

"فاعلية اليقظة الذهنية في مراحل التغيير العلاجية لدى عملاء اضطراب المواد الإدمانية"

إعداد الباحثان:

بعلي دبيان السهلي

(ماجستير علم نفس عيادي وارشادي) تخصص دقيق علاج الإدمان - أخصائي نفسي وعلاج أدمان

محمد حسن بن غوينم

أخصائي نفسي وعلاج إدمان

العنوان: المملكة العربية السعودية - منطقة مكة المكرمة - مدينة جدة



ملخص البحث:

كانت أهداف هذه الدراسة الاستكشافية هي: دراسة فعالية اليقظة الذهنية في المراحل العلاجية للتغيير في عملاء اضطراب المواد المخدرة، وتقييم تأثير هذه التجارب في تطوير مهارات اليقظة الذهنية الأساسية ونتائج العلاج. استخدمت الدراسة داخل الموضوع تصميمًا بطريقة طبيعية مختلطة تتكامل مع الكميات والبيانات النوعية حيث تم تضمين جميع المشاركين الذين دخلوا العلاج ووافقوا على المشاركة في التقييم في جمع البيانات.

يهدف هذا البحث إلى التعرف على فعالية اليقظة الذهنية في مراحل التغيير العلاجي لدى عملاء اضطرابات المواد المسببة للإدمان، لدى مرضى تم تشخيصهم باضطراب استخدام المواد المخدرة في مدينة جدة. تكونت العينة على عدد (ستين مريضاً) وتم توزيعها على مجموعتين تجريبيتين من (أربعين مريضاً) ومجموعة ضابطة من (عشرين مريضاً). تم استخدام مقياس الدافعية للعلاج واستبيان اليقظة للعوامل الخمسة واختبار مواضع الانتكاس واختبار معرفة درجة الثقة بالنفس تجاه المخدر. ويألف البرنامج التدريبي على اليقظة الذهنية الذي أعده الباحثين من ثمانية جلسات. وخلصت الدراسة إلى أن فعالية برنامج تدريبات اليقظة الذهنية في تحسين مهارات اليقظة الذهنية وتحسين مراحل التغيير لدى المرضى، في عينة البحث. وشمل التحليل ما مجموعه 60 شاباً بمتوسط عمر 28.9 سنة. إحصائياً، وأظهرت النتائج تغييرات كبيرة في الدرجات للمقاييس البعدية على جوانب الاستبيان (FFMQ) والدافعية للتغيير اختبار مواضع الانتكاس واختبار معرفة درجة الثقة بالنفس تجاه المخدر كانت في السابق ما بعد البرنامج لجميع العملاء نتيجة للعلاج. وكانت هذه التغييرات مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بنتائج العلاج كما يتضح من التغييرات ذات الأهمية الإحصائية في إجمالي الدرجات. كما أظهر تحسناً محدداً في درجات مهارات اليقظة الذهنية المتعلقة بالجوانب غير القضائية واللوم التقاعلي، والتي ارتبطت بانخفاض في عينة البحث بشكل عام من الضيق الذاتي كما تم قياسه من خلال نوعين من النتائج المستمدة من تحليل ردود فعل العملاء. تدعم هذه التعليقات هذه النتائج وتسلط الضوء على وجهة نظر العميل حول قيمة التجارب القائمة على اليقظة الذهنية في مراحل التغيير العلاجية لدى عملاء اضطراب المواد المخدرة. نهج واعد لعلاج SUD واقتراح لمزيد من البحث في هذا المجال في علاج الإدمان. والمثير للدهشة أن النتائج أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على اختبار مواضع الانتكاس واختبار معرفة درجة الثقة بالنفس تجاه المخدر، و فرقت إحصائية بين متوسط درجة القياس قبل وبعد المجموعة التجريبية على اختبار مواضع الانتكاس واختبار معرفة درجة الثقة بالنفس تجاه المخدر، و وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة التجريبية على مقياس اليقظة العقلية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس اختبار مواضع الانتكاس واختبار معرفة درجة الثقة بالنفس تجاه المخدر لصالح المجموعة الضابطة.

الكلمات المفتاحية: اليقظة العقلية - مراحل التغيير في علاج الإدمان.

مقدمة:

تعاطي المخدرات هو مشكلة تؤثر على الأفراد والأسر والمجتمعات في جميع أنحاء العالم حيث تعاطي المخدرات هو مصطلح بسيط مزيج معقد من السلوكيات، والقضايا القانونية، والمعضلات الأخلاقية والاجتماعية. اضطراب تعاطي المخدرات (SUD) هو مشكلة صحية عامة مزمنة تؤدي إلى تكاليف كبيرة للأفراد الذين يعانون من مرض الإدمان، والمجتمعات التي يقيمون فيها، وأنظمة الرعاية الصحية التي يتم التأكيد عليها عند توفير العلاج البديل عبر سلسلة الرعاية للمساعدة في معالجة مشكلة الرعاية الصحية السلوكية المستمرة هذه (McCollister et al. 2013). التدخلات القائمة على اليقظة الذهنية (MBIs)، بما في ذلك: تدخلات التأمل مثل تلك التي أبلغ عنها (Bowen et al. 2006)، وبرامج الوقاية من الانتكاس (Bowen et al. 2009) تحظى باهتمام كبير في الأدبيات كبديل علاجي فعال، خاصة للعملاء الذين يعانون من (SUD) (Black 2014). كان الكثير من الأبحاث التي أجريت على التدخلات القائمة على اليقظة الذهنية (MBI) في مجال برامج الوقاية من الانتكاس القائمة على اليقظة الذهنية (MBRPs)، والتي غالبا ما تتكامل مع جلسات العلاج التعليمية أو المعرفية لتعزيز نهج العلاج كالمعتاد (TAU). على سبيل المثال، تم توقيع Bowen et al. (2009) على امتحان MBRP الذي تضمن جلسات تأمل وتعليمية لمساعدة المشاركين على تطوير القبول والوعي بمسبباتهم والحد بشكل فعال من تعاطي المخدرات والرغبة الشديدة. أظهرت نتائج دراستهم الخاضعة للرقابة أن المشاركين في مجموعة MBRP أظهروا انخفاضا كبيرا في تعاطي المخدرات والرغبة الشديدة في المتابعة لمدة 4 أشهر وسجلوا مستويات أعلى بكثير من الوعي بالمحفزات. في أحدث تجربة معشاه ذات شواهد (RCT)، بوين وآخرون (2014) مقارنة MBRP مماثلة مع (أ) انتكاس برنامج الوقاية العلاج المعرفي (RP) و (ب) برنامج التربية النفسية المكون من 12 خطوة (TAU). أظهرت نتائج هذه الدراسة أن الأفراد في ظروف MBRP و RP كانوا أقل عرضة للإصابة بتعاطي المخدرات والإفراط في الشرب من أولئك الذين كانوا في حالة TAU (العلاج كالمعتاد). بعد 12 شهرا من المتابعة، أبلغ المشاركون في برنامج MBRP عن أيام أقل بكثير من تعاطي المخدرات وقللوا بشكل كبير من الإفراط في الشرب مقارنة بمجموعات RP و TAU. Witkiewitz et al. إن فعالية تدخلات MBRP في سياقات SUD واعدة وقد أثارت اهتمام الباحثين المعرفيين العصبيين المهتمين بالآلية العلاجية لهذه العلاجات الناشئة. قدم Garland et al. (2014a) إطارا مفاهيميا لكيفية استهداف MBIs (التدخل القائم على اليقظة الذهنية) على وجه التحديد الإدراك والعاطفي والعصبي البيولوجي الذي تأثر بتعاطي المخدرات المتكرر. على الرغم من أن المراجعة الكاملة لهذا النموذج العصبي المعرفي (توفير نهج بديل لفهم عمل العلاج) خارج نطاق هذه الورقة، افترض Garland et al. (2014a) أن مرضى الإدمان ليس لديهم القدرة على التحكم في الاستجابات المعرفية والعاطفية للإشارات والإجهاد التي تثير الرغبة الشديدة وتعاطي المخدرات وغير قادرين على العثور على المتعة من المكافآت الطبيعية بسبب تأثير التخدير الناجم عن تعاطي المواد المخدرات المزمن. لإعادة تدريب آلية الاستجابة هذه، قام Garland et al. (2010) بتطوير تدخل تعزيز التعافي الموجه نحو اليقظة الذهنية والذي يتضمن تطوير مهارات اليقظة الذهنية وإعادة التقييم. أظهر هذا التدخل بعض النتائج الواعدة في العملاء الذين يعانون من (SUDs) (Garland et al. 2014b). افترضوا أن زيادة اليقظة الذهنية، وهي عقلية تتميز بالوعي والقبول غير النشطين (Baer et al. 2006)، هي عامل استباقي يحمي الأفراد من الرغبة الشديدة (Garland). وروبرتس لويس (2013). يؤثر الأفراد الذين يعانون من زيادة اليقظة الذهنية للحاضر بشكل إيجابي على واجهة انتباههم - تقييم العواطف عندما يكونون قادرين على إجراء تقييم أكثر دقة لظروفهم الحالية عن طريق الحد من التحيز العاطفي وتقييم قدرتهم على التعامل مع تحدياتهم الحالية. الذوق، الذي يعرف بأنه الاهتمام الانتقائي بالتجربة الإيجابية (Bryant 1989; Quoidbach et al. 2010)، يسمح لأفراد SUD بحضور مجموعة متنوعة من الأحاسيس والتصورات والعواطف الإيجابية التي تثيرها التجربة. استكشف كيف أن هذه التجارب في العلاج

على دراية بالممارسات غير الدوائية ومكافأته بشكل طبيعي (توافر الدواء والوصول إليه واستخدامه) ، والانتباه إليها ، والاستمتاع بها. تترجم هذه التجارب إلى تغييرات في السلوك، والرعاية هو مجال مهم للبحث ، وخاصة في مجال التطبيق. اعدادات. في استخدام المواد المسببة للإدمان يعني تناول المواد المسببة للإدمان سواء كانت طبيعية أو اصطناعية بخلاف الغذاء، أن تعاطي أو استخدام المواد المسببة للإدمان يساعد على فرص حدوثها أو زيادة المشاكل سواء كانت مشاكل جسدية، أو نفسية أو اجتماعية أو مهنية أو قانونية، وعلى الرغم من زيادة هذه المشاكل لدى مرضى اضطراب المواد الادمانية والجهود العلاجية المبذولة. ولكن العديد من المعالجين يغفلون عن موقع العملاء في سلسلة أو مراحل التغيير وهذا قد يؤثر على مسار العملية العلاجية مراحل التغيير (Gerard: 2013) تكيف العميل مع العلاج الفردي أو العلاج الجماعي من خلال إظهار الاستعداد والرغبة في التغيير في العلاج النفسي بشكل عام وفي علاج اضطرابات المواد الإدمان بشكل خاص. تمثل كل مرحلة من مراحل التغيير الخمس فترة زمنية وأداء مجموعة من المهام اللازمة للانتقال إلى المرحلة التالية وعلى الرغم من طول الوقت الذي يقضيه الفرد في كل مرحلة والتي تختلف من عميل لآخر، فإن المرحلة الأولى هي مرحلة ما قبل التأمل و الإدراك وهي المرحلة التي لا توجد فيها نية لتغيير السلوك في المستقبل المنظور، ومن ناحية أخرى ، أشار Atkins: 2014 إلى أن معظم العملاء في هذه المرحلة غير مدركين أو غير مستبصرين لمشاكلهم الشخصية أو العائلية أو المهنية وغالبا ما ينخرطون في العلاج بسبب ضغوط الآخرين وعادة ما يشعرون بأنهم مجبرون على التغيير من قبل الشريك الذي يهدد بالمغادرة أو صاحب العمل الذي يهدد بالفصل أو الآباء الذين يهددون بالمغادرة. من خلال التبرؤ منهم أو من قبل المحاكم التي تهدد بمعاقبتهم. كما أوضح (Atkins: 2014) المرحلة الثانية: وهي مرحلة التأمل خلال هذه المرحلة يدرك العملاء أن هناك مشكلة لديهم ويفكرون بجدية للتغلب عليها ولكن لم يتم اتخاذ إجراءات التغيير حيث يعيشون الصراع بين أفكارهم والإيجابية في تقييم سلوكهم المختل وظفيا ومقدار الخسارة أو الجهد الذي سيبدولونه للتغلب عليه، من الممكن أن يستمر العملاء في هذه المرحلة (التأمل) لفترات طويلة من الزمن للنظر بجدية في المشكلة. المرحلة الثالثة: هي المرحلة التي تجمع بين معايير نية التغيير والسلوك الإيجابي للتغيير وعادة ما ينوي الأفراد في هذه المرحلة اتخاذ إجراءات للتغيير في أقرب وقت ممكن وغالبا ما تكون التغييرات السلوكية الصغيرة أو الخطوات مثل الفعالية في البرنامج العلاجي لتحسين الأداء وعلى الرغم من النجاح في التقليل من بعض السلوكيات غير الإيجابية، لكن العملاء في مرحلة التحضير لم يصلوا إلى الإجراء الفعال وهو الهدف الرئيسي من بناء هذه الدراسة وهو أن يكون العملاء فعالين وإيجابيين Tickell ، (2020). المشاركة الإيجابية في البرنامج العلاجي من خلال الامتناع عن استخدام المواد المسببة للإدمان والعمل حيث يشارك الأفراد بشكل إيجابي في تغيير سلوكياتهم وخبراتهم وبيئتهم للتغلب على مشاكلهم ويشمل العمل في تغيير معظم السلوكيات العامة التي تتطلب التزاما كبيرا بالوقت والجهد، فالتعديلات التي يتم إجراؤها على المشكلة في مرحلة العمل تميل إلى أن تكون أكثر وضوحا وتحظى بأكثر قدر من الوضوح والاعتراف بالمشكلة، ويساعد رفع مستوى الوعي بين المتعاملين على التغيير من مرحلة التأمل إلى مرحلة عمل التغيير من خلال رفع الوعي بمزايا التغيير والفوائد المتعددة للعلاج النفسي بطريقة تجريبية تعتمده هذه الدراسة القيام بها، مما يتيح لهم الاستفادة من زيادة الوعي بأنفسهم وفي آليات وآليات الدفاع التي قد تؤثر على قراراتهم بالتغيير، لذلك يعتمدون أكثر على عملية إعادة التقييم الذاتي وبالتالي من الممكن أن تكون البقطة الذهنية في مرحلة التغيير (نية التغيير والسلوكيات الإيجابية للتغيير) في علاج اضطراب المواد الادمانية في الدراسة الحالية نظرا لأن البقطة الذهنية (Brewer: 2019) هي حالة عقلية تتميز بالوعي غير الحكمي بتجارب اللحظة الحالية ، بما في ذلك أحاسيس الفرد وأفكاره وحالته الجسدية ووعيه وبيئته وتشجيعه على قبول الانفتاح والفضول، ويتميز البقطة العقلية بين التنظيم الذاتي للانتباه والتوجه نحو اللحظة الحالية التي يتميز بها الفضول والانفتاح والقبول، وهي الحالة العقلية التي يمكن للشخص أن يستمتع فيها باللحظة الراهنة دون إصدار أي أحكام مع الوعي بما يجري من حوله ويعيش الحاضر لحظة (هنا والآن) . المرحلة الرابعة، هي قدرة العملاء على تغيير سلوكياتهم بشكل فعال، والمرحلة الخامسة، وهي الحفاظ على استدامة التغيير والحفاظ على

السلوكيات الإيجابية التي تم اكتسابها سابقا. (كريس:2018) الوقاية من الانتكاس على أساس اليقظة العقلية هو العلاج لمنع حدوث الانتكاس في اضطرابات الإدمان. والتي تقوم على مبادئ التعاطف مع الذات وقبول جميع التجارب بما في ذلك الرغبة الشديدة في العمل وقبول العلاج أو التغيير كعلاجات تقليدية لاضطرابات المواد الإدمانية تعمل على تشجيع العملاء على عدم التفكير فيها قد يؤدي إلى الإساءة والانتكاس لذلك تسعى الدراسة الحالية من خلال البرنامج العلاجي الحالي القائم على اليقظة الذهنية في العمل مع عملاء اضطراب المواد الإدمانية وانتقاله من مرحلة التأمل إلى مرحلة الإعداد والعمل والمشاركة الإيجابية في العملية العلاجية، لذلك يقوم البرنامج العلاجي على الإجابة عن السؤال الرئيسي للدراسة ما هي فعالية اليقظة الذهنية في مراحل التغير لدى عملاء اضطراب المواد المسببة للإدمان؟

الاطار النظري للدراسة:

يعتمد برنامج اليقظة الذهنية لمنع الانتكاس على ممارسة اليقظة، والتي تعرف بأنها الاهتمام غير القضائي باللحظة الحالية وفقا للأسس النظرية لليقظة الذهنية لمنع الانتكاس ، قد تساعد اليقظة المشاركين على الانفصال عن عواطفهم وإدراكهم ، وتجنب تطوير أنماط التفكير التي تؤدي إلى الانتكاس (Bowen et al. , 2017). تسعى تدخلات اليقظة لمنع الانتكاس إلى زيادة وعي المريض بالمحفزات والأنماط السلوكية والاستجابات التلقائية للإجهاد بهذه الطريقة. كما يتم منح الأفراد مهارات للاستفادة منها عندما يشعرون بالضعف كجزء من البرنامج. هذا العلاج مناسب للأشخاص الذين يرغبون في تجنب الانتكاس لأنه يعمل كبرنامج لمنع الانتكاس

برنامج اليقظة الذهنية للوقاية من الانتكاس

الحد من الإجهاد القائم على اليقظة الذهنية، والعلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية والوقاية من الانتكاس كلها جوانب من هذه الطريقة. الهدف من اليقظة الذهنية لمنع الانتكاس والتقنيات المرتبطة به أعلاه هو تعديل كيفية استجابتك للأفكار والأحاسيس غير السارة وكذلك السلوكيات والمشاعر التي تتبع الأفكار. اليقظة هي ممارسة الانتباه إلى أفكار المرء في الوقت الحاضر دون إصدار أحكام ، مما يقلل من الإجهاد الناجم عن الاضطراب إلى حل مشكلة أو التصرف بسرعة. غالبا ما تأخذ هذه الاستجابة للسلوكيات التكيفية المكتسبة الفورية شكل تعاطي المخدرات أو شرب الكحول لتجربة الشعور بالراحة في حالة اضطرابات تعاطي المخدرات (Bowen et al., 2021). تساعد ممارسة اليقظة الذهنية الفرد على أن يصبح أكثر وعيا بحواره الداخلي والقدرة على التحكم بأفكاره ، مما يسمح له بتجنب الاستجابات أو المشاعر المعتادة مع زيادة تحمله لعدم الراحة. الرغبة الشديدة والدوافع لاستخدام المواد التي تختارها قد تزيد أيضا من احتمال الانتكاس غالبا ما تظهر الرغبة الشديدة والدوافع جسديا.

قبل الأفكار وردود الفعل على تعاطي المخدرات أو الكحول. عندما يعمل شخص ما على الأفكار الآلية، فإنه غير مدرك تماما لما يحيط به. ونتيجة لذلك، يمكن أن يساعد التواصل مع العواطف الجسدية في إعادة المرء إلى اللحظة الحالية ويمكن أن يكون خطوة حاسمة في تطوير عادات جديدة واعية بدلا من ردود الفعل العفوية. لهذا السبب، هناك تقنيات تأمل محددة داخل برنامج اليقظة لمنع الانتكاس تركز على تحقيق الوعي الانسيابي باللحظة الحالية والحالة .

بشكل عام، يساعد برنامج اليقظة للوقاية من الانتكاس الأفراد على التعرف على الحالات عالية الخطورة، والتعرف على أعراض الانتكاس ، وزيادة الوعي بالإشارات الخارجية والداخلية المرتبطة سابقا بتعاطي المخدرات. كل هذا يتم مع الحفاظ على موقف غير قضائي والتواجد في الوقت الحالي. يجب أن يكون لدى الأفراد فهم وقبول أفضل للتجارب العاطفية والجسدية والمعرفية الممتعة والسلبية بعد الانتهاء من

البرنامج، مما يقلل من الرغبة في استخدام المواد لتخفيف الانزعاج. تظهر الأبحاث السريرية أن اليقظة الذهنية للوقاية من الانتكاس فعال لمجموعة من نتائج العلاج، على الرغم من حقيقة أنها طريقة جديدة نسبياً لعلاج الاعتمادية على المواد المخدرة. ويشمل ذلك الحد من تعاطي المواد المخدرة، وتقليل الرغبة الشديدة، وتحسين القبول والوعي، فضلاً عن الآثار طويلة الأجل مثل ممارسة الرصانة واليقظة.

تم تقييم فعالية برنامج الوقاية من الذهن في العيادات الخارجية لمدة 8 أسابيع مقابل برنامج الرعاية اللاحقة للمرضى الخارجيين العادي في تجربة أجريت عام 2009 شملت 168 شخصاً يعانون من حالات محددة من الاعتماد على المواد. تم استخدام جدول المتابعة لتقييم تعاطي المخدرات، وتم استخدام مقياس التحليل المختبري للمخدرات والكحول لتقييم الرغبة الشديدة، وتم استخدام استبيان عوامل الذهن الخمسة (FFMQ) لتقييم ممارسة اليقظة الذهنية، وتم استخدام استبيان القبول والعمل (AAQ) لتقييم القبول. عندما تمت مقارنة المشاركين في برنامج اليقظة للوقاية من الانتكاس بأعضاء البرنامج المكون من 12 خطوة، أظهروا انخفاضاً في تعاطي المخدرات، ورغبة أقل في الرغبة الشديدة، وتحسين الوعي والقبول.

فعالية اليقظة الذهنية لمنع الانتكاس.

أظهرت النتائج انخفاضاً في استهلاك الكحول، وزيادة في مشاركة اليقظة، وانخفاضاً في تعاطي المخدرات مما يؤدي إلى القلق والحزن والتوتر والرغبة الشديدة. نظر الباحثون أيضاً في عدد من مؤشرات الإجهاد واكتشفوا أنها انخفضت إلى حد ما، مما يشير إلى تحسن الصحة العامة.

كما تم ربط اليقظة الذهنية للوقاية من الانتكاس بالعلاقة بين الرغبة والتأثير غير السار، وهو حافز نموذجي لتعاطي الكحول والمخدرات. تم استكشاف الفرضية القائلة بأن اليقظة الذهنية لمنع الانتكاس تضعف العلاقة بين الرغبة وأعراض الاكتئاب، مما يقلل من تعاطي المخدرات، في أبحاث المتابعة بناءً على النتائج المذكورة أعلاه. أعطى المشاركون في اليقظة الذهنية للوقاية من الانتكاس مؤشرات الحزن والرغبة الشديدة وأيام تعاطي المخدرات بعد أربعة أشهر من نهاية البرنامج. العلاقة بين نوع العلاج والرغبة الشديدة بسبب أعراض الاكتئاب (Roos et al. , 2017). أولئك في مجموعة الذهن للوقاية من الانتكاس الذين لديهم مستويات أعلى من الاكتئاب لديهم محفزات ومواد أقل تستخدم لفترة زمنية أقصر من تلك الموجودة في مجموعة العلاج الموحدة. تدعم هذه النتائج الآليات المقترحة لليقظة الذهنية لمنع الانتكاس، مما يعني أن العقل يغير الاستجابة المدربة للرغبة الشديدة الناجمة عن أعراض الاكتئاب.

كما ثبت أن الوقاية من الانتكاس القائم على اليقظة لها فوائد طويلة الأجل. في متابعة لمدة 12 شهراً، أبلغ المشاركون في برنامج الوقاية من الانتكاس الذهني عن أيام أقل بنسبة 31 في المائة من تعاطي المخدرات وفرصة أعلى بكثير للامتناع عن شرب الكحول بكثرة مقارنة بأولئك الذين تلقوا العلاج القياسي للوقاية من الانتكاس (RP) أو العلاج كالمعتاد (TAU). بالإضافة إلى ذلك، اكتشف مركز أبحاث السلوكيات الإدمانية بجامعة واشنطن أن 86% من المشاركين واصلوا ممارسات التأمل الخاصة بهم مباشرة بعد العلاج وبقي 54% يتأملون لمدة 4 أشهر على الأقل بعد العلاج في تجربتهم المعيشة ذات الشواهد. توفر هذه الدراسات دليلاً على الآثار الدائمة لليقظة الذهنية لمنع الانتكاس من حيث تعاطي المخدرات وتغيير نمط الحياة.

التقنيات المشاركة في الذهن لمنع الانتكاس

كان من المفترض أن يكتمل برنامج اليقظة للوقاية من الانتكاس على مدى 8 أسابيع ، مع حضور المرضى جلسات جماعية أسبوعية مدتها ساعتان (. تركز الجلسات الثلاث الأولى على ممارسة الوعي العقلي وكيفية دمجها في الحياة اليومية. تركز الجلسات الثلاث التالية على قبول اللحظة الحالية وإقامة صلة بين اليقظة الذهنية والوقاية من الانتكاس. تتوسع الجلسات الأخيرتان في المعلومات السابقة من خلال تضمين تعديلات نمط الحياة والدعم الاجتماعي وتقنيات الرعاية الذاتية. في حين أن البرنامج لديه إطار ثابت، إلا أنه يختلف عن الطرق القياسية الأخرى لعلاج الاعتماد على المواد اعتمادا على اهتمامات المرضى وتجاربهم الشخصية. المبادئ الأساسية لليقظة الذهنية للوقاية من الانتكاس هي التحقيق الذاتي والاستكشاف، وهذه المفاهيم لها تأثير كبير على تجربة المريض. يبدأ التدريب بشرح أداء "الأفكار الإلالية" وكيفية ارتباطه بالانتكاس. تمرين فحص الجسم، أول ممارسة رسمية يتم تقديمها ، هو ممارسة تأمل ليست ضرورية لهذه الفكرة. تشجع هذه الممارسة المشاركين على أن يصبحوا أكثر وعيا بمشاعرهم الجسدية أثناء فحصهم الكامل لأجسادهم.

يتعلم المشاركون الانتباه إلى أي أحاسيس لديهم في الوقت الحالي وعدم الحكم عليها. هذا مهم لمنع الانتكاس لأن الرغبة الشديدة يمكن أن تبدأ كأحاسيس جسدية يتفاعل معها الناس (Roos et al. , 2019). التقنيات في هذا المنهج تعد مساحة التنفس الرصينة والتصفح العاجل وأنشطة الذهن المنتظمة جزءا من برنامج اليقظة الذهنية لمنع الانتكاس. ركوب الأمواج المتهور، على سبيل المثال ، هو رؤية الرغبة كموجة ثم تخيل نفسك تتجول فوقها. الهدف هو "تصفح الموجة" عبر قممها وقيعانها دون غمرها (بمعنى آخر، دون استخدام المواد). وفي حين أن كل ممارسة تختلف من حيث العرض والمحتوى، فإنها جميعا تستخدم التصورات وتضع في اعتبارها نفس الهدف: تشجيع القبول غير القضائي للحظة الراهنة.

يشارك المشاركون في عملية تعرف باسم "التحقيق" بعد كل تمرين الذهن هذه محادثة جماعية تتعلق بالتجارب الشخصية وما يلوح في الأفق للمشاركين الآن. غالبا ما يرتبط التعافي والوقاية من الانتكاس والشعور بالرغبة الشديدة. تساعد هذه الطريقة الناس على التركيز على أحاسيسهم الحالية بدلا من التركيز على التفسيرات أو التصورات الذهنية (Somohano et al. , 2019). إذا بدأت الجلسة في الانحراف (TURN) نحو التحليلات أو التقييمات ، فإن الميسرين يعيدون تركيزها ويشجعون المشاركين على التحدث عن أفكارهم أو مشاعرهم أو عواطفهم الحالية. بالإضافة إلى ذلك، تعد الممارسة في المنزل جزءا مهما من برنامج إعادة تأهيل الذهن والتدريب المهني لمنع الانتكاس. الممارسة المنتظمة أمر بالغ الأهمية لأن الذهن يستخدم لمواجهة الميول المعتادة والروتينية. هذا يسمح للفرد بممارسة اليقظة في الظروف التي قد تثير مشاعر غير سارة، كل ذلك مع الحصول على دعم المجموعة للتحدث معهم حول تجاربهم. من المهم أن ندرك أهمية التدريب على مهارات التأقلم في برنامج اليقظة لمنع الانتكاس.

تم دمج برنامج الوقاية من الانتكاس التقليدي (RP)، وهو تدخل سلوكي معرفي للمساعدة في بناء آليات تكيف بديلة في البيئات عالية الخطورة ، في برنامج الذهن للوقاية من الانتكاس. يركز المشاركون على اكتشاف إشارات التحذير من الانتكاس وتحسين الوعي الداخلي (أي الأفكار والعواطف والأحاسيس) والخارجية (أي الأفكار والعواطف والأحاسيس) المرتبطة سابقا بتعاطي المخدرات. يكتسب المشاركون مهارات جديدة في التأقلم والكفاءة الذاتية نتيجة لذلك.

وأخيرا، لا يزال تعميم هذه التجارب والعوامل الديموغرافية التي قد تكون اليقظة العقلية لمنع الانتكاس مفيدة لها. مثال جيد على ذلك هو عندما يتعلق الأمر بالمرء. على الرغم من أن حالات الاعتماد على المواد المخدرة متكررة لدى المراهقين والشباب ، إلا أن العديد من المشاركين في أبحاث اليقظة الذهنية للوقاية من الانتكاس ليسوا في هذه الفئة العمرية. على سبيل المثال، يبلغ متوسط عمر المشاركين

في البحث الذي تغطيه هذه الدراسة 38.4 عاما. يجب التحقيق في فعالية العلاج القائم على الذهن لدى الشباب لمعرفة ما إذا كان لا يزال مهما سريريا في هذه الفئة العمرية. الأفراد الذين لديهم عادات إدمانية أخرى، مثل المقامرة المرضية ومشاكل الأكل ، قد يندرجون أيضا في هذه الفئة. يجب أن تنتظر الدراسة المستقبلية في فعالية اليقظة الذهنية لمنع الانتكاس في هذه الأمراض ، بهدف توسيع خيارات العلاج لمجموعة واسعة من السلوكيات غير القادرة على التكيف.

تم تكييف البرنامج من برنامج الحد من الإجهاد القائم على الذهن (Capt Zain 1990) بالإضافة إلى برنامج العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية (Segal 2002) الذي يتيح العمل الجماعي. يوفر البرنامج بروتوكولات وسياسات كل مجموعة تنتمي إلى المجموعة الأخرى من خلال الممارسة والواجبات من خلال العلاج المعرفي السلوكي والتقنيات الأساسية في الذهن. كما يوفر البرنامج للعملاء تجربة جيدة ويمكن للعملاء الملاحظة والتعلم من خلالها وتعزيز تجاربهم بالإضافة إلى الاعتماد على التغذية الراجعة والخبرات المكتسبة من العملاء وإتاحة الفرصة للعملاء للتعامل مع الانتكاس والشوق واتباع أسلوب حياة جديد حيث يعتمد تركيزه على مهاراته. الوعي بالجسم والأفكار والمشاعر.

الاجراءات:

استخدمت الدراسة الحالية تصميم طريقة مختلطة طبيعية داخل الموضوع لدمج البيانات الكمية والنوعية حيث دخل جميع المشاركين في العلاج واتفقوا على أن المشاركة في التقييم تم تضمينها في البيانات التي تم إجراؤها بين يناير 2021 إلى مارس 2022. حصلت الدراسة على موافقة من جميع المشاركين على المشاركة في الدراسة. نتج عن ذلك حجم عينة من 60 عميلاً على مدار 3 مجموعات من فترة جمع البيانات هذه. وقدم المشاركون التعاون للرد على التدابير السابقة واللاحقة وكذلك أثناء تطبيق التقنيات.

مشكلة البحث:

علاج اضطراب المواد الإدمانية هو واحد من العلاجات التي يصعب التعامل معها. تؤثر الاستجابة العلاجية من حيث طبيعة العلاج المناسب لكل حالة على حدة ، من ناحية أخرى يؤثر على ازدواجية الاضطرابات النفسية والاجتماعية والضعف البيئية. حيث أنها تؤثر على أفكار ومشاعر وسلوكيات العملاء من عدة جوانب وكذلك يؤثر على علاقة الشخص بنفسه والآخرين والبيئة المحيطة به حيث يمتد التأثير إلى الجانب المهني والاجتماعي وجوانب اساسية في حياة العملاء. تشير الأبحاث والدراسات إلى ارتفاع معدل إساءة الاستخدام وارتفاع معدلات الانتكاسات بعد مرحلة إزالة السموم.

اليقظة الذهنية هي واحدة من العلاجات الحديثة الذي يؤثر بشكل كبير على ردود الفعل العاطفية. في العقد الماضي، اكتسبت اليقظة الذهنية شعبية، في أدبيات العلاج النفسي. أثبتت اليقظة الذهنية أنه مفيد في حل المشكلات المتعلقة بإدمان المواد والمخدرات وللاستراتيجية عدد من الفوائد النظرية مثل: الموضوعية، وتعزيز المرونة ، وضبط النفس ، وتعزيز التسامح ، وتحسين التركيز ، والالتزان ، والوضوح العقلي ، والذكاء العاطفي ، والقدرة على التواصل مع الذات ، والآخرين مع اللطف والقبول والرحمة. يساعد اليقظة علماء اضطراب المواد الإدمانية على التعرف على أفكارهم ومشاعرهم. من خلال اليقظة الذهنية، يتم تدريب العملاء على إدارة أفكارهم ومشاعرهم. تهدف اليقظة إلى تقليل النشاط المعرفي والفعال والسلوكي والرغبة الشديدة. من خلال الاستراتيجية، يتم أخذ تحديد مراحل التغيير لدى العملاء من خلال خمس مراحل من التعبير على النحو التالي؛ ما قبل التأمل والتأمل والإعداد والعمل والصيانة. تهدف الورقة إلى تحديد مدى فعالية اليقظة الذهنية كاستراتيجية للمراحل العلاجية للتغيير في عملاء اضطراب المواد المسببة للإدمان.

أهمية البحث:

مصطلحات البحث: الكلمات الرئيسية التي تمثل المفاهيم الرئيسية لموضوع البحث. تستخدم الكلمات لوصف موضوع البحث في الحياة اليومية. الكلمات التالية هي مصطلحات البحث لموضوع البحث. ("اليقظة" أو "التأمل الذهني" أو "التدخل الذهني" أو "الوقاية من الانتكاس القائم على ذهن" أو "الحد من الإجهاد القائم على ذهن" أو "علاج الذهن") و ("تعاطي المخدرات" أو "الكوكايين" أو "التبغ" أو "المواد الأفيونية" أو "الكحول" أو "المخدرات" أو "الماريجوانا"). أيضا، الوقاية من الانتكاس على أساس اليقظة، واليقظة الحالية، ومراحل التغيير العلاجي.

الإدمان: ينطوي مفهوم الإدمان على شوق مكثف لشيء ما، وفقدان السيطرة على استخدامه، والاستخدام المستمر له على الرغم من عواقبه السلبية. ينتج الإدمان عن تعاطي المخدرات، وتدخل المخدرات إلى نظام الجسم، مما يسبب الإفراط في إنتاج الدوبامين في الدماغ. تؤدي الوفرة المفرطة إلى شعور مكثف بالمتعة يتجاوز بكثير متعة العقل السليم الطبيعي. تتداخل منطقة الدماغ الكامنة وراء الإدمان وتلك التي تدعم الوظائف المعرفية على نطاق واسع. خلال المراحل المبكرة، تغذي أنشطة المخدرات ارتباطا غير تكيفي قوي بين المخدرات التي يتم إساءة استخدامها والمحفزات البيئية، وهذا يؤدي إلى الرغبة الشديدة في المستقبل. استمرار تعاطي المخدرات، والعجز المعرفي نهاية مما يجعل من الصعب على الفرد البقاء بدون المخدرات. يظهر إدمان المخدرات سريريا على أنه هوس يبحث عن الرغبة الشديدة في البحث عن المخدرات التي تستمر بعد فترات طويلة من الامتناع عن الاستعمال. تتداخل بنية الدماغ الطبيعية ووظائفها مع إعاقة اكتساب الإجراءات التكيفية التي تدعم الامتناع.

تعريف مراحل التغيير:

فيما يلي المراحل الخمس للتغيير.

ما قبل التأمل. تتميز المرحلة بأفراد دفاعيين، يبررون سلوكياتهم، غير مستعدين للتغيير، يفكرون إلى رؤية واضحة حول آثار الإفراط في تعاطي المخدرات، ويركزون أكثر على الآثار الإيجابية لتلك المخدرات. قد يبقى بعض المدمنين في هذه المرحلة بسبب الإحباط من محاولات التعافي الفاشلة، ونقص المعلومات الكافية، والشعور السلبي بالاستحالة.

مرحلة التأمل. تتميز المرحلة بأفراد مستعدين للتغيير غير الفوري، ويدركون أهمية أن يكونوا خاليين من المخدرات، ولا يزالون يتذكرون آثار المخدرات، ومنفتحين على المحادثات والأسباب، وعرضة للوم والالتهامات والأحكام.

مرحلة التحضير. الأفراد في هذه المرحلة، طوروا الحاجة الملحة للتغيير، وأجروا بعض التغييرات تجاه سلوكياتهم، وهم يخلقون الوقت لرؤية المستشار، وحضور العلاج. في هذه المرحلة، يمكن للأفراد الذهاب لبعض الوقت بدون استخدام مواد.

مرحلة العمل. الأفراد في هذه المرحلة ملتزمون وقاموا بتغييرات إيجابية كبيرة، والامتناع عن تعاطي المخدرات لفترات طويلة، والاجتماعات المتكررة مع المستشار للحصول على المساعدة، والتغيير يصبح واضحا في جوانب مختلفة من حياتهم، وزيادة، والرعاية الذاتية.

الصيانة. يعمل الفرد في هذه المرحلة بجد لمنع الانتكاس، ملتزمًا بالحفاظ على نمط حياته الجديد، ويقلل من الرغبة في الانتكاس، ويطور الثقة للبقاء رصينا لفترة طويلة.

تعريف اليقظة: يعرف اليقظة بأنه الوعي الكامل بالتجربة في اللحظة التي تحدث فيها تماما دون إصدار أي أحكام.

في البحث الحالي، يتم تعريفه على أنه الدرجة التي يحصل بها المريض على استبيان اليقظة الذهنية للعوامل الخمسة المستخدمة في البحث.

التدريب على اليقظة:

يعرف البرنامج بأنه برنامج مصمم ومخطط له في ضوء مهارات التدريب على اليقظة الذهنية ، ويتضمن مجموعة من الجلسات التي تهدف إلى تعلم المريض مهارات اليقظة الذهنية.

حدود البحث: تم الالتزام بالحدود التالية: الحد الموضوعي: تم الالتزام بكل من التدريب على مهارات اليقظة الذهنية الأساسية، وأعراض اضطراب الاعتماد على المواد كحدود موضوعية للبحث. الحد الزمني: تم تطبيق البحث في عام 2021 في مدينة جدة للمرضى الداخليين والخارجيين.

الحد المكاني: مدينة جدة

اليقظة الذهنية : شهد العقد الماضي زيادة هائلة في إنشاء البرامج الواعية على مستوى العالم. تشير العديد من الدراسات إلى فعالية دمج ممارسات اليقظة الذهنية في إدارة الإدمان. فيما يلي معاينة للتمثيلات النظرية لليقظة الذهنية في إدارة الإدمان وآليات التعديل المفترضة.

الاعتماد على المواد المخدرة: يشير إطار كبير من الأبحاث إلى أن الإدمان هو شكل من أشكال دورة استخدام المخدرات والمواد بشكل قهري يساعد في التنظيم غير الطبيعي للعمليات الذهنية والنفسية والفسولوجية في الدوائر العصبية. يحكم التنظيم غير الطبيعي الدافع والتجربة الممتعة والوظيفة التنفيذية وسلوك العادة. أنتج الإدمان أهدافا غير عادية قد تساعد في تطوير استخدام المواد وتنوعها. تم تطوير العلاج السلوك المعرفي والمقابلات الدافعية لعدة سنوات مضت. تبدو العلاجات السلوكية في التنظيم غير الطبيعي للعمليات العصبية والمعرفية والفسولوجية والنفسية الكامنة وراء الإدمان متفائلة كعلاجات فعالة للأشخاص الذين يعانون من حالات الإدمان.

مراحل التغيير: توفر MBIs التدريب على الممارسات التي تهدف إلى تحفيز حالة العقل. أن عملية التفكير في تفكير المرء وتعلمه تتميز بملاحظة مركزة ومريحة للعقلية والعاطفية والإحساس والإدراك لحظة بلحظة دون الخوض كثيرا في الماضي والمستقبل، فمن المتوقع أن يتكون الذهن من أساسين هما: تركيز الاهتمام والمراقبة المفتوحة. أثناء تركيز الانتباه، يتركز الانتباه على إدراك الإحساس الجسدي حول الأعضاء الداخلية مثل ؛ التنفس وضربات القلب والشعب والتنفس والجهاز العصبي اللاإرادي المرتبط بالعواطف أو استخدام البؤر البصرية الخارجية. اليقظة تمكن المرء من الاعتراف والانفصال عن الأفكار والمشاعر المزعجة. التركيز يمكن الأفراد من مراقبة محتوى الإدراك ومعالجة جودة الإدراك نفسه. يمكن الانتباه المركز والمراقبة المفتوحة الأفراد من التفاعل مع العمليات المعرفية، مثل الانتباه ، والاحتفاظ بالمعلومات ، وإعادة توجيه الانتباه ، والتنظيم العاطفي ، ومراقبة الصراع ، والتحكم المثبط. يبدأ الذهن بالاهتمام المركز ويتطور إلى مراقبة مفتوحة. زيادة في مسار الذهن يزيد يتنبأ بزيادة في سمات الذهن. أيضا، زيادة التأمل الذهن يؤدي إلى تغييرات إيجابية في بنية الدماغ. تتميز اليقظة بالقدرة على البقاء غير متفاعل مع الأفكار والمشاعر المزعجة الحالية وقبلها ، ومراقبة إدراك الإحساس من داخل الجسم وربط المشاعر الداخلية بالمحفزات البيئية الخارجية ، والتمييز بين الحالات العاطفية ، وإدراك قدرة الجسم على القيام بالأشياء دون شغل العقل والسماح له بأن يصبح نمطا لا إراديا. الصفات الواعية بمثابة علاج للسلوك الإدماني (سبيرز ، 2019، C. A.). ترتبط

اليقظة الذهنية بتحسين قدرات التحكم المعرفي والقدرة على عزل الانتباه وتعزيز الوظائف اللاإرادية. من ناحية أخرى، يرتبط تعاطي المخدرات والرغبة الشديدة بعدم القدرة على التحكم في العمليات المعرفية وفصل الانتباه ويكون لها ارتباط عكسي مع الذهن. لذلك، تعمل اليقظة الذهنية كعلاج للإدمان.

فرضيات البحث:

من خلال البحث سيتم اختبار الفرضية التالية:

اليقظة الذهنية هي استراتيجية فعالة لعلاج الإدمان في المراحل العلاجية للتغيير في عملاء اضطراب المواد الإدمانية.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياسات القبلية والبعديّة للمجموعة التجريبية على واختبار مواضع الانتكاس واختبار معرفة درجة الثقة بالنفس تجاه المخدر.

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعات التجريبية والضابطة على مقياس الذهن العقلي.

إجراءات البحث ومنهجيته:

تحليل جميع طرق وإجراءات التحقيقات.

استخدمت الدراسة الحالية طريقة مختلطة طبيعية تستلزم جمع البيانات النوعية والكمية. وأجريت الدراسة من خلال ثمانية جلسات، حددت مدة كل منها 90 دقيقة في المتوسط. بدأت كل جلسة بممارسة الذهن الموجهة، تليها محادثة استفسار حول تجربة العميل في الوقت الحالي. استخدمت الجلسة الأولى تمريناً تجريبياً يركز على الأحاسيس الجسدية مثل الشم والذوق وما إلى ذلك. تم تصميم الجلسة لمساعدة العملاء في الأساس المنطقي لليقظة الذهنية من خلال التحقيق في دور الأفكار الآلية في الحياة اليومية ومقارنته بالوعي الواعي بالتجارب. في الجلستين الثانية والثالثة، تغير التركيز إلى سمات أخرى للتجربة الحالية، على سبيل المثال، الصوت والبصر. تم تشجيع المشاركين على ملاحظة السبب والشوق إلى تعاطي المخدرات والمشاركة في تمارين على مدار اليوم لإلهام الانسحاب من الأفكار الآلية وتعزيز اليقظة. في الجلسات الرابعة والخامسة والسادسة، تم توجيه التركيز على مراعاة الأفكار والمشاعر. كان من المتوقع أن يكون العملاء على دراية بالأنماط السلوكية السابقة للانتكاس، وتم تعليمهم ملاحظة الأفكار والمشاعر والأحاسيس الناشئة. وفي الوقت نفسه، ركزوا على التجارب في الوقت الحاضر. يتم تشجيع العملاء على الحفاظ على التركيز على الرغم من مشاعرهم غير السارة. في الجلستين السابعة والثامنة، يناقش العملاء حول تقدمهم مع الباحثين.

إجراءات الدراسة:

منهج البحث:

أستخدم الباحث في الدراسة الحالية المنهج التجريبي باستخدام تصميم المجموعة التجريبية و الضابطة ذات القياس القبلي والبعدي، وذلك وفقاً لمتغيرات التصميم التجريبي وهي:

المتغير المستقل:

ويتمثل في تطبيق مدخل اليقظة العقلية بهدف انتقال المرضى في مراحل التغيير العلاجي للأمان إلى مرحلة التحضير أو العمل .

المتغير التابع:

والتمثل في مراحل التغيير العلاجية

المتغير الوسيط:

والتي يمكن أن يكون لها تأثير دال على فاعلية البرنامج

ثانياً: عينة الدراسة:

- 1- تكونت عينة الدراسة من (60) مستفيد مما تم تشخيصهم باضطراب المواد المخدرة وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهم تجريبية (40) مستفيد والأخرى ضابطة عددهم (20) مستفيد وهذا العدد هو الذي تم الاستقراء عليه بعد إجراء عديد من المقابلات مع المرضى المرشحين وأستبعد غير المتجاوبين .
- 2- بالنسبة للمدى العمري لعينة الدراسة يتراوح بين (28.9 سنة)
- 3- اختبرت العينة في برنامج علاج اضطراب الإدمان وراعى أن يتم التطبيق في مستشفى واحد لضمان خضوع جميع المستفيدين من أفراد العينة لمحكات الرعاية والعلاج نفسها.
- 4- اختير جميع أفراد العينة من الذكور لإمكانية التطبيق والدراسة.

ثالثاً: أدوات الدراسة

أستخدم الباحث الأدوات التالية:

- 1- المقابلة الإكلينيكية.
- 2- مقياس الدافعية (الشهري، يزيد)
- 3- اختبار موضع الانتكاسة (الجيلي، صلاح)
- 4- اختبار معرفة درجة الثقة بالنفس تجاه المخدر (الجيلي، صلاح)
- 5- برنامج اليقظة الذهنية المعد من قبل الباحث
- 6- مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية (تعريب وتقنين أ.د. عبد الرقيب البحيري وآخرون)

رابعاً:

البرنامج المعد من قبل الباحث:

- 1- تم الاعتماد على المقابلات الأولى وتوقيع الاتفاقية لإجراء البحث وتعريف المستفيدين بالبرنامج .
- 2- في الجلسة الأولى تم تعريف المستفيدين بالبرنامج والترحيب بهم وتطبيق المقاييس القبلية
- 3- في الجلسة الثانية تم تدريس مهارة العقل الحكيم وتطبيقه خلال الجلسة

- 4- في الجلسة الثالثة تم مراجعة المهارة الأولى وتطبيق مهارة ماذا؟.
 - 5- في الجلسة الرابعة تم مراجعة المهارات في الجلسات السابقة وتطبيق مهارات الملاحظة و الوصف .
 - 6- في الجلسة الخامسة تم مراجعة المهارات الأساسية وتطبيق مهارة المشاركة.
 - 7- في الجلسة السادسة تم مراجعة كامل المهارات السابقة وإعادة تطبيق المهارات .
 - 8- في الجلسة السابعة تم مراجعة المهارات السابقة وتطبيق مهارات كيف؟.
 - 9- في الجلسة الثامنة تم مراجعة المهارات كاملة وتطبيقها وكذلك تطبيق المقياس البعدي واخذ انطباعات المستفيدين وختام .
- نتائج البحث ومناقشتها:

المعالجة الإحصائية للبيانات

بعد الإنتهاء من جمع بيانات الدراسة، تم إدخالها - بعد ترميزها - إلى الحاسب الآلي ثم جرت معالجتها وتحليلها واستخراج النتائج باستخدام برنامج " الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية" SPSS ، وذلك باللجوء إلى المعاملات والاختبارات والمعالجات الإحصائية التالية:

- اختبار (ت) للعينتين المستقلتين والمرتبطين.
 - حساب قيمة مربع إيتا (η^2) لمعرفة حجم الأثر الذي أحدثه المتغير المستقل.
 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الانتكاسة؟
 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس اليقظة الذهنية ؟
 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية على مقياس الانتكاسة؟
 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية على مقياس اليقظة الذهنية؟
 - نتائج اختبار تساؤلات الدراسة:
- السؤال الأول: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الانتكاسة؟ .

وللإجابة على هذا التساؤل قام الباحث بحساب قيمة (ت) للعينتين المستقلتين، ويوضحه الجدول التالي:
جدول (1) نتائج اختبار (ت) للفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الانتكاسة

مقياس مواضع الانتكاسة	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	قيمة الدلالة
العاطفة السالبة	ضابطة	10	71.3000	10.44616	-	0.066
	تجريبية	20	83.4500	18.59110		
الصراع مع الآخرين	ضابطة	10	83.8000	20.32951	1.419	0.167
	تجريبية	20	74.1500	16.08293		
الاضطرابات الجسمية	ضابطة	10	87.5000	14.57738	0.753	0.458
	تجريبية	20	82.1500	19.87401		
العاطفة الموجبة	ضابطة	10	93.6000	22.20210	0.304	0.763
	تجريبية	20	91.2000	19.42760		
اختيار النفس	ضابطة	10	102.5000	14.76670	2.500	0.019
	تجريبية	20	86.1500	17.79792		
الاشتياق	ضابطة	10	99.4000	9.26403	5.393	0.000
	تجريبية	20	79.4000	9.71922		
تأثير الآخرين	ضابطة	10	101.5000	15.10151	2.775	0.010
	تجريبية	20	84.0000	16.81165		
الأوقات السعيدة مع الآخرين	ضابطة	10	99.8000	9.08968	0.693	0.494
	تجريبية	20	94.9500	21.02999		
المجموع	ضابطة	10	92.4250	6.55511	2.569	0.016
	تجريبية	20	84.4313	8.64633		

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الانتكاسة . حيث بلغت قيمته ت للمقياس ككل (2.569) عند مستوي دلالة (0.016) أقل من (0.05) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الانتكاسة لصالح المجموعة الضابطة، كما يوضح الجدول وجود فروق أيضاً في كلاً من أبعاد مقياس مواضع الانتكاسة التالية:

- اختيار النفس: حيث بلغت قيمة ت (2.500) عند مستوي دلالة (0.019) أقل من (0.05) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة الضابطة.
- الاشتياق: حيث بلغت قيمة ت (5.393) عند مستوي دلالة (0.000) أقل من (0.05) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة الضابطة.

- تأثير الآخرين: حيث بلغت قيمة ت (2.775) عند مستوى دلالة (0.010) أقل من (0.05) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة الضابطة.

ولقياس حجم تأثير تلك الأبعاد على مواضع الانتكاسة تم حساب قيمة مربع إيتا لكلاً منهم ويوضحه الجدول التالي:

جدول (2) قيمة مربع إيتا حجم أثر مواضع الانتكاسة في مراحل التغير العلاجية

مواضع الانتكاسة	المجموعة	قيمة إيتا	مربع إيتا	حجم الأثر
اختيار النفس	الضابطة	0.427	0.183	كبير
	التجريبية			
الاشتياق	الضابطة	0.714	0.510	كبير
	التجريبية			
تأثير الآخرين	الضابطة	0.464	0.216	كبير
	التجريبية			
المجموع	الضابطة	0.437	0.191	كبير
	التجريبية			

السؤال الثاني: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية على مقياس الانتكاسة؟.

وللإجابة على هذا التساؤل قام الباحث بحساب قيمة (ت) للعينتين المترابطتين ، ويوضحه الجدول التالي:

جدول (3) نتائج اختبار (ت) للفرق بين متوسطي درجات القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية على مقياس الانتكاسة

مقياس مواضع الانتكاسة	القياس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	قيمة الدلالة
العاطفة السالبة	قبلي	20	83.4500	18.59110	3.142	0.005
	بعدي	20	71.0000	24.14866		
الصراع مع الآخرين	قبلي	20	58.1500	19.34527	3.607	0.002
	بعدي	20	74.1500	16.08293		
الاضطرابات الجسمية	قبلي	20	82.1500	19.87401	3.884	0.001
	بعدي	20	64.0000	17.36603		
العاطفة الموجبة	قبلي	20	91.2000	19.42760	3.802	0.001
	بعدي	20	71.0000	20.30038		
اختبار النفس	قبلي	20	86.1500	17.79792	3.957	0.001

		16.14368	67.2500	20	بعدي	
0.001	3.761	9.71922	79.4000	20	قبلي	الاشتياق
		16.50040	61.5000	20	بعدي	
0.001	3.908	16.81165	84.0000	20	قبلي	تأثير الآخرين
		16.56336	66.1500	20	بعدي	
0.001	4.001	21.02999	94.9500	20	قبلي	الأوقات السعيدة مع الآخرين
		23.62932	67.6500	20	بعدي	
0.000	4.222	8.64633	84.4313	20	قبلي	المجموع
		14.05728	65.8375	20	بعدي	

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية على مقياس مواضيع الانتكاسة . حيث بلغت قيمته ت للمقياس ككل (4.222) عند مستوي دلالة (0.000) أقل من (0.05) ، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية على مقياس مواضيع الانتكاسة لصالح القياس القبلي، لذلك نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل القائل " بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية على مقياس الانتكاسة"

ولتوضيح حجم أثر العوامل المستخدمة في خفض مواضيع الانتكاسة أثناء مراحل التغير العلاجية تم حساب قيمه معامل كوهين دي وهو ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (4) قيمة كوهين دي لتحديد حجم أثر مواضيع الانتكاسة في مراحل التغير العلاجية

حجم الأثر	قيمة d	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	القياس	مقياس الانتكاسة
مرتفع	0.9	8.64633	84.4313	قبلي	
		14.05728	65.8375	بعدي	

السؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس اليقظة الذهنية ؟

وللإجابة علي هذا التساؤل قام الباحث بحساب قيمة (ت) للعينتين المستقلتين، ويوضحه الجدول التالي:

جدول (5) نتائج اختبار (ت) للفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس اليقظة الذهنية

عوامل مقياس اليقظة العقلية	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	قيمة الدلالة
المراقبة	ضابطة	10	1.4000	0.51640	0.532	0.599
	تجريبية	20	1.3000	0.47016		

0.793	-	0.48305	1.3000	10	ضابطة	وصف
		0.48936	1.3500	20	تجريبية	
0.740	0.335	0.42164	1.2000	10	ضابطة	التصرف بوعي
		0.36635	1.1500	20	تجريبية	
0.740	0.335	0.42164	1.2000	10	ضابطة	عدم الحكم على التجربة الداخلية
		0.36635	1.1500	20	تجريبية	
1.000	0.000	0.51640	1.4000	10	ضابطة	عدم التفاعل مع التجربة الداخلية
		0.50262	1.4000	20	تجريبية	
0.784	0.276	0.21602	1.3000	10	ضابطة	المجموع
		0.30625	1.2700	20	تجريبية	

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس اليقظة الذهنية، حيث تراوحت قيم مستوى الدلالة للمقياس ما بين (0.599) (1.00) وجميعها قيم أكبر من مستوى الدلالة (0.05) مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس اليقظة الذهنية. لذلك نرفض الفرض البديل ونقبل الفرض الصفري القائـل " بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس اليقظة الذهنية"

السؤال الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية على مقياس اليقظة الذهنية؟

ولإجابة على هذا التساؤل قام الباحث بحساب قيمة (ت) للعينتين المترابطتين ، ويوضحه الجدول التالي

جدول (6) نتائج اختبار (ت) للفرق بين متوسطي درجات القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية على مقياس اليقظة الذهنية

عوامل مقياس اليقظة العقلية	القياس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	قيمة الدلالة
المراقبة	قبلي	20	1.3000	1.3000	3.584	0.002
	بعدي	20	1.8500	1.8500		
وصف	قبلي	20	1.35	0.48936	5.339	0.000
	بعدي	20	1.95	0.22361		
التصرف بوعي	قبلي	20	1.1500	0.36635	10.376	0.000
	بعدي	20	2.0000	0.00000		
عدم الحكم على التجربة الداخلية	قبلي	20	1.1500	0.36635	5.480	0.000
	بعدي	20	1.8500	0.36635		

0.004	3.327	0.50262	1.4000	20	قبلي	عدم التفاعل مع التجربة الداخلية
		0.36635	1.8500	20	بعدي	
0.000	7.416	0.30625	1.2700	20	قبلي	المجموع
		0.15218	1.9000	20	بعدي	

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية على مقياس اليقظة الذهنية. حيث بلغت قيمته للمقياس ككل (7.416) عند مستوى دلالة (0.000) أقل من (0.05)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية على مقياس اليقظة الذهنية لصالح القياس البعدي، وهذا يؤكد مدى فاعلية برنامج اليقظة الذهنية في مراحل التغيير العلاجية لدى عملاء اضطراب المواد الإدمانية. ولتوضيح حجم أثر برنامج اليقظة الذهنية في مراحل التغيير العلاجية تم حساب قيمته معامل كوهين دي وهو ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (7) قيمة كوهين دي لتحديد حجم أثر برنامج اليقظة الذهنية في مراحل التغيير العلاجية

حجم الأثر	قيمة d	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	القياس	مقياس اليقظة الذهنية
كبير جداً	1.6	0.30625	1.2700	قبلي	
		0.15218	1.9000	بعدي	

يتضح من الجدول رقم (7) أن حجم تأثير المقياس مراعف جداً مما يدل على أن البرنامج قد نجح في التأثير على المجموعة التجريبية في القياس البعدي بشكل كبير مناقشة:

يتضح من جدول السؤال الأول أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس موشرات الانتكاس. حيث بلغت قيمة T للمقياس ككل (2.569) عند مستوى دلالة (0.016) أقل من (0.05)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الانتكاس لصالح المجموعة الضابطة، كما يوضح الجدول وجود فروق في كلا بعدي مقياس مواقف الانتكاس التالية: الانتقاء الذاتي: حيث تكون قيمة T (2.500) عند مستوى الدلالة (0.019) أقل من (0.05)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة الضابطة. الشوق: حيث تكون قيمة T (5.393) عند مستوى الدلالة (0.000) أقل من (0.05)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة الضابطة. تأثير الآخرين: حيث تكون قيمة t (2.775) عند مستوى الدلالة (0.010) أقل من (0.05)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة الضابطة.

يتضح من جدول السؤال الثاني أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي في المجموعة التجريبية على مقياس مواضع الانتكاس. حيث أن قيمته T للمقياس ككل (4.222) عند مستوى الدلالة (0.000) أقل من (0.05) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي في المجموعة التجريبية على مقياس مواضع الانتكاس لصالح

القياس المسبق، لذلك نرفض افتراض الصفر ونقبل الفرضية البديلة القائلة بأن "هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس المسبق واللاحق للمجموعة التجريبية على مقياس الانتكاس"

يتضح من الجدول السابق أنه حيث تراوحت قيم مستوى دلالة المقياس بين (0.599) (1.00) وكلها قيم أكبر من مستوى الدلالة (0.05) مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس اليقظة العقلية. لذلك ، نرفض الفرضية البديلة ونقبل افتراض المحصلة الصفرية بأنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الذهن العقلي".

من جدول السؤال الثالث أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات قياسات القياس القبلية والبعدية في المجموعة التجريبية على مقياس اليقظة العقلية. حيث بلغت قيمته T للمقياس ككل (7.416) عند مستوى دلالة (0.000) أقل من (0.05)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياسات القبلية والبعدية في المجموعة التجريبية على مقياس الصحة العقلية لصالح القياس عن بعد، وهذا يؤكد فعالية برنامج الصحة النفسية في المراحل العلاجية للتغير لدى عملاء اضطراب مادة الإدمان.

تقنيات الذهن قابلة للتطبيق في مراحل التعافي من الإدمان بالطرق التالية: الذهن يساعد على التعامل مع التحديات العقلية مثل: تنظيم العواطف ، وتقليل التوتر والقلق والاكتئاب. الذهن هو عكس التجنب. بما أن اضطراب تعاطي المخدرات ينشأ كوسيلة لتجنب المشاعر المؤلمة والقلق الاجتماعي والأفكار المتطفلة والألام الجسدية. يدرّب اليقظة الأفراد على قبول تحديات الحياة ومواجهتها بهدوء ، مما يمكنهم من تعلم أن التجارب غير السارة مقبولة ومؤقتة. في مراحل التعافي من الإدمان ، تساعد تقنيات الذهن العميل على الاسترخاء وهي مهارة مهمة في التعافي من الإدمان. يساعد الاسترخاء على تخفيف الألم وتقليل التوتر والرغبة الشديدة والضرر البدني. في التعافي من الإدمان ، تساعد تقنيات الذهن على تقليل تكرار الاكتئاب. يرتبط تعاطي المخدرات بقضايا الصحة العقلية الحالية مثل القلق والاكتئاب. من خلال الذهن ، يمكن للعملاء تخفيف الاكتئاب أكثر من الدواء. بدلا من رد الفعل ، يمكن الذهن الأفراد من الاستجابة. تتطور الإضافة كنمط من الاستجابات التي تتجنب قدرة العقل على التفكير. والتفاعل بشكل انعكاسي مع المحفزات المرتبطة بتعاطي المخدرات. الذهن يساعد العملاء على تعديل مثل هذه الأنواع من التكيف. من خلال الذهن ، يتم تشجيع التعاطف وهو أمر مهم في التعافي من الإدمان. يساعد اليقظة الأفراد على رؤية وضعهم بوضوح وتقليل الدفاع الذي يتجنب الأصوات أو الآراء الخارجية المفيدة. أيضا ، يساعد الذهن الأفراد على إعادة التواصل مع الناس والتواصل مع الأفراد الآخرين الذين يعانون من مواقف حياة مماثلة. إن التواجد في علاقة اجتماعية قوية يمنح الشخص شعورا بالانتماء ، وبالتالي ، يزيد من فرص الشفاء.

الملخص:

اليقظة الذهنية هي تقنية علاجية ، تهدف إلى علاج الإدمان ، وخاصة إدمان المواد واستعادة الحالة العقلية المناسبة. يتم تحقيق الهدف عندما يركز الأفراد على اللحظة الحالية التي تقبل فيها مشاعرهم وأفكارهم وأحاسيسهم الجسدية. يمكن توفير استراتيجيات الذهن من قبل مختلف المهنيين بما في ذلك المعالجين وعلماء النفس والأخصائيين الاجتماعيين السريريين والمستشارين المهنيين. يساعد اليقظة الناس على تعلم كيفية الاسترخاء ، وهي مهارة مهمة في عملية التعافي. تساعد اليقظة على تقليل القلق والألم والتوتر والرغبة الشديدة والأذى الجسدي. من خلال حالة الذهن، يتم منح العملاء فرصة للتأمل في اللحظة الحالية المنفصلة عن المستقبل والأفكار الماضية للحصول على فرصة لإعادة التواصل مع العالم من حولهم وأنفسهم. أيضا، من خلال التأمل ، يمكن للعملاء التركيز. خلال ذلك الوقت الذي

يكون فيه الجسم والعقل حاضرين ومسترخيين، تتدفق أفكار ورؤى جديدة إلى عقولهم. يتطلب النشاط أن يكون العميل غير محكم على نفسه أو تجاه الآخرين. من خلال الأفكار غير الحكيمة، يمكن للأفراد رؤية العالم بوضوح وشغف. هناك أنواع مختلفة من التأملات الموجودة في ذهن وهذا هو؛ التأمل الذهني، تأمل التنفس، التأمل الموجه، التأمل المتحرك، إلى آخره. اليقظة لديها عدة خطوات مثل التنفس الواعي، والتركيز، والوعي بجسم المرء، وإطلاق التوتر، والتأمل في المشي. يخضع الأفراد لخمس مراحل من الشفاء وهي: ما قبل التأمل والتأمل، والإعداد والعمل والصيانة. يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الانتكاس لصالح المجموعة الضابطة. يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين متوسط الدرجات: متوسط درجات القياسات القلبية والبعيدة في المجموعة التجريبية على مقياس مواضع الانتكاس لصالح القياس المسبق. لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على مقياس اليقظة العقلية.

References:

- Black, D. S., Christodoulou, G., & Cole, S. (2019). Mindfulness meditation and gene expression: a hypothesis-generating framework. *Current opinion in psychology*, 28, 302-306. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.06.004>
- Veaser, J., Hanak, C., Rogiers, A., Devos, M., & Page, N. (2022). Mindfulness based relapse prevention (mbrp, marlatt) in a naturalistic setting for patients with substance use disorder (sud). *European Psychiatry*, 65(S1), 818. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2115>.
- Roos, C. R., Kirouac, M., Stein, E., Wilson, A. D., Bowen, S., & Witkiewitz, K. (2019). An open trial of rolling admission mindfulness-based relapse prevention (rolling mbrp): feasibility, acceptability, dose-response relations, and mechanisms. *Mindfulness*, 10(6), 1062-1073. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1054-5>
- Rebecca, S. C., & Frederick, M. H. (2018). Intervention integrity in mindfulness-based research. *Mindfulness*, 1-11, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0886-3>
- Khayyer, Z., Dadjoo, M., & Shojaei, A. (2019). Transcranial direct current stimulation combining mindfulness based relapse prevention for smoking cessation: a case report. *International Clinical Neuroscience Journal*, 6(3), 118-122.
- Bowen, S., Chawla, N., Grow, J., & Marlatt, G. A. (2021). *Mindfulness-Based Relapse Prevention for addictive Behaviors*. Guilford Publications.
- Bowen, S., Somohano, et.al. (2017). Mindfulness-based relapse prevention for methadone maintenance: a feasibility trial. *The Journal of Alternative and complementary medicine*, 23(7), 541-544.
- Roos, C. R., et.al. (2017). Baseline patterns of substance use disorder severity and depression and anxiety symptoms moderate the efficacy of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(11), 1041.
- Roos, C. R., et.al. (2019). An open trial of rolling admission mindfulness-based relapse prevention (Rolling MBRP): feasibility, acceptability, dose-response relations, and mechanisms. *Mindfulness*, 10(6), 1062-1073.
- Somohano, V., et.al (2019). Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. In *Handbook of Mindfulness-Based Programmes* (pp. 341-353). Routledge.
- Tickell, A., (2020). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in real-world healthcare services. *Mindfulness*, 11(2), 279-290. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-018-1087-9>
- Mindfulness-based interventions for addictions among diverse and underserved populations. *Current opinion in psychology*, 30, 11-16. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.012>
- Monin, J. K., Sperduto, C. M., Dutton, A., Clark, M. S., & Jastreboff, A. M. (2020). Mindfulness-based stress reduction for older couples with metabolic syndrome: a pilot randomized controlled trial. *Mindfulness*, 11(4), 917-927. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01301-9>
- New findings from yale university school of public health in the area of metabolic syndrome reported (mindfulness-based stress reduction for older couples with metabolic syndrome: a pilot randomized controlled trial).(report). (2020). *Health & Medicine Week*, 2979, 2979-2979.

Dongguk university researcher reports research in sustainability research (understanding the history, theoretical perspectives, and influence of mindfulness: building sustainability through mindfulness in education). (2022). Medical Letter on the Cdc & Fda, 1026, 1026–1026.

Reports outline anxiety disorders study results from army medical university (effect of perceived stress on anxiety and depression among intensive care unit nurses: chain mediating roles of mindfulness and resilience). (2022). Women's Health Weekly, 3510, 3510–3510.

Researchers from jan kochanowski university of humanities & sciences detail new studies and findings in the area of personality and individual differences (the interplay between loneliness, mindfulness, and presence of meaning. does search for ...). (2021). Psychology & Psychiatry Journal, 659, 659–659.

Roos, C. R., Stein, E., Bowen, S., & Witkiewitz, K. (2019). Individual gender and group gender composition as predictors of differential benefit from mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders. Mindfulness, 10(8), 1560–1567. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01112-y>

Weiss de Souza, I. C., Kozasa, E. H., Bowen, S., Richter, K. P., Sartes, L. M. A., Colugnati, F. A. B., & Noto, A. R. (2020). Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention program as an adjunct to the standard treatment for smoking: a pragmatic design pilot study. Nicotine & Tobacco Research : Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, 22(9), 1605–1613. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa057>

Abstract:

The objectives of this exploratory study were: to study the effectiveness of mindfulness in the therapeutic stages of change in clients of substance disorder, and to assess the impact of these experiences in the development of mindfulness skills and treatment outcomes. The study within the subject used a design with a mixed natural method that integrates with quantities and qualitative data where all participants who entered the treatment and agreed to participate in the evaluation were included in the data collection.

The aim of this research is to identify the effectiveness of mental alertness in the stages of therapeutic change, in the clients of addictive substance disorders, in patients in Jeddah. The sample was formed on the number of (sixty patients) and was distributed to two experimental groups of (forty patients) and a control group of (twenty patients). The measure of motivation was used in patients and the questionnaire of alertness for the five factors, relapse and self-confidence towards the drug. The training program on mental alertness prepared by several researchers was composed of eight Sessions. It was concluded that, the effectiveness of the mental mindfulness training program, in improving mindfulness skills and in improving the stages of change in patients, in the research sample. A total of 60 young people were included in the analysis with an average age of 28.9 years. Statistically, significant changes in scores on five aspects of mindfulness. Questionnaire (FFMQ) and motivation for change and relapse indications as well as self-confidence towards the drug were previously to post-program for all clients as a result of treatment. And these changes were closely related to the results of treatment as evidenced by statistically significant changes in total scores. It also showed a specific improvement in the degrees of mindfulness skills related to non-judicial aspects and FFMQ reactive blames, that were associated with reductions in the client in general self-distress as measured by the two types of findings drawn from the analysis of customer's feedback. This feedback supports these findings and highlight the client's perspective on the value of mindfulness-based experiences in the therapeutic stages of change in clients of substance disorder. A promising approach to SUD treatment and a proposal for further research in this area of addiction therapy. Surprisingly, results indicated a statistical significance difference between the mean experimental group and the control group on the relapse scale, statistical difference between the average score of the pre and post measurement of the experimental group on the relapse scale, there were no statistically significant differences between the control and experimental group on the mental alertness scale and there is existence of statistically significant differences between the averages of the experimental group and the control group on the relapse scale in favor of the control group.