنده با متادون، تمایل آگاهانه به شرکت در مطالعه، گذشت حداقل یک ماه از دوره القای درمان نگهدارنده متادون، توانایی خواندن و نوشتن برای انجام مراقبه کلامی، عدم اختلالات روانی شدید و عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی حاد مؤثر بر روند درمان می‌باشد. همچنین معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم تمایل بیمار به ادامه مداخله، بروز عوارض جانبی شدید ناشی از درمان متادون یا مراقبه کلامی، هرگونه تغییر قابل توجه در وضعیت بالینی که ادامه درمان را ناممکن سازد، عدم تعهد به انجام تمرین‌های مراقبه کلامی و قطع درمان نگهدارنده متادون توسط بیمار بود.

محیط پژوهش حاضر شامل بخش‌های بستری بیمارستان روانپزشکی فارابی اصفهان است که یکی از مراکز تخصصی و فوق تخصصی در حوزه اختلالات روانی به ویژه بیماران مبتلا به اختلال خلقی تحت درمان با متادون محسوب می‌شود. این بیمارستان به دلیل ظرفیت بالای پذیرش بیماران روانپزشکی و امکانات درمانی پیشرفته، محیط مناسبی برای اجرای مداخلات مراقبه کلامی و بررسی اثربخشی آن بر نشخوار ذهنی و تکانشگری در این گروه از بیماران فراهم می‌آورد. همچنین، به دلیل نبود گروه کنترل جداگانه در این طرح، خط پایه هر بیمار به عنوان کنترل خود در نظر گرفته شده و تغییرات رفتاری در طول درمان به دقت مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه‌ای است که از سه بخش تشکیل شده است. بخش اول، فرم ثبت اطلاعات دموگرافیک شامل مواردی مانند جنسیت، سن، وضعیت تأهل، مرحله بیماری، سابقه بستری در بیمارستان و سابقه ابتلا به سایر بیماری‌ها می‌باشد. بخش دوم نیز به پرسشنامه استاندارد نشخوار فکری نصیری (۱۳۹۹) اختصاص یافته و بخش سوم، پرسشنامه تکانشگری بارت و همکاران (۲۰۰۴) را در بر می‌گیرد.

الف) پرسشنامه استاندارد نشخوار فکری نصیری (۱۳۹۹): ابزاری استاندارد و کوتاه برای سنجش نشخوار فکری است که شامل ۶ گویه می‌باشد و پاسخ‌ها در قالب مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای از «خیلی کم» تا «خیلی زیاد» نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل پرسشنامه بین ۶ تا ۳۰ متغیر است و بر اساس آن، سطح نشخوار فکری در سه دسته کم (کمتر از ۱۲)، متوسط (۱۳ تا ۲۴) و زیاد (بیشتر از ۲۵) تفسیر می‌شود. این پرسشنامه به دلیل کوتاهی و سهولت اجرا، برای مطالعات روانشناسی و مشاوره‌ای در جمعیت فارسی‌زبان بسیار مناسب است (نصیری، ۱۳۹۹). از نظر روان‌سنجی، پرسشنامه نشخوار فکری نصیری دارای روایی

محتوایی تأیید شده است و بار عاملی گویه‌ها بین ۰.۷۷۸ تا ۰.۹۳۷ گزارش شده است که همگی معنادار و با سطح معنی‌داری ۰.۰۰۰ هستند. پایایی این ابزار نیز با ضریب آلفای کرونباخ ۰.۹۱۴ و پایایی ترکیبی ۰.۹۵۳ بسیار مطلوب ارزیابی شده است. همچنین روایی همگرا (AVE) این پرسشنامه برابر با ۰.۸۷۲ گزارش شده که نشان‌دهنده همبستگی مناسب بین گویه‌ها و سازه نشخوار فکری است (نصیری، ۱۳۹۹). نمره نهایی این پرسشنامه برابر با مجموع نمرات پاسخ‌دهندگان به سوالات است که هرچه این امتیاز بالاتر باشد، نشان‌دهنده شدت بیشتر نشخوار فکری است.

ب) پرسشنامه تکانشگری بارت و همکاران (۲۰۰۴): پرسشنامه تکانشگری بارت و همکاران (۲۰۰۴) ابزاری استاندارد برای سنجش ویژگی تکانشگری است که بر پایه نظریه شخصیتی بارت طراحی شده و شامل ۳۰ سوال می‌باشد. این پرسشنامه سه عامل اصلی تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سوالات به صورت طیف لیکرت چهارگزینه‌ای از «هرگز» تا «تقریباً همیشه» نمره‌گذاری می‌شوند و نمره کل از جمع نمرات سوالات به دست می‌آید. تکانشگری شناختی به تصمیم‌گیری سریع و بدون تأمل، تکانشگری حرکتی به عمل بدون فکر و بی‌برنامگی به فقدان برنامه‌ریزی و دوراندیشی اشاره دارد. این پرسشنامه در مطالعات مختلف همبستگی خوبی با پرسشنامه تکانشگری آیزنک نشان داده و ساختار آن به خوبی ابعاد تصمیم‌گیری شتاب‌زده و فقدان دوراندیشی را منعکس می‌کند. از نظر روان‌سنجی، پرسشنامه تکانشگری بارت دارای روایی و پایایی مطلوب است؛ ضریب آلفای کرونباخ آن در نمونه‌های مختلف بالای ۰.۷۰ گزارش شده است که نشان‌دهنده ثبات درونی مناسب است. همچنین پایایی بازآزمایی و روایی همگرا در پژوهش‌های ایرانی تأیید شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه به گونه‌ای است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر ویژگی تکانشگری در فرد می‌باشد. تفسیر نمرات معمولاً به صورت کل نمره و همچنین نمرات هر سه خرده‌مقیاس ارائه می‌شود که به پژوهشگران امکان تحلیل دقیق‌تر ابعاد مختلف تکانشگری را می‌دهد (بارت و همکاران، ۲۰۰۴).

در ادامه، پس از تصویب و تأیید کد اخلاق پژوهش، اقدام به کسب معرفی نامه از دانشکده پرستاری و مامایی شد. در ادامه، آزمودنی‌ها جلسات درمان را پشت سر خواهند گذاشت و در نهایت در دو نوبت پیگیری شرکت می‌کنند. در جریان جلسات درمانی، تمامی پرسشنامه‌ها دو هفته پیش از آغاز درمان برای ارزیابی وضعیت خط پایه تکمیل می‌گردد و سپس در جلسات مداخله شماره ۳، ۵، ۷ و ۹ و همچنین در دو جلسه پیگیری مجدداً تکمیل خواهند شد. سپس به بیمارستان فارابی اصفهان مراجعه کرد تا معرفی‌نامه را به صورت حضوری به معاونت پژوهشی این مرکز ارائه دهد. به منظور جلب رضایت و همکاری مسئولین، جلسه‌ای توجیهی برگزار شد که در آن اهداف پژوهش، اهمیت سلامت روانی بیماران مبتلا به اختلال خلقی تحت درمان با متادون، پیامدهای مثبت و منفی نشخوار ذهنی و تکانشگری، و ضرورت به‌کارگیری مراقبه کلامی به عنوان مداخله‌ای مؤثر مطرح می‌گردد. همچنین فایل پی‌دی‌اف حاوی محتوای جلسات مراقبه کلامی به مسئولین ارائه شد. پس از کسب اجازه از مدیران مربوطه و رعایت تمامی ملاحظات اخلاقی و حفظ حریم خصوصی بیماران، نمونه‌ها از میان بیماران واجد شرایط که در بخش‌های بستری بیمارستان فارابی بستری بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب می‌شوند. ارتباط اولیه و معرفی پژوهش به بیماران توسط سوپروایزر آموزشی انجام گرفت و پس از آن نمونه‌گیری صورت می‌پذیرد.

در نهایت، طی ملاقات حضوری با هر یک از بیماران واجد شرایط و همچنین خانواده بیمار (قیم بیمار)، پژوهشگر خود را معرفی و اهداف و روند اجرای پژوهش را شرح داد و از آنان جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل آورد. پس از دستیابی به حجم نمونه مورد نظر فرم رضایت آگاهانه توسط قیم بیمار تکمیل شد. همچنین فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه‌های تکانشگری و نشخوار فکری پیش از شروع مداخله توسط گروه مورد مطالعه تکمیل شد. سپس برنامه مراقبه کلامی مطابق با پژوهش گویال و همکاران (۲۰۱۴) طی ۹ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در محل بیمارستان برگزار گردید. در طول جلسات، پرسش و پاسخ، تمرین‌های عملی و بحث گروهی انجام شد و پس از پایان مداخلات و یک ماه پیگیری، پرسشنامه‌ها مجدداً توسط

اثربخشی مراقبه کلامی بر نشخوار ذهنی و تکانشگری در بیماران مبتلا به اختلال خلقی تحت درمان با متادون

درمانجویان تکمیل می‌گردد. همچنین به منظور حفظ انسجام داده‌ها، از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا از تبادل اطلاعات در خصوص جلسات آموزشی خودداری کنند. در جدول ۱، خلاصه جلسات درمانی مراقبه کلامی آورده شده است:

جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی مراقبه کلامی (گویال و همکاران، ۲۰۱۴)

جلسات	شرح جلسه	تمرینات
اول	معرفی مراقبه کلامی، آموزش اصول خودتنظیمی ذهن، تنفس عمیق و آرام‌سازی اولیه، توضیح اهداف مداخله	تمرین تنفس عمیق روزانه به مدت ۱۰ دقیقه، ثبت احساسات و واکنش‌های اولیه به تمرین
دوم	آموزش تمرکز بر حضور در لحظه و حس‌های پنجگانه (بینایی، شنوایی، بویایی، چشایی، لامسه)، کاهش پراکندگی افکار	تمرین حضور ذهن در فعالیت‌های روزمره، یادداشت‌برداری از لحظات حضور ذهن و پراکندگی افکار
سوم	معرفی و انتخاب جملات مثبت (مانترا)، آموزش تکرار آرام و متمرکز مانترا	تکرار مانترای انتخاب شده حداقل ۱۵ دقیقه روزانه، ثبت تجربه و تغییرات ذهنی
چهارم	تمرین مراقبه کلامی با تمرکز بر تنفس، توجه به احساسات بدنی و آگاهی بدون قضاوت	مراقبه کلامی روزانه به مدت ۲۰ دقیقه، تمرکز بر تنفس و احساسات بدنی
پنجم	آموزش مشاهده بدون قضاوت افکار، تمرین آرام‌سازی در مواجهه با نشخوار ذهنی	ثبت افکار و تمرین آرام‌سازی هنگام بروز نشخوار ذهنی، یادداشت‌برداری پیشرفت در کنترل افکار
ششم	آموزش تکنیک‌های خودتنظیمی برای کنترل تکانشگری، تمرین آرام‌سازی و تکرار مانترا در موقعیت‌های پرتنش	تمرین تکنیک‌های آرام‌سازی و تکرار مانترا در موقعیت‌های پرتنش، یادداشت‌برداری واکنش‌ها
هفتم	مرور تمرینات پیشین، تمرین ترکیبی مراقبه کلامی و تنفس، پاسخ به سوالات و رفع ابهامات	تمرین ترکیبی مراقبه و تنفس حداقل ۲۰ دقیقه روزانه، ثبت تجربه و بازخورد شخصی
هشتم	تمرین مراقبه کلامی در موقعیت‌های مختلف زندگی، تمرکز بر احساسات و افکار در موقعیت‌های واقعی	تمرین مراقبه در موقعیت‌های مختلف روزانه، یادداشت‌برداری تأثیر تمرین بر زندگی روزمره
نهم	جمع‌بندی مطالب، پرسش و پاسخ، برنامه‌ریزی تمرین‌های مستقل و راهکارهای حفظ تمرین‌ها	برنامه‌ریزی تمرین‌های مستقل روزانه، تعهد به ادامه مراقبه کلامی و خودتنظیمی در زندگی روزمره

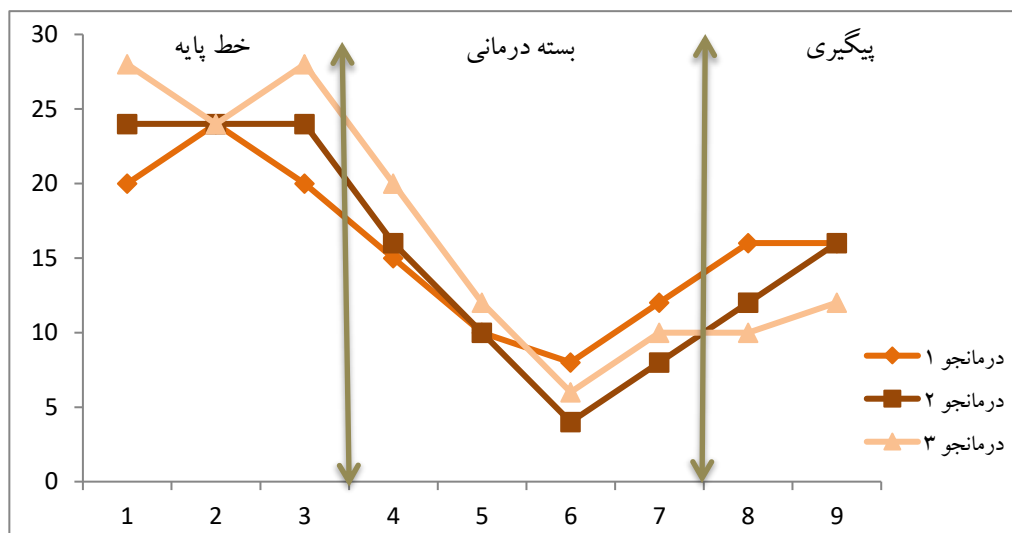
از سوی دیگر، در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا داده‌ها به صورت نمودار برای هر شرکت‌کننده، داده‌های مربوط به سه موقعیت خط پایه، چهار موقعیت مداخله و دو موقعیت پیگیری به ترتیب بر روی نمودار رسم خواهد شد و بعد با استفاده از روند و ثبات، میزان ثبات و جهت روند داده‌ها مشخص خواهد شد و در نهایت با استفاده از روش تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی به تحلیل اثربخشی متغیر مستقل به وابسته پرداخته می‌شود.

یافته‌ها

به منظور شناخت بهتر ماهیت جامعه مورد مطالعه در پژوهش و آشنایی بیشتر با متغیرهای پژوهش، لازم است قبل از تجزیه و تحلیل داده‌های آماری، این داده‌ها توصیف شوند. همچنین توصیف آماری داده‌ها، گامی در جهت تشخیص الگوی حاکم بر آن‌ها به منظور تبیین روابط بین متغیرهایی است که در پژوهش به کار می‌رود. درمانجو اول مردی ۳۵ ساله است که حدود هشت سال سابقه مصرف مواد افیونی، به‌ویژه تریاک و هروئین دارد. وی پس از چندین بار ترک ناموفق با روش‌های خانگی، به مرکز درمان سوءمصرف مواد مراجعه کرده است. انگیزه اصلی او برای آغاز درمان، بهبود وضعیت شغلی و حفظ رابطه با همسر و فرزند خردسالش عنوان شده است. درمانجو اظهار می‌دارد که در دوره‌های پیشین ترک، مهم‌ترین عامل بازگشتش اضطراب،

بی‌خوابی و فشارهای اقتصادی بوده است. او اکنون حدود سه ماه است که تحت درمان با متادون قرار دارد و گزارش می‌دهد که میل به مصرف مواد کاهش یافته، اما گاهی احساس خستگی، یبوست و افت تمرکز را تجربه می‌کند. جلسات روان‌درمانی حمایتی و آموزشی در برنامه درمانی وی قرار گرفته است. درمانجو دوم زنی ۲۸ ساله است که سابقه سه سال مصرف متادون به عنوان جایگزین غیرپزشکی برای مواد مخدر دارد. وی ابتدا از متادون با هدف کنترل میل به مصرف شوهر معتاد خود استفاده کرده است، اما به تدریج خود دچار وابستگی شده است. او در حال حاضر به دلیل خواب‌آلودگی مفرط، کاهش انرژی و احساس وابستگی روانی شدید به متادون به مرکز مراجعه نموده است. وی از حمایت خانوادگی متوسطی برخوردار است و انگیزه او برای درمان، بازگشت به تحصیل و بازیابی توانایی مراقبت از فرزند خردسالش می‌باشد. در حال حاضر در هفته سوم درمان نگهدارنده با دوز کاهنده متادون قرار دارد. درمانجو سوم مردی ۴۵ ساله با سابقه طولانی مصرف مواد افیونی (بیش از پانزده سال) است که شش ماه پیش تحت درمان جایگزین با متادون قرار گرفته است. او گزارش می‌دهد که در ماه‌های نخست درمان، کاهش شدید در مصرف غیرقانونی مواد را تجربه کرده، اما اخیراً به دلیل اضطراب، مشکلات مالی و احساس بی‌هدف بودن، تمایل مجدد به مصرف پیدا کرده است. وی در مصاحبه‌های بالینی از علائم خلقی پایین، سردرگمی نسبت به طول درمان، و نگرانی از قضاوت اطرافیان شکایت دارد. برنامه درمانی فعلی او شامل تنظیم دوز متادون، جلسات مشاوره انگیزشی و ارجاع برای ارزیابی روان‌پزشکی جهت بررسی افسردگی هم‌زمان است. در پژوهش حاضر، این افراد به ترتیب با نام‌های درمانجو اول، درمانجو دوم و درمانجو سوم مورد اشاره قرار می‌گیرند.

در پژوهش حاضر، به منظور پاسخ‌گویی به فرضیه تحقیق، پس از طراحی برنامه مراقبه کلامی و انتخاب سه بیمار مبتلا به اختلال خلقی تحت درمان با متادون، برنامه مداخله‌ای در قالب یک طرح تک‌آزمودنی با خط پایه یکسان برای آزمودنی‌های مختلف اجرا شد. داده‌های مربوط به مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری برای هر آزمودنی به صورت جداگانه جمع‌آوری گردید. سپس تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های رایج در تحلیل طرح‌های تک‌آزمودنی انجام شد. نتایج تحلیل و بررسی نمودارهای ترسیم‌شده برای هر بیمار در نمودار ۱ نشان داد که اجرای برنامه مراقبه کلامی موجب کاهش نشخوار ذهنی در بیماران مبتلا به اختلال خلقی تحت درمان با متادون می‌شود.



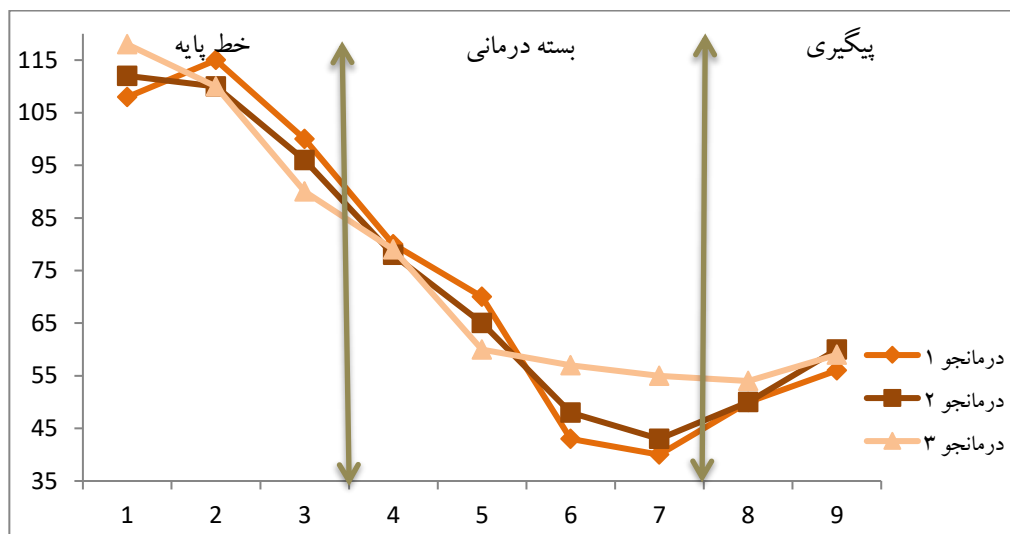
شکل ۱- نمرات پرسشنامه نشخوار ذهنی درمانجویان در موقعیت خط پایه، درمان و پیگیری برای درمانجویان

با توجه به شکل ۱ می‌توان گفت که در مرحله‌ی خط پایه، نمرات پرسشنامه نشخوار ذهنی برای درمانجویان نسبتاً بالا بوده است؛ درمانجو ۱ با میانگین نمره‌ی حدود ۲۴، درمانجو ۲ با ۲۵ و درمانجو ۳ با ۲۷ در سطح قابل توجهی از نشخوار ذهنی قرار داشتند. این تفاوت اندک بین افراد نشان‌دهنده‌ی شدت نسبتاً مشابه در افکار تکراری، نگرانی‌های مزمن و تمرکز مفرط بر جنبه‌های منفی تجربه‌های گذشته در هر سه بیمار پیش از شروع مداخله بود. در این مرحله، بیماران هنوز درگیر الگوهای ذهنی ناسازگار و افکار چرخه‌ای مرتبط با اختلال خلقی خود بودند و آثار داروی متادون به‌تنهایی قادر به مهار این الگوهای شناختی نبود. با آغاز مرحله‌ی بسته درمانی شامل تمرین مراقبه‌ی کلامی، تغییرات قابل‌ملاحظه‌ای در نمرات مشاهده شد. درمانجو ۱ از نمره‌ی ۲۴ به حدود ۸، درمانجو ۲ از ۲۵ به ۵ و درمانجو ۳ از ۲۷ به ۷ رسید. این کاهش چشمگیر بیانگر کاهش قابل توجه در شدت نشخوار ذهنی است و نشان می‌دهد که مداخله مراقبه‌ی کلامی توانسته است به شکل مؤثر افکار تکراری و منفی را متوقف سازد. در این مرحله بیماران یاد گرفتند که به‌جای درگیر شدن در زنجیره‌ی افکار منفی، توجه خود را آگاهانه به گفتار درونی آرام و کنترل‌شده معطوف کنند و از طریق پذیرش افکار، ذهن خود را در وضعیت آرام‌تری نگه دارند. روند نزولی نمرات هر سه درمانجو تأییدکننده‌ی تأثیر درمان بر کاهش نشخوار ذهنی در بیماران تحت درمان با متادون است. در مرحله‌ی پیگیری که حدود چند هفته پس از پایان درمان انجام شد، نمرات پرسشنامه نشخوار ذهنی کمی افزایش یافت اما همچنان پایین‌تر از خط پایه باقی ماند. درمانجو ۱ به نمره‌ی ۱۲، درمانجو ۲ به ۱۰ و درمانجو ۳ به ۹ رسید. این افزایش جزئی طبیعی است و می‌تواند ناشی از بازگشت تدریجی برخی افکار منفی یا شرایط محیطی جدید باشد؛ با این حال، تداوم پایین بودن نمرات نسبت به مرحله‌ی پیش‌درمان نشان می‌دهد که آثار مثبت مراقبه‌ی کلامی تا مرحله‌ی پیگیری حفظ شده است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که مراقبه‌ی کلامی نه‌تنها در کاهش نشخوار ذهنی طی درمان نقش قابل توجهی داشته، بلکه در حفظ آرامش ذهن و کاهش تداوم افکار چرخه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال خلقی تحت درمان با متادون نیز اثربخشی پایدار نشان داده است. در جدول ۲، نتایج محاسبه اندازه اثر به دو روش SMD و PND برای هر آزمودنی در مولفه نشخوار ذهنی آورده شده است:

جدول ۲: نتایج محاسبه اندازه اثر به دو روش SMD و PND برای هر آزمودنی در مولفه نشخوار ذهنی

آزمودنی	میزان PND	میزان SMD
درمانجو اول	۱۰۰ درصد	۱۶
درمانجو دوم	۱۰۰ درصد	۹
درمانجو سوم	۹۳ درصد	۱۳.۳۷

مطابق با جدول ۲، نتایج محاسبه اندازه اثر به دو روش PND (درصد داده‌های غیرهمپوش) و SMD (اندازه اثر استانداردشده) نشان می‌دهد که برنامه مراقبه کلامی تأثیر بسیار بالایی بر کاهش نشخوار ذهنی درمانجویان داشته است. در روش PND، درمانجوهای اول و دوم هر دو عدد ۱۰۰ درصد را کسب کرده‌اند، که بیانگر آن است که تمام داده‌های مرحله مداخله نسبت به داده‌های خط پایه بهبود یافته‌اند و هیچ همپوشانی میان مقادیر قبل و بعد از درمان وجود نداشته است؛ این میزان نشان‌دهنده اثرگذاری کامل درمان بر این دو آزمودنی است. درمانجوی سوم نیز با ۹۳ درصد کاهش، اثر بسیار قوی و قابل توجهی را نشان داده است. در محاسبه SMD نیز مقدارهای ۱۶، ۹ و ۳۷.۱۳ برای درمانجویان اول تا سوم به‌دست آمده‌اند که همگی در دامنه اندازه اثر بسیار بزرگ قرار می‌گیرند. این نتایج به‌صورت کلی نشان‌دهنده اثربخشی چشمگیر برنامه مراقبه کلامی در کاهش نشخوار ذهنی و بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران تحت درمان با متادون است. نتایج تحلیل و بررسی نمودارهای ترسیم‌شده برای هر درمانجو در نمودار ۲ نشان داد که اجرای برنامه مراقبه کلامی موجب کاهش تکانشگری در بیماران مبتلا به اختلال خلقی تحت درمان با متادون می‌شود.



شکل ۲- نمرات پرسشنامه تکانشگری درمانجویان در موقعیت خط پایه، درمان و پیگیری برای درمانجویان

با توجه به شکل ۲ می‌توان گفت که در مرحله خط پایه، نمرات پرسشنامه تکانشگری در هر سه درمانجو بالا بود. درمانجوی اول نمره‌ای حدود ۱۱۲، درمانجوی دوم ۱۱۱ و درمانجوی سوم ۱۱۵ را کسب کرده بودند. این نمرات بالا نشان‌دهنده سطح قابل توجهی از تکانشگری پیش از شروع مداخله در هر سه بیمار است که ممکن است با رفتارهای تکانشی، عدم توانایی در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری عواقب‌سنجانه همراه باشد. با ورود به بسته درمانی، شاهد یک روند نزولی چشمگیر در نمرات تکانشگری هر سه درمانجو هستیم. نمرات از محدوده ۱۱۰ به تدریج کاهش یافته و در اواخر این مرحله به حدود ۵۰ تا ۵۵ رسیدند. به طور دقیق‌تر، درمانجوی اول از ۱۱۲ به حدود ۵۵، درمانجوی دوم از ۱۱۱ به حدود ۴۲ و درمانجوی سوم از ۱۱۵ به حدود ۴۸ رسیدند. این کاهش قابل توجه، نشان‌دهنده اثربخشی مداخله درمانی در کاهش تکانشگری و بهبود کنترل رفتاری بیماران است.

در مرحله پیگیری، نمرات تکانشگری اندکی افزایش یافت اما همچنان بسیار پایین‌تر از خط پایه باقی ماند. درمانجوی اول از ۵۵ به حدود ۶۳، درمانجوی دوم از ۴۲ به حدود ۵۸ و درمانجوی سوم از ۴۸ به حدود ۶۰ رسید. این افزایش جزئی نشان‌دهنده حفظ اثربخشی درمان در طول زمان است؛ هرچند ممکن است بخشی از اثرات اولیه کاهش یافته باشد، اما نمرات همچنان نشان‌دهنده بهبود قابل توجهی نسبت به وضعیت اولیه بیماران است و حاکی از آن است که مداخله توانسته است الگوهای تکانشی را تا حد زیادی تعدیل کند. در جدول ۳، نتایج محاسبه اندازه اثر به دو روش SMD و PND برای هر آزمودنی در مولفه تکانشگری آورده شده است:

جدول ۳: نتایج محاسبه اندازه اثر به دو روش SMD و PND برای هر آزمودنی در مولفه تکانشگری

آزمودنی	میزان PND	میزان SMD
درمانجو اول	۱۰۰ درصد	۳۰
درمانجو دوم	۱۰۰ درصد	۴۵
درمانجو سوم	۶۷ درصد	۱۵.۵

مطابق با جدول ۳، نتایج محاسبه اندازه اثر در مولفه تکانشگری، با استفاده از دو روش PND و SMD، نشان‌دهنده تأثیر قوی مداخله درمانی است. برای درمانجوی اول و دوم، میزان PND برابر با ۱۰۰ درصد بوده است که نشان می‌دهد تمام داده‌های مرحله درمان نسبت به خط پایه بهبود یافته و هیچ همپوشانی بین این دو مرحله وجود ندارد؛ این بدان معناست که درمان برای این دو آزمودنی در کاهش تکانشگری کاملاً مؤثر بوده است. درمانجوی سوم با PND مقدار برابر با ۶۷ درصد نیز بهبود قابل توجهی را نشان می‌دهد، هرچند نه به اندازه دو آزمودنی دیگر. مقادیر SMD نیز این یافته‌ها را تأیید می‌کنند: درمانجوی دوم با ۴۵، درمانجوی اول با ۳۰ و درمانجوی سوم با ۱۵.۵، همگی در محدوده اندازه اثر بسیار بزرگ تا بزرگ قرار می‌گیرند و بیانگر اثربخشی چشمگیر مداخله درمانی در کاهش تکانشگری در هر سه آزمودنی هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی مراقبه کلامی بر نشخوار ذهنی و تکانشگری در بیماران مبتلا به اختلال خلقی تحت درمان با متادون بوده است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که مداخله مراقبه کلامی بر هر دو مؤلفه نشخوار ذهنی و تکانشگری در بیماران مبتلا به اختلال خلقی که تحت درمان با متادون هستند، تأثیر مثبت و معناداری داشته است. به طور خاص، این مداخله منجر به کاهش قابل توجه در نمرات نشخوار ذهنی و تکانشگری در مراحل درمان و پیگیری شده و اندازه‌های اثر (SMD و PND) نیز موید اثربخشی قوی و پایدار این روش درمانی است. در مرحله خط پایه، نمرات نشخوار ذهنی برای درمانجویان ۱، ۲ و ۳ به ترتیب حدود ۲۴، ۲۵ و ۲۷ بود. پس از مداخله مراقبه کلامی، این نمرات به طور چشمگیری کاهش یافت: درمانجو ۱ از ۲۴ به حدود ۸، درمانجو ۲ از ۲۵ به ۵ و درمانجو ۳ از ۲۷ به ۷ رسید. در مرحله پیگیری، نمرات اندکی افزایش یافته و به ۱۲ (درمانجو ۱)، ۱۰ (درمانجو ۲) و ۹ (درمانجو ۳) رسیدند، که همچنان پایین‌تر از خط پایه بود. همچنین، در مرحله خط پایه، نمرات تکانشگری درمانجویان اول، دوم و سوم به ترتیب حدود ۱۱۲، ۱۱۱ و ۱۱۵ بود. در بسته درمانی، این نمرات به طور قابل توجهی کاهش یافتند: درمانجوی اول از ۱۱۲ به حدود ۵۵، درمانجوی دوم از ۱۱۱ به حدود ۴۲ و درمانجوی سوم از ۱۱۵ به حدود ۴۸ رسیدند. در مرحله پیگیری، نمرات اندکی افزایش یافت و به ترتیب به ۶۳، ۵۸ و ۶۰ رسیدند، اما همچنان بسیار پایین‌تر از خط پایه باقی ماندند.

اندازه‌های اثر نیز حاکی از اثربخشی قوی مداخله بود: در مولفه نشخوار ذهنی، درمانجویان اول و دوم ۱۰۰ درصد PND و درمانجوی سوم ۹۳ درصد PND را نشان دادند. مقادیر SMD برای این مولفه به ترتیب ۱۶، ۹ و ۱۳.۳۷ بود. برای مولفه تکانشگری، درمانجویان اول و دوم ۱۰۰ درصد PND و درمانجوی سوم ۶۷ درصد PND را نشان دادند، در حالی که مقادیر SMD به ترتیب ۳۰، ۴۵ و ۱۵.۵ بود. این کاهش‌ها و اندازه‌های اثر بالا، نشان‌دهنده تأثیر مثبت و پایدار مراقبه کلامی در کاهش نشخوار ذهنی و تکانشگری در بیماران تحت درمان با متادون و مبتلا به اختلال خلقی است. این یافته‌ها بیانگر آن است که مراقبه کلامی می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی مکمل مؤثر برای این جمعیت خاص عمل کند و به بهبود کنترل رفتاری و شناختی آن‌ها کمک نماید.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که ۱. تأثیر بر نشخوار ذهنی: نتایج به وضوح نشان داد که مراقبه کلامی توانسته است الگوهای فکری تکراری و منفی مرتبط با نشخوار ذهنی را در بیماران کاهش دهد. در مرحله خط پایه، نمرات نشخوار ذهنی بالا بود که با وضعیت خلقی این بیماران همخوانی دارد. پس از مداخله، این نمرات به شدت کاهش یافتند و حتی در مرحله پیگیری نیز در سطوح پایین باقی ماندند. این کاهش بیانگر آن است که بیماران توانسته‌اند با استفاده از تکنیک‌های مراقبه کلامی، توجه خود را از افکار منفی منحرف کرده و بر لحظه حال متمرکز شوند. علاوه بر نشخوار ذهنی، مراقبه کلامی بر تکانشگری نیز تأثیر بسزایی داشته است. نمرات بالای تکانشگری در مرحله خط پایه نشان‌دهنده مشکلات در کنترل رفتار و تصمیم‌گیری ناگهانی

بوده است. مداخله مراقبه کلامی با کاهش قابل توجه این نمرات، به بیماران کمک کرده است تا کنترل بیشتری بر رفتارهای تکانشی خود داشته باشند. این ممکن است به دلیل افزایش خودآگاهی و توانایی تأمل پیش از اقدام باشد که از اصول مراقبه نشأت می‌گیرد.

یکی از نکات برجسته نتایج، حفظ اثربخشی درمان در مرحله پیگیری است. با وجود افزایش اندک نمرات نسبت به انتهای درمان، هر دو مؤلفه نشخوار ذهنی و تکانشگری همچنان در سطوح بسیار پایین‌تری نسبت به خط پایه قرار داشتند. این امر نشان می‌دهد که مراقبه کلامی نه تنها یک راه حل موقت نیست، بلکه می‌تواند مهارت‌های پایدارتری را در بیماران ایجاد کند که به آن‌ها در مدیریت بلندمدت علائمشان کمک می‌کند. اندازه اثر بالا در مولفه‌های نشخوار ذهنی و تکانشگری، تأیید قاطعی بر اثربخشی بالینی این مداخله است. PND برابر با ۱۰۰ درصدی به معنای عدم همپوشانی کامل بین نمرات پیش و پس از درمان است که نشان‌دهنده تغییر واقعی و معنادار است. SMD نیز میزان بزرگی این تغییر را نسبت به واریانس درون‌گروهی نشان می‌دهد و مقادیر بالای آن حاکی از تأثیر قابل توجه و قوی مراقبه کلامی است. این یافته‌ها به ویژه در بافت بیماران مبتلا به اختلال خلقی که تحت درمان با متادون هستند، اهمیت ویژه‌ای دارد. متادون خود می‌تواند بر حالات خلقی و شناختی تأثیر بگذارد و اختلال خلقی نیز با نشخوار ذهنی و تکانشگری مرتبط است. موفقیت مراقبه کلامی در این جمعیت نشان می‌دهد که این مداخله می‌تواند به عنوان یک رویکرد مکمل مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران عمل کند و به آن‌ها در مدیریت همزمان اعتیاد و مشکلات خلقی یاری رساند.

این پژوهش با وجود نتایج مثبت، محدودیت‌هایی نیز دارد. اولاً، تعداد کم آزمودنی‌ها (سه نفر) تعمیم‌پذیری نتایج به جامعه بزرگتر را دشوار می‌سازد و ممکن است اثرات مشاهده شده ناشی از ویژگی‌های خاص این افراد باشد. ثانیاً، عدم وجود گروه کنترل فعال در این مطالعه، که در آن بیماران با مداخلات دیگری مقایسه شوند، امکان تفکیک اثرات واقعی مراقبه کلامی از اثرات احتمالی دیگر عوامل مانند اثر پلاسیبو یا توجه درمانی را محدود می‌کند. همچنین، وابستگی به خودگزارش‌دهی آزمودنی‌ها در پرسشنامه‌ها می‌تواند با سوگیری‌های پاسخ‌دهی همراه باشد. از نظر کاربردی، توصیه می‌شود مداخله مراقبه کلامی به عنوان یک رویکرد درمانی مکمل در مراکز درمانی و بازپروری اعتیاد که به بیماران مبتلا به اختلال خلقی خدمات ارائه می‌دهند، گنجانده شود. این مداخله می‌تواند به عنوان بخشی از برنامه درمانی جامع برای کمک به بیماران در مدیریت نشخوار ذهنی و تکانشگری، و در نتیجه بهبود کلی کیفیت زندگی و کاهش احتمال بازگشت به مصرف مواد، مورد استفاده قرار گیرد. از نظر پژوهشی، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با حجم نمونه بزرگتر، استفاده از گروه‌های کنترل فعال (مثلاً گروهی که مراقبه کلامی دریافت نمی‌کنند یا مداخله دیگری مانند آموزش مهارت‌های اجتماعی دریافت می‌کنند) و در صورت امکان، استفاده از معیارهای عینی‌تر برای سنجش نشخوار ذهنی و تکانشگری (مانند سنجش‌های فیزیولوژیک یا رفتاری) انجام شود تا اعتبار و قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین، بررسی بلندمدت‌تر اثربخشی این مداخله و تأثیر آن بر سایر جنبه‌های سلامت روان و بهزیستی بیماران نیز حائز اهمیت است.

منابع

- [۱] آینه چی، ع.، جان بزرگی، م.، و حسن آبادی، ح.ر. (۱۴۰۰). امکان سنجی بسته مداخله مذهبی مبتنی بر تقرب به خدا در کاهش نشانگان اضطراب: مطالعه تک جنسیتی با طرح تک آزمودنی-خط پایه چندگانه. روان شناسی فرهنگی، ۵(۱)، ۳۳-۱.
- [۲] افروزه، ا.، امرائی، ک.، حسن زاده، س.، و عزیزی، م.پ. (۱۴۰۱). تاثیر برنامه آموزش مستقیم آگاهی واج شناختی بر روان خوانی و کارکردهای اجرایی دانش آموزان نارساخوان: طرح تک آزمودنی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۵(۵)، ۲۶۱۹-۲۶۳۱.
- [۳] حسینی، س.، نجفی، م. (۱۴۰۲). تکانشگری و رفتارهای پرخطر در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و اعتیاد. مجله روانپزشکی و علوم رفتاری ایران، ۱۷(۳)، ۲۱۰-۲۱۸.
- [۴] خادمی، م.، رحیمی، ع. (۱۴۰۳). اختلالات خلقی و سوء مصرف مواد: مروری بر مطالعات بالینی ایران. مجله درمان سوء مصرف مواد، ۱۵(۱)، ۳۳-۴۲.
- [۵] زارعی، ف.، شمس، ج. (۱۴۰۳). اثربخشی مراقبه کلامی در کاهش نشخوار ذهنی و تکانشگری در بیماران اختلال خلقی و اعتیاد. مجله روانشناسی بالینی، ۸۰(۱)، ۴۵-۵۶.
- [۶] شیری، ا.، پوراعتماد، ح.ر.، فتح آبادی، ج.، و نریمانی، م. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی برنامه خانواده محور مدیریت رفتارهای اضافه آتیسیم: مطالعه تک آزمودنی. خانواده پژوهی، ۱۵(۵۸)، ۲۶۷-۲۸۲.
- [۷] محمدی، ع.، رضایی، م. (۱۴۰۳). ارتباط نشخوار ذهنی با افسردگی و اضطراب در بیماران معتاد. مجله علوم رفتاری و روانپزشکی ایران، ۱۶(۴)، ۳۶۰-۳۵۰.
- [۸] موسوی، ر.، کریمی، ن. (۱۴۰۲). شیوع اختلالات خلقی در ایران: مرور نظام‌مند. مجله روانپزشکی ایران، ۱۸(۲)، ۱۴۵-۱۵۹.
- [۹] نصیری، اکبر. (۱۳۹۹). مسیرهای بین هدف‌گزینی اجتماعی و سازگاری با مدرسه: نقش واسطه‌ای نشخوار فکری، همدلی و بخشایش. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- [10] Sivaramappa, B., Deshpande, S., Kumar, P. V. G., & Nagendra, H. R. (2019). Effect of anapanasati meditation on verbal aggression: A randomized controlled trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 36, 77-81.
- [11] Barratt, E., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Felthous, A. (2004). Neuropsychological and cognitive psychophysiology substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 41, 1045-1061
- [12] Darke, S., & Ross, J. (2020). Impulsivity and substance use disorders: A review of the literature. *Addiction*, 115(4), 555-567. <https://doi.org/10.1111/add.14788>
- [13] Hser, Y. I., Zhu, Y., Fei, Z., Mooney, L. J., Evans, E. A., Kelleghan, A., ... & Saxon, A. J. (2022). Long-term follow-up assessment of opioid use outcomes among individuals with comorbid mental disorders and opioid use disorder treated with buprenorphine or methadone in a randomized clinical trial. *Addiction*, 117(1), 151-161.
- [14] Elliott, M. V., Johnson, S. L., Pearlstein, J. G., Lopez, D. E. M., & Keren, H. (2023). Emotion-related impulsivity and risky decision-making: A systematic review and meta-regression. *Clinical psychology review*, 100, 102232.
- [15] Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M. S., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., ... & Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 357-368.
- [16] Jones, H. E., & Kaltenbach, K. (2021). Methadone treatment during pregnancy: Maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 225(1), 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.03.005>
- [17] Macey, T. A., Weimer, M. B., Grimaldi, E. M., Dobscha, S. K., & Morasco, B. J. (2014). Patterns of care and side effects for patients prescribed methadone for treatment of chronic pain. *Pain Medicine*, 15(11), 1905-1913. <https://doi.org/10.1111/pme.12505>
- [18] Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2014). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD002209. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002209.pub2>

- [19] American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
- [20] Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.
- [21] Smith, J. P., & Alloy, L. B. (2023). Rumination and mood disorders: A review of the cognitive mechanisms and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 95, 102176. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102176>
- [22] Tang, Y. Y., & Posner, M. I. (2022). Meditation and self-regulation: The role of mindfulness in reducing impulsivity and rumination. *Trends in Cognitive Sciences*, 26(5), 402-414. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2022.02.004>
- [23] Volkow, N. D., & Blanco, C. (2021). The changing opioid crisis: Development, challenges, and opportunities. *Molecular Psychiatry*, 26(1), 218-233. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0661-4>
- [24] Watkins, E. R. (2024). A systematic review of the effects of rumination-focused cognitive-behavioral therapy on depression and rumination. *Frontiers in Psychology*, 15, Article 1447207. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1447207>
- [25] Winstanley, E. L., & Stover, M. (2019). Methadone maintenance treatment: A review of side effects and clinical considerations. *Journal of Addiction Medicine*, 13(4), 243-250. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000495>
- [26] Zargar, F., & Shams, J. (2024). The effectiveness of verbal mindfulness meditation on reducing rumination and impulsivity in patients with mood disorders and addiction. *Journal of Clinical Psychology*, 80(1), 45-56. <https://doi.org/10.1002/jclp.23456>.
- [27] Kazemi, M., & Ahmadi, S. (2023). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on rumination and anxiety symptoms in patients with major depressive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry*, 18(3), 210-222