فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال شانزدهم، شماره شصت و ششم، ص۱۹۲-۱۷۱، زمستان ۱۴۰۱
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 16, No. 66, P 171-192, Winter 2023

مقاله پژوهشی
Research Article

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودتنظیمی ارادی در افراد دارای اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده

مهسا کاشفی‌زاده[۱]، محبوبه طاهر[۲]، عباسعلی حسین‌خانزاده[۳]، نرگس حاج‌ابوطالبی[۴]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۶

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودتنظیمی ارادی در افراد دارای اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده بود. **روش:** این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمام مردان دارای اختلال مصرف مواد تحت درمان رباط کریم از اسفند ۱۳۹۹ تا خرداد ۱۴۰۰ بود که از بین آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۷۱ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شد و به طور تصادفی در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای‌دهی شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خودتنظیمی ارادی استفاده شد. گروه‌های آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای تحت گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، مصاحبه انگیزشی، و ذهن‌آگاهی قرار گرفتند اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که تفاوت گروه آزمایش و گروه گواه در هر سه رویکرد معنادار بود و به ترتیب ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و مصاحبه انگیزشی بیشترین تأثیر را بر خودتنظیمی ارادی در افراد دارای اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده داشتند. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های حاصل می‌توان نتیجه گرفت که افراد دارای اختلال مصرف مواد با یادگیری فنون مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و مصاحبه انگیزشی می‌توانند به خودتنظیمی ارادی بیشتری دست پیدا کنند، اما فنون ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیش از مصاحبه انگیزشی در این امر توفیق دارند.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی، مصاحبه انگیزشی، خودتنظیمی ارادی، اختلال مصرف مواد، درمان نگهدارنده

۱. دانشجوی دکترای تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.
۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران. پست الکترونیک: Mahboobe.Taher@yahoo.com
۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.
۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

مقدمه

اعتیاد به شکل یک اختلال فرسایشی و عودکننده علاوه بر اینکه تأثیرات سوء جسمانی، روانی، فرهنگی و اقتصادی بسیاری برای شخص مصرف‌کننده دارد، مصائب بسیاری را نیز برای خانواده فرد مصرف‌کننده به ارمغان می‌آورد (یاوری، نجفی و طباطبایی، ۱۳۹۷). اعتیاد باعث تغییرات مغزی گسترده از جمله در قشر پیش‌پیشانی[1]، مدار عصبی پاداش، بخش‌های مربوط به انگیزه، حافظه، مهار تکانه و قضاوت می‌شود (انجمن روان‌شناسی آمریکا[2]، ۲۰۱۳). در ایران سوءمصرف مواد اساسی‌ترین نگرانی و مهم‌ترین خطر قابل پیشگیری بهداشتی شناخته شده است (جهان‌گیری، گل‌محدیان و حجت‌خواه، ۱۳۹۷). نتایج پژوهش‌ها نشان دادند که سوءمصرف موادی همچون الکل، توتون و تنباکو و داروها، در آمریکا، در طول سال مبلغی بیش از ۷۴۰ میلیارد دلار هزینه دربردارد. این هزینه‌ها شامل از دست‌دادن شغل، اعمال جرایم و هزینه‌های مربوط به درمان می‌گردد (فلمن[3]، ۲۰۱۸). سوءمصرف مواد پدیده‌ای روانی- فیزیولوژیک است به گونه‌ای که متغیرهای مختلفی در پیدایش، ادامه و درمان آن اثربخش هستند (کین، ریپر- روینولدز، ویلیامز و ولف[4]، ۲۰۱۶).

یکی از عواملی که ممکن است در گرایش به سوءمصرف مواد نقش داشته باشد، خودتنظیمی ارادی[5] است (پیرسون، دلیما و کلی[6]، ۲۰۱۸). خودتنظیمی فرایندی است که طی آن فرد رفتار خود را پایش نموده، مطابق با استانداردها، اهداف و معیارهایی که دارد در مورد رفتار خود قضاوت کرده و با توجه به نتیجه قضاوت، رفتار خود را تنظیم می‌کند (مک‌دونالد و پالفای[7]، ۲۰۰۸). خودتنظیمی پایین می‌تواند در اعتیاد به مصرف داروها و الکل دخیل باشد و درواقع یکی از مهم‌ترین علل آن در نظر گرفته شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد وابسته به مواد نسبت به دیگر افراد از خودتنظیمی پایین‌تری

1. Pre-frontal cortex
2. American Psychological Association
3. Felman
4. Keane, Reaper-Roynold, Williams, Williams, & Wolfe
5. Intentional Self-Regulation
6. Pearson, D'Lima, & Kelley
7. Macdonald & Palfai

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

برخوردار هستند (کول، لوگان و والکیر[1]، ۲۰۱۱). الگوی خودتنظیمی ارادی برای تحول موفق، یکی از مدل‌های مهم در خودتنظیمی ارادی است و با نام مدل «انتخاب، بهینه‌سازی، جبران[2]» شناخته می‌شود که توسط بالتس (۱۹۹۵) توسعه داده شده‌است. این مدل یک رویکرد عملی- نظری برای خودتنظیمی ارادی است که بر چهار فرایند انتخاب گزینشی[3]، بهینه‌سازی، جبران خسارت و انتخاب مبتنی بر فقدان[4] تأکید دارد (گستسدوتیر[5] و همکاران، ۲۰۱۴). ضعف در خودتنظیمی می‌تواند نقش مهمی در گرایش افراد به اعتیاد داشته باشد (خدادادیان، کرمی و یزدانبخش، ۱۳۹۸؛ پرسی[6]، ۲۰۰۸). دیشون و کانل[7] (۲۰۰۶) با بررسی نقش خودتنظیمی بر احتمال گرایش به اعتیاد به این نتیجه رسیدند که خودتنظیمی نقشی مهم در گرایش به مصرف مواد دارد و باعث می شود که نوجوانان از محیط‌های پرخطر کم‌ترین تأثیرپذیری را داشته باشند.

اختلال سوءمصرف مواد دارای پیش‌آگهی نامطلوبی است و هزینه‌های درمانی هنگفتی را به صورت مستقیم و غیرمستقیم به خانواده‌ها و جامعه تحمیل می‌کند (کول و همکاران، ۲۰۱۱). با توجه به هزینه‌ها و آسیب‌های فردی اجتماعی و اقتصادی سوءمصرف مواد لازم است از درمان‌های مقرون به صرفه‌تر و پیشگیری استفاده شود. درمان نگهدارنده با متادون[8] یکی از شیوه‌های درمانی اختلال سوءمصرف مواد است که به منظور نگه‌داشتن بیماران در وضعیتی پایدار و بهبودی تدریجی یا پیشگیری از عود طراحی شده است (کین-ریپر و همکاران، ۲۰۱۶). شواهد نشان می‌دهد که ارائه روان‌درمانی، کارایی درمان نگهدارنده با متادون را افزایش می‌دهد (نادری، بینازاده، صفاتیان پیوندی، ۱۳۸۹). یکی از روان‌درمانی‌های مطرح در درمان سوءمصرف مواد درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی[9] است. ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند تا مهارت لازم در مواجهه با موقعیت‌های محیطی پرخطر را بدست آورده و در درمان‌های روان‌شناختی همراه موفق‌تر عمل کند (تانگ،

1. Cole, Logan & Walker
2. Selection, Optimization & Compensation (SOC)
3. Elective selection
4. loss-based selection
5. Gestsdottir
6. Percy
7. Dishion & Connell
8. Methadone Maintenance Therapy
9. Mindfulness

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

تانگ و پوسنر[1]، ۲۰۱۶). ذهن‌آگاهی به عنوان یک آمادگی ذهنی تعریف شده که روی تجربیات در زمان حال و بدون قضاوت متمرکز است (سگال و تیزدیل[2]، ۲۰۱۸) و با افزایش توانایی‌هایی مانند پذیرش، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی منجر به کاهش علائم روان‌تنی در افراد مصرف‌کننده مواد مخدر می‌شود (هان[3]، ۲۰۱۹). مطالعات نشان داده‌اند که رابطه منفی و معناداری بین ذهن‌آگاهی و رفتارهای اعتیادی وجود دارد (تانگ و همکاران، ۲۰۱۶). در واقع افرادی که به شیوه‌ای ذهن‌آگاهانه زندگی می‌کنند به احتمال کمتری به رفتارهای اعتیادی همچون مصرف مواد مخدر گرایش پیدا می‌کنند (کاویشیولی، موالی، مافی و واسنا[4]،۲۰۲۰). در جریان جلسات درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، خوتنظیمی با تمرین‌های تمرکز توجه درونی و تمرکز توجه بیرونی از قبیل توجه به صدای محیط اطراف تقویت می‌شود که می‌تواند تکانه‌های مرتبط با ولع مصرف را کاهش دهد (مهدی‌زاده هنجنی، حسینیان، حسنی ابهریان و حسنی ابهریان، ۱۴۰۰).

یکی دیگر از روان‌درمانی‌هایی که می‌تواند نقشی مؤثری در خودتنظیمی افراد معتاد داشته باشد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (عبدالرحیمی نوشاد، ۱۳۹۹). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روانی و کاهش اجتناب تجربی است (روزن، کرتیس و پاتر[5]، ۲۰۲۰). فردی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد در مواجهه با روبدادهای ناخواسته و پرتنش از شیوه اجتناب از جمله پناه بردن به مصرف مواد استفاده نمی‌کند (هیز، استروسال، بانتینگ، توهیگ و ویلسون[6]، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته در کاهش رفتارهای خطرناک مصرف‌کنندگان مواد مفید باشد (گونزالز-منندز، فرناندز، رودریگز و ویلاگرا[7]، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مردان تحت درمان سوءمصرف مواد موجب تنظیم هیجانی و شناختی و افزایش خویشتن‌داری و خودتنظیمی می‌شود (سعیدمنش و پهلوان، ۱۳۹۶).

1. Tang, Tang, & Posner
2. Segal & Teasdale
3. Hanh
4. Cavicchioli, Vassena, Movalli & Maffei
5. Rosen, Curtis, & Potter
6. Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig & Wilson
7. González-Menéndeza, Fernándeza, Rodríguezb & Villagráa

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

علاوه بر روش‌های درمانی ذکرشده که به تغییرات ذهنی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد منجر می‌شوند (جهان‌گیری و همکاران، ۱۳۹۵؛ حمیدی و خیران، ۱۳۹۷؛ هیز، لومان و بوند، مسودا و لیلیس[1]، ۲۰۰۶)، ایجاد و حفظ انگیزه برای بروز این تغییرات نیز از اهداف درمان روان‌شناختی سوءمصرف مواد است (محمدجعفری، ۱۳۹۶). در افزایش میزان انگیزش در درمان اعتیاد افراد به سوءمصرف مواد افیونی، می‌توان به مصاحبه انگیزشی[2] اشاره داشت (پروچاسکا، دی کلمنت و نورکراس[3]، ۲۰۰۶). از جمله اصلی‌ترین اهداف مصاحبه انگیزشی، از بین بردن ابهامات و تعارضات افراد مبتلا به سوءمصرف مواد، درجهت درمان اعتیاد است (بک، رایت، نیومن و لیس[4]، ۲۰۱۰؛ ترجمه گودرزی، ۱۳۹۱). انگیزه مفهومی از نظریه خودتنظیم است و تحت این عنوان که چرا افراد تصمیم می‌گیرند در برنامه‌ای شرکت کنند، چه مقدار تلاش برای مشارک اختصاص می‌دهند و در هنگام مشارکت در فعالیتی چه مقدار استقامت و پشتکار به خرج می‌دهند تعریف می‌شود (هانتر، ۲۰۰۸؛ به نقل از دهقانی‌فیروزآبادی و همکاران، ۱۳۹۳). پژوهش‌های مختلفی (از جمله اهمان و گروس[5]، ۲۰۱۹؛ انا[6] و همکاران، ۲۰۲۲؛ کارول و رونساویل[7]، ۲۰۰۷؛ توکر، دی‌آمیکو، اوینگ، میلس و پدرسن[8]، ۲۰۱۷؛ مادسون[9] و همکاران، ۲۰۱۸؛ حیدری، محمدی و بهمنی، ۱۳۹۶) نشان داده‌اند که مصاحبه انگیزشی می‌تواند بر اختلال سوءمصرف مواد تأثیرگذار باشد. با توجه به گرایش روزافزون به مواد اعتیادآور و تنوع آن‌ها از یک سو و اهمیت روان‌درمانی در کنار دارودرمانی در درمان سوءمصرف مواد از سوی دیگر، این پژوهش درصدد پاسخ به این پرسش است که کدام یک از مداخلات رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی و مصاحبهٔ انگیزشی بر خودتنظیمی ارادی افراد دارای سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده تأثیر بیشتری دارد؟

1. Hayes, Luoman, Bond, Masuda & Lillis
2. Motivational interviewing
3. Prochaska, Di Clemente & Norcross
4. Beck, Wright, Newman & Liese
5. Ehman & Gross
6. Ana
7. Carroll & Rounsaville
8. Tucker, D'Amico, Ewing, Miles & Pedersen
9. Madson

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مردان دارای اختلال سوءمصرف مواد افیونی شهرستان رباط کریم، از اسفند ۱۳۹۹ تا خرداد ۱۴۰۰ بودند که از بین آنها نمونه‌ای به حجم ۷۲ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از فهرست بیماران انتخاب شدند. به‌منظور انتخاب نمونه، شهر به پنج منطقه جغرافیایی شمال، جنوب، مرکز، شرق و غرب تقسیم و سپس چهار منطقه به تصادف انتخاب و از هر منطقه یک کلینیک ترک اعتیاد به تصادف انتخاب شد و پس از اخذ نمونه اولیه و پس از احراز ملاک‌های ورود، افراد نمونه به صورت تصادفی در ۴ گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی، مصاحبه انگیزشی و یک گروه گواه جایدهی شدند. حجم نمونه براساس فرمول ارائه شده توسط تاباکنیک و فیدل[1] (۲۰۱۴)، که در هر گروه نباید کمتر از ۱۵ نفر باشد با احتساب ریزش برای هر گروه ۱۸ نفر انتخاب شد، البته در فرآیند مداخله یک از نفر از گروه مصاحبه انگیزشی به دلیل عدم همکاری خارج شد و جمعا ۷۱ نفر در پژوهش شرکت کردند. گروه اول با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد مداخله قرار گرفتند، گروه دوم تحت مداخله ذهن‌آگاهی قرارگرفته و گروه سوم مصاحبه انگیزشی دریافت کردند و برای گروه چهارم هیچ مداخله‌ای در نظر گرفته نشد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از نداشتن اختلال روان‌گسستگی، عدم دریافت روان‌درمانی هم‌زمان، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال و قرارداشتن تحت درمان نگهدارنده با متادون و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخلات و انصراف از ادامه درمان و شرکت در پژوهش بود. در این مطالعه اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد و داده های به دست آمده با آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

1. Tabaknik & Fidel

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

ابزار

۱- پرسش‌نامه خودتنظیمی ارادی[1]: این پرسش‌نامه در ابتدا توسط بالتز[2] و همکاران (۱۹۹۹) ساخته شده است و ۴۸ گویه و ۴ خرده‌مقیاس دارد که در آن برای هر یک از خرده‌مقیاس‌های انتخاب، انتخاب مبتنی بر شکست، بهینه‌سازی و جبران ۱۲ گویه در نظر گرفته شده است. هر گویه شامل دو اظهارنظر است که یکی شامل رفتار مبتنی بر انتخاب، بهینه‌سازی، جبران و انتخاب مبتنی بر شکست و دیگری بیانگر رفتار غیرمرتبط با آن است. از فرد خواسته می‌شود جمله‌ای را که به شیوهٔ عملکرد او شبیه‌تر است انتخاب کند. در این پژوهش از فرم کوتاه این پرسش‌نامه که توسط فروند و بالتز[3] (۲۰۰۲) تدوین شده است و شامل ۲۴ گویه است، استفاده شد که برای هرکدام از خرده‌مقیاس‌های انتخاب، بهینه‌سازی و جبران، ۸ گویه درنظرگرفته شده‌است. این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملا مخالفم (۱) تا کاملا موافقم (۶) به ارزیابی نظر پاسخگویان می‌پردازد. در این مقیاس نمرات بالاتر نشان‌دهندهٔ سطح بالاتر مهارت‌های خودتنظیمی است (فروند و بالتس، ۲۰۰۲). سازندگان این مقیاس همسانی درونی را بر اساس آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس انتخاب ۰/۷۵، بهینه‌سازی ۰/۷۰ و جبران ۰/۶۷ گزارش نموده‌اند و روایی محتوایی آن را مورد تأیید قرار دادند (فروند و بالتس، ۲۰۰۲). همسانی درونی پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ در ایران توسط خدادادیان و همکاران (۱۳۹۸) بررسی گردید و آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد.

روش اجرا

مدت جلسات درمانی در هر کدام از روش‌ها ۵۰ دقیقه بود که به صورت گروهی و هفته‌ای دو بار، به مدت ۱۰جلسه توسط فرد واجد صلاحیت و آشنا با برنامه‌های مداخله‌ای پژوهش اجرا شد. بعد از اتمام مداخلات، از سه گروه تحت درمان و یک گروه گواه پس‌آزمون گرفته شد. در ادامه خلاصه جلسات مداخلات گزارش شده است.

1. Intentional self-regulation questionnaire
2. Baltes
3. Freund & Baltes

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

۱- درمان ذهن‌آگاهی: خلاصـــه‌ای از پروتکل مراحل درمان ذهن‌آگاهی برگرفته از الگوی درمانی(کابات زین، ۲۰۰۳؛ به نقل از اکبری، نفیسی و مشهدی‌فر، ۱۳۹۲) در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات آموزش ذهن‌آگاهی (کابات زین، ۲۰۰۳؛ به نقل از اکبری و همکاران، ۱۳۹۲)

جلسه	محتوای جلسات
اول	۱-جلسه معارفه و مشروح جلسات ۲- آموزش تکنیک کشمش. آموزش مدیتیشن و دریافت بازخورد از انجام مدیتیشن و وارسی بدنی.۳- ارائه تکلیف خانگی به صورت تمرین مهارت خوردن ذهن‌آگاهانه.
دوم	۲-تمرین مدیتیشن و وارسی بدن و مباحثه در خصوص این تمرین. ۲- گفتگو در مورد تکالیف خانگی، بررسی موانع و ارائه راه‌حل در حیطه ذهن‌آگاهی در خصوص آنها.۳- بررسی افکار و احساسات و تعریف آنها و بیان تفاوت آنها. ۴- تمرین مدیتیشن در حالت نشسته. ۵- تکلیف خانگی به صورت تمرین مهارت‌های آموزش داده‌شده در منزل.
سوم	۱-تمرین ذهن‌آگاهی از طریق دیدن و شنیدن ۲- توجه به تنفس همراه با توجه به حواس بدنی و مراقبه نشسته. ۳- تمرین ۳ دقیقه‌ای توجه به تنفس و مباحثه در خصوص تکالیف خانگی ۴- انجام دادن یک تکنیک ذهن‌آگاهی. ۵- تکالیف خانگی به صورت تمرین مهارت‌های آموزش داده‌شده در منزل.
چهارم	۱- مدیتیشن ۴ بعدی شامل مراقبه نشسته، توجه به ریتم تنفس، توجه به اصوات بدن و افکار.۲- مباحثه در مورد موقعیت‌های استرس‌زا و رفتارهای فرد به این حالت و بررسی رفتارهای جایگزین. ۳- پیاده‌روی با متد ذهن آگاهانه. ۴- تکالیف خانگی به صورت تمرین تنفس ذهن‌آگاهانه.
پنجم	۱- تمرین مراقبه نشسته ۲-انجام تمرینات ذهن‌آگاهانه مربوط به بدن. ۳- تکالیف خانگی به صورت تمرین نشستن همراه با ذهن‌آگاهی.
ششم	تمرین تنفس ۲۳ دقیقه‌ای. ۲- بررسی تکالیف خانگی به شکل گروهی. ۳- بررسی محتواهای افکار غیرواقعی. ۴- قبول حس‌ها به تعبیر احساسات. ۵- تکالیف خانگی به صورت تمرین مهارت‌های آموزش داده‌شده در منزل.
هفتم	۱- تمرین آگاهی نسبت به افکار، احساسات، ریتم تنفس، توجه و اصوات بدن. مدیتیشن ۴ بعدی. ۲- بررسی بهترین مسیر مراقبت از خود. ۳- تعیین رویدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی. ۵- آموزش پذیرش بدون قید و شرط ۵- تکالیف خانگی به صورت تمرین مهارت‌های آموزش داده‌شده در منزل.
هشتم	۱- ذهن‌آگاهی رویدادهای روانی (تمرکز بر افکار، هیجان‌ها و تصاویر ذهنی) ۲- تمرکز بر افکار غیرمنطقی، تمرکز بر هیجانات مانند تجربه اضطراب و تمرکز بر تصاویر ذهنی ناراحت‌کننده.
نهم	۱- توجه به بدن ۲- تکرار آموخته‌ها ۳- تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای ۴- انجام مدیتیشن و مباحثه در خصوص رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زا ۵- سوال از مراجعین در خصوص اینکه تمرینات انتظارات آنها را پاسخ داده یا نه؟ تمرین‌های مدیتیشن و رشد مهارت‌های مقابله‌ای.
دهم	۱- بازنگری و مرور مطالب ۲- بازنگری تکنیک‌ها و تمرین‌ها و ترغیب فرد به پی‌گیری آن‌ها در زندگی روزانه.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: پروتکل مراحل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از الگوی درمانی هیز (۲۰۰۴) به صورت خلاصه در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای سوءمصرف‌کنندگان مواد

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه و ایجاد آماد گی در شرکت‌کنندگان پژوهش (استفاده از تمثیل‌ها مثل تمثیل ترن هوایی)
دوم	اطلاع‌رسانی به فرد در خصوص بهایی که در قبال مصرف مواد مخدر پرداخت می‌کند (استعاره‌ها و تمرین‌های صورت‌برداری، پاک کردن گل و لای از لیوان و راه رفتن در باتلاق)
سوم	آموزش مواجهه و تکنیک ناامیدی خلاق
چهارم	بررسی تمایلات هیجانی و آموزش مهارت کنترل هیجانی
پنجم	تمایز فرد از برنامه‌ریزی (استعاره‌ها و تمرین‌هایی مانند دوکامپیوتر، جعبه با وسایل درون آن و صفحه شطرنج)
ششم	بررسی موانع به گونه پذیرش هیجان‌مدار (تکنیک‌هایی مانند هیولای سوار بر اتوبوس، پتروس فداکار، علامت در کوهستان، فرمول‌بندی مجدد قراردادهای کلامی و...) انتقال از پذیرش هیجان‌مدار بعه سمت تغییر رفتار (تمثیل‌هایی مانندگدای دم در، کودک کج‌خلق و...)
هفتم	بررسی اهداف و ارزش‌های شرکت‌کنندگان (استعاره‌های نقشه‌سازی، تکلیف سنجش ارزش‌ها و...)
هشتم	آموزش مسئولیت‌پذیری به منظور ایجاد تغییر
نهم	تعهد دادن از طریق گسترش زندگی هیجانی به سمت زندگی واقعی
دهم	نتیجه‌گیری، جمع‌بندی و ارزشیابی

۳- مصاحبه انگیزشی: پروتکل مراحل درمانی مصاحبه انگیزشی میلر و رولنیک (۲۰۰۹) به صورت خلاصه در جدول ۳ گزارش شده است.

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

جدول ۳: خلاصه برنامه درمانی مصاحبه انگیزشی

جلسه	محتوا	تکنیک	هدف
اول	همدلی	درک این که در سر فرد چه می‌گذرد. جهان را چگونه تفسیر می‌کند.	خود را به جای مراجع قرار دادن جهت درک دنیای او. گوش دادن ماهرانه و بازتابی
دوم	به سطح آوردن تناقض‌ها	سوال پرسیدن از مراجع درباره تناقضاتش هدف‌های مهم مراجع را مشخص کردن	بررسی دوسوگرایی مراجعه و به آگاهی رساندن او در این خصوص
سوم	به سطح آوردن تناقض‌ها	نشان دادن به مراجع که در درونش جمع اضداد وجود دارد	متوجه این موضوع شود که یکی را به نفع دیگری ترجیح دهد.
چهارم	لغزیدن بر مقاومت (دور زدن مقاومت)	انعطاف با مقاومت‌های مراجع استفاده از تکنیک‌های تایید، بارش فکری، گوش دادن و بازخورد.	بررسی مقاومت‌های مراجع از نوع نادیده گرفتن، نفی کردن، قطع کردن و مباحثه
پنجم	لغزیدن بر مقاومت (دورزدن مقاومت)	کاهش مقاومت در برابر تغییر. مقابله نکردن درمانگر با مقاومت مراجع. بحث نکردن با مراجع.	کاهش مقاومت در برابر تغییر. مقابله نکردن درمانگر با مقاومت مراجع. بحث نکردن با مراجع.
ششم	لغزیدن بر مقاومت (دورزدن مقاومت)	رد شدن از کنار این مقاومت‌ها به این نیت که بعدا به آن پردخته می‌شود و درستش می‌کند.	سرشاخ نشدن با مقاومت و نشانه‌های آن.
هفتم	تقویت حس خودکارآمدی	کمک به مراجع تا تغییر از درون خودش بجوشد. نظام مصاحبه انگیزشی مشارکتی است. درمانگر به مراجع نمی‌گوید که چه کاری انجام دهد.	عدم به دست گرفتن هدایت امور توسط درمانگر. رویکرد اقتدارگرایانه نداشتن.
هشتم	تقویت حس خودکارآمدی	تفهیم توانمندی‌های مراجع به خودش. کمک به مراجع برای انتخاب مسیرش	استفاده از سوالات باز درباره حس توانمندی مراجع. (بنظرت قدم خوب برای شروع چیست؟
نهم	تقویت حس خودکارآمدی	غلبه بر موانع قبلی می تواند ذخیره آینده بشود. نشان دادن نقاط مثبت مراجع به خودش که منجر به افزایش حس خود کارامدی گردد.	بررسی تلاش‌ها و موفقیت‌های قبلی مراجع سخت ترین کارهای قبلی که انجام داده است؟
دهم	تقویت تعهد به تغییر	مراجع تا حدودی از دوسوگرایی خارج شده است. باید کاری انجام دهد که فرد در تغییر بماند.	به تغییرات ایجاد شده تعهد و پایبندی نشان دهد و به سمت عقب بازنگردد.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

یافته‌ها

نتایج نشان داد در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۶/۷ درصد (۳ نفر) از شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۵۵/۶ درصد (۱۰ نفر) دیپلم و ۲۷/۷ درصد (۵ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند؛ در گروه ذهن‌آگاهی ۲۲/۲ درصد (۴ نفر) از شرکت‌کنندگان دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم، ۵۰ درصد (۹ نفر) دیپلم و ۲۷/۸ درصد (۵ نفر) تحصیلات دانشگاهی؛ در گروه مصاحبه انگیزشی ۱۷/۶ درصد (۳ نفر) از شرکت کنندگان دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم، ۵۲/۹ درصد (۹ نفر) دیپلم و ۲۹/۴ درصد (۵ نفر) تحصیلات دانشگاهی و در گروه گواه ۲۲/۲ درصد (۴ نفر) از شرکت‌کنندگان دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم، ۵۵/۶ درصد (۱۰ نفر) دیپلم و ۲۲/۲ درصد (۴ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند. میانگین سنی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۲۸/۴ سال و انحراف معیار ۵/۱، گروه ذهن‌آگاهی ۲۷/۹ سال و انحراف معیار ۴/۸، گروه مصاحبه انگیزشی ۲۷/۵ سال و انحراف معیار ۳/۹ و گروه گواه ۲۹/۳ سال و انحراف معیار ۶/۴ بود. آماره‌های توصیفی متغیر خودتنظیمی ارادی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ٤: یافته‌های توصیفی متغیر خودتنظیمی ارادی چهار گروه در دو مرحله ارزیابی

مراحل		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		ذهن آگاهی		مصاحبه انگیزشی		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودتنظیمی ارادی	پیش‌آزمون	۸۳/۸۸	۲۶/۲۱	۶۷/۶۶	۱۸/۱۶	۵۷/۲۹	۱۹/۴۲	۶۲/۶۱	۱۶/۵۹
	پس‌آزمون	۱۰۸/۵۵	۲۴/۲۰	۱۰۳/۴۴	۲۱/۱۴	۶۳/۹۴	۱۹/۸۱	۶۲/۷۷	۱۶/۶۸

طبق نتایج جدول ۴ میانگین نمره کل خودتنظیمی ارادی همه گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. قبل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری، مفروضه‌های زیربنایی این تحلیل (مفروضه‌ی نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که سطح معناداری آزمون شاپیرو ویلک از مقدار ۰/۰۵ بیشتر است، بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

برقرار بود (P>۰/۰۵). نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون نمره کل خودتنظیمی ارادی در گروه‌های آزمایش و گواه نشان داد که شیب رگرسیون برای نمره کل آن برقرار بود. جهت بررسی همگنی واریانس از آزمون لوین استفاده شد. براساس این آزمون همگنی واریانس‌ها برقرار بود (P>۰/۰۵). با برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده از این آزمون بلامانع است. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های درمان و گواه در خودتنظیمی ارادی در مرحله پس‌آزمون در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های درمان و گواه در خودتنظیمی ارادی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
خودتنظیمی ارادی	الگوی اصلاح شده	۵۸۷۵۰/۲۱۷	۴	۱۴۶۸۷/۵۵۴	۴۰۹/۷۵۹	۰/۰۰۱	۰/۸۵۳	۱
	پیش‌آزمون	۲۶۲۱۱/۲۱۴	۱	۲۶۲۱۱/۲۱۴	۷۳۱/۲۵۱	۰/۰۰۱		
	گروه	۱۳۷۳۰/۷۲۹	۳	۴۵۷۶/۹۱۰	۱۲۷/۶۸۸	۰/۰۰۱		
	خطا	۲۳۶۵/۷۲۷	۶۶	۳۵/۸۴۴				

با توجه به جدول ۵، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون اثر گروه بر نمره کل خودتنظیمی ارادی معنادار است (P=۰/۰۰۱ و $F_{۳,۶۶}$= ۱۲۷/۶۸۸)، بنابراین نشان می‌دهد بین چهار گروه از لحاظ خودتنظیمی ارادی در مردان دارای اختلال سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده تفاوت معناداری وجود دارد. هم‌چنین مقدار اندازه اثر برابر η^2 = ۰/۸۵۳ بود که نشان می‌دهد، میزان این تفاوت در جامعه ۸۵ درصد و در سطح قابل قبول می‌باشد. بنابراین بین گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی، مصاحبه انگیزشی و گواه از لحاظ نمره کل خودتنظیمی ارادی در مرحله پس‌آزمون با تعدیل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. جهت بررسی مقایسه رویکردهای ذهن‌آگاهی، مصاحبه انگیزشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نمره کل خودتنظیمی ارادی در جدول ۶

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

نتایج مقایسه زوجی میانگین نمرات تعدیل یافته گروه‌های آموزش مورد مطالعه در مرحله پس‌آزمون براساس تعدیل بونفرونی گزارش شده است.

جدول۶: نتایج مقایسه میانگین گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون در خودتنظیمی ارادی

متغیر	گروه		تفاوت میانگین	خطای استاندارد	اندازه اثر	سطح معناداری
خودتنظیمی ارادی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	ذهن‌آگاهی	-۱۰/۵۸۲*	۲/۰۷۸	۰/۲۸۲	۰/۰۰۱
		مصاحبه انگیزشی	۱۸/۸۸۷*	۲/۲۳۷	۰/۵۱۹	۰/۰۰۱
		گواه	۲۵/۱۹۴*	۲/۱۳۶	۰/۶۷۸	۰/۰۰۱
	ذهن آگاهی	مصاحبه انگیزشی	۲۹/۴۶۹*	۲/۰۵۹	۰/۷۵۶	۰/۰۰۱
		گواه	۳۵/۷۷۶*	۲/۰۰۴	۰/۸۲۸	۰/۰۰۱
	مصاحبه انگیزشی	گواه	۶/۳۰۷*	۲/۰۳۴	۰/۱۲۷	۰/۰۱۷

*P=۰/۰۰۱

نتایج جدول ۶ نشان داد، هر سه گروه آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودتنظیمی ارادی در مردان دارای اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده اثربخش بودند. ذهن آگاهی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی اثربخشی بالاتری در افزایش خودتنظیمی ارادی در مردان دارای اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده داشته است. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با مصاحبه انگیزشی اثربخشی بالاتری بر خودتنظیمی ارادی در مردان دارای اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودتنظیمی ارادی در افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده انجام شد. نتایج نشان داد که اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی ارادی افراد دارای سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده معنادار است. این یافته به طور ضمنی با نتایج پژوهش‌هایی چون جهان‌گیری و همکاران (۱۳۹۷)، عبدالرحیمی نوشاد (۱۳۹۸)، سعیدمنش (۱۳۹۸)، سلطانی‌زاده، حسینی و کاظمی (۱۴۰۰) همسو است. در تبیین

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه سوءمصرف‌کنندگان مواد در معرض عدم خودتنظیمی قرار دارند و تغییرات خودتنظیمی به‌طور معناداری احتمال مصرف را پیش‌بینی می‌کند (سعیدمنش، ۱۳۹۸) ترغیب این افراد به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف و تعهد برای دستیابی به آن اهداف که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مطرح است منجر به بازبینی اهداف و معنادهی به ارزش‌ها و نظم‌دهی جدی‌تر در این افراد شد. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از مصاحبه انگیزشی مؤثرتر بود، عواملی که می‌توانند در افزایش خودتنظیمی ارادی مبتنی بر الگوی انتخاب، بهینه‌سازی و جبران بیش از مصاحبه انگیزشی تأثیرگذار باشند تکنیک‌های عمل متعهدانه و شفاف‌سازی ارزش‌ها و تعیین هدف و عمل به آن‌ها در درمان پذیرش و تعهد است؛ این تکنیک‌ها باعث شد رفتارهای پرخطر در افراد سوءمصرف‌کننده بیشتر کنترل شود و خویشتن‌داری و متعاقب آن خودتنظیمی در آن‌ها افزایش یافت. در این جلسات گروه آزمایشی که درمان میتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند آموختند که با به‌کارگیری فنون این درمان اهداف نزدیک و زودگذر را به منظور دستیابی به اهداف سودمندتر و طولانی مدت‌تر به تعویق اندازند. زمانی که فرد بداند چگونه احساسات و برانگیختگی‌اش را مدیریت کند می‌تواند اهدافش را با توجه به پتانسیل‌ها و ظرفیت‌های فردی تعیین کند و زمان و تلاشش (عمل متعهدانه) را برای دستیابی به این هدف‌ها متمرکز سازد. همچنین انتخاب و بهینه‌سازی که از اجزای الگوی خودتنظیمی ارادی مورد نظر در این پژوهش هستند در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بستر مناسبی برای بروز دارند. فروند و بالتس (۲۰۱۰) انتخاب گزینشی را ایجاد، تبیین و اجرای هدف‌های فردی می‌دانند که شامل انتخاب هدف فرد، سطح انتخاب‌گری فرد و تمرکز بر روی هدف است. بهینه‌سازی نیز شناسایی و جذب منابع درونی و بیرونی و انسجام آن‌ها در راستای دستیابی به اهداف است که شامل به کار بردن راهکارهایی است که با ارزش‌ها و تشویق فرد به انجام اعمال متعهدانه منطبق است. اتفاقی که پس از تعیین ارزش‌ها و ترغیب فرد به عمل متعهدانه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رخ می‌دهد فرایند انتخاب و بهینه‌سازی الگوی فروند و بالتس (۲۰۱۰) در خودتنظیمی ارادی را تسهیل می‌کند.

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

یافته دیگر پژوهش نشـــان داد که تأثیر ذهن‌آگاهی، بر خودتنظیمی ارادی افراد دارای سـوءمصـرف مواد تحت درمان نگهدارنده معنادار اسـت. این یافته به طور ضـمنی با نتایج پژوهش‌هایی چون نوری و سـیدنژاد جلودار (۱۳۹۹)، عسـگری، سـیدآسـیابان و سـنگانی (۱۳۹۸)، باباخانی (۱۳۹۹) و باولین و بیر[1] (۲۰۱۶) هماهنگ اســت. در تبیین این یافته می‌توان گفت در مهارت ذهن‌آگاهی، فرد به واســطه تمرین و فنون مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نسبت به فعالیت‌های روزانه خود، آگاهی پیدا می‌کند، می‌تواند بر خود نظارت داشته باشد و به صورت آگاهانه و ارادی الگوهای ذهنی‌اش را تنظیم کند (اکبری و همکاران، ۱۳۹۲). خودتنظیمی دربرگیرنده هدایت رفتار فرد به سمت یک وضعیت نهایی مطلوب است. این هدف، می‌تواند به عنوان رفتارهای خاص موردنظر (به عنوان مثال اجتناب از مصــرف مواد)، افکار یا نگرش‌ها (مثلاً دلســوز بودن)، یا حالات هیجانی (آرام کردن خود وقتی خانواده به او شک دارند که مواد مصرف کرده‌است) تعریف شود (گراس[2]، ۲۰۱۵). این همان چیزی است که در آموزش ذهن‌آگاهی برای فرد اتفاق می‌افتد.

یافته دیگر پژوهش نشـــان داد که مصـــاحبه انگزیشـــی، بر خودتنظیمی ارادی افراد دارای سـوءمصـرف مواد تحت درمان نگهدارنده معنادار اسـت. این یافته به‌طور ضـمنی با نتایج پژوهش‌های علیزاده نمینی، اســماعیل‌زاده آخوندی و صــفر محمدلو (۱۳۹۶)، دهقانی فیروزآبادی و همکاران (۱۳۹۳)، باجین[3] و همکاران (۲۰۱۳)، اویســی، ســتین، بابایی‌پورو آرابان[4] (۲۰۲۰) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت ایجاد رابطه درمانی مناسب، همدلی و حمایت مداوم از بیمار، از عوامل مهم در جهت افزایش انگیزه و سـعی در جهت تغییر رفتار مصرف مواد است که در شیوه مصاحبه انگیزشی کاملا برجسته است (دهقانی فیروزآبادی و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین این شــیوه درمانی، یک شــیوه مشــاوره‌ای، رهنمودی و مراجع‌محور اســت که از طریق آگاهی از مشــکلات بالقوه و تلاش برای اکتشاف و برطرف کردن احساس تردید می‌کوشد تا نگرش مراجع را بدون در نظر گرفتن ســودمندی‌ها و ضــررهای ادامه مصــرف مواد تغییر دهد (دهقانی فیروزآبادی و همکاران،

1. Bowlin & Baer
2. Gross
3. Bagøien
4. Oveisi, Stein, Babaeepour & Araban

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

۱۳۹۳). همچنین انجام جلسات مصاحبه انگیزشی در افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد سبب ارتقاء مشارکت در آن‌ها می‌شود و با افزایش انگیزه درونی جهت تغییر در این افراد نگرش مثبت نسبت به مواد را کاهش می‌دهد و سبب می‌شود افراد با جدیت بیشتری جهت ترک مواد تلاش کنند و تمایل بیشتری جهت ادامه درمان داشته باشند (جمشیدی، ۱۳۹۶). بررسی تفاوت تأثیر سه روش مداخله‌ای حاکی از اثربخشی بیشتر درمان ذهن‌آگاهی در مقایسه با دو مداخله دیگر بود و به ترتیب ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی بیشترین تأثیر را بر خودتنظیمی ارادی در افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده داشته است. در رابطه با تأثیر بیشتر ذهن‌آگاهی بر خودتنظیمی ارادی در مردان دارای سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده نسبت به دو روش دیگر می‌توان گفت که بالا بردن هوشیاری و هدایت رفتار فرد به سمت یک وضعیت نهایی مطلوب که در مداخله ذهن‌آگاهی روی می‌دهد (حمیدی و خیران، ۱۳۹۷) می‌تواند از دلایل این نتیجه باشد. تکنیک‌های ذهن‌آگاهی با ایجاد هشیاری باعث ایجاد تنظیم هیجانی در فرد می‌گردد (پورحسین و همکاران، ۱۳۹۸) بنابراین فرد بهتر می‌تواند پاسخ‌های هیجانی خود را مدیریت کرده و از این طریق بر خودتنظیمی فرد افزوده می‌شود. علاوه بر این درمان ذهن‌آگاهی انعطاف‌پذیری شناختی فرد را افزایش می‌دهد (گودرزی، قاسمی، میردریکوند و غلامرضایی، ۱۳۹۷) که این امر می‌تواند سبب شود فرد بتواند در مواجهه با مسائل راه‌های بهتر و متفاوت‌تری را در نظر بگیرد، به طور منطقی‌تری با مشکلات روبه‌رو شود و بهتر زندگی‌اش را مدیریت کند؛ در واقع فردی که هوشیارتر می‌شود به جای پاک کردن صورت‌مسئله و رفتن به سمت مواد برای رسیدن به آرامش واهی، با مشکلات مواجه شده و سعی می‌کند بر آنها فائق آید.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت سنی و جنسیت اشاره کرد که بهتر است در تعمیم نتایج آن به زنان و سایر گروه‌های سنی احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با موضوع مشابه بر روی گروه سنی دیگر به ویژه نوجوانان که در خودتنظیمی ارادی با چالش روبرو هستند، انجام شود. همچنین این پژوهش فاقد دوره پیگیری بود و درباره تداوم اثر درمان نتایجی به دست نداد. عدم کنترل وضعیت اقتصادی

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

و اجتماعی افراد نمونه و یکسان بودن پژوهشگر و درمانگر که ممکن است احتمال سوگیری در نتایج را افزایش دهد نیز از محدودیت‌های دیگر پژوهش بود. بدیهی است تلاش در جهت رفع محدودیت‌های ذکرشده، پژوهش را با اعتبار بیشتری همراه می‌سازد. باتوجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی بیشتر ذهن‌آگاهی به نسبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی بر افزایش خودتنظیمی ارادی افراد دارای اختلال مصرف مواد پیشنهاد می‌شود این روش در مراکز درمان سوءمصرف مواد درکنار درمان‌های دارویی ارائه شود.

منابع

اکبری، محمداسماعیل؛ نفیسی، ناهید و مشهدی‌فر، زهرا. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۷ (۲۷)، ۱۶-۷.

باباخانی، وحیده. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و خودکنترلی زنان خیانت‌دیده. *دوفصلنامه روانشناسی خانواده*، ۷(۱)، ۱۳۲-۱۲۱.

بک، آرون. تی؛ فرد. دی رایت؛ کوردی. اف نیومن و بروس. ان لیس. (۲۰۰۱). *درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر*. ترجمه علی گودرزی (۱۳۹۱). تهران: راه‌گشا.

پورحسین، رضا؛ موسوی، ابوالفضل؛ زارع مقدم، علی؛ گم‌نام، اعظم؛ میربلوک بزرگی، عباس و حسنی استلخی، فرشته. (۱۳۹۸). ذهن‌آگاهی از تئوری تا درمان. *رویش روان‌شناسی*، ۸ (۱)، ۱۵۵-۱۶۹.

جمشیدی، الهام. (۱۳۹۶). *اثربخشی مصاحبه انگیزشی درتغییر نگرش به مواد و رغبت به ادامه درمان درجلب همکاری افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام‌نور استان آذربایجان شرقی، مرکز پیام‌نور بناب.

جهان‌گیری، میلاد؛ گل‌محمدیان، محسن و حجّت‌خواه، محسن. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی برپذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در معتادان تحت درمان متادون. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲ (۴۸)، ۱۰۰-۸۳.

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

حمیدی، فریده و خیران، سلیمه. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخلات آموزشی پیش‌گیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی بر وسوسه، تنظیم هیجان و پرخاشگری افراد وابسته به مت‌آمفتامین. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲ (۴۹)، ۱۱۳-۹۱.

حیدری، اسدالله.، محمدی، رزگار و بهمنی، محمود. (۱۳۹۶). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر کاهش ولع و عود مصرف در بیماران سوءمصرف مواد تحت درمان با متادون. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۳)، ۱۰۴-۸۹.

خدادادیان، محمدرضا.، کرمی، جهانگیر و یزدان بخش، کامران. (۱۳۹۸). پیش بینی استعداد اعتیاد بر اساس خودتنظیمی ارادی و تحول مثبت نوجوانی در دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهر کرمانشاه. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۴)، ۱۲۵-۱۰۹.

دهقانی‌فیروزآبادی، سمیره؛ قاسمی، حامد؛ منتظرهدش، رویا؛ فاتحی‌زاده، مریم؛ ذوالفقاری، سلاله و ابراهیمی، علی اکبر.(۱۳۹۳). اثربخشی مصاحبه انگیزشی (مدل MI) بر پیش‌بینی عود زنان وابسته به مواد مخدر. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۸ (۲۹)، ۱۱۸-۱۰۷.

سعیدمنش، محسن و پهلوان، میترا. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم گری و خویشتنداری نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد. *مددکاری اجتماعی*، ۶ (۴)، ۲۲-۱۴.

سلطانی زاده، محمد؛ حسینی، فاطمه وکاظمی، حمید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان دختر دارای اضطراب امتحان. *مطالعات روان‌شناس تربیتی*، ۱۸(۴۱)، ۲۹-۱۷.

عبدالرحیمی نوشاد، لیلا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودتنظیمی و خودکارآمدی زنان دارای اعتیاد به مواد محرک. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۵ (۴۹)، ۱۲-۱.

عسگری، پرویز؛ سیدآسیابان، سمیرا و سنگانی، علیرضا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی تن‌آرامی و ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و عملکرد خانواده در سوءمصرف‌کنندگان مواد کندکننده پس از سم‌زدایی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۳ (۵۵)، ۹۰-۷۵.

گودرزی، میترا؛ قاسمی، ندا؛ میردریکوند، فضل‌الله و غلامرضایی، سیمین. (۱۳۹۷). هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عاطفه مثبت، انعطاف‌پذیری روانشناختی و مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی. *روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۵، (۵)، ۶۸-۵۳.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

محمدجعفری، امیرمحمد. (۱۳۹۷). *مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و مصاحبه انگیزشی بر خودمهارگری، سبک‌های تصمیم‌گیری و مهارت حل مسئله در افراد دارای اختلال مصرف مواد افیونی*. پایان نامه دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.

محمدعلیزاده نمینی، اناهیتا؛ اسماعیل زاده آخوندی، محمد و صفرمحمدلو، ناهید. (۱۳۹۶).بررسی اثربخشی مصاحبه انگیزشی و دارو در مانی بر ولع مصرف مواد در مقایسه با دارودرمانی. *روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۴ (۲)، ۱۱-۱.

مهدی‌زاده هنجنی، هانیه؛ حسینیان، سیمین؛ حسنی ابهریان، پیمان و حسنی ابهریان، پیمان. (۱۴۰۰). مقایسه مداخلات ذهن‌آگاهی و بازتوانی شناختی بر کاهش ولع مصرف و بدتنظیمی هیجان در سوءمصرف‌کنندگان مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۲۳۰-۲۰۵.

نادری، شهلا؛ بینازاده، مریم؛ صفاتیان، سیما و پیوندی، علی. (۱۳۸۹). *درس‌نامه جامع درمان اعتیاد (وابستگی به انواع مواد و درمان های دارویی و غیر دارویی آن‌ها)*. تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر.

نوری، علی؛ و سیدنژادجلودار، سیده ساجده. (۱۳۹۹). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی و تاب‌آوری دانش‌آموزان*. دومین کنگره تازه یافته‌ها در حوزه خانواده، بهداشت روان، اختلالات، پیشگیری و آموزش. تهران، ایران. ۱۶۵-۱۵۰.

یاوری، مریم؛ نجفی، محمود و طباطبایی، موسی. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در انعطاف‌پذیری روانی و سرمایه‌های روان‌شناختی همسران افراد تحت درمان متادون. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲ (۴۸)، ۳۹-۲۱.

References

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Acossi-ation, 235.

Ana, E., LaRowec, S., Gebregziabhera, M., Morgan-Lopeze., A., Lamba, K., Beavisa, K., Bishua, K., & Martino, S. (2022). Randomized Controlled Trial of Group Motivational Interviewing for Veterans with Substance Use Disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 223, 1-22.

Bagøien, G., Bjørngaard, J.H., Østensen, C., Klæbo Reitan, S., Romundstad, P., & Morken, G. (2013). The effects of motivational interviewing on patients with comorbid substance use admitted to a psychiatric emergency unit - a randomised controlled trial with two year follow-up. *BMC Psychiatry*. 13, 93, 1-10.

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

Bowlin, S. L., & Baer, R. A. (2016). Relationships between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences*, 52(3), 411-415.

Carroll, KM., & Rounsaville, BJ. (2007). A vision of the next generation of behavioral therapies research in the addictions. *Addiction* 102, 850–862.

Cavicchioli, M., Vassena, G., Movalli, M., & Maffei, C. (2020). Is craving a risk factor for substance use among treatment-seeking individuals with alcohol and other drugs use disorders? A meta-analytic review. *Drug and alcohol dependence*, *212*, 108002.

Cole, J., Logan, T. K., Walker, R. (2011). Social exclusion, Personal control, Selfregulation, and Stress among Substance Abuse Treatment Clients. Drug and Alcohol Dependence, 113(1), 13-20.

Dishion, T.J., & Connell, A. (2006). Adolescents' resilience as a self-regulatory process: Promising themes for linking intervention with developmental science. *Annals of the New York Academy* of *Sciences*, 1094, 125–138.

Ehman, A. C., Gross, A. M., (2019). Acceptance and Commitment Therapy and Motivational Interviewing in the Treatment of Alcohol Use Disorder in a College Woman: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 18(1), 36-53.

Felman. A. (2018). What is addiction? https://www.medicalnewstoday.com.

Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of personality and social psychology*, *82*(4), 642.

Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2010). *The orchestration of selection, optimization, and compensation: An action-theoretical conceptualization of a theory of developmental regulation.* In W. J. Perrig & A. Grob (Eds.), Control of human behavior, mental processes and consciousness: Essays in honor of the 60th birthday of August Flammer (pp. 35–58). New York, NY: Erlbaum.

Gestsdottir, S., Geldhof, G. J., Paus, T., Freund, A., Adalbjarnardottir, S., Lerner, J., & Lerner, R.M. (2014). Self-regulation among youth in four Western cultures: Is there an adolescent-specific structure of the Selection-Optimization-Compensation (SOC) model? *International Journal of Behavioral Development*. Advance online publication. doi: 10.1177/0165025414542712.

González-Menéndeza A, Fernándeza P, Rodríguezb F, & Villagráa P. (2019). Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: A randomized controlled trial. *Int J Clin Health Psychology*, 14(1): 18-27.

Gross JJ. (2015). Emotion regulation: current status and future prospects. *Psychol. Inq*, 26(1):1–26.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

Hanh, T. N. (2019). The miracle of mindfulness: An introduction to the practice of meditation. Beacon Press. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 1001-1011.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third Wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*. 35(4): 639-65.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research Therapy*, 44, 1-25.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2010). What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.). A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York, NY: Springer Science-Business Media.

Keane, R., Reaper-Roynolds, SH., Williams, J., & Wolfe, E. (2016). Understanding substances and substance use. Ireland: South western area health board

Macdonald, A., & Palfai, T. (2008). Predictors of exercise behavior among university student women: Utility of a goal-systems/self-regulation theory framework. *Personality and Individual Differences, 44*(4), 921-931.

Madson, M. B., Villarosa-Hurlocker, M. C., Schumacher, J. A., Williams, D. C., & Gauthier, J. M. (2018). Motivational interviewing training of substance use treatment professionals: A systematic review. *Substance abuse*.

Oveisi, S., Stein, L.A.R., Babaeepour, E., & Araban, M.(2020). The impact of motivational interviewing on relapse to substance use among women in Iran: a randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*. 20, 157, 1-7.

Pearson M. R, D'Lima G. M, & Kelley M. L. (2018). Self-regulation as a buffer of the relationship between parental alcohol misuse and alcohol-related outcomes in first-year college students. *Addict Behaviors*, 36(12), 1309–1312.

Percy, A. (2008). Moderate adolescent drug use and the development of substance use self-regulation. *International Journal of Behavioral Development*, 32(5), 451-458.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross J. C. (2006). "In search of how people change. Applications to addictive behaviors". *Hungarian Academy of Sciences*, 33(4), 1-6.

Rosen, K. D., Curtis, M. E., & Potter, J. S. (2020). Pain, psychological flexibility and continued substance use in a predominantly Hispanic adult sample receiving methadone treatment for opioid use disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 11, 7-10.

Segal, Z. V., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]

Tang, Y. Y., Tang, R., & Posner, M. I. (2016). Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence,* 163, S13-S18.

Tucker JS, D'Amico EJ, Ewing BA, Miles JNV, Pedersen ER, 2017. A group-based motivational interviewing brief intervention to reduce substance use and sexual risk behavior among homeless young adults. *J. Subst. Abuse Treat* 76, 20–27.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-05]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.171]