

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

مهسا کاشفی زاده^۱، محبوبه طاهر^۲، عباسعلی حسین خازن‌آزاده^۳، نرگس حاج‌ابوطالبی^۴

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

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودتنظیمی ارادی در افراد دارای اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده بود.

روش: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمام مردان دارای اختلال مصرف مواد تحت درمان ریاط 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 جای دهی شدند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه خودتنظیمی ارادی استفاده شد. گروه‌های آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای تحت گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، مصاحبه انگیزشی، و ذهن آگاهی 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 ذهن آگاهی، 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 فون مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و مصاحبه انگیزشی می‌توانند به خودتنظیمی ارادی بیشتری دست پیدا کنند، اما فون ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیش از مصاحبه انگیزشی در این امر توفیق دارند.

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

۱. دانشجوی دکترای تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد شهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرود، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرود، 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 شهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرود، ایران.

مقدمة

اعتیاد به شکل یک اختلال فرسایشی و عود کننده علاوه بر اینکه تأثیرات سوء جسمانی، روانی، فرهنگی و اقتصادی بسیاری برای شخص مصرف کننده دارد، مصائب بسیاری را نیز برای خانواده فرد مصرف کننده به ارمغان می‌آورد (یاوری، نجفی و طباطبایی، ۱۳۹۷). اعتیاد باعث تغییرات مغزی گستردۀ از جمله در قشر پیش‌پیشانی^۱، مدار عصبی پاداش، بخش‌های مربوط به انگیزه، حافظه، مهار تکانه و قضاوت می‌شود (انجمان روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳). در ایران سوء‌صرف مواد اساسی ترین نگرانی و مهم‌ترین خطر قابل پیش‌گیری بهداشتی شناخته شده است (جهان‌گیری، گل‌محمدیان و حجت‌خواه، ۱۳۹۷). نتایج پژوهش‌ها نشان دادند که سوء‌صرف موادی همچون الکل، توتون و تباکو و داروها، در آمریکا، در طول سال مبلغی بیش از ۷۴۰ میلیارد دلار هزینه دربردارد. این هزینه‌ها شامل از دست دادن شغل، اعمال جرایم و هزینه‌های مربوط به درمان می‌گردد (فلمن، ۲۰۱۸). سوء‌صرف مواد پدیده‌های روانی - فیزیولوژیک است به گونه‌ای که متغیرهای مختلفی در پیدایش، ادame و درمان آن اثربخش هستند (کین، ریپر- روینولدز، و بلامن و ولف، ۲۰۱۶).

172

یکی از عواملی که ممکن است در گرایش به سوءصرف مواد نقش داشته باشد، خودتنظیمی ارادی^۵ است (پیرسون، دلیما و کلی^۶، 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 (مک دونالد و پالفای^۷، ۲۰۰۸). خودتنظیمی پایین می‌تواند در اعتیاد به مصرف داروها و الكل دخیل باشد و درواقع یکی از مهم‌ترین علل آن در نظر گرفته شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد واسته به مواد نسبت به دیگر افراد از خودتنظیمی پایین‌تری

برخوردار هستند (کول، لوگان و والکیر^۱، ۲۰۱۱). الگوی خودتنظیمی ارادی برای تحول موفق، یکی از مدل‌های مهم در خودتنظیمی ارادی است و با نام مدل «انتخاب، بهینه‌سازی، جبران^۲» شناخته می‌شود که توسط بالتس (۱۹۹۵) توسعه داده شده است. این مدل یک روش کرد عملی-نظری برای خودتنظیمی ارادی است که بر چهار فرایند انتخاب گرینشی^۳، بهینه‌سازی، جبران خسارت و انتخاب مبتنی بر فقدان^۴ تأکید دارد (گستسدوتیر^۵ و همکاران، ۲۰۱۴). ضعف در خودتنظیمی می‌تواند نقش مهمی در گرایش افراد به اعتیاد داشته باشد (خدادادیان، کرمی و یزدانبخش، ۱۳۹۸؛ پرسی^۶، ۲۰۰۸). دیشون و کانل^۷ (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 می‌شود که نوجوانان از محیط‌های پر خطر کمترین تأثیرپذیری را داشته باشند.

اختلال سوء‌صرف مواد دارای پیش‌آگاهی 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 سوء‌صرف مواد لازم است از درمان‌های مقرر به صرفه‌تر و پیشگیری استفاده شود. درمان نگهدارنده با متادون^۸ یکی از شیوه‌های درمانی اختلال سوء‌صرف مواد است که به منظور نگهداشت 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 سوء‌صرف مواد درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۹ است. ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند تا مهارت لازم در مواجهه با موقعیت‌های محیطی پر خطر را بدست آورده و در درمان‌های روان‌شناختی همراه موفق‌تر عمل کند (تانگک،

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

تانگ و پوسنر^۱، ۲۰۱۶). ذهن‌آگاهی به عنوان یک آمادگی ذهنی تعریف شده که روی تجربیات در زمان حال و بدون قضاوت متمرکز است (سگال و تیزدیل^۲، ۲۰۱۸) و با افزایش توانایی‌هایی مانند پذیرش، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی منجر به کاهش علائم روان‌تنی در افراد مصرف کننده مواد مخدر می‌شود (هان^۳، 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، مووالی، مافی و واسنا^۴، 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 (مهریزاده هنجنی، حسینیان، حسنی ابهریان و حسنی ابهریان، ۱۴۰۰).

۱۷۴

174

۱۴۰۱
۲۰۲۳، زمستان، شماره ۶۶، همایش
۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳

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^۵، ۲۰۲۰). فردی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد در مواجهه با روبرادهای ناخواسته و پرتنش از شیوه اجتناب از جمله پناه بردن به مصرف مواد استفاده نمی‌کند (هیز، استرسال، بانتینگ، توهیگ و ویلسون^۶، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توансه در کاهش رفتارهای خطرناک مصرف کنندگان مواد مفید باشد (گونزالز-منندز، فرنانdez، رودریگز و ویلاگرا^۷، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مردان تحت درمان سوء‌صرف مواد موجب تنظیم هیجانی و شناختی و افزایش خویشن‌داری و خودتنظیمی می‌شود (سعیدمنش و پهلوان، ۱۳۹۶).

1. Tang, Tang, & Posner
2. Segal & Teasdale
3. Hanh
4. Cavigchioli, Vassena, Movalli & Maffei

5. Rosen, Curtis, & Potter
6. Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig & Wilson
7. González-Menédez, Fernández, Rodríguez & Villagráa

علاوه بر روش‌های درمانی ذکر شده که به تغییرات ذهنی افراد مبتلا به سوءصرف مواد منجر می‌شوند (جهان‌گیری و همکاران، ۱۳۹۵؛ حمیدی و خیران، ۱۳۹۷؛ هیز، لومان و بوند، مسودا و لیلیس^۱، ۲۰۰۶)، ایجاد و حفظ انگیزه برای بروز این تغییرات نیز از اهداف درمان روان‌شناسخی سوءصرف مواد است (محمد‌جعفری، ۱۳۹۶). در افزایش میزان انگیزش در درمان اعتیاد افراد به سوءصرف مواد افیونی، می‌توان به مصاحبه انگیزشی^۲ اشاره داشت (پروچاسکا، دی کلمت و نورکراس، ۲۰۰۶). از جمله اصلی ترین اهداف مصاحبه انگیزشی، از بین بردن ابهامات و تعارضات افراد مبتلا به سوءصرف مواد، درجهت درمان اعتیاد است (بک، رایت، نیومن و لیس^۳، 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 احتصاص 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^۴، ۲۰۱۹؛ آنا^۵ و همکاران، ۲۰۲۲؛ کارول و رونساویل^۶، ۲۰۰۷؛ توکر، دی‌آمیکو، اوینگ، میلس و پدرسن^۷، ۲۰۱۷؛ مادسون^۸ و همکاران، ۲۰۱۸؛ حیدری، محمدی و بهمنی، ۱۳۹۶) نشان داده‌اند که مصاحبه انگیزشی می‌تواند بر اختلال سوءصرف مواد تأثیرگذار باشد. با توجه به گرایش روزافرونه به مواد اعتیاد‌آور و تنوع آن‌ها از یک سو و اهمیت روان‌درمانی در کنار دارودرمانی در درمان سوءصرف مواد از سوی دیگر، این پژوهش در صدد پاسخ به این پرسش است که کدام یک از مداخلات رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودتنظیمی ارادی افراد دارای سوءصرف مواد تحت درمان نگهدارنده تأثیر بیشتری دارد؟

۱۷۵
۱۷۵

پیش‌نگاری زمانی، شماره ۱۶، زمستان ۱۳۹۳، Vol. 16, No. 66, Winter 2023

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 & Rounsville
8. Tucker, D'Amico, Ewing, Miles & Pedersen
9. Madson

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مردان دارای اختلال سوء مصرف 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. به منظور 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، ذهن آگاهی، مصاحبه انگیزشی و یک گروه گواه جایده‌ی شدند. حجم نمونه براساس فرمول ارائه شده توسط تاباکنیک و فیدل^۱ (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 جمua ۷۱ نفر در پژوهش شرکت کردند. گروه اول با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد مداخله قرار گرفتند، گروه دوم تحت مداخله ذهن آگاهی قرار گرفته و گروه سوم مصاحبه انگیزشی دریافت کردند و برای گروه چهارم هیچ مداخله‌ای در نظر گرفته نشد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از نداشتن اختلال روان گستنگی، عدم دریافت روان درمانی همزمان، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال و قراردادشتن تحت درمان نگهدارنده با متادون و ملاک‌های خروج شامل غیبت پیش 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 داده‌های به دست آمده با آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک متغیری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

176

سال شانزدهم، شماره ۶۴، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

ابزار

۱- پرسش‌نامه خودتنظیمی ارادی^۱: این پرسش‌نامه در ابتدا توسط بالتر^۲ 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 غیرمرتبه با آن است. از فرد خواسته می‌شود جمله‌ای را که به شیوه عملکرد او شیوه‌تر است انتخاب کند. در این پژوهش از فرم کوتاه این پرسش‌نامه که توسط فروند و بالتر^۳ (۲۰۰۲) تدوین شده است و شامل ۲۴ گویه است، استفاده شد که برای هر کدام از خرده‌مقیاس‌های انتخاب، بهینه‌سازی و جبران، ۸ گویه در نظر گرفته شده است. این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملا مخالف (۱) تا کاملا موافق (۶) به ارزیابی نظر پاسخ‌گویان می‌پردازد. در این مقیاس نمرات بالاتر نشان‌دهنده 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 بر اساس 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 ۱۰ جلسه توسط فرد واحد 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

۱- درمان ذهن آگاهی: خلاصه‌ای از پروتکل مراحل درمان ذهن آگاهی 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 ذهن آگاهی (کابات زین، ۲۰۰۳؛ به نقل از اکبری و همکاران، ۱۳۹۲)

جلسه	محتوای جلسات
اول	۱- جلسه معارفه و مشروح جلسات -۲- آموزش تکنیک کشمکش. آموزش مدبیشن و دریافت بازخورد از انجام مدبیشن و وارسی بدنی. ۳- ارائه تکالیف خانگی به صورت تمرين مهارت خودن ذهن آگاهانه.
دوم	۲- تمرين مدبیشن و وارسی بدن و مباحثه در خصوص این تمرين. ۲- گفتگو در مورد تکالیف خانگی، بررسی موانع و ارائه راه حل در حیطه ذهن آگاهی در خصوص آنها. ۳- بررسی افکار و احساسات و تعریف آنها و بیان تفاوت آنها. ۴- تمرين مدبیشن در حالت نشسته. ۵- تکالیف خانگی به صورت تمرين مهارت‌های آموزش داده شده در منزل.
سوم	۱- تمرين ذهن آگاهی از طریق دیدن و شنیدن -۲- توجه به تنفس همراه با توجه به حواس بدنی و مراقبه نشسته. ۳- تمرين ۳ دقیقه‌ای توجه به تنفس و مباحثه در خصوص تکالیف خانگی -۴- انجام دادن یک تکنیک ذهن آگاهی. ۵- تکالیف خانگی به صورت تمرين مهارت‌های آموزش داده شده در منزل.
چهارم	۱- مدبیشن 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- پیاده روی با متند ذهن آگاهانه. ۴- تکالیف خانگی به صورت تمرين نفس ذهن آگاهانه.
پنجم	۱- تمرين مراقبه نشسته -۲- انجام تمرينات ذهن آگاهانه مربوط به بدن. ۳- تکالیف خانگی به صورت تمرين نشستن همراه با ذهن آگاهی.
ششم	تمرين 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 تمرين مهارت‌های آموزش داده شده در منزل.
هفتم	۱- تمرين آگاهی نسبت به افکار، احساسات، ریتم تنفس، توجه و اصوات بدن. مدبیشن ۴ بعدی. ۲- بررسی بهترین مسیر مراقبت از خود. ۳- تعین رویدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی. ۵- آموزش پذیرش بدون قید و شرط -۵- تکالیف خانگی به صورت تمرين مهارت‌های آموزش داده شده در منزل.
هشتم	۱- ذهن آگاهی رویدادهای روانی (تمرکز بر افکار، هیجان‌ها و تصاویر ذهنی) -۲- تمرکز بر افکار غیرمنطقی، تمکز بر هیجانات مانند تجربه اضطراب و تمکز بر تصاویر ذهنی ناراحت‌کننده.
نهم	۱- توجه به بدن -۲- تکرار آموخته‌ها -۳- تمرين فضای تنفس سه دقیقه‌ای -۴- انجام مدبیشن و مباحثه در خصوص رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زا -۵- سوال از مراجعین در خصوص اینکه تمرينات انتظارات آنها را پاسخ داده یا نه؟ تمرين‌های مدبیشن و رشد مهارت‌های مقابله‌ای.
دهم	۱- بازنگری و مرور مطالب -۲- بازنگری تکنیک‌ها و تمرين‌ها و ترغیب فرد به پی‌گیری آن‌ها در زندگی روزانه.

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 سوءصرف کنندگان مواد

جلسه	محتوی جلسات
اول	معارفه و ایجاد آمادگی در شرکت کنندگان پژوهش (استفاده از تمثیل‌ها مثل تمثیل ترن هوایی)
دوم	اطلاع‌رسانی به فرد درخصوص 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 نامیدی خلاق
چهارم	بررسی تمایلات هیجانی و آموزش مهارت کنترل هیجانی
پنجم	تمایز فرد از برنامه‌ریزی (استعاره‌ها و تمرین‌هایی مانند دو کامپیوترا، 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...)
هفتم	انتقال از پذیرش هیجان‌مدار به سمت تغییر رفتار (تمثیل‌هایی مانند گدای دم در، کودک کج خلق و...)
هشتم	بررسی اهداف و ارزش‌های شرکت کنندگان (استعاره‌های نقشه‌سازی، تکلیف سنجش ارزش‌ها و...)
نهم	آموزش مسئولیت‌پذیری به منظور ایجاد تغییر
دهم	تعهد دادن از طریق گسترش زندگی هیجانی به سمت زندگی واقعی
	نتجه‌گیری، جمع‌بندی و ارزشیابی

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

جدول ۳: خلاصه برنامه درمانی مصاحبه انگیزشی

جلسة	محظوظ	تکنیک	هدف
اول	همدلی	در ک این که در سر فرد چه می گذرد. جهت در ک دنیا او. گوش دادن ماهرانه و باز تابی	خود را به جای مراجع فرار دادن. جهان را چگونه تفسیر می کند.
دوم	به سطح آوردن تناقض ها	سوال پرسیدن از مراجع درباره تناقضاتش هدف های مهم مراجع را مشخص کردن	بررسی دوسو گرایی مراجعه و به آگاهی رساندن او در این خصوص
سوم	به سطح آوردن تناقض ها	نشان دادن به مراجع که در درونش جمع متوجه این موضوع شود که یکی را به نفع دیگری ترجیح دهد.	متوجه این موضوع شود که یکی را به اضداد وجود دارد
چهار	انعطاف با مقاومت	بررسی مقاومت های مراجع از نوع (دور زدن تکنیک های تایید، بارش فکری، گوش دادن و باز خورد.)	لغزیدن بر مقاومت
پنجم	لغزیدن بر مقاومت (دور زدن مقاومت)	کاهش مقاومت در برابر تغییر. مقابله نکردن نکردن درمانگر با مقاومت مراجع. بحث نکردن با بحث نکردن با مراجع.	کاهش مقاومت در برابر تغییر. مقابله نکردن نکردن درمانگر با مقاومت مراجع. بحث نکردن با مراجع.
ششم	لغزیدن بر مقاومت (دور زدن مقاومت)	رشد شدن از کنار این مقاومت ها به این نیت که بعدا به آن پرداخته می شود و درستش می کند.	رشد شدن از کنار این مقاومت و نشانه های آن.
هفتم	تقویت حس خود کار آمدی	کمک به مراجع تا تغییر از درون خودش تجویش. نظام مصاحبه انگیزشی مشارکتی است. درمانگر به مراجع نمی گوید که چه کاری انجام دهد.	عدم به دست گرفتن هدایت امور توسط درمانگر. رویکرد اقتدار گرایانه نشاشن.
هشتم	تقویت حس خود کار آمدی	تفهیم توانمندی های مراجع به خودش. کمک به مراجع برای انتخاب مسیرش	استفاده از سوالات باز درباره حس توانمندی مراجع. بنظر قلم خوب برای شروع چیست؟
نهم	تقویت حس خود کار آمدی	غلبه بر موانع قبلی می تواند ذخیره آینده بشود. نشان دادن نقاط مثبت مراجع به خودش که منجر به افزایش حس خود	بررسی تلاش ها و موفقیت های قبلی مراجع سخت ترین کارهای قبلی که انجام داده است؟
دهم	تقویت تعهد به تغییر	مراجع تا حدودی از دوسو گرایی خارج شده است. باید کاری انجام دهد که فرد در نشان دهد و به سمت عقب باز نگردد. تغییر بماند.	به تغییرات ایجاد شده تعهد و پایین دی

۱۸۰
۱۸۱
۱۴۰
۲۰۱۶ No. ۶۶, Winter 2016
سال
سی و ششمین دوره میراث علمی و فرهنگی زبان و ادب اسلام

یافته‌ها

نتایج نشان داد در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۶/۷ درصد (۳ نفر) از شرکت کنندگان 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 شرکت کنندگان 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 شرکت کنندگان 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 ۱/۵، 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 ۴: یافته‌های توصیفی متغیر خودتنظیمی ارادی چهار گروه در دو مرحله ارزیابی

۱۸۱	۱۸۱
-----	-----

	گواه	ذهن‌آگاهی	مصاحبه انگیزشی	مراحل			
				انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار
خودتنظیمی پیش‌آزمون	۸۳/۸۸	۱۹/۴۲	۵۷/۲۹	۱۸/۱۶	۶۷/۶۶	۲۶/۲۱	۶۲/۶۱
ارادی پس‌آزمون	۱۰۸/۵۵	۱۹/۸۱	۶۳/۹۴	۲۱/۱۴	۱۰۳/۴۴	۲۴/۲۰	۶۲/۷۷

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 شبیه 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

برقرار بود ($P < 0.05$). 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 ($P > 0.05$). با برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده از این آزمون بلامانع است. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروههای درمان و گواه در خودتنظیمی ارادی در مرحله پس آزمون 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 پس آزمون

	متغیر	منبع	مجموع	درجه آماره F	میانگین آماره	سطح	اندازه توان	معنی‌داری آزادی	مجذورات آزادی	معنی‌داری آثر آزمون
		الگوی اصلاح شده	۵۸۷۵۰/۲۱۷	۴	۴۰.۹/۷۵۹	۱۴۶۸۷/۵۵۴	.۰۰۰۱			
خودتنظیمی ارادی	پیش آزمون	۲۶۲۱۱/۲۱۴	۱	۷۳۱/۲۵۱	۲۶۲۱۱/۲۱۴	۰.۰۰۱	.۰/۸۵۳	۱		
	گروه	۱۳۷۳۰/۷۲۹	۳	۱۲۷/۶۸۸	۴۵۷۶/۹۱۰	.۰۰۰۱				
	خطا	۲۲۶۵/۷۲۷	۶۶	۳۵/۸۴۴						

۱۸۲
182۱۴۰۱
۲۰۱۶، No. ۶۶، Winter ۲۰۲۳
الامارات زمستانی، مجله علمی پژوهشی

با توجه به جدول ۵، پس از تعديل نمرات پیش آزمون اثر گروه بر نمره کل خودتنظیمی ارادی معنادار است ($P = 0.001$ و $F = 127/688$ و $\eta^2 = 0.0853$)، 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 $\eta^2 = 0.0853$ بود که نشان می‌دهد، میزان این تفاوت در جامعه 85% 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 پس آزمون با تعديل نمرات پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. جهت بررسی مقایسه روابط ذهن آگاهی، مصاحبه انگیزشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نمره کل خودتنظیمی ارادی در جدول ۶

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

جدول ۶: نتایج مقایسه میانگین گروه‌های آزمایش در مرحله پس آزمون در خودتنظیمی ارادی

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

* $P=0/001$

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 سوءصرف 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 سوءصرف 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 سوءصرف مواد تحت درمان نگهدارنده داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

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

این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه سوءصرف کنندگان مواد در معرض عدم خودتنظیمی قرار دارند و تغییرات خودتنظیمی به طور معناداری احتمال صرف 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 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 پر خطر در افراد سوءصرف کننده بیشتر کترل شود و خویشتن‌داری و متعاقب آن خودتنظیمی در آن‌ها افزایش یافت. در این جلسات گروه آزمایشی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند آموختند که با به کارگیری 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 اهداف 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. فرونده و بالتس (۲۰۱۰) انتخاب گزینشی را ایجاد، تبیین و اجرای هدف‌های فردی می‌دانند که شامل انتخاب هدف فرد، سطح انتخاب گری 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 فرونده و بالتس (۲۰۱۰) در خودتنظیمی ارادی را تسهیل می‌کند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که تأثیر ذهن آگاهی، بر خودتنظیمی ارادی افراد دارای سوءصرف مواد تحت درمان نگهدارنده معنادار است. این یافته به طور ضمنی با نتایج پژوهش‌هایی چون نوری و سیدنژاد جلودار (۱۳۹۹)، عسگری، سیدآسیابان و سنگانی (۱۳۹۸)، باباخانی (۱۳۹۹) و باولین و بیر^۱ (۲۰۱۶) هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت در مهارت ذهن آگاهی، فرد به واسطه تمرین و فنون مبتنی بر ذهن آگاهی، نسبت به فعالیت‌های روزانه خود، آگاهی پیدا می‌کند، می‌تواند بر خود نظارت داشته باشد و به صورت آگاهانه و ارادی الگوهای ذهنی اش را تنظیم کند (اکبری و همکاران، ۱۳۹۲). خودتنظیمی در برگیرنده هدایت رفتار فرد به سمت یک وضعیت نهایی مطلوب است. این هدف، می‌تواند به عنوان رفتارهای خاص موردنظر (به عنوان مثال اجتناب از مصرف مواد)، افکار یا نگرش‌ها (مثلاً دلسویز بودن)، یا حالات هیجانی (آرام کردن خود وقتی خانواده به او شک دارند که مواد مصرف کرده است) تعریف شود (گراس،^۲ ۲۰۱۵). این همان چیزی است که در آموزش ذهن آگاهی برای فرد اتفاق می‌افتد.

۱۸۵

185

پژوهش‌های علیزاده نمینی، اسماعیلزاده آخوندی و صفر محمدلو (۱۳۹۶)، دهقانی فیروزآبادی و همکاران (۱۳۹۳)، باجین^۳ و همکاران (۲۰۱۳)، اویسی، ستین، بابایی پورو آربان^۴ (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 سعی در جهت تغییر رفتار مصرف مواد است که در شیوه مصاحبه انگیزشی کاملاً برجسته است (دهقانی فیروزآبادی و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین این شیوه درمانی، یک شیوه مشاوره‌ای، رهنمودی و مراجع محور است که از طریق آگاهی از مشکلات بالقوه و تلاش برای اکتشاف و برطرف کردن احساس تردید می‌کوشد تا نگرش مراجع را بدون در نظر گرفتن سودمندی‌ها و ضررها ایダメه مصرف مواد تغییر دهد (دهقانی فیروزآبادی و همکاران،

1. Bowlin & Baer

4. Oveisí, Stein, Babaeepour &

2. Gross

Arabán

3. Bagøien

۱۳۹۳). همچنین انجام جلسات مصاحبه انگیزشی در افراد مبتلا به اختلال سوءصرف 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 سوءصرف مواد تحت درمان نگهدارنده داشته است. در رابطه با تأثیر بیشتر ذهن‌آگاهی بر خودتنظیمی ارادی در مردان دارای سوءصرف 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 هوشیاری 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، میردیکوند و غلامرضاei، 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 روبرو 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 تعیین 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 خود تنظیمی 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

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 ذکر شده، پژوهش را با اعتبار بیشتری همراه می‌سازد. با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی بیشتر ذهن آگاهی 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 سوءصرف مواد در کنار درمان‌های دارویی ارائه شود.

منابع

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

باباخانی، وحیده. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و خودکنترلی زنان خیانت دیده. *دوفصلنامه روانشناسی خانواده*، ۱۷(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: راه گشا.

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

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

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

حمیدی، فریده و خیران، سلیمه. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخلات آموزشی پیش‌گیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی بر وسوسه، تنظیم هیجان و پرخاشگری افراد وابسته به مت‌آفتابی‌ن.

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 سوء‌صرف مواد تحت درمان با متادون. فصلنامه

اعتیادپژوهی، ۱۱ (۴۳)، ۱۰۴-۸۹.

خدادادیان، محمدرضا، کرمی، جهانگیر و یزدان بخش، کامران. (۱۳۹۸). پیش‌بینی 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؛ فتحی‌زاده، مریم؛ ذوق‌فاری، 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 خودتنظیم‌گری و خویشنداری نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد. مددکاری اجتماعی، ۶ (۴)، ۲۲-۱۴.

سلطانی‌زاده، محمد؛ حسینی، فاطمه و کاظمی، حمید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری دانش آموزان 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 محرك. پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۵ (۴۹)، ۱۲-۱.

عسگری، پرویز؛ سیدآسیابان، سمیرا و سنگانی، علیرضا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی تن آرامی و ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و عملکرد خانواده در سوء‌صرف کنندگان مواد کنندگانه پس از سمزادی. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۳ (۵۵)، ۹۰-۷۵.

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

محمد جعفری، امیر محمد. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی رفتار درمانی عقلانی هیجانی و مصاحبه انگیزشی بر خودمهارگری، سبک‌های تصمیم‌گیری و مهارت حل مسئله در افراد دارای اختلال مصرف مواد/فیونی. پایان نامه دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهروд.

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

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

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

۱۸۹

۱۸۹

سال شانزدهم، شماره چهارم
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

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

یاوری، مریم؛ نجفی، محمود و طباطبائی، 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 Association, 235.
- Ana, E., LaRowec, S., Gebregziabhera, M., Morgan-Lopez, 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.

- 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., & Rounsville, 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, Fernández P, Rodríguez F, & Villagrá 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.

- 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.

۱۹۱
191

سال شصدهمین، شماره چهارم، زمستان ۱۳۹۰-۱۳۹۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

- 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.

۱۹۲
192

۱۴۰۱۶۰۶۶ زمستان، شماره ۶۶، نمره ۱۶، سال ۱۴۰۱، پیاپی ۱۶، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱