

Research Paper



Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness and Motivational Interviewing on Distress Tolerance in Men with Substance Abuse Disorder Undergoing Maintenance Therapy



Mahsa Kashefzadeh¹, Mahboobe Taher^{2*}, AbbasAli Hosseinkhanzadeh³, Narges Haj Abootalebi⁴

1. PhD student, Department of Psychology, Shahrood branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Mathematics, Shahrood branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.15338

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.68.15.9](https://doi.org/20.1001.1.27173852.1401.17.68.15.9)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15338.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness, Motivational Interview, Distress Tolerance, Substances Abuse Disorder, Maintenance Therapy

Received: 2022/06/11
Accepted: 2022/08/13
Available: 2023/02/09

ABSTRACT

Substance abuse, as one of the four crises of the 21st century, and also the most important cause of high-risk behaviors. The aim of this study was to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness and Motivational Interviewing on distress tolerance in men with substance abuse disorders undergoing maintenance treatment. The research design was a quasi-experimental pretest-posttest with a control group. The statistical population included all men with Robat Karim opioid abuse disorder who referred to substance abuse treatment centers in this city from March 2017 to June 2014. Among them, a sample of 72 people was selected using cluster random sampling method and randomly placed in three experimental groups and one control group. The Simmons and Gaher (2005) Distress Tolerance Questionnaire was used to collect data. The experimental groups underwent ten sessions of 50 minutes under the group of Acceptance and Commitment Therapy, Motivational Interview and Mindfulness. The results of one-way analysis of covariance showed that there is a significant difference between all three treatment approaches based on Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness and Motivational Interview and the control group in the degree of anxiety tolerance of men with substance abuse disorder. Also, there is no significant difference between Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness groups. But the mean of Acceptance and Commitment Therapy group is higher than the average of Motivational Interview group ($p < 0.001$). Also, the mean of mindfulness group was higher than the mean of motivational interview group ($p < 0.001$). Based on the findings, it can be concluded that treatment based on Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness due to helping people to communicate painful experiences and face negative emotions to distressing men with substances abuse disorder is effective.



* Corresponding Author: Mahboobe Taher

E-mail: mahboobe.taher@uma.ac.ir

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر تحمل پریشانی در مردان دارای اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده



مهسا کاشفی‌زاده^۱، محبوبه طاهر^{۲*}، عباسعلی حسین‌خانزاده^۳، نرگس حاج ابوطالبی^۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران.

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود، شاهرود، ایران.

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

۴. استادیار، گروه ریاضی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.15338

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.68.15.9](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.15338)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15338.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی، مصاحبه انگیزشی، تحمل پریشانی، اختلال سوء مصرف مواد، درمان نگهدارنده

سوءمصرف مواد یکی از بحران‌های چهارگانه قرن بیست و یکم و مهم‌ترین عامل ایجادکننده رفتارهای پرخطر است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر تحمل پریشانی در مردان دارای اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده انجام شد. طرح پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری تمام مردان دارای اختلال سوءمصرف مواد افیونی رباط کریم در سال ۱۳۹۹ بود که در مراکز درمان سوءمصرف مواد این شهر تحت درمان بودند. از بین آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۷۲ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به تصادف در سه گروه آزمایش و یک گروه گواه جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) استفاده شد. گروه‌های آزمایشی به مدت ده جلسه ۵۰ دقیقه‌ای تحت گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، مصاحبه انگیزشی و ذهن آگاهی قرار گرفتند. نتایج تحلیل آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه نشان داد بین هر سه رویکرد مداخله‌ای و گروه گواه در میزان تحمل پریشانی مردان دارای اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده تفاوت معنادار وجود دارد. بین گروه پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود ندارد اما میانگین گروه پذیرش و تعهد بیشتر از میانگین گروه مصاحبه انگیزشی و میانگین گروه ذهن آگاهی بیشتر از میانگین گروه مصاحبه انگیزشی است. براساس یافته‌های حاصل می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی با کمک به افراد در برقراری ارتباط با تجارب دردناک و مواجهه با هیجان منفی بر تحمل پریشانی مردان دارای اختلال سوءمصرف مواد مؤثر است.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۳/۲۱

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۵/۲۲

منتشر شده: ۱۴۰۱/۱۱/۲۰

* نویسنده مسئول: محبوبه طاهر

رایانامه: mahboobe.taher@uma.ac.ir

مقدمه

سوء مصرف مواد در صدر تهدیدها و آسیب‌های اجتماعی و از غم‌انگیزترین معضلات جوامع امروزی است که اکثر جوامع از جمله جامعه ما را به چالش کشانده و تأثیر آن در ظهور سایر آسیب‌های اجتماعی نمود عینی دارد (سلیمی‌بجستانی و آبیز، ۲۰۱۵). اعتیاد پدیده‌ای روانی فیزیولوژیک است و متغیرهای گوناگونی بر پدیدآیی و تداوم آن تأثیر می‌گذارند. فرد مبتلا به دلیل درگیری جنبه‌های ذهنی و فیزیکی قادر نیست به تنهایی آن را کنترل کند (صادقی و کریمی، ۱۳۹۷). می‌توان گفت سوء مصرف مواد پدیده‌ای روانی-فیزیولوژیک است و متغیرهای گوناگونی بر پدیدآیی و تداوم و درمان آن تأثیر می‌گذارند. فرد به دلیل درگیری جنبه‌های ذهنی و فیزیکی قادر نیست به تنهایی آن را کنترل کند (کانه^۱، ۲۰۰۵). چراکه سوء مصرف مواد اثر سوء بر سلامت و رفتار دارد و استفاده مکرر از مواد مخدر معمولاً به تحمل^۲ منجر می‌شود که در آن یک دوز بیشتر از مواد برای حفظ پاسخ‌گویی به آن مورد نیاز است (چریتا و یونتا^۳، ۲۰۱۶).

برخی درمانگران کاهش مصرف یا استفاده از شیوه‌های کم‌خطرتر مصرف را درمان محسوب می‌کنند و برخی دیگر درمان را قطع کامل مصرف مواد اپیوئیدی به حساب می‌آورند. شواهد نشان می‌دهند که ارائه روان‌درمانی، کارایی درمان نگهدارنده را افزایش می‌دهد. بیماران می‌توانند تحت سه نوع برنامه درمانی قرار بگیرند: درمان نگهدارنده بدون مشاوره، درمان نگهدارنده با مشاوره و درمان نگهدارنده همراه با مشاوره و سایر درمان‌های روان‌شناختی. بیمارانی که جامع‌ترین نوع برنامه‌ی درمانی را دریافت می‌کنند، بالاترین میزان بهبود را پس از ۲۴ هفته نشان می‌دهند (کریمی‌طلابری، نوری‌خواجوی و رفیعی، ۱۳۹۱).

سوء مصرف مواد به عنوان یک بیماری مزمن، تحت تأثیر عوامل روانی، محیطی و اجتماعی بسیاری قرار گرفته که بر دوام و پیشرفت آن اثرگذار هستند (سمب، تیجورا و بورگ^۴، ۲۰۱۹). یکی از متغیرهای میانجی خطرپذیری اعتیاد که همایند گسترده‌ای با اختلال سوء مصرف مواد دارد و بر نحوه پاسخ‌گویی به تنیدگی در افراد تأثیرگذار است تحمل پریشانی^۵ است (علی، سیتز-براون و داترز^۶، ۲۰۱۵). در واقع این یک متغیر تفاوت‌های فردی است که اشاره به ظرفیت افراد برای تجربه و مقاومت در برابر پریشانی عاطفی دارد. تحمل پریشانی مربوط به توان بررسی و کسب آگاهی از وضعیت فعلی هیجانات و نگرش‌ها در موقعیت، بدون اقدام به تغییر یا کنترل هرگونه عامل محیطی که سبب‌ساز این پریشانی بوده است در نظر گرفته می‌شود (اسماعیلی‌نسب، اندامی‌خشک، آزرمی و ثمررخی، ۱۳۹۳). از لحاظ نظری تحمل پریشانی ممکن است بر تعدادی از فرایندهای مربوط به خودتنظیمی شامل توجه، ارزیابی‌های شناختی وضعیت‌های هیجانی یا جسمانی پریشانی آور اثر بگذارد یا تحت تأثیر آن‌ها قرار بگیرد. برای مثال، تفاوت‌های فردی در تجربه هیجان‌ها - هم‌شدت و هم فراوانی‌شان - ممکن است ماهیت تحمل

پریشانی را تحت تأثیر قرار دهد. افراد با سطوح کمتر تحمل پریشانی ممکن است در معرض پاسخ ناسازگارانه به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی باشند. در نتیجه، این افراد ممکن است برای اجتناب از احساس‌های منفی/ یا حالت‌های آزارنده مربوط بکوشند. در مقابل، افراد با سطوح بالاتر تحمل پریشانی، ممکن است بیشتر قادر باشند که به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی پاسخ انطباقی دهند (برنستین، زیولنسکی، ووجانویک و موس^۷، ۲۰۰۹). در حال حاضر، هیچ مدل یکپارچه فراگیر تحمل پریشانی وجود ندارد. تعدادی از نویسندگان آخرین مدل‌های ساختاری ممکن را توصیف کرده‌اند که برای ادغام کاربر روی این سازه و سازه‌های مرتبط تلاش می‌کنند. این چشم‌اندازها پیشنهاد می‌کنند که تحمل پریشانی ممکن است در ماهیت سلسله مراتبی متشکل از یک سازه یکپارچه (عدم) تحمل تجربی و تعدادی ابعاد مرتبه پایین‌تر باشد. تفسیر این یافته‌ها این است عامل مرتبه بالاتر «اجتناب تجربه‌ای» ممکن است متشکل از ابعاد مرتبه پایین‌تر تحمل پریشانی باشد (زیولنسکی، برنستین و ووجانویک^۸، ۲۰۱۱). افراد دچار سطح تحمل پریشانی پایین، تجربه آشفتگی هیجانی را توان‌فرسا و غیر قابل پذیرش ارزیابی می‌کنند و در نتیجه برای تسکین این حالت هیجانی منفی، کوشش می‌کنند ولی اغلب مواقع قادر به تمرکز توجه خود به موضوعی غیر از احساس پریشانی‌شان نیستند (فرهاد بروجنی، احمدی، غضنفری و شریفی، ۱۴۰۰). برخی مطالعات حاکی از این هستند که سطوح تحمل پریشانی در افراد مصرف‌کننده مواد و افراد غیرمصرف‌کننده با هم متفاوت است و افراد مصرف‌کننده از سطوح پایین‌تر تحمل پریشانی برخوردار هستند (فراوانی، امینی، دیره و شفیع‌آبادی، ۱۳۹۸؛ اسلام‌پناه، مهدیان و جاجرمی، ۱۳۹۸، کاسیر، میلیچ، لاینام و چارنیگو^۹، ۲۰۱۲). به عنوان مثال هاشمی، سیافی و اندامی (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان دادند پایین بودن تحمل پریشانی در دانشجویان می‌تواند اعتیادپذیری را در آنان پیش‌بینی کند.

پژوهشگران معتقدند که اختلال سوء مصرف مواد دارای پیش‌آگهی نامطلوبی است و هزینه‌های درمانی هنگفتی را به صورت مستقیم و غیرمستقیم به خانواده‌ها و جامعه تحمیل می‌کند (عندلیبی، اردانی، امیری، مروت‌دار، طالبی و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به هزینه‌ها و آسیب‌های فردی اجتماعی و اقتصادی سوء مصرف مواد لازم است از درمان‌های مقرون به صرفه‌تر و پیشگیری استفاده شود. یکی از رویکردهای درمانی مؤثر بر عدم اجتناب تجربه‌ای درمان پذیرش و تعهد^{۱۰} است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در دهه ۸۰ میلادی توسط استیون هیز (۱۹۸۷) در دانشگاه نوادا مطرح و با عنوان اختصاری «اکت» شناخته شد. از دیدگاه هیز درد، چه جسمی باشد و چه هیجانی، پدیده‌ای جهانی است. اگرچه درد ممکن است ناخوشایند تصور شود، آن چه به رنج حقیقی منجر می‌شود، تقلا برای فرار یا اجتناب از درد است (زیرک، موسی‌زاده و نظری، ۱۴۰۰). به بیان دقیق‌تر استیون هیز (۲۰۰۸) مشکلات روان‌شناختی انسان‌ها را به دلیل انعطاف‌ناپذیری

6. Ali, Seitz-Brown & Daughters
7. Bernstein, Zvolensky, Vujanovic & Moos
8. Zvolensky, Bernstein & Vujanovic
9. Kaiser, Milich, Lynam & Charnigo
- 10 Acceptance and commitment therapy

1. Keane
2. Tolerance
3. Chirita & Untu
4. Semb, Tjora & Borg
5. Distress Tolerance

بر درمان شناختی بر تحمل‌پریشانی و شکفتگی در بیماران مرد تحت درمان متادون انجام شد نشان داد که ذهن‌آگاهی مبتنی بر درمان شناختی باعث افزایش تحمل‌پریشانی و شکفتگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده‌است. بدین ترتیب به نظر می‌رسد ذهن‌آگاهی مبتنی بر درمان شناختی می‌تواند در افزایش تحمل‌پریشانی و شکفتگی بیماران مرد تحت درمان نگهدارنده با متادون مؤثر باشد. در پژوهشی پروثر، سینها، چن، میچالس و بابوشیو^{۱۱} (۲۰۱۳) که با موضوع «آموزش ذهن‌آگاهی و واکنش به استرس در مصرف‌کنندگان مواد: نتایج حاصل از یک مطالعه آزمایشی مرحله اول تصادفی و کنترل شده‌است» انجام شد، به ارزیابی آموزش ذهن‌آگاهی در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی در یادگیری واکنش به استرس پرداختند. پژوهشگران نتیجه گرفتند که هیچ تفاوتی در رضایت از درمان یا مصرف مواد مخدر بین دو گروه وجود ندارد. اما تفاوت معناداری در کاهش شاخص‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیکی استرس و افزایش تحمل‌پریشانی در هنگام تحریک در گروه ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه درمان رفتاری شناختی وجود داشت.

علاوه بر روش‌های درمانی ذکر شده که به تغییرات ذهنی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد منجر می‌شوند (جهان‌گیری و همکاران، ۱۳۹۵؛ حمیدی و خیران، ۱۳۹۷؛ هیز، لومان و بوند^{۱۱}، ۲۰۰۶)، نگهداری انگیزه برای بروز این تغییرات نیز از اهداف درمان روان‌شناختی سوءمصرف مواد است (محمدجعفری، ۱۳۹۶). نتایج پژوهش‌ها نشان دادند که نگاه به اعتیاد به عنوان بیماری می‌تواند تأثیر بسیاری در افزایش انگیزه فرد در مشارکت در درمان اعتیاد خود، داشته باشد (قربانی، ۱۳۸۶). در افزایش میزان انگیزش در درمان اعتیاد افراد به سوء مصرف مواد افیونی، می‌توان از مصاحبه انگیزشی یاد کرد (پروچاسکا، دی کلمنت و نورکراس^{۱۲}، ۱۹۹۲). از جمله اصلی‌ترین اهداف مصاحبه انگیزشی، از بین بردن ابهامات و تعارضات افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، در جهت درمان اعتیاد خود است (بک، رایت، نیومن و لیس^{۱۳}، ۲۰۱۰؛ ترجمه گودرزی، ۱۳۹۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مصاحبه انگیزشی می‌تواند بر اختلال سوء مصرف مواد تأثیرگذار باشد (مادسون، ویلاروسا-هولوکر، چوماشر، ویلیامز و گاتیر^{۱۴}، ۲۰۱۸). در همین راستا، حیدری، محمدی و بهمنی (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان دادند که فرضیه‌های پژوهش آنان در مورد اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر کاهش ولع و عود مصرف تأیید شد.

با توجه به اهمیت نقش سوءمصرف مواد در زمینه‌های متفاوت هیجانی و روان‌شناختی از یک سو و از جانبی دیگر گرایش رو افزون به مواد اعتیادآور و تنوع آن‌ها، همچنین روش‌های درمانی مختلفی که نتایج چندان موفقی به همراه نداشته و بازگشت به مصرف مجدد در افراد ترک کرده همچنان شیوع

روان‌شناختی می‌داند که توسط هم‌جوشی شناختی و اجتناب از تجربه کردن ایجاد می‌شود (لوما، هیز و والسر^۱، ۲۰۰۷). از آنجایی که اجتناب تجربه‌ای می‌تواند عامل مشکلات روانی محسوب شود، هدف این درمان مقابله با اجتناب از افکار ناخوشایند به کمک انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (هیز، لوما، بوند، ماسودا و لیلیز^۲، ۲۰۰۶). در زمینه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی می‌توان به پژوهش فروزان‌فر، غلامعلی لواسانی و شعاع کاظمی (۱۳۹۶) اشاره کرد که با عنوان اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی و حساسیت اضطرابی زنان وابسته به سوءمصرف مواد در شهر اراک انجام شد. یافته‌ها نشان دادند که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تحمل‌پریشانی و کاهش حساسیت اضطرابی زنان وابسته به مواد شد. آن‌ها نتیجه گرفتند که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زنان وابسته به مواد قابلیت کاربرد داشته و می‌تواند به عنوان مداخله روان‌شناختی در کنار درمان‌های دارویی مورد استفاده قرار گیرد.

ذهن‌آگاهی^۳ نیز از جمله مداخله‌های مطرح در درمان سوء مصرف مواد در سال‌های اخیر شناخته شده 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، تانگ و پوسنر^۴، ۲۰۱۶). ذهن‌آگاهی به عنوان یک آمادگی ذهنی تعریف شده که روی تجربیات در زمان حال و بدون قضاوت متمرکز است (سگال و تیزدیل^۵، ۲۰۱۸) و با افزایش توانایی‌هایی مانند پذیرش، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی منجر به کاهش علائم روان‌تنی در افراد مصرف‌کننده مواد مخدر شود (هان^۶، ۲۰۱۹). ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک آمادگی ذهنی تعریف شده که روی تجربیات در زمان حال و بدون قضاوت متمرکز است (سگال، ویلیامز و تیسدال^۷، ۲۰۱۸). روش ذهن‌آگاهی به دلیل توجه به مفاهیمی مانند پذیرش، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی می‌تواند منجر به کاهش علائم روان‌تنی در افراد مصرف‌کننده مواد مخدر شود (هان^۸، ۲۰۱۹) و به عنوان یکی از روش‌های مرسوم در درمان سوءمصرف مواد در سال‌های اخیر شناخته شده است. نظر به تأثیر ذهن‌آگاهی در درمان بسیاری از اختلالات روانی، به نظر می‌رسد در درمان برخی نشانه‌های عود مصرف مواد افیونی نیز، مؤثر باشد (صداقت‌زاده، ایمانی و شگری، ۱۳۹۷). به عنوان مثال پیریدی، هووارد، هانلی ریگونیو، فریبرگ-فلستد و گارلند^۹ (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند که آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند مکانیسم‌های عصبی شناختی را هدف قرار دهد تا اثرات درمانی قابل توجهی بر سوءمصرف مواد ایجاد کند و از عود بیماری جلوگیری کند. پژوهش امیرپور و زندی پیام (۱۳۹۶) نیز که با موضوع بررسی اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی

9. Priddy, Howard, Hanley, Riquino, Friberg-Felsted & Garland
10. Brewer, Sinha, Chen, Michalsen & Babuscio
12. Hayes, Luoman, & Bond
1. Prochaska, Di Clemente & Norcross
2. Beck, Wright, Newman & Liese
14. Madson, Villarosa-Hurlocker, Schumacher, Williams & Gauthier

1. Luoma, Hayes & Walser
2. Bond, Masuda & Lillis
4. Mindfulness
5. Tang, Tang, & Posner
6. Segal, & Teasdale
7. Hanh
7. Segal, Williams & Teasdale
8. Hanh

بالایی دارد، این پژوهش به مقایسه تأثیر سه رویکرد درمانی موفق در درمان سوءمصرف مواد شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر تحمل پریشانی مردان سوءمصرف کننده مواد می پردازد. بنابراین این پژوهش درصدد پاسخ به این پرسش است که کدام یک از رویکردهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی، و مصاحبه انگیزشی بر تحمل پریشانی سوءمصرف کنندگان مواد موثرتر است؟

روش

روش پژوهش حاضر از لحاظ ماهیت پژوهشی کاربردی و از حیث میزان دست کاری متغیرهای مستقل توسط پژوهشگر، در دسته پژوهش های نیمه آزمایشی قرار دارد. به این دلیل که ابتدا افراد نمونه به صورت هدفمند گزینش و سپس به طور تصادفی در سه گروه آزمایش و یک گروه گواه جایگزین شدند و در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون مورد سنجش گرفتند. طرح پژوهش نیز از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مردان ۲۰ تا ۴۵ ساله دارای اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد شهر رباط کریم، از اسفند ۱۳۹۹ تا خرداد ۱۴۰۰ بود. افراد نمونه در این پژوهش شامل ۷۲ نفر از مردان دارای اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده از جامعه آماری مذکور بود که با روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای از فهرست بیمارانی که به مراکز ترک اعتیاد رباط کریم مراجعه می کنند انتخاب شده و به صورت تصادفی در چهار گروه ۱۸ نفره جایدهی شدند. گروه اول افرادی هستند که با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد درمان قرار گرفتند. گروه دوم تحت مداخله ذهن آگاهی قرار گرفته و گروه سوم مصاحبه انگیزشی دریافت کردند و برای گروه چهارم هیچ مداخله ای در نظر گرفته نشد و به مرکز مربوطه توصیه شد که از قرار دادن آن ها در مداخلات درمانی همسو با رویکردهای مورد مطالعه خودداری کنند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از نداشتن اختلال روان گسستگی، عدم دریافت روان درمانی همزمان، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال و ملاک های خروج از پژوهش عبارت بودند از دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی، حداقل دو سال قبل از پژوهش، عدم شرکت مداوم در جلسات مداخله (غیبت بیش از ۳ جلسه)، انصراف از ادامه درمان و مشارکت در پژوهش.

به منظور بررسی تحمل پریشانی در مردان دارای اختلال سوءمصرف مواد از پرسشنامه تحمل پریشانی^۱ سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) استفاده شد. این پرسش نامه یک شاخص خودسنجی است. گویه ها، تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی های فرد برای تحمل پریشانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در زمان وقوع و اقدام های تنظیم کننده برای تکمیل پریشانی مورد سنجش قرار می دهند. این پرسش نامه دارای ۱۵ گویه و ۴ خرده مقیاس به نام های تحمل پریشانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، ارزیابی و برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی است. نمره گذاری در مقیاس پنج درجه ای ۱ تا ۵ انجام می شود. حداقل نمره در این پرسشنامه ۱۵ و حداکثر ۷۵ است. در پژوهش سیمونز و گاهر ضرایب

الف: ذهن آگاهی: هدف این برنامه افزایش سطح هشیاری و پذیرش غیرقضوای افکار و هیجانات مرتبط با آن، و متعاقباً گسترش نظم هیجانی است. تجربه، این واکنش های هیجانی اطلاعاتی را در مورد پاسخ های خودکار فیزیولوژیکی در اختیار فرد قرار می نهد که این اطلاعات، خود، می توانند راهنمای وی در برخورد با دیگران و ارائه پاسخ های رفتاری مؤثرتر باشند (موسوی و همکاران، ۱۳۹۸). مداخله مورد استفاده در این پژوهش برگرفته از الگوی درمانی کابات زین (۲۰۰۳) بود. طبق نظر کابات زین (۲۰۰۳)، ذهن آگاهی، آگاهی لحظه به لحظه از تجربه به دست آمده از توجه هدفمند همراه با پذیرش بدون داوری تجربه ها تعریف می شود و باعث فعال شدن ناحیه ای از مغز که ایجاد کننده عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن سازی بدن است، می شود (سلیمی کیا و خان پور، ۱۳۹۷). در این پژوهش آزمودنی های گروه اول آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۵۰ دقیقه ای، تحت آموزش ذهن آگاهی قرار گرفتند و شرح جلسات آن در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات آموزش ذهن آگاهی

| جلسه | محتوای جلسات |
|------|---|
| اول | ۱- معرفی شرکت کنندگان و شرح مختصری از ۸ جلسه ۲- تکنیک خوردن کشمش و بعد ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت درمورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن ۳- تکلیف خانگی: حضور در لحظه و بسط دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیت ها |
| دوم | ۲- انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه ۲- بحث درمورد تکلیف خانگی، موانع تمرین و راه حل های برنامه ذهن آگاهی برای آن ۳- بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات ۴- انجام مدیتیشن در حالت نشسته ۵- تکلیف: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره |

1. Distress Tolerance questionnaire

سوم ۱- تمرین دیدن و شنیدن (در این تمرین از شرکت کنندگان خواسته می‌شود به نحوی غیر قضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند. ۲- مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی ۳- بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفس؛ این مدیتیشن سه مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن ۴- انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاهی ۵- تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره‌ی جدید و ذهن آگاهی رویدادی ناخوشایند

چهارم ۱- مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار (مدیتیشن نشسته چهار بعدی نیز نامیده می‌شود) ۲- بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار نگرش‌ها و رفتارهای جای‌گزین ۳- تمرین قدم زدن ذهن آگاه ۴- تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای (در یک رویداد ناخوشایند)

پنجم ۱- انجام مدیتیشن نشسته ۲- ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن ۳- تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره

ششم ۱- تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای ۲- بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دو تایی ۳- ارائه تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه" با این مضمون: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند. ۴- پذیرش احساسات به عنوان احساس ۵- تکالیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد. به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره

هفتم ۱- مدیتیشن چهار بعدی و آگاهی نسبت به در آن چه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود ۲- تمرین: بهترین راه مراقبت از خود چیست؟ ۳- ارائه تمرینی که در آن شرکت‌کنندگان مشخص می‌کنند کدام یک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدام یک ناخوشایند است. علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد ۴- آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری ۵- تکالیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجع است، تمرین تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره‌ی جدید

هشتم ۱- ذهن آگاهی رویدادهای روانی (تمرکز بر افکار، هیجان‌ها و تصاویر ذهنی) ۲- تمرکز بر افکار غیر منطقی، تمرکز بر هیجان‌ها مانند تجربه اضطراب و تمرکز بر تصاویر ذهنی ناراحت‌کننده

نهم ۱- اسکن ۲- مضمون: استفاده از آن چه تا کنون یادگرفته‌اید ۳- تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای ۴- بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن ۵- مطرح شدن سؤالاتی در مورد کل جلسات، از قبیل این که آیا شرکت‌کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیت‌شان رشد کرده‌است؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌ای‌شان افزایش یافته؟ و آیا دوست دارند تمرین‌های مدیتیشن را ادامه دهند؟

دهم ۱- بازنگری و مرور کل مطالب دو ماه گذشته ۲- بازنگری تکنیک‌ها و تمرین‌ها و ترغیب فرد به پی‌گیری آن‌ها در زندگی روزانه

را آزرده می‌یابند و پیوسته سعی دارند این تجربیات درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند. سپس باید به این بینش می‌رسند که این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شوند که آن‌ها در ابتدا سعی دارند ازشان اجتناب کنند. طبق این رویکرد درمانی آمیختگی شناختی زمانی رخ می‌دهد که افکار فرد، رفتار آشکار او را به شیوه‌های نامؤثر تنظیم کرده و باعث می‌شود فرد به جای توجه به فرایند فکر (زمینه) به تولید فکر (محتوا) توجه کند. زمانی که این فرایندها بر تجربه فرد غلبه داشته‌باشند، منجر به عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود (هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۰۹). این رویکرد درمانی حاوی شش فرایند روان‌شناختی خاص شامل پذیرش، گسلس، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال ارزش‌ها بوده و برگرفته از الگوی درمانی هیز (۲۰۰۴) است. در این پژوهش آزمودنی‌های گروه دوم آزمایش به مدت ده جلسه هر هفته یک بار و هر جلسه به مدت ۵۰ دقیقه مداخلات مربوط را دریافت کردند.

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

کنندگان مواد

| جلسه | محتوای جلسات |
|-----------------------------|--|
| اول | آماد شدن برای شروع (استعاره‌ها و تمرین‌ها شامل ترن هوایی، پاک کردن گل ولای لیوان و رفتن در باتلاق) |
| دوم | آگاهی نسبت به هزینه‌هایی که فرد به دنبال مصرف مواد متحمل می‌شود (استعاره‌ها و تمرین‌های صورت‌برداری، پاک کردن گل و لای از لیوان و راه رفتن در باتلاق) |
| سوم | مواجهه با سیستم: ناامیدی خلاق (استعاره‌های انسان در گودال، صخره‌نوردی، ریگ روان و...) |
| چهارم | کنترل هیجانات افراطی به عنوان مسئله اصلی (استعاره‌های انسان در گودال، دروغ‌سنج، پیراشکی کرم‌دار، عاشق شدن) تمایل هیجانی (استعاره‌های ساندویچ عزت نفس و کودک در آب نبات‌فروشی و...) |
| پنجم | تمایز فرد از برنامه‌ریزی (استعاره‌ها و تمرین‌هایی مانند دوکامپیوتر، جعبه با وسایل درون آن و صفحه شطرنج) |
| ششم | موانع پذیرش هیجانی (استعاره‌ها و تمرین‌هایی مانند هیولای سوار بر اتوبوس، پتروس فداکار، علامت در کوهستان، فرمول‌بندی مجدد قراردادهای کلامی و...) |
| هفتم | حرکت از پذیرش هیجانی به سمت تغییر رفتار (استعاره‌های گدای دم در، کودک کج خلق و...) |
| هشتم | ارزش‌ها و اهداف (استعاره‌های نقشه‌سازی، تکلیف سنجش ارزش‌ها و...) |
| نهم | پذیرش مسئولیت برای تغییر (استعاره‌های پریدن، کبریت درون مخزن بنزین و ارائه تمرین عملی) |
| دهم | گسترش تمایل هیجانی به زندگی واقعی: تعهد دادن (تعهد رفتاری و پای‌بندی به آن، تمام کردن کار ناتمام و...) |
| جمع بندی و ارزیابی کل درمان | |

ج: مصاحبه انگیزشی: هدف از انجام این مداخله تقویت انگیزه برای ورود و علاقه‌مندسازی افراد به تغییر (درمان) و افزایش انگیزه جهت تغییر رفتار

ب: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: در این روش درمانی به شرکت‌کنندگان یاد داده می‌شد که آن‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات و افکار درونی‌شان

اعتیادی و ننگ داشتن تغییرات به وجود آمده در طی درمان است. در این روش، میلر و رولنیک (۲۰۰۹) چهار فرآیند مصاحبه انگیزشی را در ویراست سوم کتاب خود معرفی کردند که مبانی مصاحبه در پژوهش حاضر هستند. این فرآیندهای متوالی که با یکدیگر هم پوشی نیز دارند عبارت هستند از: درگیر کردن، متمرکز کردن، برانگیختن تغییر و برنامه ریزی برای تغییر. مصاحبه طی دو فاز صورت می گیرد (کازمی، شجاعی و سلطانی فر، ۱۳۹۷). در فاز اول، مهارت‌ها و اصول مصاحبه انگیزشی به تردید مراجع راجع به تغییر پرداختند؛ بدون اینکه تأکید مستقیمی بر چگونگی تغییر داشته باشند و در فاز دوم، هنگامی که مراجع آمادگی تغییر کردن را به دست آورد، گفت و گو به بحث تبدیل می شد تا راه حل هایی برای تغییر توسط خود مراجع پیشنهاد شوند.

جدول ۳: خلاصه برنامه درمانی مصاحبه انگیزشی

| جلسه | محتوا | تکنیک | هدف |
|-------|-----------------------------------|--|--|
| اول | هم دلی | درک این که در سر بیمار چه می گذرد. جهان را چگونه تفسیر می کند. | خود را به جای مراجع قرار دهد تا دنیا را از دیدگاه مراجع ببیند. گوش دادن ماهرانه و بازتابی |
| دوم | به سطح آوردن تناقض ها | استفاده از سؤال هایی که تناقض مراجع را نشان می دهد. | نشان دادن یا به آگاهی درآوردن حالات های دوسوگرایی مراجع |
| سوم | به سطح آوردن تناقض ها | 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) | در برخورد با مقاومت، به هیچ عنوان مقابله نکنید. از تکنیک ها (پرسش های بازپاسخ، تأیید، گوش دادن بازتابی و جمع بندی) استفاده کنید. | مراجع چه نوع مقاومتی از خود نشان می دهد (بحث، قطع کردن، انکار، نادیده گرفتن، نفی کردن، بازتابی و جمع بندی) استفاده کنید. |
| پنجم | لغزیدن بر مقاومت (دور زدن 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 (دور زدن مقاومت) | رد شدن از کنار این مقاومت ها به این نیت که بعدا به آن پرداخته می شود و درستش می کند. | سرشاخ نشدن با مقاومت و نشانه های آن. |
| هفتم | تقویت حس خود کارآمدی | کمک به مراجع تا تغییر از درون خودش بجوشد. نظام مصاحبه انگیزشی مشارکتی است. درمانگر به مراجع | عدم به دست گرفتن هدایت امور توسط درمانگر. رویکرد اقتدار گرایانه نداشتن. |

نمی گوید که چه کاری انجام دهد.

| هشتم | تقویت حس خود کارآمدی | مراجع باید بفهمد که خودش توانمندی دارد. کمک به مراجع تا خودش تصمیم بگیرد چه مسیری را انتخاب کند. | مراجع باید بفهمد که خودش توانمندی دارد. کمک به مراجع تا خودش تصمیم بگیرد چه مسیری را انتخاب کند. |
|------|----------------------|---|---|
| نهم | تقویت حس خود کارآمدی | غلبه بر موانع قبلی می تواند ذخیره آینده باشد. نشان دادن صفات مراجع به خودش. صحبت از نکات مثبت به افزایش حس خود کارآمدی منجر می شود. | مرور موفقیت های قبلی قبلاً بر چه مشکلات مشابهی غلبه کرده است؟ 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. | تعهد خودش را به تغییر استمرار ببخشد، و دلسرد نشود، عقب نشینی نکند. |

نتایج

اطلاعات جدول ۴ میانگین، انحراف معیار و آزمون شاپیرو ویلک گروه های آزمایش و گواه در پیش آزمون و پس آزمون تحمل پریشانی و مؤلفه های آن را نشان می دهد.

جدول ۴: آماره های توصیفی متغیر مورد مطالعه به تفکیک گروه ها و نوع آزمون

| متغیر | مرحله | گروه | میانگین | انحراف معیار | آماره شاپیرو ویلک | مقدار احتمال |
|-----------------------------|-----------|-----------------------------|---------|--------------|-------------------|--------------|
| درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | پیش آزمون | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۳۴/۴۴ | ۱۴/۱۵ | ۰/۱۸۰۲ | ۰/۰۰۲ |
| | | گواه | ۳۰/۹۴ | ۸/۷۴ | ۰/۹۶۱ | ۰/۶۵۵ |
| تحمل پریشانی | پس آزمون | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۷۰/۸۸ | ۲۲/۳۳ | ۰/۹۳۲ | ۰/۲۱۳ |
| | | گواه | ۳۰/۲۷ | ۹/۶۵ | ۰/۸۳۴ | ۰/۰۰۵ |
| تحمل | پیش آزمون | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۶/۴۴ | ۳/۰۳ | ۰/۷۷۴ | ۰/۰۰۱ |
| | | گواه | ۶/۱۶ | ۳/۳۲ | ۰/۸۴۰ | ۰/۰۰۶ |

| | | | | | | |
|-----------|-------|-------|------|-------|-------------|-----------|
| | ۰/۱۰۰ | ۰/۹۱۰ | ۲/۲۶ | ۶/۱۱ | مصاحبه | |
| | | | | | انگیزشی | |
| | ۰/۰۶۲ | ۰/۹۰۲ | ۲/۴۹ | ۶/۶۶ | گواه | |
| | | | | | درمان مبتنی | |
| | ۰/۰۲۸ | ۰/۸۸۲ | ۴/۸۷ | ۱۳/۴۴ | بر پذیرش و | |
| | | | | | تعهد | |
| پس-آزمون | ۰/۰۱۱ | ۰/۸۵۸ | ۴/۰۶ | ۱۱/۵۵ | ذهن آگاهی | |
| | | | | | مصاحبه | |
| | ۰/۲۴۹ | ۰/۹۳۴ | ۳/۹۹ | ۸/۹۴ | انگیزشی | |
| | | | | | گواه | |
| | ۰/۰۲۶ | ۰/۸۸۰ | ۲/۵۰ | ۶/۵۰ | درمان مبتنی | |
| | | | | | بر پذیرش و | |
| | ۰/۰۰۴ | ۰/۸۳۵ | ۳/۹۵ | ۶/۷۲ | تعهد | |
| پیش-آزمون | ۰/۰۰۹ | ۰/۸۵۱ | ۲/۸۰ | ۵/۸۸ | ذهن آگاهی | |
| | | | | | مصاحبه | |
| | ۰/۱۵۱ | ۰/۹۲۱ | ۲/۲۰ | ۶ | انگیزشی | |
| | | | | | گواه | جذب |
| | ۰/۰۱۲ | ۰/۸۶۴ | ۳/۰۱ | ۵/۳۳ | درمان مبتنی | |
| | | | | | بر پذیرش و | |
| | ۰/۲۸۱ | ۰/۹۳۹ | ۴/۸۷ | ۱۳/۶۱ | تعهد | |
| | | | | | ذهن آگاهی | پس-آزمون |
| | ۰/۵۷۰ | ۰/۹۵۸ | ۳/۲۴ | ۱۰/۹۴ | مصاحبه | |
| | | | | | انگیزشی | |
| | ۰/۲۴۵ | ۰/۹۳۳ | ۲/۵۷ | ۸/۵۸ | گواه | |
| | | | | | درمان مبتنی | |
| | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۹۶ | ۲/۷۴ | ۵/۸۸ | بر پذیرش و | |
| | | | | | تعهد | |
| | ۰/۱۷۱ | ۰/۹۲۷ | ۴/۶۲ | ۱۴/۶۶ | ذهن آگاهی | پیش-آزمون |
| | | | | | مصاحبه | |
| | ۰/۰۲۲ | ۰/۸۷۵ | ۳/۸۶ | ۱۴/۸۸ | انگیزشی | |
| | | | | | گواه | ارزیابی |
| | ۰/۶۳۳ | ۰/۹۶۰ | ۳/۳۳ | ۱۲/۸۲ | درمان مبتنی | |
| | | | | | بر پذیرش و | |
| | ۰/۰۱۵ | ۰/۸۶۵ | ۴/۰۴ | ۱۱/۸۸ | تعهد | |
| | | | | | ذهن آگاهی | پس-آزمون |
| | ۰/۷۴۵ | ۰/۹۶۷ | ۹/۷۸ | ۳۰/۱۶ | مصاحبه | |
| | | | | | انگیزشی | |
| | ۰/۹۹۲ | ۰/۹۸۶ | ۶/۱۳ | ۲۸/۰۵ | گواه | |
| | | | | | درمان مبتنی | |
| | ۰/۴۷۴ | ۰/۹۵۱ | ۵/۱۳ | ۱۶/۵۸ | بر پذیرش و | |
| | | | | | تعهد | |
| | ۰/۳۶۷ | ۰/۹۴۶ | ۳/۹۴ | ۱۱/۳۸ | ذهن آگاهی | پیش-آزمون |
| | | | | | مصاحبه | |
| | ۰/۹۹۳ | ۰/۸۸۸ | ۳/۶۱ | ۶/۶۱ | انگیزشی | |
| | | | | | گواه | |
| | ۰/۰۰۲ | ۰/۸۱۲ | ۳/۷۸ | ۶/۲۷ | درمان مبتنی | |
| | | | | | بر پذیرش و | |
| | ۰/۰۵۹ | ۰/۸۹۶ | ۲/۵۹ | ۶ | تعهد | |
| | | | | | ذهن آگاهی | پس-آزمون |
| | ۰/۰۱۵ | ۰/۸۵۵ | ۳/۲۲ | ۶/۶۱ | مصاحبه | |
| | | | | | انگیزشی | |
| | ۰/۰۲۴ | ۰/۸۷۸ | ۴/۹۷ | ۱۳/۶۶ | گواه | |
| | | | | | درمان مبتنی | |
| | ۰/۵۵۴ | ۰/۹۵۸ | ۴/۱۶ | ۱۱/۶۱ | بر پذیرش و | |
| | | | | | تعهد | |
| | ۰/۲۰۵ | ۰/۹۲۸ | ۳/۲۶ | ۸/۴۱ | ذهن آگاهی | پس-آزمون |
| | | | | | مصاحبه | |
| | ۰/۰۰۹ | ۰/۸۲۸ | ۲/۷۹ | ۶/۵۰ | انگیزشی | |
| | | | | | گواه | |

با توجه به جدول ۴، میانگین نمرات متغیر تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی، مصاحبه انگیزشی و گواه در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون تغییراتی داشته است. این تغییرات مؤید آن است که در گروه‌های درمان، نمرات پس آزمون شرکت کنندگان در متغیر تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن افزایش داشته است.

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس (مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها، همگن بودن ماتریس کوواریانس، همگنی شیب‌های رگرسیون و نرمال بودن) را برآورده می‌کنند، مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه‌های تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش و گواه نشان داد که شیب رگرسیون برای متغیر تحمل پریشانی ($F_{3,67} = 0.494, P = 0.808$) و مؤلفه‌های تحمل ارزیابی ($F_{12,127,288} = 0.638, P = 0.806$)، جذب ($F_{12,127,288} = 1.526, P = 0.123$)، تنظیم ($F_{12,127,288} = 0.275, P = 0.918$) و تنظیم ($F_{12,127,288} = 0.489, P = 0.918$) در هر چهار گروه برابر است. جهت بررسی همگنی واریانس از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که آزمون لوین در تحمل پریشانی ($P < 0.001$ و $F_{3,67} = 10.193$) و مؤلفه‌های تحمل ($P = 0.004$) و $F_{12,127,288} = 4.823$ ، جذب ($P = 0.035$ و $F_{3,67} = 3.027$)، ارزیابی ($P = 0.001$) و $F_{12,127,288} = 5.880$ و تنظیم ($P = 0.11$ و $F_{3,67} = 4.013$) غیر معنادار بود. در نتیجه، فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. نتایج آزمون M باکس، همگن بودن ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) تأیید شد ($Box's M = 52.881; P = 0.025$). جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که سطح معناداری آزمون شاپیرو ویلک از مقدار 0.001 بیشتر است، بنابراین پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شده است. هم‌چنین عدم وجود داده‌های پرت چند متغیری با استفاده از فاصله ماهالانوبیس مورد بررسی قرار گرفت که داده پرت شناسایی نشد و صحت این فرضیه بررسی شد. علاوه بر این هم خطی بین متغیرهای وابسته با ضریب همبستگی بین جفت متغیرها بررسی شد و با توجه به اینکه تمامی ضرایب همبستگی بین جفت متغیرها در حد متوسط (0.3 تا 0.5) بود این فرضیه مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به حد متوسط ضرایب همبستگی می‌توان این نتیجه را گرفت که بین متغیرها همبستگی خطی چندگانه وجود ندارد. با برقراری پیش فرض‌های کوواریانس تک متغیری و چند متغیری استفاده از این آزمون بلامانع است.

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های درمان و گواه در نمره کل متغیر تحمل پریشانی 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 متغیر تحمل پریشانی در مرحله پس‌آزمون

| متغیر | منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | سطح معنی‌داری | اندازه اثر | توان آزمون |
|-----------------|------|---------------|------------|-----------------|---------|---------------|------------|------------|
| الگوی اصلاح شده | | ۲۹۶۳۴/۸۷۹ | ۴ | ۷۴۰۸/۷۲۰ | ۸۴/۸۸۸ | <۰/۰۰۱ | | |
| حمل پریشانی | | ۱۱۳۴۵/۸۴۹ | ۱ | ۱۱۳۴۵/۸۴۹ | ۱۲۹/۹۹۸ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۱۲ | ۱ |
| گروه خطا | | ۱۴۲۳۸/۰۳۶ | ۳ | ۴۷۴۶/۰۱۲ | ۵۴/۳۷۹ | <۰/۰۰۱ | | |
| | | ۵۷۶۰/۲۷۶ | ۶۶ | ۸۷/۲۷۷ | | | | |

با توجه به جدول ۵ آماره F تحمل پریشانی در پس‌آزمون ۵۴/۳۷۹ بدست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است ($P < 0.001$ و $F_{3,66} = 54.379$)، بنابراین نشان می‌دهد بین چهار گروه از لحاظ افزایش نمره تحمل پریشانی در مردان دارای اختلال سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده تفاوت معناداری وجود دارد. هم‌چنین مقدار اندازه اثر برابر $\eta^2 = 0.712$ بود که نشان می‌دهد، میزان این تفاوت در جامعه ۷۱ درصد و در سطح قابل قبول می‌باشد. بنابراین بین گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی، مصاحبه انگیزشی و گواه از لحاظ تحمل پریشانی در مرحله پس‌آزمون با تعدیل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه به بررسی مؤلفه‌های تحمل پریشانی براساس آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیر پرداخته شده است.

نتایج آماره لامبدای ویلکز در آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مؤلفه‌های تحمل پریشانی نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های تحمل پریشانی در مردان دارای اختلال سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده در مرحله پس‌آزمون براساس اثر لامبدای ویلکز معنادار می‌باشد ($F(12,159.037) = 8.933, P < 0.001, \eta^2 = 0.365$)؛ بنابراین می‌توان گفت که بین گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی، مصاحبه انگیزشی و گواه از لحاظ نمرات تعدیل یافته مؤلفه‌های تحمل پریشانی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و میزان این تفاوت در جامعه براساس اندازه اثر ۳۷ درصد و در سطح قابل قبول است. بررسی اینکه در کدام یک از مؤلفه‌های تحمل پریشانی بین چهار گروه تفاوت معناداری وجود دارند، در جدول ۶ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری گزارش شده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مؤلفه‌های تحمل پریشانی در مرحله پس‌آزمون

| متغیر | مؤلفه | منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجدور |
|------------------|-----------|------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|-------|
| تحمل | بین گروهی | | ۳۸۵/۰۲۰ | ۳ | ۱۲۸/۳۴۰ | ۳۱/۲۹۴ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۹۸ |
| | خطا | | ۲۵۸/۳۷۱ | ۶۳ | ۴/۱۰۱ | | | |
| تحمل جذب پریشانی | بین گروهی | | ۳۷۶/۸۰۲ | ۳ | ۱۲۵/۶۰۱ | ۳۴/۳۳۴ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۲۰ |
| | خطا | | ۲۳۰/۴۶۷ | ۶۳ | ۳/۶۵۸ | | | |
| ارزیابی گروهی | بین گروهی | | ۲۲۲/۳۰۱ | ۳ | ۷۴/۱۰۰ | ۴۰/۸۴۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۶۰ |
| | خطا | | ۱۱۴۱/۴۷۷ | ۶۳ | ۱۸/۱۱۹ | | | |
| تنظیم گروهی | بین گروهی | | ۳۸۹/۰۷۷ | ۳ | ۱۲۹/۶۹۲ | ۲۹/۵۱۵ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۸۴ |
| | خطا | | ۲۷۶/۸۳۴ | ۶۳ | ۴/۳۹۴ | | | |

آماره F برای مؤلفه‌های تحمل (۳۱/۲۹۴)، جذب (۳۴/۳۳۴)، ارزیابی (۴۰/۸۴۷) و تنظیم (۲۹/۵۱۵) در متغیر تحمل پریشانی در مرحله پس‌آزمون معنادار می‌باشد ($P < 0.001$). این یافته نشان می‌دهد، بین گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی، مصاحبه انگیزشی و گواه در مؤلفه‌های تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر برای مؤلفه‌های تحمل (۰/۵۹۸)، جذب (۰/۶۲۰)، ارزیابی (۰/۶۶۰) و تنظیم (۰/۵۸۴) می‌باشد که

نشان می‌دهد این تفاوت در جامعه قابل قبول است. جهت بررسی تفاوت رویکردهای ذهن آگاهی، مصاحبه انگیزشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن در جدول ۷ نتایج مقایسه زوجی میانگین نمرات تعدیل یافته گروه‌های آموزش مورد مطالعه در مرحله پس‌آزمون گزارش شده است.

جدول ۷: نتایج مقایسه میانگین گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون در تحمل پریشانی

| متغیر | گروه | تفاوت میانگین | خطای استاندارد | اندازه اثر | P |
|-------|-----------------------------|---------------|----------------|------------|-------|
| تحمل | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۷/۳۷۷ | ۳/۱۱۶ | ۰/۷۸ | ۰/۱۲۵ |
| | مصاحبه انگیزشی | ۲/۵۰۵* | ۳/۱۷۸ | ۰/۴۷۴ | ۰/۰۰۱ |
| | گواه | ۳/۲۷۱* | ۳/۱۳۷ | ۰/۶۶۹ | ۰/۰۰۱ |
| | مصاحبه انگیزشی | ۱/۱۲۷* | ۳/۱۶۷ | ۰/۳۰۷ | ۰/۰۰۱ |
| | گواه | ۲/۸۹۴* | ۳/۱۲۵ | ۰/۵۶۴ | ۰/۰۰۱ |
| | مصاحبه انگیزشی | ۱۱/۷۶۶* | ۳/۱۶۰ | ۰/۱۷۴ | ۰/۰۰۲ |
| | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۱/۷۴۵ | ۰/۶۸۳ | ۰/۹۴ | ۰/۰۷۸ |
| | مصاحبه انگیزشی | ۳/۹۶۳* | ۰/۶۹۹ | ۰/۳۳۸ | ۰/۰۰۱ |
| تحمل | گواه | ۶/۸۹۶* | ۰/۷۴۰ | ۰/۵۸۰ | ۰/۰۰۱ |
| | مصاحبه انگیزشی | ۲/۲۱۷* | ۰/۷۰۹ | ۰/۱۳۴ | ۰/۰۱۶ |
| | گواه | ۵/۱۵۱* | ۰/۷۴۰ | ۰/۴۳۵ | ۰/۰۰۱ |
| | | | | | < |

درمان نگهدارنده مؤثر است. هم‌چنین براساس مقدار اندازه اثر تفاوت قابل قبولی بین گروه‌های آموزش و گواه در جامعه بود.

هم‌چنین تفاوت معناداری بین میانگین تعدیل یافته گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی با گروه مصاحبه انگیزشی در مرحله پس‌آزمون در متغیر تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن داشته است؛ به طوری که میانگین تعدیل یافته تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی در مرحله پس‌آزمون به صورت معناداری بالاتر از میانگین گروه مصاحبه انگیزشی بود. هم‌چنین تفاوت معناداری بین میانگین تعدیل یافته گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی در مرحله پس‌آزمون در مؤلفه جذب وجود داشت؛ به طوری که میانگین تعدیل یافته مؤلفه جذب در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون به صورت معناداری بالاتر از میانگین گروه ذهن آگاهی بود.

براساس مقادیر اندازه به ترتیب گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بیشترین تأثیر را بر تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن در مردان دارای اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده داشته است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر تحمل پریشانی در مردان دارای اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده انجام شد. نتایج نشان داد که هر سه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر تحمل پریشانی مردان دارای سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده معنادار است. به عبارت دیگر می‌توان گفت که هر سه روش مداخله بر بالارفتن تحمل پریشانی مردان دارای سوءمصرف مواد اثربخش است. این یافته به طور ضمنی با نتایج پژوهش‌هایی مانند فرهاد بروجنی، احمدی، غضنفری و شریفی (۱۴۰۰)، روحی، سلطانی، زین الدینی و رضوی (۱۳۹۸)، کاظمی زهرانی و جلالی (۱۳۹۷)، فروزان‌فر و همکاران (۱۳۹۶)، امیرپور و همکاران (۱۳۹۶)، سعیدمنش و پهلوان (۱۳۹۶)، قنبری، توندنهجانی و نجات (۲۰۲۰)، سندرز، هانس، بوردت، کارسون و مارشال (۲۰۱۹)، میودوزسکی، مک لین، پولین، اسمیت و واکر (۲۰۱۸) و بروئر و همکاران (۲۰۱۳)، هماهنگ است. این همسویی از این جهت که پژوهش‌های ذکر شده نیز بر تأثیر این روش‌های درمانی در تحمل پریشانی افراد با اختلال سوءمصرف مواد تأکید دارند. از سویی با توجه به یافته‌ها می‌توان گفت که اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی مردان دارای اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده نسبت به مصاحبه انگیزشی بیشتر است. به طوری که روش پذیرش و تعهد بیشتر از روش ذهن آگاهی و هر دو روش بیشتر از مصاحبه انگیزشی بر تحمل پریشانی مردان دارای اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده تأثیر گذارند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که هسته مرکزی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که تلاش مداوم برای خلاص شدن از شر درد و

| | | | | | | |
|-----------------------------|----------------|--------|-------|-------|-------|---|
| مصاحبه انگیزشی | گواه | ۲/۹۳۵* | ۰/۷۱۳ | ۰/۰۰۱ | ۲/۱۲ | . |
| ی | | | | | | |
| درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ذهن آگاه ی | ۲/۰۷۷* | ۰/۶۴۵ | ۰/۰۱۲ | ۱/۴۱ | . |
| مصاحبه انگیزشی | مصاحبه | ۴/۳۶۹* | ۰/۶۶۰ | ۰/۰۰۱ | ۱/۴۱۰ | . |
| ی | | | | | | |
| درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | گواه | ۶/۱۸۰* | ۰/۶۹۹ | ۰/۰۰۱ | ۱/۶۰۱ | . |
| ی | | | | | | |
| درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | گواه | ۲/۹۲۳* | ۰/۶۷۰ | ۰/۰۰۷ | ۱/۱۵۷ | . |
| ی | | | | | | |
| درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | گواه | ۴/۷۲۳* | ۰/۶۹۹ | ۰/۰۰۱ | ۱/۴۲۰ | . |
| ی | | | | | | |
| درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | گواه | ۲/۴۳۱* | ۰/۶۷۳ | ۰/۰۰۴ | ۱/۱۷۲ | . |
| ی | | | | | | |
| درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ذهن آگاه ی | ۲/۴۱۶ | ۱/۴۳۶ | ۰/۵۸۴ | ۱/۰۴۳ | . |
| ی | | | | | | |
| درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | مصاحبه | ۱/۳۴۰* | ۱/۴۶۸ | ۰/۰۰۱ | ۱/۴۸۶ | . |
| ی | | | | | | |
| درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | گواه | ۱/۹۹۷* | ۱/۵۵۵ | ۰/۰۰۱ | ۱/۵۹۶ | . |
| ی | | | | | | |
| درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | مصاحبه انگیزشی | ۸/۹۲۴* | ۱/۴۹۱ | ۰/۰۰۱ | ۱/۳۶۳ | . |
| ی | | | | | | |
| درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | گواه | ۱/۵۸۱* | ۱/۵۵۵ | ۰/۰۰۱ | ۱/۵۰۹ | . |
| ی | | | | | | |
| درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | گواه | ۳/۶۵۷ | ۱/۴۹۸ | ۰/۱۰۵ | ۱/۰۸۶ | . |
| ی | | | | | | |
| درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ذهن آگاه ی | ۱/۷۵۶ | ۰/۷۰۷ | ۰/۰۹۴ | ۱/۰۸۹ | . |
| ی | | | | | | |
| درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | مصاحبه انگیزشی | ۴/۴۹۱* | ۰/۷۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۱/۳۸۰ | . |
| ی | | | | | | |
| درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | گواه | ۶/۷۷۱* | ۰/۷۶۶ | ۰/۰۰۱ | ۱/۵۵۴ | . |
| ی | | | | | | |
| درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | مصاحبه انگیزشی | ۲/۷۳۵* | ۰/۷۳۴ | ۰/۰۰۳ | ۱/۱۸۱ | . |
| ی | | | | | | |
| درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | گواه | ۵/۰۱۶* | ۰/۷۶۶ | ۰/۰۰۱ | ۱/۴۰۵ | . |
| ی | | | | | | |
| درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | گواه | ۲/۲۸۱* | ۰/۷۳۸ | ۰/۰۱۸ | ۱/۱۳۲ | . |
| ی | | | | | | |

* $P < 0.001$

نتایج جدول ۷ نشان داد، دو گروه آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر بهبود تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن در مردان دارای اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده مؤثر است. هم‌چنین نتایج نشان داد گروه آموزش مصاحبه انگیزشی بر بهبود تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن (به غیر از ارزیابی) در مردان دارای اختلال سوءمصرف مواد تحت

به فعالیت‌های روزانه خودآگاهی پیدا می‌کند، می‌تواند بر خود نظارت داشته‌باشد و به صورت آگاهانه و ارادی الگوهای ذهنی‌اش را تنظیم کند (اکبری و همکاران، ۱۳۹۲).

در تبیین اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر تحمل‌پریشانی می‌توان گفت که مصاحبه انگیزشی، اساساً با حل دوسوگرایی مراجع درباره تغییر، انگیزه تغییر را در وی افزایش می‌دهد. یعنی بخشی از مشکلات تحمل‌پریشانی افرادی که درگیر اختلالات مزمن سلامتی هستند، به دوسوگرایی آنان نسبت به تغییر رفتار برمی‌گردد پس می‌توان نتیجه گرفت که مصاحبه انگیزشی، با حرکت به سوی حل دوسوگرایی و تعارض افراد، میزان تحمل‌پریشانی آنان را افزایش می‌دهد. عامل دیگری که در اثرگذاری مصاحبه انگیزشی در افزایش میزان تحمل‌پریشانی مؤثر است، سبک همدلانه و انسان‌گرایانه همراه با پذیرش مراجع، در مصاحبه انگیزشی است. در نتیجه، وقتی فرد در یک ارتباط انسانی همراه با همدلی و پذیرش قرار گیرد، این می‌تواند در افزایش تحمل‌پریشانی وی مؤثر باشد. با این حال این روش به نسبت روش‌های پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی اثربخشی کمتری بر تحمل‌پریشانی مردان دارای سوءمصرف مواد داشت.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت به مردان ۲۰ تا ۴۵ ساله اشاره کرد که بهتر است در تعمیم نتایج آن به زنان و سنین نوجوانی و محدوده سنی بالاتر احتیاط شود و پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با موضوع مشابه بر روی گروه سنی میانسالان و زیر ۲۰ سال به ویژه نوجوانان که در تحمل‌پریشانی با چالش روبرو هستند، انجام شود. همچنین این پژوهش فاقد آزمون پیگیری بود و درباره تداوم اثر درمان نتایجی به دست نداد. از سویی 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 پژوهش حاضر محسوب می‌شود. با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی به نسبت مصاحبه انگیزشی بر افزایش تحمل‌پریشانی افراد دارای اختلال مصرف مواد پیشنهاد می‌شود این روش در مراکز درمان سوءمصرف مواد استفاده شوند و در کنار درمان دارویی، درمان‌های غیردارویی و روان‌شناختی نیز به مراجعه‌کنندگان ارائه شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که ما را در این پژوهش یاری رساندند کمال تشکر و قدردانی را دارم.

منابع

اثنی عشران، سهیلا؛ یزدخواستی، فریبا و عریضی سامانی، حمیدرضا. (۱۴۰۰). تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجانی و تحمل‌پریشانی زنان معتاد در حال ترک: نقش میانجی ذهن‌آگاهی، ارتباط مؤثر و راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجانی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۲(۲)، ۱۲-۱.

احمدی، اکرم و ریسی، زهره. (۱۳۹۷). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. سلامت روان کودک (روان کودک)، ۵(۳)، ۶۹-۷۹.

پریشانی، خود منجر به ایجاد رنج بیشتر می‌شود (سلیمی‌کیا و همکاران، ۱۳۹۷). طبق الگوی پذیرش و تعهد آمیختگی، ارزش‌یابی، اجتناب، و دلیل‌آوری باعث افزایش درد و پریشانی می‌شود. افراد با تحمل‌پریشانی پایین، تجربه آشفتگی هیجانی را غیرقابل تحمل توصیف می‌کنند و آشفتگی هیجانی را غیرقابل پذیرش ارزیابی می‌کنند (هیز، ۲۰۱۹). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد طی فرایند درمان یاد می‌گیرد تا اثر و نفوذ افکار و احساسات ناخوشایند خود را کاهش دهد و در چگونگی رابطه‌ی خود با افکار آزار دهنده تغییر ایجاد کند و به جای درگیری با تجربیات آشفتگی‌کننده، پذیرای آن‌ها باشد، برایشان جا باز کند و به آن‌ها اجازه دهد که در جریان باشند و زمان و انرژی‌ای که برای کنترل حال بد خود خرج می‌کند را صرف بهبود سطح کیفیت زندگی‌اش کند.

می‌دانیم که ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف و تعهد برای دستیابی به آن اهداف از اجزای فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. عواملی که می‌توانند در افزایش تحمل‌پریشانی مبتنی بر الگوی انتخاب، بهینه‌سازی و جبران بیش از مصاحبه انگیزشی تأثیرگذار باشند. در این میان تکنیک‌های عمل متعهدانه و شفاف‌سازی ارزش‌ها و تعیین هدف و عمل به آنها در درمان پذیرش و تعهد باعث می‌شود ضمن اینکه رفتارهای پرخطر در آنها کنترل شود باعث ترغیب مراجعان به رسیدن به اهداف درمان گردد. بدین لحاظ خویشتنداری و متعاقب آن تحمل‌پریشانی در آنان افزایش می‌یابد. زمانی که فرد خویشتنداری می‌کند در واقع اهداف نزدیک و زودگذر را به منظور دستیابی به اهداف سودمندتر و طولانی‌مدت‌تر به تعویق می‌اندازد (فرهاد بروجنی و همکاران، ۱۴۰۰).

در تبیین اثربخشی ذهن‌آگاهی بر تحمل‌پریشانی می‌توان چنین گفت که در ذهن‌آگاهی با به کارگیری تکنیک‌های مراقبه‌ای به افراد آموزش داده می‌شود از طریق مواجهه با افکار و پذیرش آن‌ها به عنوان فقط فکر و نه واقعیت رابطه‌ای غیرمتمركز برقرار کنند و اتحاد خود را با افکار و احساسات منفی کاهش دهند و با افزایش حضور در زمان حال و ایجاد تجربه با تمرکز بر تنفس از افکار و حس‌های بدنی خود، آگاه شوند و هنگام ورود افکار با علائم روان‌شناختی منفی روابط خود با آن‌ها را تغییر دهند تا علائم برانگیختگی خود را تعدیل کنند. می‌توان گفت فنون آرام‌سازی عضلانی، تنفس عمیق و دیگر فنونی که در این روش به کار گرفته می‌شود باعث کاهش خشم، اضطراب و در نتیجه کاهش علائم برانگیختگی و افزایش تحمل‌پریشانی شده‌است (سندرز و همکاران، ۲۰۱۹).

در رابطه با تأثیر بیشتر ذهن‌آگاهی بر تحمل‌پریشانی در مردان دارای سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده نسبت به مصاحبه انگیزشی 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. در تبیین این یافته می‌توان گفت تکنیک ذهن‌آگاهی با ایجاد هشیاری باعث ایجاد تنظیم هیجانی در فرد می‌گردد (پورحسین و همکاران، ۱۳۹۸). بنابراین فرد بهتر می‌تواند جلو پاسخ‌های هیجانی خود را گرفته و از این طریق بر تحمل‌پریشانی فرد افزوده می‌شود. در مهارت ذهن‌آگاهی، فرد به واسطه تمرین و فن‌های مبتنی بر آن، نسبت

فراوانی، رضا؛ امینی، ناصر؛ دیره، عزت و شفیق آبادی، عبدالله. (۱۳۹۸). مدل یابی معادلات ساختاری پیش‌بینی اعتیادپذیری بر اساس طرح‌واره وابستگی‌ایی کفایتی و تحمل پریشانی با نقش میانجی‌گری سیستم‌های مغزی-رفتاری در دانش‌آموزان نهم‌گنک مشاوه و روان‌درمانی، ۱۰(۳۸)، ۳۱-۵۷.

فرهاد بروجنی، شهلا؛ احمدی، رضا؛ غضنفری، احمد و شریفی، طیبه. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۰)، ۶۳۵-۶۵۱.

فروزانفر، آزاده؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و شعاع کاظمی، مهرانگیز. (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوه گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی زنان وابسته به سوء مصرف مواد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۴)، ۱۳۵-۱۵۴.

قربانی، محمد. (۱۳۸۶). بررسی زمینه‌های کاربرد مصاحبه انگیزشی در درمان معتادان ایرانی. *فصلنامه علمی پژوهشی سوء مصرف مواد مخدر*، ۱(۷)، ۱۳۵-۱۲۴.

کاظمی، حمید؛ شجاعی، فرزانه و سلطانی زاده، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر انعطاف‌پذیری روانشناختی، تحمل پریشانی و تجربه مجدد ضربه در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *مجله علوم مراقبتی نظامی*، ۴(۴)، ۲۴۸-۲۳۶.

کاظمی زهرانی، حمید و جلالی ندا. (۱۳۹۷). اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی، بر تحمل پریشانی و وسوسه در بیماران وابسته به مت‌آفتماین. *فصلنامه علمی پژوهشی طب انتظامی*، ۱(۸)، ۲۱-۲۶.

کریمی طابری، زهره؛ نوری خواجوی، مرتضی و رفیعی، حسن. (۱۳۹۱). دلایل قطع درمان نگهدارنده با متادون در مراجعان به مرکز ملی مطالعات اعتیاد: یک پژوهش کیفی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۸(۴)، ۲۹۹-۳۰۹.

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

موسوی، سید ابوالفضل؛ پور حسین، رضا؛ زارع مقدم، علی؛ گمنام، اعظم؛ میربلوک بزرگی، عباس ... حسن اسطخلی، فرشته. (۱۳۹۸). ذهن آگاهی از تئوری تا درمان. *نشریه علمی رویش روان‌شناسی*، ۱(۸)، ۱۵۵-۱۷۰.

نویدیان، علی؛ عابدی، محمدرضا؛ باغبان، ایران؛ فاتحی زاده، مریم السادات و پورشریفی، حمید. (۱۳۸۹). تاثیر مصاحبه انگیزشی بر تغییرات سبک زندگی مراجعان مبتلا به پرفشاری خون. *علوم پزشکی رازی (مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران)*، ۱۷(۷)، ۷۹-۹۴.

هاشمی، نظام، سیافی، سمانه، و اندامی، علیرضا. (۱۳۹۸). ارتباط راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی دانشجویان مستعد اعتیاد: نقش میانجی تاب‌آوری. *اعتیاد پژوهی*، ۱۳(۵۳)، ۱۵۷-۱۷۶.

اسلام پناه، محمدرضا؛ مهدیان، حسین و جاجرمی، محمود. (۱۳۹۸). بررسی برازش مدل خطرپذیری نوجوانان ایرانی در زمینه اعتیاد با تاکید بر کارکرد خانواده و طرح‌واره‌های ناسازگار، تحمل پریشانی و تنظیم هیجان. *اعتیاد پژوهی*، ۱۳(۵۴)، ۶۷-۹۰.

اسماعیلی نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آزرعی، هاله و ثمرخی، امیر. (۱۳۹۳). نقش پیش‌بینی‌کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیادپذیری دانشجویان. *اعتیاد پژوهی*، ۸(۲۹)، ۴۹-۶۳.

امیرپور، بروز و زندی پیام، آرش. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی (MBCT) بر تحمل پریشانی و شکستگی در بیماران مرد تحت درمان متادون. *دستاوردهای روانشناسی بالینی*، ۳(۲)، ۱۹۳-۲۱۰.

بک، آرون. تی؛ فرد، دی‌رایت؛ کوردی، اف‌نیومن؛ و بروس، ان‌لیس. (۲۰۰۱). *درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر*. ترجمه علی‌گودرزی (۱۳۹۱). تهران: راه‌گشا.

جهان‌گیری، محمد؛ گل‌محمدیان، مینا؛ و حجت‌خواه، مانی. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در معتادان تحت درمان متادون. *مجله اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۱۰۰-۸۳.

حمیدی، فاطمه؛ و خیران، سعید. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخلات آموزشی پیش‌گیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی بر وسوسه، تنظیم هیجان و پرخاشگری افراد وابسته به مت‌آفتماین. *مجله اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۹)، ۱۱۳-۹۱.

حیدری، امید، محمدی، رویا، و بهمنی، موسی. (۱۳۹۶). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر کاهش ولع و عود مصرف در بیماران سوءمصرف مواد تحت درمان با متادون. *اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۳)، ۸۹-۱۰۴.

روحی، رمینا؛ سلطانی، امان‌الله؛ زین‌الدینی میمند، زهرا و رضوی، ویدا. (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به خود، تحمل پریشانی، و تنظیم هیجان در دانش‌آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۶(۳)، ۱۸۷-۱۷۳.

زیرک، سید رسول؛ موسی‌زاده، توکل و نظری، وکیل. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در همسران افراد سوءمصرف‌کننده مواد. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۱(۱۰۳-۱۰۳)، ۱۰۳-۱۰۳.

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

سلیمی کیا، ش. و خان پور، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر عقاید و وسوسه انگیز و باورهای مرتبط با مواد در افراد مبتلا به اعتیاد تحت درمان با متادون. *اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۸) (ویژه نامه ۱)، ۱۵۷-۱۶۸.

صادقی، مسعود و کریمی، فاطمه. (۱۳۹۷). اثر بخشی مداخله سرمایه روان‌شناختی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تاب‌آوری افراد معتاد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۸۳-۱۰۱.

صداقت‌زاده، آرزو؛ ایمانی، سیمای و شکری، امید. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش ولع مصرف در معتادان ایرانی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۹)، ۸۰-۶۶.

طاهری فرد، مینا و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۶). نقش ذهن آگاهی، تحمل آشفتگی و حافظه هیجانی در پیش‌بینی بازگشت و پیروی از درمان در سوء مصرف‌کنندگان مواد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۳)، ۲۱۱-۲۳۴.

علوی، خدیجه، مدرس غروی، مرتضی، امین یزدی، سیدامیر، و صالحی فردی، جواد. (۱۳۹۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مولفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. *اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۲) (پیاپی ۵۰)، ۱۲۴-۱۳۵.

- Ali, B., Seitz-Brown, C. J., & Daughters, S. B. (2015). The interacting effect of depressive symptoms, gender, and distress tolerance on substance use problems among residential treatment-seeking substance users. *Drug and alcohol dependence, 148*, 21-26.
- Andalibi, M. S. S., Ardani, A. R., Amiri, A., Morovatdar, N., Talebi, A., Azarpazhooh, M. R., & Mokhber, N. (2021). The Association between Substance Use Disorders and Long-Term Outcome of Stroke: Results from a Population-Based Study of Stroke among 450,229 Urban Citizens. *Neuroepidemiology, 55*(3), 171-179.
- Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., & Moos, R. (2009). Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A hierarchical model of affect sensitivity and tolerance. *Behavior Therapy, 40*(3), 291-301.
- Brewer, J. A., Sinha, R., Chen, J. A., Michalsen, R. N., & Babuscio, T. A. (2013). Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: results from a randomized, controlled stage I pilot study. In *Mindfulness-Related Treatments and Addiction Recovery* (pp. 50-61). Routledge.
- Chirita, V., & Untu, I. (2016). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioural sciences/clinical psychiatry. *Bulletin of Integrative Psychiatry, 22*(1), 119-123.
- Ghanbari, H., Toozandehjani, H., & Nejat, H. (2020). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Quality of Life Improvement Training on Distress Tolerance and Self-Destructive Behaviors in Substance Abusers. *dimensions, 12*, 14.
- Hanh, T. N. (2019). The miracle of mindfulness, gift edition: An introduction to the practice of meditation. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(9): 1001-1011.
- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World psychiatry, 18*(2), 226.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2009). *Acceptance and commitment therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy, 44*(1), 1-25.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy, 35*(4), 639-665.
- Kaiser, A. J., Milich, R., Lynam, D. R., & Charnigo, R. J. (2012). Negative urgency, distress tolerance, and substance abuse among college students. *Addictive behaviors, 37*(10), 1075-1083.
- Keane, R. (2005). Understanding substances and substance use: a handbook for teachers/edited by Rory Keane. -3244.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger Publications.
- 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*.
- Mioduszewski, O., MacLean, H., Poulin, P. A., Smith, A. M., & Walker, L. A. (2018). Trait mindfulness and wellness in multiple sclerosis. *Canadian Journal of Neurological Sciences, 45*(5), 580-582.
- Priddy, S. E., Howard, M. O., Hanley, A. W., Riquino, M. R., Friberg-Felsted, K., & Garland, E. L. (2018). Mindfulness meditation in the treatment of substance use disorders and preventing future relapse: neurocognitive mechanisms and clinical implications. *Substance abuse and rehabilitation, 9*, 103.
- 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), pp:1-6.
- Salimi Bajestani, H., & Abiz, K. (2015). The Role of Academic Burnout, Resilience, and Perceived Stress in Predicting Students' Addiction Potential. *Scientific Quarterly Research on Addiction, 9*(33), 21-39.
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford publications.
- Segal, Z. V., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.
- Semb, R., Tjora, A., & Borg, M. (2019). Communal invalidation of young adults with co-occurring substance abuse and mental health issues. *Disability & Society, 34*(6), 926-944.
- Senders, A., Hanes, D., Bourdette, D., Carson, K., Marshall, L. M., & Shinto, L. (2019). Impact of mindfulness-based stress reduction for people with multiple sclerosis at 8 weeks and 12 months: A randomized clinical trial. *Multiple sclerosis journal, 25*(8), 1178-1188.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion, 29*(2), 83-102.
- 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.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., & Vujanovic, A. A. (Eds.). (2011). *Distress tolerance: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.