

مقایسه اثربخشی شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و روان درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بلوغ عاطفی در افراد دارای اختلالات مصرف مواد*

منوچهر سعادتخواه^۱، محمد نریمانی^۲، توکل موسی زاده^۳، سمیه تکلوی ورنیاب^۴

Comparison of the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and acceptance and commitment therapy on emotional maturity in people with substance abuse disorders

Manouchehr Saadatkhah¹, Mohammad Narimani², Tavakol Mousazadeh³, Somayeh Taklavi Varniyab⁴

چکیده

زمینه: با توجه به افزایش اختلالات مصرف مواد و پیامدهای نامطلوب ناشی از آن بر مسائل فردی و اجتماعی، ضرورت دارد مداخلات کارآمدی بکار گرفته شود. پژوهش‌های زیادی در مورد اثربخشی رویکردهای درمانی متفاوت بر بلوغ عاطفی انجام شده است اما پژوهشی که به بررسی اثربخشی درمان‌های ذهن آگاهی و پذیرش و تعهد بر بلوغ عاطفی در افراد دارای اختلالات مصرف مواد پرداخته باشد نادیده گرفته شده است. **هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان‌های ذهن آگاهی و پذیرش و تعهد بر بلوغ عاطفی در افراد دارای اختلالات مصرف مواد انجام گرفت. **روش:** طرح پژوهش، شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری تعداد ۳۰۰ نفر مرد دچار سوء مصرف مواد بودند که به مراکز ترک اعتیاد تحت نظر اداره کل بهزیستی اردبیل در سال ۱۳۹۷ مراجعه کرده بودند، تعداد ۴۵ نفر بصورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس بصورت تصادفی ۳۰ نفر در گروه‌های آزمایش و ۱۵ نفر گواه گمارده شدند، گروه آزمایش طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش فنون شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی سگال، ویلیامز و تسدال (۲۰۰۲) و فنون درمان پذیرش و تعهد ویلسون، گیفورد و بتن (۲۰۱۴) را دریافت کردند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش حاضر پرسشنامه بلوغ عاطفی (۱۹۷۴) بود و داده‌های بدست آمده توسط تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی LSD با نرم‌افزار SPSS 25 تحلیل شدند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که درمان‌های ذهن آگاهی و پذیرش و تعهد تأثیر معنی‌داری را بر روی بلوغ عاطفی گذاشتند ($p < 0/05$). همچنین بین دو درمان بکارگرفته شده تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید ($p = 0/370$). **نتیجه‌گیری:** در نتیجه درمان‌های ذهن آگاهی و پذیرش و تعهد بعنوان مداخلات مؤثر می‌توانند بر بهبود بلوغ عاطفی در افراد دارای اختلالات مصرف مواد بکارگرفته شوند. **واژه کلیدها:** درمان ذهن آگاهی، درمان پذیرش و تعهد، بلوغ عاطفی، اختلالات مصرف مواد

Background: Due to the increase in substance use disorders and its adverse consequences on individual and social issues, it is necessary to use effective interventions. Much research has been done on the effectiveness of different therapeutic approaches on emotional maturity, but research that examines the effectiveness of mindfulness and acceptance and commitment therapies on emotional maturity in people with substance use disorders has been overlooked. **Aims:** The purpose of this study was to Comparison of the efficacy of MBCT and ACT on emotional maturity in people with substance abuse disorders. **Method:** The research design was a quasi-experimental pretest-posttest with a control group. The statistical population was 300 men with substance abuse who referred to addiction treatment centers under the supervision of Ardabil General Welfare Office in 2018. 45 people were selected by available sampling and then randomly assigned 30 people in the experimental groups and 15 people in the control group. The experimental group received training in eight sessions of 90 minutes of Teaching Cognitive Therapy Techniques based on Segal, Williams and Teasdale Mindfulness Therapy (2002) and Wilson, Gifford and Beten Acceptance and Commitment Therapy Techniques (2014) and the control group did not receive any intervention. The instrument of the present study was the emotional maturity questionnaire (1974) and data were analyzed by analysis of covariance and LSD post hoc test with SPSS 25 software. **Results:** The results showed that MBCT and ACT had a significant effect on emotional maturity ($p < 0/05$). Also, no significant difference was observed between the two treatments used ($p = 0/370$). **Conclusions:** As a result, MBCT and ACT can be used as effective interventions to improve emotional maturity in people with substance use disorders. **Key Words:** Mindfulness therapy, acceptance and commitment therapy, emotional maturity, substance abuse disorders

Corresponding Author: narimani@uma.ac.ir

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

^۱ گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

^۱ Department of Psychology, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

^۲ استاد، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ardabil, Iran (Corresponding Author)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

^۳ Assistant professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

^۴ استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

^۴ Assistant professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

دریافت: ۹۹/۰۵/۱۵ پذیرش نهایی: ۹۹/۰۶/۱۰

دریافت: ۹۹/۰۵/۱۵

مقدمه

بلوغ عاطفی عبارت است از توانایی مدیریت عواطف توسط خود فرد و ارزیابی احساسات دیگران در ارتباطات بین فردی جهت اخذ تصمیمات مناسب است، که برجسته‌ترین علائم آن تحمل ناملایمات و بی‌تفاوتی به محرک‌هایی که به فرد تأثیر منفی می‌گذارند، می‌باشد (رافیدلی، ۲۰۱۷). بلوغ عاطفی با سطح سازش یافتگی در محیط رابطه مثبت دارد و پیش‌بینی کننده سطح موفقیت افراد در زندگی محسوب می‌شود (کور و آرورا، ۲۰۱۴؛ کاپری و رانی، ۲۰۱۴؛ محمودی، ۲۰۱۲). همچنین نقش مهمی در ارتباطات بین فردی و خانوادگی و همدلی دارد (سبزی و شیخ‌الاسلامی، ۱۳۹۳). بلوغ عاطفی بر مهمترین عوامل فردی حتی بر خودپنداشت (کران سایمونز، نات دوتا و دی، ۲۰۱۶) و بر روان‌درستی عمومی (جوی و متشو، ۲۰۱۸) در افراد تأثیر مستقیم دارد که در افراد مبتلا به سوء‌مصرف مواد ضعیف عمل می‌کند. افراد عادی بلوغ عاطفی متعادلی نسبت به افراد مبتلا به سوء‌مصرف مواد دارند و همچنین افراد با بلوغ عاطفی ضعیف نسبت به افراد دارای بلوغ عاطفی بالا احتمال بیشتری وجود دارد که به مواد مخدر وابستگی پیدا کنند (همدمی، حکیم‌جوادی، غلامعلی لواسانی و قاسمی جوبنه، ۱۳۹۶). مطالعاتی در مورد اثربخشی درمان‌های روانشناختی بر بلوغ عاطفی صورت گرفته است و انواع رویکردهای درمانی نشان داده‌اند که موجب بهبودی آن شده‌اند. برای نمونه نتایج پژوهش (فلاحیان، حاتمی، احدی و اسدزاده، ۱۳۹۸) نشان داد اثربخشی آموزش واقعیت درمانگری و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بلوغ عاطفی نوجوانان معنی‌دار بودند. اخیراً^۱ توجه زیادی به درمان‌های موج سوم در بسیاری از مشکلات و اختلالات بخصوص در درمان اعتیاد شده و توسط درمانگران مورد استفاده قرار گرفته‌اند، پرکاربردترین آنها شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و روان‌درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد که در این پژوهش بکار برده شده‌اند. شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۲ توسط سگال در سال ۱۹۹۵ طراحی و معرفی شد و برای درمان افسردگی و سایر اختلالات از جمله اختلالات مصرف مواد استفاده گردید. ذهن‌آگاهی از درمان‌های شناختی رفتاری مشتق شده و از مؤلفه‌های مهم مدل‌های درمانی روانشناختی به شمار می‌رود (مک کارنی،

شولز و گری، ۲۰۱۲)، این نوع درمان در مورد هیجان‌ها و حس‌های بدنی نیز کاربرد دارد، راهبردهای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند (مبارکی، عزت پور و احمدیان، ۱۳۹۷). در این روش به افراد آموزش داده می‌شود که افکار و احساس‌های خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و به جای اینکه آنها را به عنوان قسمتی از خودشان در نظر بگیرند آنها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند (کاویانی، ۱۳۸۷). اهمیت این درمان در اختلالات اعتیادی نیز توسط پژوهش‌هایی محرز گردیده است. آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند مکانیسم‌های عصبی شناختی را هدف قرار داده تا اثرات درمانی قابل توجهی روی اختلالات مصرف مواد ایجاد کند و از عود جلوگیری نماید (پریدی و همکاران، ۲۰۱۸). شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب تنظیم و بهبود شناختی هیجان (رمضانی افخم‌زاده، قربانی، نعیمی و رحمانی، ۲۰۱۹)، موجب کاهش جدی سوء استفاده و اشتیاق به مواد از طریق تعدیل فرآیندهای شناختی، عاطفی و روانی - فیزیولوژیکی (گارلاند و هاوارد، ۲۰۱۸)، کاهش ولع مصرف افراد مبتلا به سوء‌مصرف مواد به هروین (سلیمی حق‌نظری، احمدی ظهورسلطانی و زهره‌وند، ۱۳۹۵) و کاهش علائم در افراد وابسته به اختلالات اعتیاد می‌شود (آقا یوسفی، اورکی و ایمانی، ۱۳۹۲؛ دباغی، اصغرنژاد فرید، عاطف وحید و بوالهروی، ۱۳۸۶).

از دیگر درمان‌های موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ می‌باشد که توسط استیون هیز و همکارانش در سال ۱۹۸۰ معرفی شده و هدف نهایی‌اش رسیدن به انعطاف‌پذیری روانی^۴ است. انعطاف‌پذیری روانی یعنی توانایی انتخاب در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر است (فورمن و هربرت، ۲۰۰۹) و اجتناب تجربی یعنی نماندن در تجربیات خاص و اصلاح شکل یا فراوانی این تجربیات (حسینیان، پردلان، حیدری و سلیمی، ۱۳۹۳). از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای ترک و یا جلوگیری از عود مصرف مواد مخدر بیشتر استفاده شده و نتیجه خوبی داشته است (فروزانفر، ۱۳۹۵). این درمان تأثیر معنی‌داری بر کاهش رفتار تکانشگری افراد مبتلا به سوء‌مصرف مواد داشته (امیریان، مامی، احمدی و محمدزاده، ۱۳۹۶) و موجب کاهش علائم در افراد وابسته به

3. Acceptance and Commitment Therapy

4. Mental flexibility

1. Emotional maturity

2. Mindfulness-Based Cognitive Therapy

تریاک، حشیش، هروئین، شیشه و کراک بود. پس از انجام مصاحبه انگیزشی، تعیین حجم نمونه بر اساس نظر پژوهشگر با در نظر گرفتن عامل هایی مثل بودجه، زمان، نیروی انسانی ماهر، امکانات و امثال آن، ۴۵ نفر از بین پنج مراکز ترک اعتیاد نامبرده بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه درمان ذهن آگاهی (۱۵ نفر)، درمان پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک ورود به پژوهش شامل تکمیل رضایت نامه، دامنه سنی ۱۷ سال به بالا، تحصیلات سیکل تا دکتری، تشخیص قطعی مبتلا به سوء مصرف مواد بیش از یک سال با استفاده از مصاحبه بالینی و همچنین بررسی پرونده آزمودنی که برگه آزمایش تست اعتیاد و نظر روان پزشک در آن موجود بود، عدم دریافت مداخلات درمانی دیگر بودند و ملاک خروج از پژوهش شامل عدم تمایل به شرکت در تحقیق، داشتن اختلالات روان پزشکی شدید بر اساس معیارهای DSM-5، داشتن بیماری های ناتوان کننده مانند سرطان، هیپاتیت و... و حاضر نشدن در جلسات بودند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار و از روش های استنباطی نظیر آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی (LSD) استفاده شد و داده ها بوسیله نرم افزار آمار SPSS-25 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار

پرسشنامه بلوغ عاطفی^۱ (EMS): این پرسشنامه توسط یاشویر سینگ و ماهیش بهار گاوا در سال ۱۹۷۴ ساخته شده و از ۴۸ گویه تشکیل شده است و پنج حیطه (عدم ثبات عاطفی، بازگشت عاطفی، ساز یافتگی اجتماعی، فروپاشی شخصیت و فقدان استقلال) را اندازه گیری می کند. شیوه نمره گذاری پرسشنامه به این صورت است که به: خیلی زیاد (نمره ۵)، زیاد (نمره ۴)، نامشخص (نمره ۳)، احتمالاً (نمره ۲) و هرگز (نمره ۱) اختصاص داده می شود. حداقل نمره ۴۸ و حداکثر ۲۴۰ می باشد. تفسیر نمرات این پرسشنامه بدین قرار است که نمره ۵۰ تا ۸۰ بسیار باثبات، نمره ۸۱ تا ۸۸ نسبتاً باثبات، نمره ۸۹ تا ۱۰۶ بی ثبات و نمره ۱۰۷ تا ۲۴۰ بسیار بی ثبات می باشد. درستی آزمائی این پرسشنامه در برابر استانداردهای بیرونی و با استفاده از پرسشنامه سازگاری عاطفی^۲ با ضریب همبستگی ۰/۶۴ و برای تعیین قابلیت اعتماد از روش باز آزمایی با فاصله شش ماه استفاده شد که

اختلالات اعتیاد شده است (کشاورز افشار، برابری، قاضی نژاد، و امیری، ۱۳۹۶؛ فروزانفر، ۱۳۹۵؛ کیانی، قاسمی و پورعباس، ۱۳۹۱). علت استفاده از این درمان ها در این پژوهش با توجه به استفاده روز افزون آنها در درمان اختلالات و مشکلات روانشناختی می باشد، علاوه از آن هر دو درمان یاد شده بر تنظیم هیجانات تأثیرات خود را نشان داده اند (کلدوی، برجعلی، فلسفی نژاد و سهرابی، ۱۳۹۰؛ آلفونسو، کاراکونل، دلقادو - پاستور و وردیجو - گاراسیا، ۲۰۱۱؛ الهی فر و انباری، ۱۳۹۵؛ امام دوست، تیموری، خوی نژاد و رجایی، ۱۳۹۹) و بر اختلالات روانشناختی تأثیرگذار بوده اند (صالحیان، احدی، کراسکیان موجهباری و کربلایی محمد میگونی، ۱۳۹۷). حال با توجه به پیامدهای نامطلوب اعتیاد و ضرر و زیان های ناشی از آن بر مسائل فردی و اجتماعی و بخاطر افزایش اختلالات مصرف مواد و افزایش جرم و جنایت ناشی از آن که آسیب های جدی بر پیکر جامعه وارد می سازد، ضرورت دارد مداخلات کارآمدی بکار گرفته شود تا از پیشروی آسیب های جبران ناپذیر بر پیکر خانواده و جامعه جلوگیری بعمل آید. بنا به روند سریع و فراگیر معضل اعتیاد، با این همه تلاش های چندین ساله، خلاء و محدودیت های تحقیقاتی در این راستا چشمگیر است. علاوه بر این، توجه به روح و روان و تربیت کودکان خانواده های از هم پاشیده افراد مبتلا به سوء مصرف مواد که آینده جامعه را رقم خواهند زد امری اجتناب ناپذیر است. لذا آگاهی از شیوه های درمانی کارآمد و مؤثر و همچنین با توجه به موضوعات مطروحه نظری و عملی در این پژوهش و سایر پژوهش های یاد شده، انجام چنین مطالعاتی می تواند کارگشا باشد. با توجه به مطالبی که در بالا ارائه شد، هدف اصلی پژوهش حاضر این است تا این سؤال پژوهشی را بررسی کند آیا شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و روان درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بلوغ عاطفی در افراد دارای اختلالات مصرف مواد اثربخش است، کدامیک اثربخش تر می باشد؟

روش

پژوهش حاضر، از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش تعداد ۳۰۰ نفر مرد دچار سوء مصرف مواد بودند که در بازه زمانی فروردین تا اسفند سال ۱۳۹۷ جهت درمان به مراکز ترک اعتیاد (آرمان سبز، آزادی، ناجیان سیلان، همیاران پاک و ناجیان بهودی) تحت نظر اداره کل بهزیستی اردبیل مراجعه کرده بودند، و مواد مصرفی

1. Emotional Maturation Questionnaire

2. Emotional Adjustment Inventory

دریافت شد ۲. پیش از شروع کار شرکت کنندگان از موضوع و روش اجرا مطالعه مطلع شدند. ۳. مقرر گردید از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبین محافظت خواهد شد. ۴. نتایج در صورت تمایل برای آنها تفسیر خواهد شد. ۵. در صورت مشاهده هرگونه اختلال، راهنمایی‌های لازم جهت پیگیری به شرکت کنندگان ارائه خواهد شد. ۶. مشارکت در تحقیق موجب هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت کنندگان نخواهد شد. ۷. این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی ندارد. ۸. چک لیست ملاحظات اخلاقی طرح‌های پژوهشی پر گردید، طبق برنامه‌ریزی قبلی و هماهنگی با مسئولین مراکز ترک اعتیاد، گام اول پس از گمارش تصادفی، دعوت از تمامی افراد شرکت-کننده بود که در سال ۱۳۹۷ برای درمان اعتیاد، به مراکز درمانی تحت نظر اداره کل بهزیستی مراجعه کرده بودند.

ضریب ۰/۷۵ بدست آمد (سینها و سینگ، ۱۹۶۸ نقل از ایمانی و محب، ۱۳۸۸). این پرسشنامه که توسط منصورنژاد، پورسید، کیانی و خدابخش (۱۳۹۲) جهت انجام پژوهش، هنجاریابی شده بود، برای تعیین درستی آزمایی از همبستگی نمره هر بعد یا نمره کل استفاده شد که این ضرایب برای زیر پرسشنامه عدم ثبات عاطفی ۰/۸۲، بازگشت عاطفی ۰/۹۰، سازش نیافتگی اجتماعی ۰/۸۲، فروپاشی شخصیت ۰/۸۸ و فقدان استقلال ۰/۶۴ بدست آمد همچنین برای تعیین قابلیت اعتماد ابعاد و نمره کل از روش آلفای کرونباخ استفاده شد، ضرایب برای زیر پرسشنامه عدم ثبات عاطفی ۰/۸۰، بازگشت عاطفی ۰/۸۱، سازش نیافتگی اجتماعی ۰/۶۹، فروپاشی شخصیت ۰/۸۳ و فقدان استقلال ۰/۶۰ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ بدست آمد که نشان از قابلیت اعتماد این پرسشنامه است.

روند اجرای پژوهش: جهت حفظ حرمت انسانی و ملاحظات اخلاقی (۱). پیش از شروع کار از شرکت کنندگان رضایت‌نامه کتبی

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
اول	معرفه اولیه، بیان قوانین گروه و ساماندهی فعالیت‌ها	آشنائی با اعضا، توضیحات مقدماتی در خصوص بیان موضوع و اهداف درمان و تعداد جلسات، ایجاد انگیزه، اجرای پیش‌آزمون.	-
دوم	بحث در خصوص درمان ذهن آگاهی	آموزش مفهوم درمان ذهن آگاهی، مرور واکنش به جلسه قبل، همچنین توضیح مختصری در مورد نحوه مدیتیشن و مراقبه اسکن بدن.	ارائه تکالیف برای مراقبه اسکن بدن
سوم	آموزش و شناخت هیجانات و حضور در لحظه	آموزش ذهن آگاهی و تنظیم هیجان و اینکه چگونه توانش‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند. از شرکت کنندگان خواسته شد یک شکلاتی که در دستشان است را با تمامی احساسات و توجه کامل بخورند، آنگاه در مورد احساسات‌شان نسبت این روش از خوردن معطوف شد و از آنان خواسته شد در این مورد نظرات خود را بگویند.	تمرین خوردن کشمش با توجه و ذهن آگاهی و بدون قضاوت و نوشتن نظرات و احساسات خود
چهارم	عینی کردن درمان و مواجهه بصورت عملی	بررسی افکار و احساسات و نحوه پاسخ‌های کنار آمدن به احساسات درونی و بیرونی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، در ادامه خواسته شد مراقبه اسکن کل بدن و سپس به قسمتی از بدن مطوف شوند، بعد از شرکت کنندگان خواسته شد هیجانی بودن و خردمندانه بودن این مراقبه را توضیح دهند همچنین موانع تمرین (از جمله بیقراری و پرسه زدن ذهن و...) را نیز بازگو کنند.	مراقبه اسکن کل بدن و سپس مطوف به قسمتی از بدن و نوشتن هیجاناتی که داشتند
پنجم	نشان دادن جدائی قضاوت و افکار مزاحم با عمل	توضیح تأثیرات انجام اعمال ذهن آگاهی و نحوه از بین بردن موانع تمرین بررسی شد و روش غیر قضاوتی بودن و رها کردن افکار مزاحم تمرین شد.	تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی، تمرین دیدن و شنیدن و نوشتن نظرات و احساسات خود
ششم	کنترل افکار	بررسی تمرینات خانگی و نحوه کنار آمدن با افکار و بازخوردها و موقعیت‌های ناخوشایند بر اساس مراقبه نشسته چند بعدی مثل توجه به تنفس، افکار، صداها و بدن.	انجام مراقبه نشسته و کنار آمدن با افکار ناخوشایند
هفتم	مرور مفاهیم تئوری و عملی آموخته شده	بررسی نقاط قوت و ضعف اعضا اینکه در تمرینات خانگی چه کارهایی انجام دادند و کدامیک تأثیرگذار بود و کدامیک نبود و در ادامه این جلسه دنباله مراقبه نشسته گفته شد و کاربرد آن در زندگی روزمره تمرین گردید.	"در موقعیت‌های ناگوار چطوری از خود مراقبت کرد"
هشتم	جمع‌بندی و ختم جلسات	مروری بر تمامی جلسات گذشته، ارائه راهبردهای نهائی، اینکه برنامه‌ریزی کاملی برای بعد از اتمام دوره درمان نیز داشته باشند و اجرای پس‌آزمون.	-

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد			
جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
اول	آشنائی و معارفه، بیان قوانین گروه و اهداف جلسات	آشنائی با اعضا، بیان موضوع و اهداف درمان، ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون پذیرش و تعهد و نتایج آن و تعداد جلسات، اجرای پیش‌آزمون	-
دوم	بحث در خصوص درمان پذیرش و تعهد	بیان اصول درمان پذیرش و تعهد و نقش آن در تنظیم هیجانات و چگونگی تأثیر آن بر اتفاقات زندگی روزمره و همچنین بر کاهش مصرف مواد	تمرکز حواس و تنظیم هیجانات
سوم	شناخت هیجانات و تفاوت آن با افکار	توضیح اجزای درمان و استفاده از تمثیلات لازم در این مورد، جدایی هیجانات با افکار همراه با مثال یک خاطره (خاطره یکی از اعضای گروه)	جدا کردن یک هیجان از افکار
چهارم	شناسائی مسائل حل نشده و حل آنها	مرور تکالیف خانگی، بررسی راهبردهای ناکارآمد و شناسائی مسائلی که بنحوی در زندگی حل نشده و موجب بروز مشکلات می شوند و ارائه راه حل و رها کردن آنها	تمرین فنون رها کردن فعالیت‌های ناکارآمد
پنجم	فهم اینکه مشکل در کنترل کردن است	مرور تکالیف خانگی، شناخت افکار و احساسات پیرامون مشکلات کنترل نارسائی هیجانی و اینکه اگر کنترل شوند چه تأثیری خواهد داشت و اگر کنترل نشوند چه عواقبی خواهد داشت، توضیح تأثیر تمرین‌ها و بررسی تکالیف اعضا	تمرین رهائی از یک مشکل در زندگی واقعی
ششم	آموزش اصول پذیرش و تسلیم	مرور تکالیف خانگی، بیان اصول پذیرش، پذیرش خود و خودباوری، ایجاد احساس متعالی در خود (همرا با تمثیل)	تمرین پذیرش افکار و احساسات
هفتم	آموزش ایجاد تعهد به فعالیت‌های ارزشمند	ایجاد تعهد به اعمال ارزشمند، فعالیت‌هایی که به زندگی روزمره آدمی وابسته است و سازش یافتگی را موجب می گردد و تمرین پیشگیری از عود (همراه با مثال)	تمرین پیشگیری از عود و نوشتن یک مورد انتخاب مؤثر
هشتم	جمع‌بندی و ختم جلسات	مروری بر تمامی جلسات و ارائه راهبردهای نهائی و اجرای پس‌آزمون	-

بخود اختصاص داده بود (جدول ۳).

در جدول ۴ همانطور که ملاحظه می‌شود میانگین و انحراف معیارهای سه گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون آورده شده است، در گروه ذهن‌آگاهی میانگین پس‌آزمون (۱۰۸/۵۳) و انحراف معیار (۳۵/۵۲۰) در رابطه با پیش‌آزمون (۱۲۱/۷۳) و انحراف معیار (۴۰/۶۷۵) و در گروه پذیرش و تعهد میانگین پس‌آزمون (۱۲۱/۲۰) و انحراف معیار (۳۳/۵۷۲) در رابطه با پیش‌آزمون (۱۲۱/۲۰) و انحراف معیار (۳۰/۸۶۹) کاهش داشته است ولی در گروه گواه تغییر چندانی حاصل نشده بود (پیش‌آزمون، ۱۲۵/۶۷ با انحراف معیار ۳۰/۹۶۹ و پس‌آزمون، ۱۲۵/۶۰ با انحراف معیار ۳۱/۳۳۷). در گروه پذیرش و تعهد کاهش نمرات نسبت به گروه ذهن‌آگاهی بیشتر بوده است. با توجه به اینکه پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد برای مقایسه اثربخشی گروه‌ها از آزمون کوواریانس استفاده شد، برای استفاده از این آزمون، مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، لذا قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های آن بررسی گردید. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد که نتایج حاکی از توزیع نرمال داشت ($p > 0/5$)، آزمون لوین نشان داد که مفروضه همسانی واریانس‌ها بین گروه‌ها رعایت شده است ($p > 0/5$)، آزمون ام‌پاکس همگنی

در گام دوم توسط پژوهشگر علاوه بر بررسی پرونده افراد دعوت شده، مصاحبه تشخیصی سوء مصرف مواد نیز انجام شد و همچنین، تاریخ و ساعت شروع کلاس (جلسه درمانی) به اطلاع آنها رسید. در گام سوم، آموزش بر اساس فنون شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی سگال، ویلیامز و تسدال (۲۰۰۲) و فنون درمان پذیرش و تعهد ویلسون، گیفورد و بتن (۲۰۱۴) در دو گروه آزمایش بصورت جداگانه آغاز شد. برای هر دو گروه، ۸ جلسه یک ساعته و در هر هفته ۲ بار اجرا گردید. جلسات درمانی افراد در گروه آزمایش به نحوی بود که هیچ یک از اعضای گروه گواه و آزمایش با یکدیگر تماس نداشتند. پس از پایان دوره نیز، پس‌آزمون تعیین میزان کیفیت بوسیله پرسشنامه بلوغ عاطفی برای هر دو گروه توسط پژوهشگر اجرا گردید. در ذیل خلاصه محتویات جلسات درمانی اجرا شده برای گروه‌های درمان، آورده شده است.

یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش را فقط مردان تشکیل داده و در دامنه سنی ۱۷ سال به بالا بودند، بیشترین درصد در رده سنی ۲۵-۱۷ با ۴۰ درصد، در قسمت تاهل، مجردین با ۸۴/۴ درصد و از لحاظ تحصیلات زیر دیپلمه‌ها با ۶۲/۲ درصد و از نظر شغلی نیز بیکارها با ۸۶/۷ درصد بیشترین بودند، در هر سه گروه موارد یاد شده بیشتر بودند، در نهایت بیشترین مواد مصرفی شیشه بود که ۴۴/۴ درصد را

همچنین در همگونی شیب رگرسیون F از ۰/۰۵ بزرگتر بود، لامبدای ویلکز محاسبه شده [پس آزمون (۰/۰۱) > ۰/۱۱۷ = p و F= ۱/۶۳۳ و لامبدای ویلکز در سطح اطمینان ۹۵ درصد (α= ۰/۰۵) معنی دار نبود. بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون نیز برقرار بود.

ماتریس واریانس - کوواریانس را نشان داد (p > ۰/۵)، آزمون کرویت بارتلت معنی دار بود و عدم وجود هم خطی چندگانه بین متغیرهای همپراش را نشان داد (p < ۰/۵)، مقدار F تأثیر متغیر همپراش را نشان داد که معنی دار بود (خطی بودن) یعنی برقرار بودن همبستگی بین متغیر همپراش (یا متغیر تعدیل کننده) و متغیر مستقل،

جدول ۳. مؤلفه‌های دموگرافیک به تفکیک گروه‌های شرکت کننده

متغیرها	گروه درمان ذهن آگاهی	گروه درمان پذیرش و تعهد	گروه گواه	تعداد کل
سن	۶(۴۰)	۶(۴۰)	۶(۴۰)	۱۸(۴۰)
۲۶ - ۳۵	۴(۲۶/۷)	۵(۳۳/۳)	۴(۲۶/۷)	۱۳(۲۸/۹)
۳۶ - ۴۵	۳(۲۰)	۳(۲۰)	۱(۶/۷)	۷(۱۵/۶)
۴۶ - ۵۵	۱(۶/۷)	۱(۶/۷)	۲(۱۳/۳)	۴(۸/۹)
۵۶ به بالا	۱(۶/۷)	۰	۲(۱۳/۳)	۳(۶/۷)
متاهل	۱۵(۱۰۰)	۱۳(۸۶/۷)	۱۰(۶۶/۷)	۳۸(۸۴/۴)
متاهل	۰	۲(۱۳/۳)	۵(۳۳/۳)	۷(۱۵/۶)
زیر دیپلم	۱۰(۶۶/۷)	۹(۶۰)	۹(۶۰)	۲۸(۶۲/۲)
دیپلم	۳(۲۰)	۵(۳۳/۳)	۴(۲۶/۷)	۱۲(۲۶/۷)
فوق دیپلم	۱(۶/۷)	۰	۲(۱۳/۳)	۳(۶/۷)
لیسانس	۱(۶/۷)	۰	۰	۱(۲/۲)
بیکار	۱۱(۷۳/۳)	۱۳(۸۶/۷)	۱۵(۱۰۰)	۳۹(۸۶/۷)
شاغل	۴(۲۶/۷)	۲(۱۳/۳)	۰	۶(۱۳/۳)
تریاک	۲(۱۳/۳)	۱(۶/۷)	۱(۶/۷)	۴(۸/۹)
حشیش	۰	۱(۶/۷)	۰	۱(۲/۲)
مواد مصرفی	۳(۲۰)	۲(۱۳/۳)	۲(۱۳/۳)	۷(۱۵/۶)
شیشه	۸(۵۳/۴)	۵(۳۳/۳)	۷(۴۶/۷)	۲۰(۴۴/۴)
کراک	۲(۱۳/۳)	۶(۴۰)	۵(۳۳/۳)	۱۳(۲۸/۹)

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش آزمون، پس آزمون به تفکیک روش‌های درمانی

پرسشنامه	گروه‌ها	پیش آزمون	پس آزمون
بلوغ عاطفی	گروه آزمایش ذهن آگاهی	۱۲۱/۷۳	۱۲۱/۷۳
	گروه آزمایش پذیرش و تعهد	۱۲۱/۲۰	۱۲۱/۲۰
	گروه گواه	۱۲۵/۶۷	۱۲۵/۶۷

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس متغیر بلوغ عاطفی در پس آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذورات	توان آماری
بلوغ عاطفی	پیش آزمون	۴۰۵۶۸/۷۳۶	۱	۴۰۵۶۸/۷۳۶	۲۳۸/۴۵۰	۰/۰۰۰	۰/۸۵۳	۱/۰۰۰
	گروه	۲۵۸۹/۶۹۰	۲	۱۲۹۴/۸۴۵	۷/۶۱۱	۰/۰۰۲	۰/۲۷۱	۰/۹۳
	خطا	۶۹۷۵/۵۳۰	۴۱	۱۷۰/۱۳۵	-	-	-	-

جهت بررسی این تفاوت، آزمون تعقیبی (LSD) برای متغیر بلوغ عاطفی در جدول ۷ آورده شده است. بلوغ عاطفی دارای پنج خرده مقیاس (عدم ثبات عاطفی،

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس متغیر بلوغ در جدول ۵ نشان داده شده است، با مهار کردن اثر پیش آزمون، بیانگر تفاوت معنی داری در میان گروه‌ها در پس آزمون می‌باشد (p < ۰/۰۵). حال

مؤلفه‌ها تأثیرگذار بوده‌اند. حالا جهت مشخص شدن اینکه کدامیک از درمان‌ها تأثیرگذارتر بوده‌اند، آزمون تعقیبی LSD انجام گرفت. نتایج آزمون تعقیبی LSD خرده مقیاس‌های بلوغ عاطفی نشان داد که مؤلفه‌های "فروپاشی شخصیت و فقدان استقلال" در مقایسه با گروه گواه معنی‌دار بوده‌اند ولی در مقایسه زوجی درمان‌ها تفاوت معنی‌داری نشان‌ندادند

بازگشت عاطفی، سازش نیافتگی اجتماعی، فروپاشی شخصیت و فقدان استقلال) می‌باشد لذا تحلیل کوواریانس چند متغیری در مورد این خرده مقیاس‌ها نیز انجام گرفت (جدول ۶). نتایج نشان داد سطح معنی‌داری مؤلفه‌های عدم ثبات عاطفی ($P=0/344$)، بازگشت عاطفی ($P=0/139$) و سازش نیافتگی اجتماعی ($P=0/146$) رابطه معنی‌داری نشان‌ندادند ولی مقدار P فروپاشی شخصیت ($P=0/012$) و فقدان استقلال ($P=0/007$) معنی‌دار بودند، یعنی درمان‌ها در این

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری خرده مقیاس‌های بلوغ عاطفی در پس آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	معنی‌داری	مجدورات	توان آماری
پیش آزمون	عدم ثبات عاطفی	۱/۴۱۹	۱	۱/۴۱۹	۰/۲۵۳	۰/۶۱۸	۰/۰۰۷	۰/۰۸
	بازگشت عاطفی	۰/۹۴۴	۱	۰/۹۴۴	۰/۱۶۰	۰/۶۹۲	۰/۰۰۴	۰/۰۷
	سازش نیافتگی اجتماعی	۳/۵۷۵	۱	۳/۵۷۵	۰/۲۵۳	۰/۶۱۸	۰/۰۰۷	۰/۰۸
	فروپاشی شخصیت	۲۸/۹۴۳	۱	۲۸/۹۴۳	۲/۴۹۹	۰/۱۲۲	۰/۰۶۳	۰/۳۴
گروه	فقدان استقلال	۲۳/۳۰۸	۱	۲۳/۳۰۸	۳/۲۳۱	۰/۰۸۰	۰/۰۸۰	۰/۴۲
	عدم ثبات عاطفی	۱۲/۳۲۹	۲	۶/۱۶۴	۱/۰۹۸	۰/۳۴۴	۰/۰۵۶	۰/۲۳
	بازگشت عاطفی	۲۴/۶۴۱	۲	۱۲/۳۲۰	۲/۰۸۳	۰/۱۳۹	۰/۱۰۱	۰/۴۰
	سازش نیافتگی اجتماعی	۵۷/۲۶۶	۲	۲۸/۶۳۳	۲/۰۲۹	۰/۱۴۶	۰/۰۹۹	۰/۳۹
خطا	فروپاشی شخصیت	۱۱۵/۸۰۴	۲	۵۷/۹۰۲	۵/۰۰۰	۰/۰۱۲	۰/۲۱۳	۰/۷۸
	فقدان استقلال	۸۱/۹۳۱	۲	۴۰/۹۶۶	۵/۶۷۹	۰/۰۰۷	۰/۲۳۵	۰/۸۳
	عدم ثبات عاطفی	۲۰۷/۶۹۹	۳۷	۵/۶۱۳	-	-	-	-
	بازگشت عاطفی	۲۱۸/۸۷۱	۳۷	۵/۹۱۵	-	-	-	-
کل	سازش نیافتگی اجتماعی	۵۲۲/۲۰۶	۳۷	۱۴/۱۱۴	-	-	-	-
	فروپاشی شخصیت	۴۲۸/۴۷۴	۳۷	۱۱/۵۸۰	-	-	-	-
	فقدان استقلال	۲۶۶/۹۰۶	۳۷	۷/۲۱۴	-	-	-	-
	عدم ثبات عاطفی	۲۵۱۷۱/۰۰۰	۴۵	-	-	-	-	-
کل	بازگشت عاطفی	۲۳۸۵۸/۰۰۰	۴۵	-	-	-	-	-
	سازش نیافتگی اجتماعی	۲۶۰۹۲/۰۰۰	۴۵	-	-	-	-	-
	فروپاشی شخصیت	۲۵۳۸۵/۰۰۰	۴۵	-	-	-	-	-
	فقدان استقلال	۲۶۰۷۳/۰۰۰	۴۵	-	-	-	-	-

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی (LSD) در پس آزمون

متغیر	گروه	تفاوت میانگین	مقدار P	ذهن آگاهی	تفاوت میانگین	مقدار P	تفاوت میانگین	گواه
بلوغ عاطفی	پذیرش و تعهد	-	-	-	-۴/۳۱۹	۰/۳۷۰	۱۷/۸۴۰*	۰/۰۰۱
	ذهن آگاهی	۴/۳۱۹	۰/۳۷۰	-	-	-	۱۳/۵۲۱*	۰/۰۰۷
	گواه	۱۷/۸۴۰*	۰/۰۰۱	۱۳/۵۲۱*	۰/۰۰۷	-	-	-

مداخله تفاوت معنی‌داری مشاهده نشده است ($p=0/370$). لذا طبق سؤال پژوهش حاضر، تأثیر دو روش شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و روان درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بلوغ عاطفی در افراد دارای اختلالات مصرف مواد محرز گردید.

جدول ۷ مقایسه دو روش درمانی در اثرگذاری را نشان می‌دهد، با توجه به تفاوت میانگین بین گروه پذیرش و تعهد و گروه گواه ($p=0/001$ ، $17/840$) و تفاوت میانگین بین گروه ذهن آگاهی و گروه گواه ($p=0/007$ ، $13/521$) در اثربخشی بین دو

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر پاسخگویی به این سؤال بود که آیا شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و روان درمانگری بر اساس پذیرش و تعهد بر بلوغ عاطفی افراد دارای سوء مصرف مواد اثربخش است؟ کدام یک اثربخش تر هستند؟ نتایج حاکی از آن بود که مداخله درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش نمرات بلوغ عاطفی در پس آزمون گردید یعنی منجر به بهبودی بلوغ عاطفی در افراد دارای اختلالات مصرف مواد شدند. با توجه به تفاوت میانگین، اثرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از درمان ذهن آگاهی بود ولی هر دو تأثیرگذاری معنی داری را نشان دادند. پژوهش‌هایی که نتایج آن بطور مستقیم در راستای پژوهش حاضر باشد مشاهده نگردید ولی با سایر نتایج یافته‌های یاد شده در پیشینه این تحقیق مانند نتایج پژوهش‌های مبارکی، عزت‌پور و احمدیان، ۱۳۹۷؛ الهی‌فر و انباری، ۱۳۹۵؛ کلدوی، برجعلی، فلسفی‌نژاد، سهرابی، ۱۳۹۰؛ آلفونسو، کاراکول، دلگادو و وردجو گارسیا، ۲۰۱۱) همسو می‌باشد که تأثیر درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی را بر اعتیاد تایید نموده بودند همچنین ثبات و بی‌ثبات بودن متغیر بلوغ عاطفی در اعتیاد را دخیل یافته بودند.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به رابطه بین بلوغ عاطفی و اعتیاد اشاره کرد و گفت افراد دارای اختلالات مصرف مواد در بلوغ عاطفی ضعف شدیدی را نشان می‌دهند. همانطوری که بلوغ عاطفی توانائی شناخت هیجانات خود و مدیریت کردن آنهاست به همین خاطر هنگامی که فرد در یک موقعیت دشوار قرار می‌گیرد میزان بلوغ عاطفی‌اش عامل تعیین‌کننده‌ای در میزان سازگاری با شرایط خواهد بود و با سطح سازگاری در محیط رابطه مثبت دارد و پیش‌بینی کننده سطح موفقیت افراد در زندگی محسوب می‌شود (محمودی، ۲۰۱۲؛ کور و آرورا، ۲۰۱۴؛ کاپری و رانی، ۲۰۱۴). افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در این توانائی‌ها عدم ثبات عاطفی را نشان می‌دهند و جهت از بین بردن این مشکلات سازگاری آنها، بهتر است که بنیه شخصیتی آنها تقویت گردیده تا به مشکلات هیجانی‌شان فایز آیند و از این طریق گامی جهت بهبود یافتن بردارند. تقویت با درمان‌ها و مداخلات روانشناختی بلوغ عاطفی در افراد دارای اختلالات مصرف مواد موجب کاهش این نقیضه می‌گردد. تقویت این بعد و تنظیم هیجانات از آن جهت

اهمیت می‌یابد که می‌تواند سطح موفقیت در زندگی و جلوگیری از عود را در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد پیش‌بینی نماید. در تبیین اثربخشی مثبت شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان گفت در درمان ذهن آگاهی که آگاهی از هیجانات و انگیزه‌های خود، افکار و رفتار و یا به عبارت دیگر نوعی توجه کردن خاص را شامل می‌شود، سه مؤلفه در آن نقش دارند: الف) بودن در حالا و اکنون ب) تعبیر بدون داوری ج) هدفمند بودن. چنین توجهی موجب پذیرش واقعیت و آگاهی در زمان حال می‌شود ولی در صورت نداشتن حضور کامل نمی‌توان به این مرحله دست یافت. این درمان از طریق تعدیل فرآیندهای روانی و عاطفی بر رشد و بلوغ عاطفی تأثیر می‌گذارد و موجب بهبودی آن در افراد دارای اختلالات مصرف مواد می‌شود و سوء استفاده و اشتیاق به مواد را کاهش می‌دهد (گارلاند و هاوارد، ۲۰۱۸). همچنین آموزش ذهن آگاهی می‌تواند انعطاف‌پذیری روانشناختی را بالا برده و عاطفه مثبت را تقویت نماید (گودرزی، قاسمی، میردیکوند و غلامرضایی، ۱۳۹۷) و موجب بهبودی بلوغ عاطفی گردد (فلاحیان، حاتمی، احدی و اسدزاده، ۱۳۹۸) که با بهبود بلوغ عاطفی از عود مصرف مواد نیز جلوگیری می‌نماید (پریدی و همکاران، ۲۰۱۸). از طرف دیگر با ذهن آگاهی می‌توان از فشارهای ناخواسته و یا از فشارهای ذهن خود رهایی یافت و حضور ذهن خود را از آینده و گذشته کند و به حال و اکنون معطوف داشت. وقتی فرد اینکار را بکند درونی و بیرونی واقعیت را درک می‌کند و در می‌یابد که ذهن هنگام تعبیر و تفسیر نشخوار درونی انجام می‌دهد. زمانی که فرد دریافت ذهن بصورت مداوم در حال بررسی و تفسیر است آن موقع بیشتر توجه خود را به افکار و احساساتش معطوف می‌دارد و بدون داوری آنها را تعبیر و تفسیر می‌کند و روابط واقعی آنها را در می‌یابد و موجب تنظیم بلوغ عاطفی در فرد می‌شود. چنین تمرینی به فرد امکان می‌دهد که بدانند افکار صرفاً افکار هستند و این افکار ممکن است درست نبوده و حقیقت نداشته باشند، در این زمان راحتتر می‌تواند این افکار را رها کند و از شر آنها آسوده شود. در نتیجه این عمل هیجان‌های منفی را تنظیم می‌نماید (مبارکی و همکاران، ۱۳۹۷).

در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد می‌توان اذعان کرد این دیدگاه بجای تمرکز به افکار و هیجانات آزارنده فرد، بیشتر ترغیب می‌کند تا با وجود مشکلات اساسی کارائی فرد را بالا ببرد و

نشان داد، اثربخش تر بودن درمان پذیرش و تعهد نسبت به درمان ذهن آگاهی را نیز نشان داد. بنابراین می توان بیان کرد که این مداخله موجب افزایش کارایی و کارکرد در عواطف و احساسات و به تبع آن بهبودی بلوغ عاطفی در افراد دارای اختلالات مصرف مواد شد. در تحقیق حاضر نقاط ضعف و همچنین محدودیت هایی نیز وجود داشت با توجه به شرایط نمونه انتخابی (نبودن مراکز ترک اعتیاد زنان در اردبیل) از جمله استفاده فقط از یک جنس (مرد) و همچنین دسترسی فقط به مراجعان خود معرف، عوامل مؤثر بر قابلیت اعتماد بیرونی را به خطر می اندازد و تجربه شرکت کنندگان در پیش آزمون که در پاسخ گویی به پس آزمون که با هم یکی هستند را آسان می کند در نتیجه عوامل مؤثر بر قابلیت اعتماد درونی را تهدید می کند لذا در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را در نظر گرفت و در استفاده از آزمون های همتا در پس آزمون برای مهار آشنایی با آزمون، ایده آل بنظر می رسد. پیشنهاد می شود در تحقیقات آتی در استان های دیگر از هر دو جنس استفاده شود تا معلوم شود در جنس زن نیز همین نتیجه تکرار می گردد و دوره پیگیری را نیز لحاظ نمایند تا اینکه قدرت تعمیم پذیری را بالا ببرد، و همچنین از نمونه بیشتری استفاده شود ولو اینکه چندین شهر را در بر گرفته باشد، همچنین پیشنهاد می گردد علاوه بر متغیر بلوغ عاطفی، ویژگی های مهم شخصیتی دیگری را در بیماران دارای سوء مصرف مواد که در پدید آیی این بیماری برجسته هستند را مد نظر داشته باشند. در رابطه با کاربردی بودن این پژوهش می توان گفت با این روش، بلوغ عاطفی در افراد دارای اختلالات مصرف مواد را می توان بهبود بخشیده و به تبع آن از عود اعتیاد جلوگیری نمود لذا به تمامی روانشناسان و درمانگران بالینی و نهادها و سازمان هایی که در این راستا به فعالیت می پردازند پیشنهاد می گردد تا از این روش های درمانی در مداخلات خود استفاده نمایند، همچنین با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می شود درمانگران از درمان های ذهن آگاهی و پذیرش و تعهد برای افرادی که در معرض احتمال ابتلا به سوء مصرف مواد را دارند نیز استفاده گردد.

منابع

آقایوسفی، علیرضا؛ اورکی، محمد؛ زارع، مریم و ایمانی، سعید (۱۳۹۲). اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در سوء مصرف کنندگان مواد. *مجله اندیشه و رفتار*، ۷(۲۶)، ۲۶-۲۶.

۱۷.

انعطاف پذیری روانشناختی را افزایش دهد. فرد وقتی در زمره افکار و احساسات ناکارآمد قرار می گیرد دچار انعطاف ناپذیری روانشناختی می شود (علیزاده موسوی و پیرجاوید، ۱۳۹۵). با بالا رفتن این انعطاف پذیری، بلوغ عاطفی نیز بهبود می یابد که می تواند از لغزش فرد کاسته و بر روی کاهش علائم در افراد وابسته به اختلالات مصرف مواد کمک نماید (کیانی و همکاران، ۱۳۹۱). هرچه به راهبردها، احساسات و تجارب منسوخ بیشتر بچسبیم، انعطاف پذیری روانی خویش را بیشتر از دست می دهیم. در تبیین دیگر یافته این پژوهش در مورد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد می توان گفت که یکی از اصول این درمان این است که تجربه کردن ناملایمات و پریشانی جزء بهنجار محسوب شده و زندگی با این رنج ها آمیخته می باشد. آدمی با اجتناب و پرهیز نمی تواند به تمایلاتش نزدیک شود. چرا نمی توانیم هم رنج نکشیم هم به خواسته هایمان برسیم؟ این مدل میان تحمل و پذیرش تمایز قایل می شود. تحمل با زجر همراه است و در خود، انفعال را مستتر دارد، حال آنکه پذیرش با درد (به جای زجر)، همراه است و انسان را از پویش باز نمی دارد، چه بسا پویندگی را به دنبال دارد. پس با آموزش این اصول فرد می تواند سطح سازگاری در محیط و سطح موفقیت در زندگی را بدست بیاورد (کور و آرورا، ۲۰۱۴؛ کاپری و رانی، ۲۰۱۴؛ محمودی، ۲۰۱۲). پذیرش این موضوع که زندگی ارزشمندانه با رنج همراه است و حرکت در مسیر ارزش ها مستلزم تعهد است و نیز اینکه واژه ها جای تجربه کردن را نمی گیرند، بنیان راهبردها و نیز فنون مورد استفاده در پذیرش و تعهد است، فرد یاد می گیرد چگونه در ناملایمات زندگی، آنها را زودگذر دانسته و این ناملایمات را پذیرش کند و عملی که زندگیش را بهبود می بخشد به آن پایبند باشد در نتیجه کیفیت زندگی سوء مصرف کنندگان مواد مخدر را بالا می برد (کشاورز افشار و همکاران، ۱۳۹۶).

در تبیین علت مقایسه درمان های پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی در مورد اثربخش بودن آنها بر متغیر بلوغ عاطفی در افراد دارای اختلالات مصرف مواد در پژوهش حاضر می توان گفت بنا به سابقه استفاده زیاد از این شیوه درمانی در مشکلات و اختلالات روانشناختی بخصوص در اعتیاد، و اینکه تأیید تأثیرات این درمان ها با توجه به مطالعات انجام گرفته قبلی، علت مقایسه این درمان ها در این پژوهش بوده است. علاوه از اینکه پژوهش حاضر اثربخشی هر دو درمان را بر بلوغ عاطفی در افراد دارای اختلالات مصرف مواد

مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بر اختلالات روانشناختی و الگوهای رفتاری دانشجویان دارای تیپ شخصیتی D. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۸)، ۴۹۰-۴۸۱.

فروزانفر، آزاده (۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اختلالات مصرف مواد: مروری نظری و پژوهشی. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳(۹)، ۱۶۰-۱۳۱.

فلاحیان، معصومه؛ حاتمی، حمیدرضا؛ احدی، حسن و اسدزاده، حسن (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش واقعیت درمانگری و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بلوغ عاطفی نوجوانان. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۹۰)، ۷۹۷-۷۸۷.

کویانی، حسین؛ حاتمی، ندا و شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده، *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۰(۴)، ۴۸-۳۹.

کشاوری افشار، حسین؛ برابری، اصغر؛ قاضی‌نژاد، نیکو و امیری، احمد (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش به مصرف و کیفیت زندگی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر. *فصلنامه علمی پژوهشی طب انتظامی*، ۷(۱)، ۶-۱.

کلدوی، علی؛ برجعلی، احمد؛ فلسفی نژاد، محمدرضا و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۰). اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت وانگیزش در افراد وابسته به مواد افیونی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۳(۴)، ۷۹-۶۹.

کیانی، احمدرضا؛ قاسمی، نظام الدین و پورعباس، علی (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 اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۶(۲۴)، ۳۶-۲۷.

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

مبارکی، روناک؛ عزت‌پور، عمالدین و احمدیان، حمزه (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجانی مصرف کنندگان مواد افیونی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۵(۵)، ۱۰۳-۹۲.

منصورنژاد، زهرا؛ پورسید، رضا؛ کیانی، فریبا و خدابخش، محمدرضا (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر تحول بلوغ

الهی‌فر، حسن و انباری، مدینه (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر تمایل به مصرف و تنظیم شناختی هیجان نوجوانان. *نهمین کنگره بین المللی روان‌درمانی (اجلاس آسیایی در بستر ارزش‌های فرهنگی)*، تهران.

امام دوست، زیبا؛ تیموری، سعید؛ خوی نژاد، غلامرضا و رجایی، علیرضا (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانگری بر تنظیم شناختی هیجان در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۸۹)، ۶۴۷-۶۵۵.

امیریان، کامران؛ مامی، شهرام؛ احمدی، وحید و محمدزاده، جهان‌شاه (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش تکانشگری افراد معتاد. *فصلنامه پرستار و پرشک در رزم*، ۵(۱۷)، ۴۵-۳۶.

ایمانی، رویا و محب، نعیمه (۱۳۸۸). رابطه بین بلوغ عاطفی مادران با اختلالات رفتاری فرزندانشان. *مجله زن و مطالعات خانواده*، ۲(۶)، ۴۹-۲۹.

حسینیان، سیمین؛ پردلان، نوشین؛ حیدری، حمید و سلیمی، سمانه (۱۳۹۳). تحلیل ساختاری فرسودگی شغلی پرستاران با مؤلفه‌های مبتنی بر پذیرش، تعهد و تنظیم هیجان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۴(۱۱۳)، ۴۶-۳۷.

دباغی، پرویز؛ اصغر نژاد فرید، علی اصغر؛ عاطف وحید، محمد کاظم و بوالهروی، جعفر (۱۳۸۶). اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره‌ای (ذهن آگاهی) و فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی در پیش‌گیری از عود مصرف مواد افیونی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳(۴)، ۳۷۵-۳۶۶.

سبزی، ندا و شیخ‌الاسلامی، راضیه (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای بلوغ عاطفی در رابطه بین الگوهای ارتباطی خانواده و همدلی. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱۲(۴۶)، ۱۵۳-۱۴۱.

سلیمی، سید حسین؛ حق نظری، علی؛ احمدی طهور سلطانی، محسن و زهره‌وند، منا (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ولع مصرف معتادین به هروین تحت درمان با متادون. *مجله روانشناسی بالینی*، ۸(۳۰)، ۳۲-۲۳.

سینگ، یاشویر و بهارگاوا، ماهیش (۱۳۷۸). *مقیاس بلوغ عاطفی (ابوالفضل کرمی، مترجم)*. تهران: نشر روان‌سنجی (نشر اصلی ۱۹۹۹).

صالحیان، مریم؛ احدی، حسن؛ کراسکیان موجمباری، آدیس و کربلایی محمد میگوئی، احمد (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی گروه درمانی

- meditation in the treatment of substance use disorders and preventing future relapse: neurocognitive mechanisms and clinical implications. *Journal of Substance Abuse and Rehabilitation*, (9), 103-114.
- Rafeedali, E. (2017). Influence of self-concept and emotional maturity on leadership Behavior of secondary schools Heads in Kerala, India. *European Journal of Education Studies*, 8(11), 11-19.
- Ramezani, Sh., Afkhamzadeh, A., Qorbani, H., Naimi, S. & Rahmani, S. (2019). Effect of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Substance Dependence Intensity and Cognitive Emotion Regulation in Patients Under Methadone Maintenance Treatment. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 7(3), 225-234.
- Segal, Z., Williams, J. & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based Cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Singh, D., Kaur, S. & Dureja, G. (2012). Emotional maturity differentials among university students, *Journal of physical education and sports managements*, 3(2), 41-45.
- Singh, Y., & Bhargava, M. (1974). *Emotional Maturity Scale*. New Delhi: Psycho-Educational Testing Centre.
- عاطفی دانشجویان دختر در آستانه ازدواج. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۵ (۳)، ۷۰-۱۵۸.
- ویلسون، کلی جی؛ گیفورد، الیزابت و بتن، سومیا (۱۳۹۳). پروتکل انفرادی پذیرش و تعهد برای سوء مصرف کنندگان مواد مخدر (فرهاد اصغری، میلاد خواجه پور، سعید دباغ قزوینی و سجاد بهرامی، مترجمان). تهران: انتشارات پژوهاک هنر و اندیشه (نشر اصلی ۱۹۹۸).
- همدمی، میثم؛ حکیم جوادی، منصور؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و قاسمی جوبنه، رضا (۱۳۹۶). مقایسه تاب آوری و بلوغ هیجانی در مردان وابسته و غیر وابسته به مواد. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۷ (۱۳)، ۱-۷.
- هیز، استیون سی و استروسال، کریک دی (۱۳۹۵). راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ابراهیم عزیزاده موسوی و فاطمه پیرجاوید، مترجمان). تهران: نشر فرا انگیرش (نشر اصلی ۲۰۰۴).
- Alfonso, J., Caracuel, A., Delgado-Pastor, L. & Verdejo-Garcia, A. (2011). Combined Goal Management Training and Mindfulness meditation improve executive functions and decision-making performance in abstinent polysubstance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 117(1), 78-81.
- Forman, E. & Herbert, J. (2009). *New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*. Hoboken, New Jersey: Wiley, 3(1), 263-265.
- Garland, E. & Howard, M. (2018). Mindfulness-based treatment of addiction: current state of the field and envisioning the next wave of research. *Addict Sci Clin Pract*, 13(1), 1-14.
- Joy, M. & Mathew, A. (2018). Emotional Maturity and General Well-Being of Adolescents. *Journal of Pharmacy*, 8(5), 01-06.
- Kapri, U. C., & Rani, N. (2014). Emotional Maturity: Characteristics and Levels. *International Journal of Technological Exploration and Learning*, 3(1), 359-361.
- Kaur, J., & Arora, B. (2014). Coping styles among teacher's trainees in relation to emotional maturity. Impact: *International Journal of Research in Humanities, Arts and Literature*, 2(4), 29-34.
- KiranSaimons, S., Nath Dutta, A. & Dey, S. (2016). Effect of emotional maturity on self- concept of adolescents – a study. *International Journal of Advanced Research (IJAR)*, 4(12), 2215-2222.
- Mahmoudi, A. (2012). Emotional maturity and adjustment level of college students. *Education Research Journal*, 2(1), 1-18.
- McCarney, RW., Schulz, J., & Grey, AR. (2012). Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(3), 279-299.
- Priddy, S., Howard, M., Hanley, A., Riquino, M., Friberg-Felsted, K. & Garland, E. (2018). Mindfulness