

## Comparing the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and mindfulness therapy on chronic pain in people with drug addiction

Mohsen Kandi<sup>1</sup>, Pegah Farokhzad<sup>2</sup>, Afsaneh Taheri<sup>3</sup>

1-PhD Student, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran (Corresponding Author). E-mail: Pegah.farokhzad22@gmail.com

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

Received: 03/02/2023

Accepted: 20/06/2023

### Abstract

**Introduction:** Not only can the experience of pain be a factor for drug use, but it can also be a motivation to use drugs again during and after treatment.

**Aim:** The purpose of the present study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and mindfulness-based therapy on chronic pain in People with drug addiction.

**Method:** The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group with one-month follow-up. The statistical population included people suffering from drug abuse who referred to addiction treatment clinics in Arak city in 2021. Using available sampling method, 60 people were selected and randomly put/ placed in experimental and control groups (20 people in each group). The research tool included the revised McGill Pain Questionnaire (2009). Mindfulness therapy was implemented in 8 sessions (90 minutes each session) and acceptance and commitment based therapy was also implemented in 8 sessions (90 minutes each session). Data were analyzed using SPSS-25 statistical software and covariance analysis.

**Results:** The results of covariance analysis for chronic pain in the post-test and follow-up phase showed/ demonstrated a significant difference ( $P=0.001$ ). Both treatments had a significant effect on the improvement of chronic pain, and it is worth noting that this effect was greater for the treatment group for whom the treatment was based on acceptance and commitment ( $P=0.01$ ).

**Conclusion:** Treatment based on acceptance and commitment showed more effectiveness in improving chronic pain compared to mindfulness. Therefore, the use of acceptance and commitment-based therapy is recommended to improve chronic pain in people suffering from drug abuse.

**Keywords:** Acceptance and commitment therapy, Mindfulness therapy, Chronic pain, Drug addiction

---

**How to cite this article:** Kandi M, Farokhzad P, Taheri A. Comparing the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and mindfulness therapy on chronic pain in People with drug addiction. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2023; 10(3): 119-133. URL: <https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1813-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

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

محسن کندی<sup>۱</sup>، پگاه فرخزاد<sup>۲</sup>، افسانه طاهری<sup>۳</sup>

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

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (مولف مسئول). ایمیل: Pegah.farokhzad22@gmail.com

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

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۳/۳۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۱۴

### چکیده

**مقدمه:** تجربه درد علاوه بر اینکه می‌تواند انگیزه مصرف مواد مخدر باشد، همچنین در مرحله درمان و پس از درمان نیز می‌تواند عاملی جهت مصرف دوباره مواد مخدر باشد.

**هدف:** هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن آگاهی بر درد مزمن در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر بود.

**روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر اراک در سال ۱۴۰۰ بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۶۰ نفر انتخاب و در گروه‌های آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) به صورت تصادفی جایدهی شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تجدید نظر شده درد مک‌گیل (۲۰۰۹) بود. درمان ذهن آگاهی در ۸ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز در ۸ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) اجرا شد. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ و تحلیل کوواریانس استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس برای درد مزمن در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری را نشان داد ( $P=0/001$ ). هر دو درمان بر بهبود درد مزمن اثربخشی چشمگیری داشت و این اثربخشی برای گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر بود ( $P=0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با ذهن آگاهی اثربخشی بیشتری بر بهبود درد مزمن نشان داد؛ بنابراین استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت بهبود درد مزمن در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر توصیه می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان ذهن آگاهی، درد مزمن، مواد مخدر

## مقدمه

امروزه مصرف مواد مخدر<sup>۱</sup>، با توجه به پیامدهای منفی بی‌شمار آن و وابستگی شدید به آن، به یک مشکل چندجانبه شخصی-اجتماعی-بهداشتی تبدیل شده است، که مهم‌ترین سرمایه ملی یک کشور را که همان منابع انسانی است تهدید می‌کند (پیکوک، لونگ، لارنی، کالج، هیکمن و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). مصرف مواد مخدر در ایران به یک مسئله بهداشت عمومی تبدیل شده است؛ به گونه‌ای که نرخ شیوع مصرف مواد مخدر در بزرگسالان تقریباً ۱۹ درصد است (خطیر، آذر، زکریایی، راد و رسولی، ۲۰۲۲). بررسی تجارب مصرف‌کنندگان مواد مخدر نشان می‌دهد که تجربه درد علاوه بر اینکه می‌تواند انگیزه مصرف مواد باشد، همچنین در مرحله درمان و پس از درمان نیز می‌تواند عاملی جهت مصرف دوباره مواد باشد (خمرنیا و پیوند، ۲۰۱۸). درد مزمن<sup>۳</sup> که شیوع آن در بیماران مبتلا به مصرف مواد مخدر بیشتر آشکار می‌گردد (وون، کاراموزیان و کر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷)، اغلب به وسیله یک آسیب فراهوانی می‌شود؛ اما با از بین رفتن عوامل اصلی درد، معمولاً به مدت طولانی باقی می‌ماند و نمی‌توان آن را به وسیله اصول آسیب‌شناسی توضیح داد (وانگ، سانگ، وانگ و زانگ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹). عدم توجه به تجربه درد مزمن در کنار مشکلات روانشناختی از جمله مسائلی بوده که طبق اظهارنظر افراد مصرف‌کننده مواد، مورد غفلت پزشکان و کادر درمان آن‌ها قرار می‌گیرد (گیلمر و بوسیری<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰). با توجه به اینکه در کنار عوامل زیستی و محیطی، عوامل روانشناختی مانند

نگرانی، ترس و استرس نیز می‌تواند فعال‌کننده درد باشند؛ بنابراین بر ضرورت و اهمیت درمان‌های روانشناختی برای بهبود تجربه درد مزمن تأکید شده است (اوریتس، پاتل، پوتز، مونترفانت، نگوین و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۸</sup> یکی از درمان‌های رایج موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری است که برای معتادان به مواد مخدر مورد استفاده قرار گرفته است و نتایج امیدوارکننده‌ای را نیز نشان داده است (اوساجی، اوجیمبا و احمد<sup>۹</sup>، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک درمان فرآیند محور است که آسیب روانی یا رنج روانی را ناشی از عدم انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌داند (هیز<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۹؛ خرم‌نیا، طاهری، فروغی و کریم‌زاده، ۲۰۱۸؛ بخشنده لاریمی، زبردست و رضایی، ۲۰۲۱). به نظر می‌رسد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تجربه درد مزمن و پابندی به درمان در معتادان، به واسطه افزایش انعطاف‌پذیری روانی و مقابله روانی سازگار با عوامل تحریک‌کننده مصرف دوباره مواد صورت می‌گیرد (مایا، سانتوس، کاسترو، ویرا و سیلوریا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۱).

اگرچه پژوهش‌ها به طور مستقیم به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود درد مزمن در معتادان نپرداخته‌اند، با این حال نتایج امیدوارکننده‌ای در این حوزه مشاهده می‌شود. برای مثال نشان داده شده که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل اندازه‌های تأثیر متوسط و بزرگی برای معیارهای پذیرش درد و انعطاف‌پذیری روانشناختی دارد (هوگس،

<sup>1</sup>- Drug addiction

<sup>2</sup>- Peacock, Leung, Larney, Colledge, Hickman & et al

<sup>3</sup>- Chronic pain

<sup>4</sup>- Voon, Karamouzian & Kerr

<sup>5</sup>- Ang, Song, Wang & Zhang

<sup>6</sup>- Gilmer & Bucciari

<sup>7</sup>- Urits, Patel, Putz, Monteferrante, Nguyen & et al

<sup>8</sup>- Acceptance and commitment therapy (ACT)

<sup>9</sup>- Osaji, Ojimba & Ahmed

<sup>10</sup>- Hayes

<sup>11</sup>- Maia, Santos, Castro, Vieira & Silveira

زین<sup>۶</sup> (۱۹۹۴) به‌عنوان صاحب‌نظر در این حوزه، ذهن-آگاهی را به‌عنوان تمرکز بدون قضاوت حواس در لحظه حال تعریف می‌کند. این درمان، شامل تمرین‌های آرامش‌بخش است که بر لحظه حال و آگاهی بدون قضاوت تمرکز می‌کند (بهن<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد که درمان ذهن‌آگاهی با توجه به اینکه منجر به افزایش تحمل پریشانی روانی در معنادان می‌گردد، می‌تواند نتایج اثربخشی برای این جمعیت داشته باشد (هسو، کولینز و مارلت<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳). همچنین در جمعیت‌هایی به غیر از مصرف‌کنندگان مواد مخدر، نشان داده شده که ذهن-آگاهی بر تجربه درد اثربخشی معناداری دارد (شکرانی، رضوان و منشئی، ۲۰۲۱؛ فرهنگی، ۲۰۱۹؛ خوش‌خطی، امیری مجد، بزازیان و یزدی نژاد، ۲۰۲۰؛ پارادوس-گاسکون، نارامبوئا، لیل - کوستا و ندرهوفستاد-رومن<sup>۹</sup>، ۲۰۲۱).

در مجموع 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، اورت، آداجی، سینگ، کلارک و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۱). وجود چنین تفاوت‌هایی می‌تواند زمینه اثربخشی متفاوت این دو مداخله باشد. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن‌آگاهی بر درد مزمن در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر انجام شد.

کلارک، کولاکاو، دله و مک‌میلن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). علاوه بر این نیز نشان داده شده که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری سنتی برای درد مزمن نتایج اثربخش‌تری دارد (وترل، افاری، رتلج، سورل، استودرد و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱)؛ البته نتایج ذکر شده و دیگر پژوهش‌های صورت گرفته در این حوزه با این محدودیت روبرو بوده‌اند که بر روی جمعیت افراد دچار اعتیاد صورت نگرفته است (سامانی، نجفی و بوگر، ۲۰۱۹؛ سلیمانی، میرپور، شیخ‌الاسلامی، خیالی، رفیعی و همکاران، ۲۰۲۲؛ جهانگیری، ۲۰۱۸؛ حسین‌پور و سمیعی، ۲۰۲۱).

مرور فراتحلیل‌های صورت گرفته از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درد مزمن حمایت می‌کند؛ ولی شواهد فعلی هنوز برای ایجاد نتیجه‌گیری قطعی در مورد مقرون به صرفه بودن و کارآمدتر بودن این مداخله کافی نیست (فلیو-سولر، مونتسین، گوتیرز-مارتینز، اسکات، مک‌کراکن و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مداخله‌های دیگر یکی از کارآمدترین راه‌ها جهت بررسی کارآمدی و مقرون به صرفه بودن نتایج آن برای جمعیت مبتلا به مصرف مواد بوده است (صحرائی، اسدی جوانشیر و خواجوند، ۲۰۲۰؛ روزبهی، رضایی و علیپور دولت‌آباد، ۲۰۱۷؛ عقیلی و مالک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸). درمان ذهن‌آگاهی<sup>۴</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>۵</sup>، ۲۰۱۵). کابات-

<sup>6</sup>- Kabat-Zinn

<sup>7</sup>- Behan

<sup>8</sup>- Hsu, Collins & Marlatt

<sup>9</sup>- Pardos-Gascón, Narambuena, Leal-Costa & Van-der Hofstadt-Román

<sup>10</sup>- Seshadri, Orth, Adaji, Singh, Clark & et al

<sup>1</sup>- Hughes, Clark, Colclough, Dale & McMillan

<sup>2</sup>- Wetherell, Afari, Rutledge, Sorrell, Stoddard & et al

<sup>3</sup>- Feliu-Soler, Montesinos, Gutiérrez-Martínez, Scott, McCracken & et al

<sup>4</sup>- Mindfulness therapy

<sup>5</sup>- Dimidjian & Segal

## روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر اراک در سال ۱۴۰۰ بود. با در نظر گرفتن این مورد که حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای مطالعات آزمایشی ۱۵ نفر است (کوئن و همکاران، ۲۰۰۲)، از میان افراد واجد شرایط ورود به پژوهش تعداد ۶۰ مرد به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۲۰ نفر، گروه درمان ذهن آگاهی ۲۰ نفر و گروه کنترل ۲۰ نفر) گمارده 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 آموزش و درمان روانشناختی، داشتن حداقل ۳۵ و حداکثر ۶۵ سال سن و دارای سواد خواندن و نوشتن. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل: شرکت نکردن در جلسه درمان برای ۲ جلسه متوالی، همکاری نکردن با درمانگر و انجام ندادن تکلیف اصلی پیشنهاد شده توسط درمانگر بود.

پژوهشگر پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه و شبکه بهداشت، هماهنگی با کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر اراک و اعلام فراخوان به معتادان مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد،

پرسشنامه تجدید نظر شده درد مک‌گیل را تهیه و در اختیار افراد شرکت کننده در پژوهش قرار داد. پرسشنامه پژوهش همچنین شامل توضیحاتی درباره هدف از اجرای پژوهش، علت تکمیل پرسشنامه و فرآیند پس از اجرای پرسشنامه بود. بعد از انتخاب نمونه لازم و انجام پیش-آزمون برای گروه‌ها، گروه آزمایش ۱ مداخله ذهن-آگاهی و گروه آزمایش ۲ مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت نمودند. بعد از اتمام مداخله‌ها، گروه‌های آزمایش و گروه کنترل به پرسشنامه تجدید نظر شده درد مک‌گیل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری پاسخ دادند. مداخله‌ها توسط نویسنده اول مقاله (دانشجوی دکترای روانشناسی) و با نظارت دو نویسنده همکار که اعضاء هیئت علمی دانشگاه بودند، در یکی از کلینیک‌های درمان ترک اعتیاد انجام شد. علاوه بر رضایت آگاهانه و محرمانه نگه داشتن اطلاعات شرکت‌کنندگان، همچنین امکان دریافت هر یک از مداخله‌ها برای گروه کنترل پس از پایان پژوهش به صورت رایگان از دیگر ملاحظه‌های اخلاقی پژوهش حاضر بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش نیز از روش‌های آمار توصیفی میانگین، انحراف معیار و نیز تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد. مداخله ذهن-آگاهی طبق پروتکل بایر (۲۰۰۶) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک‌بار برای گروه آزمایش ۱ اجرا گردید، که خلاصه آن در جدول ۱ ارائه شده است.

### جدول ۱ خلاصه جلسات آموزش ذهن آگاهی (بایر، ۲۰۰۶)

#### محتوای جلسه

#### جلسه

<b>اول</b>	اجرای پیش‌آزمون و آشنایی با درمان ذهن آگاهی ابتدا اجرای پیش‌آزمون و سپس معرفی آموزش ذهن آگاهی و تعریف آن و توضیح پیرامون علت اجرای این دوره آموزشی برای معنادان به مصرف مواد مخدر، توضیح پیرامون چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرینات ذهن آگاهی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزانه، مشارکت معنادان به مصرف مواد مخدر و یادداشت‌های روزانه درباره تمرین ذهن آگاهی، آموزش و انجام تمرینات مربوط به وضعیت‌های تمرینات مراقبه ذهن آگاهی (وضعیت نشستن روی صندلی، وضعیت خوابیده، نشستن به حالت چهار زانو، حالت لوتوس کامل، وضعیت دست‌ها) شروع برنامه آموزشی ذهن آگاهی
<b>دوم</b>	صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان در مورد ذهن آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته در برابر ذهن آرام با کمک بطری اکلیلی
<b>سوم</b>	انجام تکالیف ذهن آگاهی صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از ذهن آگاهی و تکرار تنفس ذهن آگاهانه و آموزش بادی اسکن
<b>چهارم</b>	اجرای درمان ذهن آگاهی با مثال تکرار تمرینات پایه تنفسی و آموزش آگاهی نسبت به زمان حال با کمک تمرین لیوان آب
<b>پنجم</b>	استفاده از تجربه آزمودنی‌ها و آموزش ذهن آگاهی صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از تمرینات ذهن آگاهی و آموزش خوردن ذهن آگاهانه به همراه تکرار تمرین تنفس ذهن آگاهانه و بادی اسکن
<b>ششم</b>	انجام تمرینات ذهن آگاهی تکرار تمرینات پایه تنفسی و تکرار تمرین خوردن ذهن آگاهانه و آموزش تمرین بوییدن ذهن آگاهانه و لمس کردن ذهن آگاهانه و انجام حرکات کششی ذهن آگاهانه
<b>هفتم</b>	مرور تمرینات جلسه قبل مرور تمرینات جلسات قبل، آموزش تمرین گوش دادن ذهن آگاهانه و انجام تمرین ذهن آگاهی نسبت به افکار «مراقبه رودخانه روان»، «تخته سفید نانوخته»، «ورود به شکاف بین افکار»
<b>هشتم</b>	جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون تکرار تمرینات پایه تنفسی و بادی اسکن، انجام تمرین ذهن آگاهی «عوض کردن کانال» و «افکار خودآیند منفی». مرور تمرینات جلسات قبل و آموزش مراقبه ذهن آگاهی 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 گروه آزمایش ۲ اجرا گردید. خلاصه مداخله اجرا شده در جدول ۲ ارائه شده است.

### جدول ۲ خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۱۹۹۹)

جلسه	محتوای جلسه
<b>اول</b>	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. بیان قوانین گروه و ده اصل تئوری انتخاب و ارائه تکلیف: تهیه لیستی از کارهایی که نمی‌توانند انجام دهند.
<b>دوم</b>	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.
<b>سوم</b>	بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی. تکلیف

چهارم	خانگی: ثبت مواردی که بیماران موفق به کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل شده‌اند. 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 تاب‌آوری، رابطه آن‌ها با دنیای کیفی و نیازهای بنیادین. آموزش طرح و برنامه‌ریزی برای رسیدن به خواسته‌ها. دادن تکلیف: انجام طرح و برنامه‌ریزی 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 ارزش‌ها. تکلیف خانگی: گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها و تفکر در مورد نتایج جلسات.
هشتم	جمع‌بندی مفاهیم ارائه شده، درخواست از اعضا برای ارائه دستاوردهایشان و برنامه‌شان برای زندگی.

## ابزار

**پرسشنامه تجدید نظر شده درد مک‌گیل<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط دورکین<sup>۲</sup> و همکاران به منظور بسط و تکمیل پرسشنامه قدیمی مک‌گیل با اضافه کردن نشانه‌های هر دو نوع درد نوروپاتی و غیر نوروپاتی در ۲۲ ماده و با اصلاح چهارچوب پاسخ و تبدیل آن با دامنه صفر تا ۱۰ در رابطه با شدت درد، بر روی ۸۸۲ نفر که دارای نشانه‌های متنوع درد بودند و همچنین ۲۲۶ بیمار مبتلا به دیابت با درد نوروپاتی که در آزمایش بالینی تصادفی شرکت کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی حاکی از وجود چهار خرده مقیاس درد پیوسته، درد متنوع، درد نوروپاتی و درد عاطفی بود. دورکین و همکاران (۲۰۱۵) مقدار آلفای کرونباخ نمره کل و خرده مقیاس پرسشنامه را ۰/۷۷ تا ۰/۹۳ و مقدار روایی همگرایی نمره کل و خرده مقیاس‌های پرسشنامه را با پرسشنامه کوتاه درد ۰/۲۴ تا ۰/۳۵ (P=۰/۰۰۱) گزارش نمودند. در ایران تنهایی، فتحی آشتیانی، امینی، واحدی و شقاقی (۲۰۱۱) مقدار آلفای کرونباخ بدست آمده برای خرده مقیاس‌های

پرسشنامه و نمره کل آن را بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۵ گزارش نمودند. برای تأیید روایی افتراقی پرسشنامه نیز نتایج نشان داد که این پرسشنامه و ابعاد آن در تمیز بیماران دارای درد و فاقد درد به صورت معناداری عمل می‌کند (P<۰/۰۱).

## یافته‌ها

همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، افراد شرکت کننده در گروه‌های پژوهش مرد بودند، از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی هم‌تاسازی شدند. از نظر وضعیت تاهل در هر گروه ۱۴ نفر (۷۰٪) متأهل و ۶ نفر (۳۰٪) مجرد؛ از نظر سطح تحصیلات ۷ نفر (۳۵٪) زیر دیپلم، ۸ نفر (۴۰٪) دیپلم و فوق‌دیپلم و ۵ نفر (۲۵٪) تحصیلات تکمیلی داشتند. از لحاظ سنی نیز دامنه سنی شرکت کنندگان ۳۰ الی ۵۵ سال بود و میانگین  $\pm$  انحراف معیار برای گروه‌های ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل به ترتیب  $37/15 \pm 4/15$ ،  $37/10 \pm 4/84$  و  $37/38 \pm 4/38$  بود. جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید، که نتایج نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها برای خرده

<sup>1</sup>- Short-Form Mc Gill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2)

<sup>2</sup>- Dworkin

این پیش فرض بود ( $P > 0.05$ ). در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی خرده مقیاس‌های درد مزمن به تفکیک گروه-های پژوهش ارائه شده است.

مقیاس‌های درد مزمن در هر سه گروه پژوهش رعایت شده است ( $P > 0.05$ ). برای بررسی همگنی واریانس خرده مقیاس‌های درد مزمن در گروه‌های پژوهش از آزمون لوین استفاده گردید که نتایج بیانگر رعایت شدن

جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
ذهن آگاهی	ادراک حسی درد	۴/۸۲	۲۶/۸۵	۱/۷۸	۲۴/۳۵	۳/۰۱
	ادراک عاطفی درد	۲/۳۸	۸/۶۰	۱/۸۲	۷/۶۰	۱/۵۰
	ارزیابی ادراک درد	۰/۶۸	۲/۸۰	۰/۵۲	۲	۰/۷۲
	دردهای متنوع	۱/۹۶	۸/۷۵	۱/۸۶	۷/۴۰	۱/۳۱
تعهد و پذیرش	ادراک حسی درد	۳/۶۷	۲۳/۷۰	۲/۵۱	۱۸/۶۵	۱/۷۵
	ادراک عاطفی درد	۱/۳۹	۶/۹۵	۰/۷۶	۵/۶۵	۰/۶۷
	ارزیابی ادراک درد	۰/۶۷	۲/۱۵	۰/۶۷	۱/۲۵	۰/۴۴
	دردهای متنوع	۲/۵۳	۶/۲۰	۱/۸۵	۴/۴۵	۰/۷۶
کنترل	ادراک حسی درد	۳/۷۱	۳۱/۱۰	۳/۶۷	۳۰/۹۵	۲/۵۸
	ادراک عاطفی درد	۱/۶۷	۱۱/۸۰	۱/۸۲	۱۱/۶۰	۲/۱۴
	ارزیابی ادراک درد	۰/۸۲	۳/۵۰	۰/۸۳	۳/۴۵	۰/۸۹
	دردهای متنوع	۳/۰۳	۱۱/۱۰	۲/۵۷	۱۰/۲۰	۳/۲۰

کنترل مشاهده نمی‌شود. برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در هر چهار خرده مقیاس متغیر درد مزمن در هر دو گروه آزمایش، پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون کاهش داشته است. این در حالی است که چنین کاهشی در گروه

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه نمره‌های پس آزمون با کنترل پیش آزمون‌های خرده مقیاس‌های درد مزمن

اثر	آزمون	ارزش F	درجه آزادی	درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	اثر بیلابیلی	۹/۳۳	۸	۱۰۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱
	لمبدای ویلکز	۱۷/۰۵	۸	۱۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
	اثر هتلینگ	۲۷/۲۹	۸	۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
	بزرگترین ریشه‌ی روی	۵۶/۴۲	۴	۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱



مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ حداقل یکی از خرده مقیاس‌های درد مزمن تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P=0/001$ ). جهت بررسی تفاوت‌های موجود، نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره در متن چند متغیره روی متغیرهای وابسته در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره در متن چندمتغیره روی نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون‌های خرده مقیاس‌های درد مزمن در گروه‌های آزمایش و کنترل

اثر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
گروه (پس‌آزمون)	ادراک حسی درد	۵۴۸/۶۰	۲	۲۷۴/۳۰	۳۷/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱
	ادراک عاطفی درد	۲۴۴/۲۴	۲	۱۲۲/۱۲	۵۰/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
	دردهای متنوع	۲۳۹/۰۷	۲	۱۱۹/۵۴	۳۵/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱
	ارزیابی ادراک درد	۱۷/۹۰	۲	۸/۹۵	۱۹/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱
گروه (پیگیری)	ادراک حسی درد	۱۵۱۸/۰۲	۲	۷۵۹/۰۱	۱۱۷/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
	ادراک عاطفی درد	۳۶۵/۱۷	۲	۱۸۲/۵۹	۹۵/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱
	دردهای متنوع	۳۳۳/۴۵	۲	۱۶۶/۷۳	۴۲/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
	ارزیابی ادراک درد	۵۰/۳۱	۲	۲۵/۱۵	۵۰/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱

زوجی بنفرونی جهت بررسی تفاوت بین گروه‌ها در خرده مقیاس‌های درد مزمن ارائه شده است. با توجه به اینکه نمرات پیش‌آزمون در تحلیل کوواریانس کنترل می‌گردد؛ بنابراین مقایسه زوجی نمرات پیش‌آزمون صورت نمی‌گیرد.

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که مقادیر F در هر چهار خرده مقیاس درد مزمن در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری را نشان می‌دهد ( $P=0/001$ ). این نتایج نشان می‌دهد که در هر کدام یک از خرده مقیاس‌ها حداقل بین دو گروه از گروه‌های پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. در جدول ۶ نتایج مقایسه

جدول ۶ نتایج مقایسه زوجی خرده مقیاس‌های درد مزمن در بین گروه‌های پژوهش

منبع تغییر	متغیر	مقایسه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
پس‌آزمون	ادراک حسی درد	ذهن آگاهی	پذیرش و تعهد	۳/۰۵	۰/۸۵
		پذیرش و تعهد	کنترل	-۴/۳۲	۰/۰۰۱
	ادراک عاطفی درد	ذهن آگاهی	پذیرش و تعهد	۱/۷۲	۰/۴۶
		پذیرش و تعهد	کنترل	-۳/۱۶	۰/۰۰۱
دردهای متنوع	ذهن آگاهی	پذیرش و تعهد	۲/۵۹	۰/۵۸	
		کنترل	-۲/۹۵	۰/۰۰۱	

۰/۰۰۱	۰/۵۸	-۴/۸۹	کنترل	پذیرش و تعهد	ادراک ارزیابی درد
۰/۰۱	۰/۲۱	۰/۶۴	پذیرش و تعهد	ذهن آگاهی	
۰/۰۰۶	۰/۲۱	-۰/۷۰	کنترل		ادراک حسی درد
۰/۰۰۱	۰/۲۱	-۱/۳۴	کنترل	پذیرش و تعهد	
۰/۰۰۱	۰/۸۱	۵/۷۴	پذیرش و تعهد	ذهن آگاهی	ادراک عاطفی درد
۰/۰۰۱	۰/۸۱	-۶/۵۷	کنترل	پذیرش و تعهد	
۰/۰۰۱	۰/۸۰	-۱۲/۳۲	کنترل	پذیرش و تعهد	دردهای متنوع
۰/۰۰۱	۰/۴۴	۲	پذیرش و تعهد	ذهن آگاهی	
۰/۰۰۱	۰/۴۴	-۳/۹۴	کنترل		پیگیری
۰/۰۰۱	۰/۴۴	-۵/۹۴	کنترل	پذیرش و تعهد	
۰/۰۰۱	۰/۶۳	۳/۰۳	پذیرش و تعهد	ذهن آگاهی	ادراک ارزیابی درد
۰/۰۰۱	۰/۶۳	-۲/۷۵	کنترل	پذیرش و تعهد	
۰/۰۰۱	۰/۶۳	-۵/۷۸	کنترل	پذیرش و تعهد	ادراک ارزیابی درد
۰/۰۰۵	۰/۲۲	-۰/۷۴	پذیرش و تعهد	ذهن آگاهی	
۰/۰۰۱	۰/۲۲	-۱/۴۶	کنترل		پیگیری
۰/۰۰۱	۰/۲۲	-۵/۲۰	کنترل	پذیرش و تعهد	

پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر هر چهار خرده مقیاس درد مزمن (ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، دردهای متنوع و ادراک ارزیابی درد) معتادان به مصرف مواد مخدر بود. این یافته همسو با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های هسو و همکاران (۲۰۱۳)؛ شکرانی و همکران (۲۰۲۱)؛ فرهنگی (۲۰۱۹)؛ خوش-خطی و همکاران (۲۰۲۰) و پارادوس-گاسکون و همکاران (۲۰۲۱) بود. در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که آموزش ذهن آگاهی با توجه به اینکه قضاوت‌های ذهنی و حالت‌های فاجعه‌انگاری را کاهش می‌دهد، می‌تواند با کاهش ادراک هیجانی و حسی درد و همچنین کاهش ارزیابی‌های منفی گردد. در همین رابطه باید توجه کرد که عوامل روانشناختی مانند نگرانی، ترس و استرس فعال کننده دردهای مزمن هستند (اوریتس و همکاران، ۲۰۲۰). در همین رابطه استفاده از آموزش‌های ذهن آگاهی مانند تمرکز بر آرامش بدنی و عدم قضاوت

نتایج بدست آمده از مقایسه زوجی بنفرونی در جدول ۶ نشان داد که هر دو گروه درمان ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش تعهد در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به صورت معناداری میانگین کمتری کسب نموده‌اند ( $P < 0/01$ )، که حاکی از اثربخشی هر دو مداخله و پایداری نتایج بدست آمده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که گروه درمان مبتنی بر پذیرش تعهد در مقایسه با گروه ذهن آگاهی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری خرده مقیاس‌های درد مزمن میانگین کمتری کسب کرده است ( $P < 0/01$ ) که حاکی از اثربخشی پایدار بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود.

## بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن آگاهی بر درد مزمن در معتادان به مصرف مواد مخدر بود. بخشی از یافته‌های

تکانشی و لحظه‌ای متأثر از احساس‌های ناخوشایند، منجر به کاهش تجربه درد مزمن در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر باشد. چرا که بخش عمده‌ای از ناتوانی در مدیریت دردهای مزمن و همچنین مصرف دوباره مواد مخدر، به ناتوانی مبتلایان در مدیریت احساس‌ها و وسوسه‌های احساسی و روانی مصرف دوباره مواد (اعزامی، پیلهورزاده و شریفی، ۲۰۲۰).

به نظر می‌رسد که تغییرات مثبت در ناتوانی مرتبط با درد با کاهش انعطاف‌ناپذیری روانشناختی به جای تغییر در فرآیندهای بالقوه رقابتی، از جمله ترس از حرکت و خود، واسطه می‌شود؛ بنابراین می‌توان این احتمال را داد که تمرین‌های مبتنی بر ارتباط با احساس‌ها و پذیرش آن‌ها، بدون تلاش برای اجتناب از آن‌ها، می‌تواند زمینه را برای رشد انعطاف‌پذیری شناختی و عدم تأثیرپذیری بیش‌ازحد از دردهای تجربه شده گردد؛ به عبارتی ارتقاء انعطاف‌پذیری این فرصت را فراهم می‌آورد که افراد با سوء مصرف مواد، دید گسترده‌تری از تجارب خود با توجه به زمینه‌ای که در آن قرار دارند، بدست آورند. همچنین در مورد بهبود تنوع دردها و ارزیابی دردها می‌توان گفت که 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 پابندی به درمان شکل می‌گیرد که می‌تواند از شدت تجربه دردهای مزمن بکاهد. 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

منفی از شرایط منفی موجود در اعتیاد، احتمالاً بتواند از شدت عوامل فعال‌کننده دردهای اعتیاد بکاهد. آموزش این تکنیک‌ها به بیماران مبتلا به اعتیاد می‌تواند میزان دردهای عضلانی و تنش‌های ذهنی و بدنی آنان را کاهش دهد؛ زیرا آنان با آگاهی از احساسات بدنی و جسمانی خود در طی این تکنیک‌ها، میزان آگاهی خویش را نسبت به مشکلات فیزیکی و درد خود بالا برده و نگرانی‌های فاجعه‌انگار را کاهش می‌دهد. در شرایطی که پاسخ‌های عاطفی به اعتیاد باعث افزایش ادراک درد می‌شود، استفاده از تکنیک‌های مانند تنفس بدنی و اسکن بدنی که مانع از عملکرد خودکار و مخرب پردازش عاطفی می‌شود، احتمالاً با کاهش دردهای حسی و عاطفی مرتبط با اعتیاد همراه گردد.

بخش دیگری از یافته‌های پژوهش بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هر چهار خرده‌مقیاس درد مزمن (ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، دردهای متنوع و ادراک ارزیابی درد) معتادان به مصرف مواد مخدر بود. این یافته همسو با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های هوگس و همکاران (۲۰۱۷)؛ وترل و همکاران (۲۰۱۱)؛ سامانی و همکاران (۲۰۱۹)؛ سلیمانی و همکاران (۲۰۲۲)؛ جهانگیری (۲۰۱۸) و حسین پور و سمیعی (۲۰۲۱) 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 به‌جا 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

رفتارهای سلامت محور تأکید بیشتری دارد. این درحالی است که درمان ذهن آگاهی عمده تمرکز و تلاش خود را بر تقویت حالت ذهنی فرد بر پایه تمرکز بدون قضاوت در زمان حال می‌گذارد (دیمیدجیان و سگال، ۲۰۱۵). بنابراین می‌توان این استدلال را مطرح کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد 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، در مقایسه با درمان ذهن آگاهی که بر چنین رفتارهای ملموس و عینی تمرکز ندارد، اثربخشی بیشتری بر کاهش درد مزمن 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 مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. با توجه به اینکه افراد دچار اعتیاد به مواد مخدر معمولاً تا حدودی ظرفیت عصبی مختل شده، حتی بعد از فرآیند سم‌زدایی را دارند (اعزامی و همکاران، ۲۰۲۰)، احتمالاً در کار با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و انجام تمرین‌های آن راحتی بیشتری داشته و متعاقباً اثر بیشتری دریافت نموده‌اند.

### نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج بدست آمده نشان داد که هر دو درمان ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود درد مزمن افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر اثربخش هستند؛ اما اثربخشی برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر بود. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، احتمالاً درمان کارآمدتری از درمان ذهن آگاهی برای بهبود درد

شرایط فعلی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر، احتمالاً انگیزه لازم را برای پیروی از درمان و کاهش دردهای مزمن تقویت می‌کند. چرا که پیروی از درمان احتمالاً بهترین پاسخ برای ارضای نیازها و کاستن از ناراحتی‌های حال حاضر آن‌ها است (اوساجی و همکاران، ۲۰۲۰). افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر احتمالاً با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، بتوانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند و در نتیجه درد کمتری را تجربه کنند.

در نهایت نتایج بدست آمده حاکی از اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان ذهن-آگاهی بر خرده مقیاس‌های درد مزمن 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، قاسمی و پورعباس (۲۰۱۳) 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 درمان، حجم نمونه و متغیر وابسته، نمی‌تواند متضاد با پژوهش حاضر تلقی گردد. همچنین نتایج مطالعه فلیو-سولر و همکاران (۲۰۱۸) نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش تعهد در مقایسه با دیگر درمان‌های شناختی- رفتاری مانند ذهن آگاهی اثر بزرگتری بر شاخص‌های هیجانی و رفتاری دارد، که این یافته تا حدودی همسو با یافته پژوهش حاضر بود. در تبیین این یافته باید به این مورد توجه کرد که درمان مبتنی بر پذیرش تعهد در مقایسه با درمان ذهن آگاهی، بر بهبود

- Adherence among Patients Referred to Addiction Treatment Centers. *Addiction & health*, 12(1), 1-10. (In Persian)
- Bakhshandeh Larimi N, Zebardast A, Rezaei S. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive flexibility, rumination, and distress tolerance in persons with Migraine headache. *Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry*, 8(2), 74-87. (In Persian)
- 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.
- Dimidjian S, Segal ZV. (2015). Prospects for a clinical science of mindfulness-based intervention. *American Psychologist*, 70(7), 593-620.
- Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, ... & Melzack R. (2009). Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). *Pain*, 144(1-2), 35-42.
- Farhangi A. (2019). Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy Chronic Pain Management on Psycho-Social Function in Women with Breast Cancer. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*, 8(30), 11-28. (In Persian)
- Feliu-Soler A, Montesinos F, Gutiérrez-Martínez O, Scott W, McCracken LM, Luciano JV. (2018). Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: a narrative review. *Journal of pain research*, 2145-2159.
- Gilmer C, Buccieri K. (2020). Homeless patients associate clinician bias with suboptimal care for mental illness, addictions, and chronic pain. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, 1-7.
- Hayes SC. (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.

مزمین افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر است. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت در دسترس بود؛ بنابراین محدودیت عمده پژوهش عدم نمونه‌گیری تصادفی و در نتیجه کاهش تعمیم‌پذیری نتایج بود. همچنین 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 بیشتر آن در مقایسه با دیگر درمان‌ها نیز مورد بررسی قرار گیرد.

### سپاسگزاری

این مطالعه حاصل رساله دکترای روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن با کد اخلاق IR.IAU.R.REC.1401.020 است، و بدون دریافت هیچ‌گونه حمایت مالی از موسسه یا سازمان خاصی صورت گرفت. نویسندگان مقاله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش نهایت تقدیر و تشکر را دارند. نویسندگان مقاله اعلام دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

### References

- Aghili SM, Malek F. (2018). Comparison of the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and cognitive therapy based on mindfulness on spiritual health and blood pressure of hemodialysis patients in Gorgan. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 8(5), 81-94. (In Persian)
- Azami M, Pilevarzadeh M, Sharifi N. (2020). The Effect of Information Therapy on Treatment

- Hosseinpour M, Samiei L. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Acceptance of Pain in Female Patients with Multiple Sclerosis. *JAP*, 11(4), 30-40. (In Persian)
- Hsu SH, Collins SE, Marlatt GA. (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.
- Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 33(6), 552-568.
- Jahangiri MM. (2018). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Intensity Pain in Patients with Multiple Sclerosis. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 8(2), 116-127. (In Persian)
- Khammamia M, Peyvand M. (2018). The reasons of return to drug addiction and suggested solutions among the people referring to rehabilitation centers: A Qualitative Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 17(6), 523-538. (In Persian)
- Khatir IG, Azar MS, Zakariaei Z, Rad HRR, 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. (In Persian)
- Khoramniya S, Taheri AA, Mohammadpour M, Foroughi AA, Karimzadeh Y. (2018). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on interpersonal sensitivity and psychological flexibility in students with social anxiety: A randomized clinical trial. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 8(1), 15-27. (In Persian)
- Khoshkhatti N, Bazzazian S, Yazdinezhad A. (2020). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on pain intensity of renal patients under hemodialysis. *Anesthesiology and Pain*, 11(1), 1-13. (In Persian)
- Kiani A, Ghasemi N, Pourabbas A. (2013). The comparison of the efficacy of group psychotherapy based on acceptance and commitment therapy, and mindfulness on craving and cognitive emotion regulation in methamphetamine addicts. *Scientific Quarterly Research on Addiction*, 6(24), 27-36. (In Persian)
- Maia MFC, Santos BFD, Castro LCD, Vieira NST, Silveira PSD. (2021). Acceptance and Commitment Therapy and Drug Use: A Systematic Review. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 31, 1-10.
- 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.
- Pardos-Gascón EM, Narambuena L, Leal-Costa C, Van-der Hofstadt-Román CJ. (2021). Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1), 100197.
- Peacock A, Leung J, Lamey S, Colledge S, Hickman M, Rehm J, ... & Degenhardt L. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113(10), 1905-1926.
- Roosbehi M, Rezaei AM, Alipour Dolatabad A. (2017). Comparing the effectiveness of group-based acceptance and commitment and schematic therapies on early maladaptive schemas in addicted patients of Shiraz hospitals, Iran. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 15(3), 339-346. (In Persian)
- Sahraei M, Asadi J, Khajevand Khoshli A. (2020). Compare the Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Group Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Cognitive Strategies of Emotional Regulation in Addicts with Antisocial Personality Disorder. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 12(3), 82-91. (In Persian)

- Samani MG, Najafi M, Bouger IR. (2019). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and physiotherapy on quality of life and pain catastrophizing in patients with chronic pain. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, 21(6), 271-275. (In Persian)
- Seshadri A, Orth SS, Adaji A, Singh B, Clark MM, Frye MA, 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.
- Shokrani C, Manshaei G. (2021). Effectiveness of Mindfulness Therapy on Sleeping Quality, and Pain Catastrophizing in the Women Suffering from Osteoporosis in the City Of Isfahan. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 64(1), 2670-2680. (In Persian)
- Soleimani R, Mirpour ZS, Sheikholeslami F, Khiali A, Rafiee E, Gholami A, Shafiei Rezvani Nejad K. (2022). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Pain in Patients with Chronic Low Back Pain. *Journal of Health System Research*, 18(1), 39-45. (In Persian)
- Tanhaei Z, Fathi Ashtiani A, Amini M, Vahidi H, Shaghghi F. (2011). Validation of the revised McGill pain questionnaire on patients with IBS. *Journal of Gastroenterology*, 17(2), 91-96. (In Persian)
- Urits I, Patel M, Putz ME, Monteferrante NR, Nguyen D, ... & Viswanath O. (2020). Acupuncture and its role in the treatment of migraine headaches. *Neurology and therapy*, 9(2), 375-394.
- Voon P, Karamouzian M, Kerr T. (2017). Chronic pain and opioid misuse: a review of reviews. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 12(1), 36-43.
- Wang H, Song T, Wang W, Zhang Z. (2019). TRPM2 participates the transformation of acute pain to chronic pain during injury induced neuropathic pain. *Synapse*, 73(10), e22117.
- Wetherell JL, Afari N, Rutledge T, Sorrell JT, Stoddard JA, Petkus AJ, ... & Atkinson JH. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098-2107.