

## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن آگاهی بر پیروی از درمان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر

### Comparing the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and mindfulness therapy on adherence to treatment in People with drug addiction

#### Mohsen Kandi

PhD student in psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Roudhan Branch, Tehran, Iran.

#### Pegah Farokhzad\*

Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roudhan Branch, Tehran, Iran. [pegah.farokhzad22@gmail.com](mailto:pegah.farokhzad22@gmail.com)

#### Afsaneh Taheri

Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roudhan Branch, Tehran, Iran.

#### محسن کندی

دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، تهران، ایران.  
پگاه فرخزاد (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، تهران، ایران.

#### افسانه طاهری

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، تهران، ایران.

#### Abstract

The purpose of the present study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and mindfulness-based therapy on adherence to treatment in People with drug addiction. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group with a one-month follow-up. The statistical population included People with drug addiction who visited the addiction treatment clinics of Arak City in the year 2021. Using the available sampling method, 60 people were selected and randomly replaced in experimental and control groups (20 people in each group). The medication adherence scale (MMAS-8) Morisky (2008) was used to measure the research variable. Mindfulness therapy and therapy based on acceptance and commitment sessions were performed in 8 sessions of 90 minutes once a week. The analysis of variance of repeated measurements was used to analyze the data. The results showed that in the post-test and follow-up stages, the average of both experimental groups was significantly higher than the control group ( $P=0.001$ ). Also, the results showed that the acceptance and commitment treatment group obtained a significantly higher average in both the post-test phase ( $P=0.002$ ) and the follow-up phase ( $P=0.001$ ) compared to the mindfulness treatment group. The results showed that the treatment based on acceptance and commitment is probably a more efficient treatment compared to mindfulness-based treatment for improving the adherence to the treatment of addicts.

**Keywords:** Acceptance and commitment therapy, mindfulness therapy, treatment adherence, People with drug addiction.

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن آگاهی بر پیروی از درمان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری را افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر را شامل می‌شد که به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر اراک در سال ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۶۰ نفر انتخاب و در گروه‌های آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) به صورت تصادفی جایگذاری شدند. برای اندازه‌گیری متغیر پژوهش از مقیاس پیروی از درمان (MMAS-8) موریسکی (۲۰۰۸) استفاده شد. جلسات آموزشی درمان ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یکبار اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین هر دو گروه آزمایش از گروه گواه به صورت معناداری بیشتر است ( $P=0/001$ ). همچنین نتایج نشان داد که گروه درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه درمان ذهن آگاهی هم در مرحله پس‌آزمون ( $P=0/002$ ) و هم در مرحله پیگیری ( $P=0/001$ ) به صورت معناداری میانگین بیشتری کسب کرده است. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، احتمالاً درمان کارآمدتری در مقایسه با درمان ذهن آگاهی برای بهبود پیروی از درمان افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر است.

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان ذهن آگاهی، پیروی از درمان، افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر.

انسان‌ها سال‌هاست که به امید کاهش درد و رنج خود و یا حتی تجربه خوشی و شادکامی، مواد مخدر<sup>۱</sup> را به روش‌های مختلف مصرف می‌کنند (بنت و هالووی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). مصرف مواد مخدر در ایران به یک مسئله بهداشت عمومی تبدیل شده است؛ به گونه‌ای که نرخ شیوع مصرف مواد مخدر در نوجوانان ایرانی تقریباً ۷ درصد (حسینی و همکاران، ۲۰۲۲) و در بزرگسالان تقریباً ۱۹ درصد (خطیر و همکاران، ۲۰۲۲) است. بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، مشخصه اصلی اختلال مصرف مواد، مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان می‌دهد فرد علیرغم بسیاری از مشکلات مربوط به مواد مخدر، به مصرف مواد ادامه می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). یکی از مشخصه‌های مهم اختلالات مصرف مواد، تغییر اساسی در مدارهای مغزی است که ممکن است پس از سم‌زدایی ادامه یابد. اثرات رفتاری این تغییرات مغزی ممکن است در عودهای مکرر و اشتیاق شدید به مصرف مواد در زمانی که افراد با محرک‌های مربوط به مواد مخدر مواجه می‌شوند، آشکار شود (اعزامی و همکاران، ۲۰۲۰). این اثرات مداوم مواد ممکن است پیروی از درمان<sup>۳</sup> را مختل کند و در نتیجه منجر به مصرف دوباره مواد مخدر شود. پیروی از درمان، یک موضوع بهداشت عمومی در درمان است که پایداری به درمان و توصیه‌های مورد توافق درمانگران را برای درمان و مدیریت بیماری شامل می‌گردد (فرناندز-لازارو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). اگر پیروی از درمان پایین باشد، اثر مثبت یک مداخله کاهش می‌یابد که منجر به بدتر شدن سلامت و افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی می‌شود (لی و همکاران، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد در کنار عواملی مانند سن، جنس، تحصیلات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و درمان‌های پیشنهاد شده، وضعیت روان‌شناختی افراد نیز بر پیروی از درمان نیز اثرگذار است (گست و متس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹). به طور خاص برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر ایرانی نشان داده شده که ناراحتی و بیماری روانی یکی از سه علل اصلی در ترک و عدم پیروی از درمان است (ریاحی و همکاران، ۱۳۹۷). ناتوانی در کنترل خود و وسوسه شدن یکی از علل دیگر روانی است که مانع از پیروی درمانی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر می‌گردد (خمرنیا و پیوند، ۱۳۹۷).

با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی در عدم پایداری به درمان، علاوه بر آموزش‌های رایجی مانند مدیریت رژیم دارویی، از درمان‌های روان‌شناختی، به ویژه درمان‌های شناختی-رفتاری نیز در جهت بهبود پایداری به درمان استفاده می‌گردد (کینی و هو<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)<sup>۷</sup> یکی از درمان‌های رایج موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری است که برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر مورد استفاده قرار گرفته است و نتایج امیدوارکننده‌ای را نیز نشان داده است (لی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ کشاورز افشار و همکاران، ۱۳۹۶). درمان پذیرش و تعهد (ACT) یک درمان فرآیندمحور است که آسیب روانی یا رنج روانی را ناشی از عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌داند که به موجب آن تلاش‌های افراد برای کنترل، فرار و اجتناب از افکار و احساس‌های ناخواسته به‌عنوان مانعی برای رفتار کارآمد و ارزشمند عمل می‌کند (هیز<sup>۹</sup>، ۲۰۱۹). هدف ACT تغییر یا کاهش تجارب درونی ناراحت‌کننده و ناخواسته نیست، بلکه شکل دادن به روش‌هایی برای محدود کردن تأثیر آن افکار و احساس‌ها بر زندگی روزمره و دستیابی به هدف به وسیله افزایش انعطاف‌پذیری روانی است (زانگ<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به اینکه پیروی از درمان تا حدودی بیانگر توانایی خودمدیریتی و خودتنظیم‌گری است، به نظر می‌رسد که درمان ACT برای بهبود پیروی از درمان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر اثربخش باشد؛ چرا که نشان داده شده که این درمان در بهبود خویش‌تنداری و خودتنظیمی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر اثربخشی معناداری دارد (سعیدمنش و پهلوان، ۱۳۹۶؛ جهانگیری و همکاران، ۱۳۹۷). به نظر می‌رسد که اثربخشی ACT در کاهش نرخ ترک درمان و پایداری به درمان، به واسطه افزایش انعطاف‌پذیری روانی و مقابله روانی سازگار با عوامل تحریک‌کننده مصرف دوباره مواد صورت می‌گیرد (مایا<sup>۱۱</sup> و همکاران،

1 Narcotic

2 Bennett &amp; Holloway

3 Treatment adherence

4 Fernandez-Lazaro

5 Gast &amp; Mathes

6 Kini &amp; Ho

7 Acceptance and commitment therapy (ACT)

8 Lee

9 Hayes

10 Zhang

11 Maia

۲۰۲۱). اگرچه پژوهش‌ها به طور مستقیم به بررسی اثربخشی درمان ACT بر بهبود پیروی از درمان نپرداخته‌اند، با این حال نتایج امیدوارکننده‌ای در این حوزه مشاهده می‌شود. برای مثال نشان داده شده که ACT بر کاهش تکانشگری حرکتی، شناختی و بی‌برنامگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر اثربخش است (ارجمند قجور و همکاران، ۱۳۹۷). ارجمند قجور و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی دیگر نشان دادند که ACT در کاهش میزان وسوسه مصرف و احتمال لغزش در بیماران وابسته به مت‌آفتامین مؤثر است. اخیراً نیز نشان داده شده که درمان ACT در بهبود اشتیاق به تغییر و خودکارآمدی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر اثربخش است و این اثربخشی با طرحواره‌درمانی تفاوت معناداری ندارد (بهرام آبادیان و همکاران، ۱۴۰۰). اوساجی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان داده‌اند که ACT در بهبود مدیریت درمان اعتیاد و پرهیز از مصرف بعدی اثربخش است.

درمان ذهن‌آگاهی<sup>۲</sup> یکی دیگر از درمان‌های موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری است که مورد توجه بسیاری از متخصصین و پژوهشگران قرار گرفته است (دیمیدجیان و سگال<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). کابات - زین<sup>۴</sup> (۱۹۹۴) به عنوان صاحب نظر در این حوزه، ذهن‌آگاهی را به عنوان تمرکز بدون قضاوت حواس در لحظه حال تعریف می‌کند. از آنجایی که درمان ذهن‌آگاهی غیر قضاوتی است، می‌تواند به غلبه بر موقعیت‌های دشوار در زندگی و کار از طریق پذیرش رویدادهای روزانه برای دستیابی به تعادل عاطفی و فیزیولوژیکی کمک کند (استوارت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). هدف درمان ذهن‌آگاهی این است که افراد یاد بگیرند وابستگی خود را به هیجان‌ها و احساس‌ها، چه خوشایند و چه ناخوشایند، رها کنند (دیمیدجیان و سگال، ۲۰۱۵). این درمان، شامل تمرین‌های آرامش بخش است که بر لحظه حال و آگاهی بدون قضاوت تمرکز می‌کند (بهمن<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد که درمان ذهن‌آگاهی با توجه به اینکه منجر به افزایش تحمل پریشانی روانی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر می‌گردد، می‌تواند نتایج اثربخشی برای این جمعیت داشته باشد (هسو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). در همین رابطه نشان داده شده که درمان ذهن‌آگاهی به بهبود تنظیم عاطفه و کاهش مصرف مواد کمک می‌کند (واپرن<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). اگرچه این خلاء وجود دارد که اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر پیروی از درمان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر به صورت مستقیم مورد بررسی قرار نگرفته است، با این حال نشان داده شده که این درمان بر کاهش عقاید وسوسه‌انگیز، باورهای مرتبط با مصرف مواد و پیشگیری از عود اثربخش است (سلیمی کیا و خان پور، ۱۳۹۷؛ حامدی و همکاران، ۱۳۹۲). با وجود خلاء در پیگیری نتایج، همچین نشان داده شده که همانند درمان شناختی رفتاری سنتی، درمان ذهن‌آگاهی نیز در کاهش ولع مصرف (به جز مولفه‌ی عدم کنترل بر مصرف) در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر افیونی اثربخش است (صدقات زاده و همکاران، ۱۳۹۷). البته به نظر می‌رسد که در بلند مدت اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بیشتر است و از ارجحیت استفاده برای این جمعیت برخوردار است (بون<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۴؛ کوپرن<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

اگرچه درمان ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هر دو از موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری محسوب می‌گردند، با این حال این دو درمان تفاوت‌های با یکدیگر دارند. برای مثال این دو درمان از نظر فعال بودن درمانگر و یا تکنیک‌های درمانی تفاوت دارند (سشادری<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین فلسفه درمان ذهن‌آگاهی بر گرفته از فلسفه شرق است (کابات - زین، ۱۹۹۴) و درمان ACT تا حدودی برگرفته از موج اول درمان‌های رفتاری و نظریه‌های شناخت و زبان است (هیز، ۲۰۱۹). وجود چنین تفاوت‌هایی می‌تواند زمینه اثربخشی تفاوت این دو مداخله در جمعیت‌های متفاوت باشد. علاوه بر این درمان ACT از این مزیت برخوردار است که مقایسه با دیگر درمان‌های شناختی رفتاری از اثربخشی مشابه و یا بیشتر برخوردار است (گلوستر<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین می‌تواند یک درمان ارجح برای مقایسه اثربخشی دیگر درمان‌ها باشد. علاوه بر این درمان ACT از این مزیت برخوردار است که علاوه بر تکیه بر اصول ذهن‌آگاهی، همچنین به صورت عملی تلاش دارد که مراجعان را به سمت اهداف و ارزش‌های شخصی سوق دهد (هیز، ۲۰۱۹). این درحالی است که

1 Osaji

2 Mindfulness therapy

3 Dimidjian &amp; Segal

4 Kabat-Zinn

5 Stewart

6 Behan

7 Hsu

8 Wupperman

9 Bowen

10 Cooperman

11 Seshadri

12 Gloster

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن‌آگاهی بر پیروی از درمان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر  
Comparing the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and mindfulness therapy on adherence ...

درمان ذهن‌آگاهی اکثر تلاش خود را بر انجام تمرین‌های مراقبه دارد و با این انتقاد روبرو است که اگرچه بر بهبود هیجانی و عاطفی افراد اثربخش است، اما شاید نتواند به افزایش رشد شخصی و دستیابی به اهداف فردی کمک چندانی کند (کورسترت<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). نرخ شیوع نسبتاً زیاد اعتیاد به مواد مخدر در جامعه ایران (خطیر و همکاران، ۲۰۲۲) و همچنین نرخ ترک درمان بالا در جمعیت مبتلا به مصرف مواد مخدر (ریاحی و همکاران، ۱۳۹۷) باعث شده که درمان موفق و پیروی از درمان در افراد دچار اعتیاد به یک معضل اساسی در نظام سلامت و بهداشت باشد. با توجه به اینکه عوامل روان‌شناختی (خمرنیا و پیوند، ۱۳۹۷) نقش غیرقابل انکاری در پیروی از درمان افراد مبتلا به مصرف مواد مخدر دارد، بنابراین استفاده از مداخله‌های روان‌شناختی کارآمد جهت بهبود پیروی از درمان در این جمعیت ضروری به نظر می‌رسد. بررسی ادبیات موجود نشان می‌دهد که مقایسه اثربخشی دو درمان ACT و ذهن‌آگاهی به عنوان دو درمان پرکاربرد برای افراد مبتلا به مصرف مواد مخدر، بر روی پیروی از درمان در این افراد مورد بررسی قرار نگرفته است و فقط به صورت محدود برای تنظیم شناختی هیجان و ولع مصرف در مصرف‌کنندگان شیشه مورد بررسی قرار گرفته است (کیانی و قاسمی، ۱۳۹۱). برای پاسخگویی به این خلاء و تلاش در جهت شناسایی درمان‌های روان‌شناختی موثر برای بهبود پیروی از درمان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن‌آگاهی بر پیروی از درمان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر بود.

## روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر اراک در سال ۱۴۰۰ بود. پژوهشگر پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه و شبکه بهداشت و مراجعه و هماهنگی با کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر اراک و اعلام فراخوان به افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر اراک جهت شرکت در پژوهش حاضر، پرسشنامه پیروی از درمان تهیه و از آنها خواسته شد تا آن را تکمیل نمایند (همراه با این پرسشنامه‌ها، نامه‌ای برای شرکت‌کنندگان نوشته شد که به اختصار هدف از اجرای پژوهش، علت تکمیل پرسشنامه و فرآیند پس از آن برایشان توضیح داده شد). با بررسی پرونده‌های موجود حدود ۸۰ معتاد به مصرف مواد مخدر که شرایط بهتری برای پژوهش داشتند، انتخاب شدند. با در نظر گرفتن این مورد که حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای مطالعات آزمایشی ۱۵ نفر است (کوئن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۲، ص ۱۵۷) از میان افراد واجد شرایط ورود به پژوهش، تعداد ۶۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه (هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند. از بین این شرکت‌کنندگان کسانی که ملاک‌های ورود به پژوهش، تمایل به همکاری و شرکت در طرح پژوهش را داشتند، دعوت به همکاری شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش، سکونت در شهر اراک، عدم دارا بودن اختلالات بالینی دیگر به تشخیص روانپزشک، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، عدم دریافت آموزش‌ها و درمان‌های روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش، داشتن حداقل ۳۵ و حداکثر ۶۵ سال سن و دارای سواد خواندن و نوشتن. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از، شرکت نکردن در جلسه درمانی برای ۲ جلسه متوالی، همکاری نکردن با درمانگر و انجام ندادن تکلیف اصلی پیشنهاد شده توسط درمانگر. علاوه بر رضایت آگاهانه و محرمانه نگه داشتن اطلاعات شرکت‌کنندگان، همچنین امکان دریافت هر یک از مداخله‌ها برای گروه کنترل به صورت رایگان دیگر ملاحظه اخلاقی پژوهش حاضر بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس آمیخته و نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد.

## ابزار سنجش

**مقیاس پیروی از درمان موریسکی (MMAS-8)**<sup>۳</sup>: مقیاس پیروی از درمان یک مقیاس خودگزارش‌دهی است که در سال ۲۰۰۸ توسط موریسکی با ۸ ماده ساخته شد. هفت ماده از مقیاس به صورت بلی (صفر) و خیر (یک) نمره گذاری می‌شود و یک ماده از مقیاس نیز به صورت لیکتر ۵ درجه ای (هرگز = صفر تا همیشه = چهار) نمره‌گذاری می‌گردد. در این مقیاس پیروی از درمان بالا با امتیاز ۸، ۸، پیروی از درمان متوسط با امتیاز ۶ از ۸ و پیروی از درمان پایین با امتیاز کمتر از ۶ مشخص می‌گردد. سازنده پایایی مقیاس را به روش

1 Querstret

2 Queen

3 Morisky Medication adherence scale (MMAS-8)

آلفای کرونباخ  $0/83$  گزارش کرد و روایی پیش‌بینی کننده معناداری را برای کنترل فشار خون گزارش کرد ( $P < 0/05$ ). در ایران محرم‌زاد و همکاران (۲۰۱۵) این مقیاس را هنجار یابی کردند و پایایی مقیاس را به روش بازآزمایی با فاصله ۱۴ روز  $0/94$  گزارش دادند. گزارش دادند. این نویسندگان همچنین در تایید روایی ملاکی رابطه معنی داری بین مقیاس و کنترل فشار خون نشان دادند ( $P = 0/016$ ). در پژوهش حاضر مقدار پایایی آزمون به روش کودریچاردسون  $0/72$  بدست آمد.

مداخله ذهن‌آگاهی طبق پروتکل بایر<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یکبار برای یکی از گروه‌های آزمایش اجرا گردید. خلاصه مداخله اجرا شده در جدول ۱ ارائه شده است.

### جدول ۱. خلاصه پروتکل جلسات آموزش ذهن‌آگاهی

جلسات	عناوین جلسات	اهداف
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون و آشنایی با درمان ذهن‌آگاهی	ابتدا اجرای پیش‌آزمون و سپس معرفی آموزش ذهن‌آگاهی و تعریف آن و توضیح پیرامون علت اجرای این دوره آموزشی برای بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی، توضیح پیرامون چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرینات ذهن‌آگاهی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزانه، مشارکت بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی و یادداشت‌های روزانه درباره تمرین ذهن‌آگاهی،
جلسه دوم	شروع برنامه آموزشی ذهن‌آگاهی	صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان در مورد ذهن‌آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن‌آشفته در برابر ذهن آرام با کمک بطری اکلیلی.
جلسه سوم	انجام تکالیف ذهن‌آگاهی	صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از ذهن‌آگاهی و تکرار تنفس ذهن‌آگاهانه و آموزش بادی اسکن.
جلسه چهارم	اجرای درمان ذهن‌آگاهی با مثال	تکرار تمرینات پایه تنفسی و آموزش آگاهی نسبت به زمان حال با کمک تمرین لیوان آب.
جلسه پنجم	استفاده از تجربه آزمودنی‌ها و آموزش ذهن‌آگاهی	صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از تمرینات ذهن‌آگاهی و آموزش خوردن ذهن‌آگاهانه به همراه تکرار تمرین تنفس ذهن‌آگاهانه و بادی اسکن.
جلسه ششم	انجام تمرینات ذهن‌آگاهی	تکرار تمرینات پایه تنفسی و تکرار تمرین خوردن ذهن‌آگاهانه و آموزش تمرین بوییدن ذهن‌آگاهانه و لمس کردن ذهن‌آگاهانه و انجام حرکات کششی ذهن‌آگاهانه.
جلسه هفتم	مرور تمرینات جلسه قبل	مرور تمرینات جلسات قبل، آموزش تمرین گوش دادن ذهن‌آگاهانه و انجام تمرین ذهن‌آگاهی نسبت به افکار "مراقبه رودخانه روان"، "تخته سفید نانوخته"، "ورود به شکاف بین افکار".
جلسه هشتم	جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	تکرار تمرینات پایه تنفسی و بادی اسکن، انجام تمرین ذهن‌آگاهی "عوض کردن کانال" و "افکار خودآیند منفی". مرور تمرینات جلسات قبل و آموزش مراقبه ذهن‌آگاهی نسبت به هیجانات و بازی "من احساس می‌کنم" و یادداشت‌نویسی یا نقاشی درباره احساسات و هیجانات. مرور جلسات قبل، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی، تشکر از گروه و ختم جلسه و در نهایت اجرای پس‌آزمون.

مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طبق پروتکل هیز و همکاران (۱۹۹۹) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یکبار برای یکی از گروه‌های آزمایش اجرا گردید. خلاصه مداخله اجرا شده در جدول ۲ ارائه شده است

### جدول ۲. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	اهداف و تمرین‌ها
اول	خوش‌آمدگویی و آشنایی و معارفه‌ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند، تعیین چهارچوب‌ها و قواعد گروه، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش. تکلیف خانگی: ۵ تا از مشکلات مهم زندگی خود را بنویسند.
دوم	بیان قوانین گروه و ده اصل تئوری انتخاب، و ارائه تکلیف: تهیه لیستی از کارهایی که نمی‌توانند انجام دهند. بررسی تکلیف جلسه قبل، سنجش مشکلات بیماران از نگاه اکت (استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فردا). تکلیف خانگی: تهیه فهرست شیوه‌های کنترل مشکلات و مزایا و معایب.

سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران موفق به کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل شده‌اند.
چهارم	جایگزینی نظریه انتخاب و کنترل درونی به جای کنترل بیرونی. بررسی خواسته‌ها و اعمال و اینکه آیا در جهت رسیدن به اهداف هستند؟ دادن تکلیف: تهیه فهرستی از رفتارها که تحت کنترل بیرونی هستند و چگونگی تحت کنترل درونی درآوردن آنها.
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه (استعاره شطرنج) و آموزش فنون ذهن آگاهی. تعریف و شناخت دنیای کیفی و واقعی و تفاوت بین انسان‌ها در این زمینه و دادن تکلیف: در دنیای کیفی شما چه می‌گذرد؟ و رابطه رفع نیازها و دنیای کیفی شما.
ششم	ارائه تعریف راهبردهای تنظیم هیجان، تصویر بدنی و تاب آوری، رابطه آنها با دنیای کیفی و نیازهای بنیادین. آموزش طرح و برنامه ریزی برای رسیدن به خواسته‌ها. دادن تکلیف: انجام طرح و برنامه ریزی برای رسیدن به خواسته‌ها
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع و به کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد برای پیگیری ارزش-ها. تکلیف خانگی: گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها و تفکر در مورد نتایج جلسات.
هشتم	جمع بندی مفاهیم ارائه شده، درخواست از اعضا برای ارائه دستاوردهایشان و برنامه‌شان برای زندگی.

## یافته‌ها

همانطور که پیش‌تر گفته شد، افراد شرکت‌کننده در گروه‌های پژوهش از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی هم‌تاسازی شدند. بدین صورت که تعداد ۷ نفر از شرکت‌کنندگان هر گروه تحصیلات زیر دیپلم داشتند و ۸ نفر نیز تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم داشتند و مابقی (۵ نفر) تحصیلات تکمیلی داشتند. از لحاظ سنی میانگین و انحراف معیار برای گروه‌های ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ترتیب  $37/15 \pm 4/15$ ،  $37/10 \pm 4/84$  و  $37/38 \pm 4/38$  بود. در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی پیروی از درمان به تفکیک گروه‌های پژوهش ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی پیروی از درمان در گروه‌های پژوهش

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
ذهن آگاهی	۲/۷۶	۲/۰۵	۴/۶۶	۱/۴۰	۱/۲۹
پذیرش و تعهد	۲/۷۱	۲/۰۳	۶/۱۷	۱/۹۳	۰/۸۳
گواه	۲/۷۷	۱/۱۲	۲/۸۷	۰/۹۷	۱/۲۸

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین گروه‌های ذهن آگاهی و گروه پذیرش و تعهد به میزان قابل توجهی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش یافته است. این درحالی است که چنین تغییری برای گروه گواه قابل مشاهده نیست. قبل از مقایسه اثربخشی دو درمان، پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفت و نتایج بدست آمده برای آزمون کلموگروف اسمیرنوف نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها در متغیر پژوهش در هر سه گروه و در هر سه مرحله آزمون رعایت شده است ( $P > 0/05$ ). همچنین نتایج آزمون لوین نیز نشان می‌دهد پیش‌فرض همگنی واریانس متغیر پژوهش بین گروه‌ها در سه مرحله آزمون نیز رعایت شده است ( $P > 0/05$ ). علاوه بر این نتایج بدست آمده برای آماره موجلی معنادار نبود ( $W = 0/93$  موجلی و  $P = 0/24$ ). این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته متفاوت نیست. بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت شده است. با برقرار بودن این پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر جهت مقایسه اثربخشی دو درمان بر متغیر پیروی از درمان در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیروی از درمان افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر در گروه‌ها و

مراحل آزمون پژوهش						
منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	p	مجذور اتای
زمان (مراحل)	۲۳۶/۶۷۲	۲	۱۱۸/۳۳۶	۴۹/۴۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶۵
زمان × عضویت گروهی	۱۱۵/۰۲۶	۴	۲۸/۷۵۷	۱۲/۰۲۱	۰/۰۰۱	۰/۲۹۷
عضویت گروهی	۲۰۱/۹۲۶	۲	۱۰۰/۹۶۳	۳۱/۸۵۸	۰/۰۰۰	۰/۵۲۸

نتایج بدست آمده از جدول ۴ نشان می‌دهد که منبع تغییرات بر اساس زمان ( $F=۴۹/۴۶۶$  و  $P=۰/۰۰۱$ )، گروه ( $F=۳۱/۸۵۸$  و  $P=۰/۰۰۱$ ) و تعامل زمان \* گروه ( $F=۱۲/۰۲۱$  و  $P=۰/۰۰۱$ ) معنادار است. در ادامه برای بررسی نقاط تفاوت موجود به مقایسه زوجی مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر اساس سه گروه پژوهش اقدام شده است.

جدول ۵: نتایج مقایسه زوجی گروه‌های پژوهش براساس پیروی از درمان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

زمان	مقایسه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
پیش‌آزمون	پذیرش و تعهد	۰/۰۵	۰/۵۶	۰/۹۳۰
	ذهن‌آگاهی	۰/۰۶	۰/۵۶	۰/۹۱۲
	گواه	۰/۰۱	۰/۵۶	۰/۹۸۲
پس‌آزمون	پذیرش و تعهد	۱/۵۱	۰/۴۷	۰/۰۰۲
	ذهن‌آگاهی	۳/۳۰	۰/۴۷	۰/۰۰۱
	گواه	۱/۷۹	۰/۴۷	۰/۰۰۱
پیگیری	پذیرش و تعهد	۱/۴۹	۰/۵۰	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی	۴/۴۷	۰/۵۰	۰/۰۰۱
	گواه	۲/۹۹	۰/۵۰	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵ تفاوت میانگین گروه‌های پژوهش در مرحله پیش‌آزمون معنادار نیست ( $P>۰/۰۵$ ) ولی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین هر دو گروه آزمایش از گروه گواه به صورت معناداری بیشتر است ( $P=۰/۰۰۱$ ) که حاکی از اثربخشی معنادار و پایدار هر دو درمان بر پیروی از درمان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر است. همچنین نتایج نشان داد که گروه درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه درمان ذهن‌آگاهی هم در مرحله پس‌آزمون ( $P=۰/۰۰۲$ ) و هم در مرحله پیگیری ( $P=۰/۰۰۱$ ) به صورت معناداری میانگین بیشتری کسب کرده است که حاکی از اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن‌آگاهی بر پیروی از درمان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر بود. نتایج پژوهش بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پیروی از درمان در مقایسه با گروه گواه بر روی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر بود. این یافته همسو با یافته پژوهش‌های کینی و هو (۲۰۱۸)، مایا و همکاران (۲۰۲۱)، اوساجی و همکاران (۲۰۲۰)، سعیدمنش و پهلوان (۱۳۹۶)، جهانگیری و همکاران (۱۳۹۷) و ارجمند قجور و همکاران (۱۳۹۸/۱۳۹۷) و بهرام آبادیان و همکاران (۱۴۰۰) بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش پذیرش و تعهد به جای نادیده گرفتن هیجانات و تجارب درونی، با هدایت کردن بیمار به سوی آگاه شدن از احساس‌ها، تجارب درونی و هیجانی، پذیرش آنها و استفاده مناسب و به جا از آنها، موجب می‌شود که بیمار با موقعیت‌ها و تعاملاتش ارتباط مناسبی برقرار و با نگاهی تازه آنها را تجربه کند. این آگاهی همراه با پذیرش از هیجان‌ها و تجارب درونی می‌تواند با کاهش اقدام‌های تکانشی و لحظه‌ای متأثر از احساس‌های ناخوشایند، منجر به تداوم پیروی از درمان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر باشد. چرا که بخش عمده‌ای از ناتوانی در مدیریت و تداوم درمان و همچنین مصرف دوباره مواد مخدر، به ناتوانی

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن آگاهی بر پیروی از درمان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر  
Comparing the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and mindfulness therapy on adherence ...

مبتلایان در مدیریت احساس‌ها و وسوسه‌های احساسی و روانی مصرف دوباره مواد است (اعزامی و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش‌های موجود نیز از این ایده حمایت کرده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تکانشگری و وسوسه مصرف را در افراد مبتلا کنترل و کاهش دهد (ارجمند قجور و همکاران، ۱۳۹۷/۱۳۹۸). بنابراین می‌توان این احتمال داد که تمرین‌های مبتنی بر ارتباط با احساس‌ها و پذیرش آنها، بدون تلاش برای اجتناب از آنها، می‌تواند زمینه را برای رشد رفتارهای سازگاری مانند تبعیت از درمان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر را تسهیل کند. همچنین در مورد بهبود پیروی از درمان با آموزش پذیرش و تعهد، شفاف‌سازی ارزش‌ها و درونی شدن عمل متعهدانه که در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت می‌گیرد، احتمالاً به افراد انگیزه کافی برای ادامه و پایبندی به درمان را می‌دهد. علاوه بر این، دو فرآیند مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یعنی ارتباط با زمان حال و خود به عنوان بافت یا زمینه در طول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شکل می‌گیرند که هر دو سبب می‌شوند آگاهی افراد از خود و نیازهای فعلی‌شان افزایش یابد. این افزایش آگاهی از نیازها و شرایط فعلی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر، احتمالاً انگیزه لازم را برای پیروی از درمان تقویت می‌کند. چرا که پیروی از درمان احتمالاً بهترین پاسخ برای ارضا نیازها و کاستن از ناراحتی‌های حال حاضر آنها است (لی و همکاران، ۲۰۱۵؛ کشاورز افشار و همکاران، ۱۳۹۶). افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر احتمالاً با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، بتوانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند و انگیزه بیشتری برای پیروی از درمان جهت رسیدن به نیازها و ارزش‌ها داشته باشند.

همچنین نتایج پژوهش بیانگر اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر پیروی از درمان در مقایسه با گروه گواه بر روی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر بود. این یافته همسو با یافته پژوهش‌های سلیمی کیا و خان پور (۱۳۹۷)، حامدی و همکاران (۱۳۹۲)، صداقت زاده و همکاران (۱۳۹۷)، بون و همکاران (۲۰۱۴) و کوپرمن و همکاران (۲۰۲۱) بود. در تبیین یافته بدست آمده می‌توان گفت که درمان ذهن آگاهی احتمالاً توانسته باشد با کاهش پریشانی و ناراحتی روانی، زمینه بهبود پیروی از درمان را فراهم آورده باشد. در همین رابطه به نظر می‌رسد ناراحتی‌های روانی و آشفتگی‌های هیجانی از عوامل اساسی در قطع درمان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر است (ریاحی و همکاران، ۱۳۹۷؛ خمرنیا و پیوند، ۱۳۹۷). درمان ذهن آگاهی که در پژوهش حاضر ارائه شد، در تلاش بود با تمرین‌های ذهن آگاهی مبتنی بر تجربه زمان حال و بدون قضاوت بود، شرایط پذیرش هیجان‌ها و ناراحتی‌های فردی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر را فراهم آورد. پذیرش و عدم قضاوت ناراحتی‌ها و احساس‌های شخصی احتمالاً توانسته باشد، از شدیدتر شدن آنها جلوگیری کند و به مرور ظرفیت تحمل و زندگی کردن با این شرایط و احساس‌ها را بدست آورد. بنابراین می‌توان این احتمال را داد که درمان ذهن آگاهی با فراهم آوردن پذیرش بدون قضاوت ناراحتی‌ها و آشفتگی‌های هیجانی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر، از انگیزه‌های ترک کننده درمان که متأثر از ناراحتی‌های روانی و پریشانی هیجانی است، کاسته باشد. علاوه بر این باید توجه کرد که تمرین‌های ذهن آگاهی توانایی ایجاد تعادل عاطفی و فیزیولوژیکی را دارند (استوارت، ۲۰۰۴). بنابراین می‌توان این احتمال را داد که درمان ذهن آگاهی با افزایش ظرفیت پذیرش ناراحتی‌های روانی و آگاهی از وضعیت هیجانی و روانی خود، در به تعادل و سازگاری رساندن رفتارها و اقدام‌های مرتبط با درمان اعتیاد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر کمک کرده باشد.

در نهایت نتایج بدست آمده حاکی از اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان ذهن آگاهی بر پیروی از درمان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر بود. بررسی صورت گرفته پژوهشگران نشان می‌دهد قبلاً پژوهشی به مقایسه این دو درمان بر روی متغیر پیروی از درمان صورت نگرفته است. در پژوهشی کیانی و قاسمی (۱۳۹۱) نشان دادند که بین اثربخشی این دو درمان بر شاخص‌های شناختی تنظیم هیجان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر تفاوتی وجود ندارد، که این یافته با توجه به تفاوت در تعداد جلسه‌های درمان‌ها، حجم نمونه و متغیر وابسته، نمی‌تواند متضاد با پژوهش حاضر تلقی گردد. در تبیین این یافته باید به این مورد توجه کرد که درمان ACT در مقایسه با درمان ذهن آگاهی، بر بهبود رفتارها سلامت‌محور تاکید بیشتری دارد. این درحالی است که درمان ذهن آگاهی عمده تمرکز و تلاش خود را برد تقویت حالت ذهنی فرد بر پایه تمرکز بدون قضاوت بر زمان حال می‌گذارد (دیمی‌دیجان و سگال، ۲۰۱۵). بنابراین می‌توان این استدلال را مطرح کرد که درمان ACT با توجه به اینکه رفتارهای ملموسی مانند مصرف داور در زمان مشخص را در جلسات درمانی در نظر گرفته و در برگیره اعمال متعهدانه افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر گنجانده است، احتمالاً توانسته باشد که در مقایسه با درمان ذهن آگاهی که بر چنین رفتارهای ملموس و عینی تمرکز ندارد، اثربخشی بیشتری را بر پیروی از درمان افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر به همراه داشته است. علاوه بر این باید توجه کرد که تمرین‌های درمان ذهن آگاهی نیازمند تلاش ذهنی زیادتری در مقایسه با درمان ACT است. با توجه به اینکه دچار اعتیاد به مواد مخدر معمولاً تا حدودی ظرفیت عصبی مختل



شده، حتی بعد از فرآیند سم‌زدای را دارند (اعزامی و همکاران، ۲۰۲۰)، احتمالاً در کار با درمان ACT و انجام تمرین‌های آن راحتی بیشتری داشته‌اند و متعاقباً اثر بیشتری دریافت کرده‌اند.

درمان ذهن‌آگاهی<sup>۱</sup> یکی دیگر از درمان‌های موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری است که مورد توجه بسیاری از متخصصین و پژوهشگران قرار گرفته است (دیمیدجیان و سگال<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). کابات - زین<sup>۳</sup> (۱۹۹۴) به عنوان صاحب نظر در این حوزه، ذهن‌آگاهی را به عنوان تمرکز بدون قضاوت حواس در لحظه حال تعریف می‌کند. از آنجایی که درمان ذهن‌آگاهی غیر قضاوتی است، می‌تواند به غلبه بر موقعیت‌های دشوار در زندگی و کار از طریق پذیرش رویدادهای روزانه برای دستیابی به تعادل عاطفی و فیزیولوژیکی کمک کند (استوارت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). هدف درمان ذهن‌آگاهی این است که افراد یاد بگیرند وابستگی خود را به هیجان‌ها و احساس‌ها، چه خوشایند و چه ناخوشایند، رها کنند (دیمیدجیان و سگال، ۲۰۱۵). این درمان، شامل تمرین‌های آرامش بخش است که بر لحظه حال و آگاهی بدون قضاوت تمرکز می‌کند (بهن<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد که درمان ذهن‌آگاهی با توجه به اینکه منجر به افزایش تحمل پریشانی روانی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر می‌گردد، می‌تواند نتایج اثربخشی برای این جمعیت داشته باشد (هسو<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). در همین رابطه نشان داده شده که درمان ذهن‌آگاهی به بهبود تنظیم عاطفه و کاهش مصرف مواد کمک می‌کند (واپرمن<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). اگرچه این خلاء وجود دارد که اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر پیروی از درمان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر به صورت مستقیم مورد بررسی قرار نگرفته است، با این حال نشان داده شده که این درمان بر کاهش عقاید وسوسه‌انگیز، باورهای مرتبط با مصرف مواد و پیشگیری از عود اثربخش است (سلیمی کیا و خان پور، ۱۳۹۷؛ حامدی و همکاران، ۱۳۹۲). با وجود خلاء در پیگیری نتایج، همچنین نشان داده شده که همانند درمان شناختی رفتاری سنتی، درمان ذهن‌آگاهی نیز در کاهش ولع مصرف (به جز مولفه‌ی عدم کنترل بر مصرف) در مبتلایان به مواد افیونی اثربخش است (صداقت زاده و همکاران، ۱۳۹۷). البته به نظر می‌رسد که در بلندمدت اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بیشتر است و از ارجحیت استفاده برای این جمعیت برخوردار است (بون<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۴؛ کوپرمن<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

در مجموع نتایج بدست آمده نشان داد که هر دو درمان ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود پیروی از درمان افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر به مواد مخدر اثربخش هستند اما اثربخشی برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر است. بنابراین نتایج نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، احتمالاً درمان کارآمدتری از درمان ذهن‌آگاهی برای بهبود پیروی از درمان افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر است. با این حال نباید از محدودیت‌های پژوهش غافل شد. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت دردسترس بود، بنابراین محدودیت عمده پژوهش حاضر عدم نمونه‌گیری تصادفی و در نتیجه کاهش تعمیم‌پذیری نتایج بود. علاوه بر این باید توجه کرد که شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر فقط محدود به مردان بود. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی مشابه با مشارکت زنان نیز صورت بگیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی درمان‌های دیگر با درمان پذیرش و تعهد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر مورد مقایسه قرار گیرد، تا اولویت و کارایی بیشتری آن در مقایسه با دیگر درمان‌ها نیز مورد بررسی قرار گیرد.

## منابع

ارجمند فچور، ک؛ محمود علیلو، م؛ خانجانی، ز. و بخشی پور رودسری، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی بیماران وابسته به مت‌آفتامین. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۲ (۴۹)، ۹۹-۱۲۲.  
<http://etiadpajohi.ir/article-1-1911-fa.html>

1 Mindfulness therapy  
 2 Dimidjian & Segal  
 3 Kabat-Zinn  
 4 Stewart  
 5 Behan  
 6 Hsu  
 7 Wupperman  
 8 Bowen  
 9 Cooperman

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن آگاهی بر پیروی از درمان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر  
Comparing the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and mindfulness therapy on adherence ...

- ارجمندقجور، ک؛ محمودعلیلو، م؛ خانجانی، ز. و بخشی پور، ع. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسوسه مصرف و احتمال لغزش در بیماران وابسته به مت‌آفتامین. *فصلنامه علمی پژوهشی روان شناسی سلامت*، ۸(۳۲)، ۴۱-۵۶. [10.30473/hpj.2020.42661.4173](https://doi.org/10.30473/hpj.2020.42661.4173)
- بهرام آبادیان، ف؛ مجتبیائی، م. و ثابت، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و اشتیاق به تغییر در افراد معتاد متجاهر. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۲۰ (۱۰۶)، ۱۸۴۹-۱۸۶۳. <http://psychologicalscience.ir/article-1-1310-fa.html>
- جهانگیری، ع؛ شیردل، م. و قره چورلو، س. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی مقابله با مشکلات در افراد وابسته به مصرف مواد تحت درمان با متادون. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۱۰ (۲): ۴۹-۴۱. <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-1517-fa.html>
- حامدی، ع؛ شهیدی، ش. و خادمی، ع. (۱۳۹۲). اثربخشی ذهن آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۷(۲۸)، ۱۰۱-۱۱۸. <http://etiadpajohi.ir/article-1-282-fa.html>
- خرنیا، م. و پیوند، م. (۱۳۹۷). علل بازگشت به اعتیاد به مواد مخدر و راهکارهای پیشنهادی در مراجعه کنندگان به مراکز ترک اعتیاد: یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۷ (۶)، ۵۳۸-۵۲۳. [20.1001.1.17353165.1397.17.6.3.2](https://doi.org/10.1001.1.17353165.1397.17.6.3.2)
- ریاحی، ع؛ خانجانی، ن. و احمدی پور، ح. (۱۳۹۴). بررسی علل شکست درمان در بیماران تحت درمان با متادون در مراکز ترک سوء مصرف مواد مخدر. *پژوهش های سلامت محور*، ۱ (۲)، ۱۱۵-۱۲۲. <http://hbri.kmu.ac.ir/article-1-52-fa.html>
- سعیدمنش، م. و پهلوان، م. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری و خویش‌شناسی نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۶ (۴)، ۲۲-۱۴. <http://socialworkmag.ir/article-1-346-fa.html>
- سلیمی کیا، ش. و خان پور، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر عقاید وسوسه انگیز و باورهای مرتبط با مواد در افراد مبتلا به اعتیاد تحت درمان با متادون. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۲ (۴۸)، ۱۶۸-۱۵۷. <http://etiadpajohi.ir/article-1-1362-fa.html>
- صداقت زاده، آ؛ ایمانی، س. و شکری، ا. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش ولع مصرف در معتادان افیونی. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۲ (۴۹)، ۲۶۸-۲۴۳. <http://etiadpajohi.ir/article-1-1644-fa.html>
- کشاورز افشار، ح؛ برابری، ا؛ قاضی‌نژاد، ن. و امیری، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش به مصرف و کیفیت زندگی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر. *نشریه طب انتظامی*، ۷ (۱)، ۵-۱. [20.1001.1.22286241.1396.7.1.7.2](https://doi.org/10.1001.1.22286241.1396.7.1.7.2)
- کیانی، ا؛ قاسمی، ن. و پورعباس، ع. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف کنندگان شیشه. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۶ (۲۴)، ۳۶-۲۷. <http://etiadpajohi.ir/article-1-308-fa.html>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Vol. 5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Azami, M., Pilevarzadeh, M., & Sharifi, N. (2020). The Effect of Information Therapy on Treatment Adherence among Patients Referred to Addiction Treatment Centers. *Addiction & health*, 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.22122/ahj.v12i1.261>
- Baer, R. A. (Ed.). (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. Elsevier.
- Behan, C. (2020). The benefits of meditation and mindfulness practices during times of crisis such as COVID-19. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(4), 256-258. <https://doi.org/10.1017/ijpm.2020.38>
- Bennett, T., & Holloway, K. (2017). Motives for illicit prescription drug use among university students: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Drug Policy*, 44, 12-22. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.02.012>
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, B. S.; Erin Harrop, B., Susan, E., Collins, M., Kathleen, L., Mary, E. & Larimer, M. E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 71(5), 547-556. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.4546
- Cooperman, N. A., Hanley, A. W., Kline, A., & Garland, E. L. (2021). A pilot randomized clinical trial of mindfulness-oriented recovery enhancement as an adjunct to methadone treatment for people with opioid use disorder and chronic pain: Impact on illicit drug use, health, and well-being. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 127, 108468. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108468>
- Dimidjian, S., & Segal, Z. V. (2015). Prospects for a clinical science of mindfulness-based intervention. *American Psychologist*, 70(7), 593-620. <https://doi.org/10.1037/a0039589>
- Fernandez-Lazaro, C. I., García-González, J. M., Adams, D. P., Fernandez-Lazaro, D., Mielgo-Ayuso, J., Caballero-Garcia, A. & Miron-Canelo, J. A. (2019). Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: a cross-sectional study. *BMC family practice*, 20(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1019-3>
- Gast, A., & Mathes, T. (2019). Medication adherence influencing factors—an (updated) overview of systematic reviews. *Systematic reviews*, 8(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1014-8>

- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Hayes S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(2), 226–227. <https://doi.org/10.1002/wps.20626>
- Hosseini, J., Shojaeefar, E., Pooladgar, P., Aliakbari, F., Ganji, M., Hamdieh, M., ... & Fashami, M. A. (2022). Prevalence of substance use among Iranian male adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Health Science Reports*, 5(6), e885. <https://doi.org/10.1002/hsr2.885>
- Hsu, S. H., Collins, S. E., & Marlatt, G. A. (2013). Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addictive behaviors*, 38(3), 1852-1858. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.11.002>
- Khatir, I. G., Azar, M. S., Zakariaei, Z., Rad, H. R. R., & Rasouli, K. (2022). The prevalence of substance use among drivers with traffic injuries in Mazandaran Province, Northern Iran. *Annals of Medicine and Surgery*, 82, 104768. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104768>
- Kini, V., & Ho, P. M. (2018). Interventions to improve medication adherence: a review. *Jama*, 320(23), 2461-2473. [doi:10.1001/jama.2018.19271](https://doi.org/10.1001/jama.2018.19271)
- Le, T. A., Ha, G. H., Le, M. Q. T., Tran, L. M. H., Pham, D. T. T., Tran, N. H. T., ... & Ho, R. (2020). Treatment adherence amongst drug users attending public and private methadone maintenance clinics in a northern province of Vietnam. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00271-9>
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 155, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004>
- Maia, M. F. C., Santos, B. F. D., Castro, L. C. D., Vieira, N. S. T., & Silveira, P. S. D. (2021). Acceptance and Commitment Therapy and Drug Use: A Systematic Review. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 31, 1-10. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3136>
- Moharamzad, Y., Saadat, H., Nakhjavan Shahraiki, B., Rai, A., Saadat, Z., Aerab-Sheibani, H., Naghizadeh, M. M., & Morisky, D. E. (2015). Validation of the Persian Version of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in Iranian Hypertensive Patients. *Global journal of health science*, 7(4), 173–183. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p173>
- Osaji, J., Ojimba, C., & Ahmed, S. (2020). The Use of Acceptance and Commitment Therapy in Substance Use Disorders: A Review of Literature. *Journal of clinical medicine research*, 12(10), 629–633. <https://doi.org/10.14740/jocmr4311>
- Querstret, D., Morison, L., Dickinson, S., Cropley, M., & John, M. (2020). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy for psychological health and well-being in nonclinical samples: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stress Management*, 27(4), 394–411. <https://doi.org/10.1037/str0000165>
- Seshadri, A., Orth, S. S., Adaji, A., Singh, B., Clark, M. M., Frye, M. A., McGillivray, J., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, and Positive Psychotherapy for Major Depression. *American journal of psychotherapy*, 74(1), 4–12. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200006>
- Stewart, T. M. (2004). Light on body image treatment: Acceptance through mindfulness. *Behavior Modification*, 28(6), 783-811. <https://doi.org/10.1177/0145445503259862>
- Wupperman, P., Cohen, M. G., Haller, D. L., Flom, P., Litt, L. C., & Rounsaville, B. J. (2015). Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: A comparison trial focused on substance use and aggression. *Journal of clinical psychology*, 71(10), 964-978. <https://doi.org/10.1002/jclp.22213>
- Zhang, C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P. K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in psychology*, 23(50), 1-16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350>

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن آگاهی بر پیروی از درمان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر  
Comparing the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and mindfulness therapy on adherence ...



شپوهنگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی