



(DOI): 10.22059/JAPR.2022.329366.643957

اثربخشی گروه‌درمانی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کمال‌گرایی مثبت و منفی در مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی در مقایسه با درمان‌های رایج

Effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention Group Therapy and Treatment as Usual on Positive and Negative Perfectionism in Men with Opioid Use Disorder: A Comparative Investigation

Rezvaneh Asadi Asadabad

Saeed Imani

Jalil Fathabadi

Alireza Noroozi

رضوانه اسدی اسدآباد *

سعید ایمانی **

جلیل فتح‌آبادی ***

علیرضا نوروزی ****

Abstract

The purpose of this study was to compare mindfulness-based relapse prevention (MBRP) group therapy and treatment as usual (TAU) in terms of their effectiveness on positive and negative perfectionism in men with opioid use disorder (OUD). The method of this study, due to its purpose, is an applied research and its method, in terms of the way of data collection, is an experiment with a pre-test-post-test. The population included men with opioid use disorder who were referred to Iranian National Center for Addiction Studies in Tehran in 2018. 36 patients were selected as the sample and randomly assigned to two groups: one group received a combination of MBRP group therapy and TAU and the other was treated with TAU only. Participants completed the Positive and Negative Perfectionism Scale (PANPS) at pretest, posttest, and follow-up. Data were statistically analyzed using a mixed-design ANOVA model. SPSS software (version 22) was used for data analysis. The results showed that none of the intergroup, intragroup, and interactive sources of variation in positive perfectionism were statistically significant. For negative perfectionism, the differences between the study phase groups were significant. The Bonferroni method was applied to examine the difference scores in the test phases and showed that the mean score decreased significantly in the posttest and follow-up phases compared with the pretest. According to these results, MBRP was effective in reducing negative perfectionism, but we cannot find any differences in the effectiveness of the therapies. These results indicate that MBRP can be considered an effective therapeutic approach for reducing negative perfectionism in individuals with OUD.

Keywords: Addiction, Positive Perfectionism, Negative Perfectionism, Mindfulness, Opioid Use Disorder.

چکیده

هدف از این مطالعه، مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBRP) و درمان‌های رایج بر کمال‌گرایی مثبت و منفی در مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی بود. روش مطالعه حاضر به لحاظ هدف کاربردی و از نظر نحوه گردآوری اطلاعات، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه آماری را مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۸ به مرکز ملی مطالعات اعتیاد در شهر تهران مراجعه کرده بودند. ۳۶ بیمار به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی به همراه درمان‌های رایج و درمان‌های رایج به‌تنهایی قرار گرفتند. آزمودنی‌ها پرسشنامه کمال‌گرایی مثبت و منفی (PANPS) را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس آمیخته و نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۲) تحلیل شدند. یافته‌ها نشان می‌دهد تفاوت مراحل آزمون، عضویت گروهی و تعامل مراحل آزمون و گروه برای کمال‌گرایی مثبت معنادار نیست. برای کمال‌گرایی منفی تفاوت درون‌گروهی مراحل آزمون ($F=7/69$ و $P=0/005$) معنادار است. به‌منظور بررسی نقطه‌های تفاوت در مراحل آزمون از مقایسه زوجی بن‌فرونی استفاده شد که نشان می‌دهد نتایج در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش معناداری داشته است ($p=0/05$)؛ بنابراین MBRP در کاهش کمال‌گرایی منفی اثربخش بوده است، اما در مقایسه با درمان‌های رایج اثربخشی بیشتری نداشته است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند رویکردی مؤثر در کاهش کمال‌گرایی منفی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد باشد.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد، کمال‌گرایی مثبت، کمال‌گرایی منفی، ذهن‌آگاهی، اختلال مصرف مواد افیونی.

* کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

** نویسنده مسئول: استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

*** دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

**** روانپزشک، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

Email: s_imani@sbu.ac.ir

Received: 23 Aug 2021

Accepted: 26 Oct 2021

پذیرش: ۰۴/۱۰/۲۰۲۱

نوع مقاله: علمی پژوهشی

دریافت: ۰۱/۰۶/۲۰۲۱

مقدمه

مصرف الکل و مواد مخدر یکی از مشکلات اساسی سلامت محسوب می‌شود. براساس گزارش دفتر مواد مخدر و جرائم سازمان ملل متحد (UNODC)^۱ در سال ۲۰۱۹، تعداد ۳۵ میلیون نفر در سطح جهان با اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد مواجه هستند. براساس همین گزارش، مصرف مواد افیونی عامل مرگ دوسوم از ۵۸۵۰۰۰ نفری است که در نتیجه مصرف مواد در سال ۲۰۱۷ جان خود را از دست داده‌اند. در سال ۲۰۱۷، یازده میلیون نفر در سطح جهان مواد تزریق کرده‌اند که از این میان ۱/۴ میلیون نفر دچار HIV و ۵/۶ میلیون نفر دچار هپاتیت C هستند (دفتر مواد مخدر و جرائم سازمان ملل متحد، ۲۰۱۹)؛ بنابراین در حال حاضر اعتیاد و پیامدهای آن یکی از معضلات اساسی جوامع محسوب می‌شود.

رفتارهای تکانشی و اجباری از جمله اعتیاد می‌توانند نشان‌دهنده وجود اختلال در راهبردهای تنظیم هیجان باشند (آبراموویتز و برن باوم، ۲۰۰۷). تابس، براتسلوسکی و بامیستر (۲۰۰۱) در پژوهش خود دریافتند به دنبال القای هیجان منفی، رفتارهای تکانشی تنها زمانی رخ می‌دهند که افراد باور داشته باشند می‌توانند خلقشان را تنظیم کنند و تغییر دهند. کوپر، فرون، راسل و مودار (۱۹۹۵) نیز در مطالعه خود نشان دادند یکی از انگیزه‌های افراد برای مصرف الکل، تنظیم هیجان‌های مثبت و منفی خود است. پژوهش دیگری نشان داده است استفاده از الکل به منزله راهبردی برای مقابله با هیجان‌های منفی، مصرف طولانی مدت الکل و وابستگی به آن را پیش‌بینی می‌کند (هولاهان، موس، هولاهان، کراون کایت و رندال، ۲۰۰۱). درباره مصرف مواد نیز شواهد پژوهشی حاکی از ارتباط مقابله با هیجان‌های منفی و افزایش مصرف مواد است (استورات، کارپ، پیهل و پیترسون، ۱۹۹۷ به نقل از دیرینگ، استویگ و تانگنی، ۲۰۰۵)؛ بنابراین هیجان‌های منفی و شناخت‌ها و باورهایی که منجر به هیجان‌های منفی می‌شوند، از جمله عوامل خطری محسوب می‌شوند که می‌توانند احتمال عود را افزایش دهند.

از جمله عوامل ایجادکننده هیجان منفی می‌توان به کمال‌گرایی منفی^۲ اشاره کرد که به معنای تلاش برای رسیدن به هدف به منظور اجتناب از پیامدهای منفی است (ایگان، ۲۰۰۵). در مقابل، کمال‌گرایی مثبت^۳ به معنای انگیزه برای دستیابی به اهداف به منظور ایجاد نتایج مثبت و لذت‌بخش است (ایگان، ۲۰۰۵). در واقع کمال‌گرایی مثبت به شناخت‌ها و رفتارهایی مربوط می‌شود که معطوف دستیابی به اهداف برای کسب پیامدهای مثبت هستند و با تقویت مثبت و انگیزه برای موفقیت برانگیخته می‌شوند (ایگان، ۲۰۰۵). ابوالقاسمی، احمدی و کیامرثی (۱۳۸۶) در بررسی ارتباط فراشناخت و کمال‌گرایی با پیامدهای روان‌شناختی در افراد معتاد به مواد مخدر نتیجه گرفتند سطوح بالای کمال‌گرایی منفی سبب افزایش پیامدهای روان‌شناختی منفی می‌شود و سطوح بالای کمال‌گرایی مثبت، پیامدهای روان‌شناختی منفی در معتادان را کاهش می‌دهد. نتایج پژوهش دیگری که به منظور مقایسه کمال‌گرایی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد

1. united nations office on drugs and crime

2. negative perfectionism

3. positive perfectionism

و افراد بهنجار انجام شده بود، نشان می‌دهد میانگین نمره کمال‌گرایی مثبت در افراد معتاد کمتر از افراد بهنجار است. در واقع براساس یافته‌های این پژوهش، افراد مبتلا به دلیل ناتوانی در پذیرش محدودیت‌ها و نقص‌های خویش، خود را کامل و بدون نقص توصیف می‌کنند، اما از سوی دیگر به این دلیل که از درون احساس کم‌ارزشی یا بی‌ارزشی می‌کنند، در مقایسه با افراد بهنجار، کمال‌گرایی مثبت پایین‌تری دارند. در واقع این افراد هنگام رویارویی با شکست، خود را سرزنش می‌کنند و به دنبال کامل‌بودن هستند که این مسئله، گرایش به سمت مصرف مواد را افزایش می‌دهد (رنجبر نوشری، محمود علیلو، اسدی مجره، قدرتی و نجار مبارکی، ۱۳۹۱)؛ بنابراین یافته‌های پژوهشی حاکی از بالاتر بودن میزان کمال‌گرایی منفی در افراد مبتلا به اختلالات اعتیادی است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند کمال‌گرایان در مقایسه با سایر افراد مقاومت بیشتری به روان‌درمانی نشان می‌دهند (هویت، فلت، میکیل، کیلی و ژانگ، ۲۰۱۸). برای مثال مک‌کویین و کارلسون (۲۰۰۴) در پژوهش خود نشان دادند در میان افرادی که برای درمان اعتیاد مراجعه کرده بودند، آن‌هایی که کمال‌گرایی بیشتری داشتند، در مقایسه با دیگران بیشتر درمان را ترک می‌کردند.

در سال‌های اخیر، درمان‌گران و پژوهشگران (برای مثال، بوئن و همکاران، ۲۰۰۹)، تمرین‌های ذهن‌آگاهی^۱ را چه به‌تنهایی و برای درمان مستقل و چه در کنار درمان‌های دیگر در برنامه درمان اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد به‌کار برده‌اند؛ زیرا افرادی که دچار اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد هستند، در مقایسه با سایر افراد سطوح پایین‌تری از ذهن‌آگاهی دارند (شوری، براسفیلد، اندرسون و استوارت، ۲۰۱۴). ذهن‌آگاهی به‌صورت آگاهی بدون ارزیابی و مشاهده احساسات، افکار و رفتارهای خود همان‌طور که در حال رخ‌دادن هستند، تعریف می‌شود (کارلسون، ۲۰۱۳). وقتی افراد به هیجان‌ها، احساسات و افکارشان توجه می‌کنند، خود را بی‌هیچ قضاوتی می‌بینند و توجه خود را بر زمان حال متمرکز می‌کنند. در واقع ذهن‌آگاهی در فرایند درمان به افراد کمک می‌کند به افکار و احساسات خود توجه کنند، بدون آنکه با محتوای آن‌ها مواجه شوند (کابات زین، ۱۹۸۲).

یکی از چالش‌های پیش‌روی افراد وابسته به مواد، کنار آمدن با تجربه‌ها، افکار و احساسات درونی ناخوشایند آنان است؛ چراکه فکر می‌کنند این افکار و احساسات بخشی از وجود آن‌هاست (کنگ، اسموسکی و روبینز، ۲۰۱۱). از لحاظ نظری ذهن‌آگاهی و پذیرش تجربه لحظه حال این امکان را به افراد می‌دهد تا به‌سرعت به احساس ولع پاسخ ندهند، بلکه آن را تجربه کنند تا به‌تدریج کاهش پیدا کند و از بین برود. این امر موجب می‌شود افراد توانایی مواجهه با درد و هیجانات منفی را کسب کنند، بدون اینکه به این عوامل که به رفتارهای تکانشی مانند مصرف مواد منجر می‌شوند، واکنش افراطی نشان دهند (گیلبرت، ۲۰۱۴). یکی از درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی که در اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد به‌کار گرفته می‌شود، پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۲ (MBRP) است که تلفیقی از مهارت‌های شناختی-رفتاری در پیشگیری از عود و تمرین مراقبه ذهن‌آگاهی محسوب می‌شود. هدف از این درمان افزایش آگاهی به برانگیزاننده‌ها و

1. mindfulness

2. Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)

عکس‌العمل‌های عادت‌ی، ایجاد ارتباط جدید با این تجارب و یادگیری مهارت‌های عینی برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر است (بوئن، چاولا و مارلات، ۲۰۱۱).

درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با درمان‌های سنتی و رایج مزایایی دارد (برور، الوافی و دیویس، ۲۰۱۳). درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانایی فرد را برای در تماس بودن با احساسات منفی خود که مکرر به عود منجر می‌شوند، بهبود می‌بخشد و برخلاف رویکردهای دیگر، فرد را به تلاش برای حذف یا اجتناب از محرک‌هایی که زمینه‌ساز عود هستند، تشویق نمی‌کند. به‌علاوه، تمرین‌های ذهن‌آگاهی به افراد مصرف‌کننده مواد کمک می‌کند تا بتوانند حالات هیجانی و احساسات بدنی خود را که منجر به عود می‌شوند، پیش از شدت گرفتن این حالات بشناسند و به این ترتیب تا حد زیادی از عود پیشگیری کنند (چیسا و سرتی، ۲۰۱۴).

نتایج پژوهش‌ها درباره مقایسه درمان‌های رایج با درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مورد اعتیاد نشان می‌دهد افرادی که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی از جمله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی را دریافت کرده‌اند و سطح بالاتری از انتظارات منفی به مصرف مواد پیدا کرده‌اند، سطح افسردگی و اضطراب در آن‌ها کاهش بیشتری یافته است. همچنین این افراد در برابر گروه درمان‌های رایج پذیرش بیشتر و قضاوت کمتری داشتند (سانچو و همکاران، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد سطح ذهن‌آگاهی در افراد کمال‌گرا کمتر از سایر افراد است (فلت، نپون، هویت و رز، ۲۰۲۱). دلایل مختلفی برای پایین بودن سطح ذهن‌آگاهی در این افراد وجود دارد؛ برای مثال ذهن‌آگاهی بر تمرکز روی لحظه حال و تجربه کردن زندگی در اینجا و اکنون تأکید دارد. این ویژگی ذهن‌آگاهی با تمایل شدید افراد کمال‌گرا برای انجام دادن کارها و تلاش برای رسیدن به اهداف آینده و اجتناب از پیامدهای منفی تضاد دارد. افراد کمال‌گرا برای اینکه احساس خوبی درباره خودشان داشته باشند و احساس ارزشمندی کنند، نیاز دارند همیشه در تکاپو و مشغول انجام کاری باشند. این ویژگی آن‌ها با تأکید ذهن‌آگاهی بر زندگی در لحظه حال هماهنگ نیست. افراد کمال‌گرا همیشه مشغول فکر کردن درباره اهداف آینده یا نشخوارهای فکری در مورد اشتباهات گذشته هستند و این موضوع سطح ذهن‌آگاهی را در آن‌ها کاهش می‌دهد.

بنابراین با توجه به آنچه گفته شد، کمال‌گرایی منفی دربرگیرنده نوعی خودارزیابی منفی است که سبب ایجاد هیجان‌های ناخوشایند در فرد می‌شود. این هیجان‌ات منفی نیز یکی از عوامل شناخته‌شده مصرف مواد و عود آن است (کانا و گریسون، ۲۰۱۳). همچنین کمال‌گرایی منفی می‌تواند در روند درمان اختلال ایجاد کند و مانع پیشرفت آن شود. به‌علاوه، کمال‌گرایان معمولاً سطح ذهن‌آگاهی پایین‌تری از سایر افراد دارند؛ بنابراین کمال‌گرایی از جمله متغیرهایی است که توجه به آن در افراد مبتلا به اختلالات اعتیادی از اهمیت بالایی برخوردار است. از آنجا که کمال‌گرایی منفی دربردارنده خودارزیابی‌های منفی است و درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز بر نبود قضاوت و ارزیابی تأکید می‌کنند، این فرضیه مطرح می‌شود که ذهن‌آگاهی می‌تواند به کاهش کمال‌گرایی منفی کمک کند و سبب افزایش سطح کمال‌گرایی مثبت شود؛ بنابراین پژوهش حاضر فرضیه‌های زیر را آزموده است:

۱. گروه‌درمانی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش کمال‌گرایی منفی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی مؤثر است.
۲. گروه‌درمانی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی به همراه درمان‌های رایج، در مقایسه با درمان‌های رایج به‌تنهایی در کاهش کمال‌گرایی منفی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی اثربخشی بیشتری دارد.
۳. گروه‌درمانی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش کمال‌گرایی مثبت در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی مؤثر است.
۴. گروه‌درمانی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی به همراه درمان‌های رایج، در مقایسه با درمان‌های رایج به‌تنهایی، در افزایش کمال‌گرایی مثبت در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی اثربخشی بیشتری دارد.

روش

جامعه، نمونه و روش اجرا

پژوهش حاضر به لحاظ هدف پژوهشی کاربردی و طرح آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون است. جامعه آماری مورد نظر مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی بودند که در سال ۱۳۹۸ به مرکز ملی مطالعات اعتیاد در شهر تهران مراجعه کردند. با استفاده از روش تحلیل توان، براساس اندازه اثر به‌دست‌آمده از مداخلات انجام‌شده در پژوهش‌های پیشین (لوما و کوهلنبرگ، ۲۰۱۲)، در سطح $\alpha=0/05$ و روش تحلیل کوواریانس، حجم مورد نظر نمونه در هر گروه ۱۵ نفر بود. درنهایت با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۳۶ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: داشتن سن ۲۰-۴۵ سال، داشتن حداقل تحصیلات متوسطه، آزمایش منفی ادرار از نظر مصرف مواد افیونی، داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال مصرف مواد افیونی (تریاک) براساس ملاک‌های DSM-5 و رضایت آگاهانه بیمار برای شرکت در پژوهش براساس امضای رضایت‌نامه کتبی.

ملاک‌های واردنشدن عبارت بودند از: داشتن علائم سایکوتیک براساس گزارش روان‌پزشک مستقر در مرکز ملی مطالعات اعتیاد، اختلال ارگانیک مغزی براساس گزارش روان‌پزشک یا پزشک مستقر در مرکز ملی مطالعات اعتیاد، داشتن افکار جدی درباره خودکشی براساس مصاحبه روان‌پزشک، داشتن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت (شخصیت مرزی و ضد اجتماعی) براساس مصاحبه تشخیصی یا به تشخیص روان‌شناس بالینی براساس ملاک‌های DSM-5. ملاک‌های خروج نیز شامل حضورنداشتن در بیش از سه جلسه از جلسات درمانی.

از میان ۳۶ شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، ۲۷ نفر باقی ماندند که ۱۲ آزمودنی در گروه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی و ۱۵ آزمودنی در گروه درمان‌های رایج قرار داشتند. سایر شرکت‌کنندگان به دلیل عواملی مانند نداشتن انگیزه کافی و همچنین شاغل بودن و امکان شرکت نداشتن در جلسات هفتگی در روز و

ساعت مقرر نتوانستند در پژوهش همکاری داشته باشند. گروه درمان‌های رایج تنها درمان‌های رایج^۱ را دریافت کردند که شامل متادون‌درمانی^۲، بوپرونورفین^۳، درمان‌های فردی یا گروهی و آموزش خانواده بود که از طرف مراکز ترک اعتیاد ارائه می‌شود. گروه دیگر علاوه بر درمان‌های رایج، تحت مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBRP) طی هشت جلسه قرار گرفتند. این مداخله در واقع تلفیقی از مراقبه‌های ذهن‌آگاهی و مهارت‌های شناختی-رفتاری برای پیشگیری از عود است و به افرادی که دچار اعتیاد هستند کمک می‌کند از محرک‌های برانگیزاننده‌ای که منجر به عود می‌شوند و واکنش‌های خودکار و عادت‌های خود به این محرک‌ها آگاه‌تر شوند (بوئن، چاولا و مارلات، ۲۰۱۱). برنامه جلسات براساس کتاب راهنمای «پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای رفتارهای اعتیادی» (بوئن، چاولا و مارلات، ۲۰۱۱) اجرا شد. جلسات هر هفته یک‌بار به مدت دو ماه برگزار شد. مدت‌زمان هر جلسه نیز ۹۰ دقیقه بود و به‌صورت گروهی برگزار می‌شد. بعد از پایان درمان، پرسشنامه بار دیگر از هر دو گروه گرفته شد و نتایج به‌دست‌آمده در دو گروه با یکدیگر مقایسه شدند.

یک ماه پس از اتمام درمان به‌عنوان پیگیری بار دیگر پرسشنامه روی هر دو گروه اجرا شد. پژوهش حاضر از نظر رعایت مسائل اخلاقی در کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیستی دانشگاه شهید بهشتی در تاریخ ۹۸/۲/۱۴ تأیید شد (کد مربوط در پانویس قید شده است^۴). همچنین این پژوهش در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ثبت شده است (کد مربوطه در پانویس قید شده است^۵).

جدول ۱. جلسات برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	محتوا
جلسه ۱	معرفی هدایت خودکار، معرفی مبانی و تمرین‌های MBRP، معرفی ذهن‌آگاهی به‌منزله روشی برای آگاه‌شدن از الگوهای ذهن، معرفی بویس بدن به‌منزله روشی برای آگاه‌شدن به‌صورت جسمانی.
جلسه ۲	ادامه تمرین افزایش آگاهی از حس‌های بدن، تمرین آگاه‌شدن از عکس‌العمل‌های جسمانی، هیجانی و شناختی برانگیزاننده‌ها، معرفی ذهن‌آگاهی به‌مثابه روشی برای ایجاد وقفه در فرایندهای خودکار.
جلسه ۳	معرفی تمرین نشست رسمی، معرفی تمرین فضای تنفسی ^۶ شامل توقف، مشاهده، تنفس، گسترش و پاسخ ^۷ (SOBER)، ادامه‌دادن تمرین‌ها و بحث درباره یکپارچه‌کردن ذهن‌آگاهی در زندگی روزمره.
جلسه ۴	افزایش آگاهی از موقعیت‌های پرخطر فردی و احساسات و افکاری که در آن موقعیت برمی‌خیزند، تمرین برای باقی‌ماندن با هیجان‌هایی مانند تنش و ناراحتی به‌جای دوری‌کردن یا تلاش برای خلاص‌شدن از آن‌ها، معرفی قدم‌زدن ذهن‌آگاهانه.
جلسه ۵	معرفی و گسترش نحوه برخورد متفاوت با تجارب چالش‌برانگیزی مانند احساسات، هیجان‌ها یا موقعیت‌های ناراحت‌کننده، بحث درباره نقش‌پذیری در فرایند تغییر، معرفی حرکت ذهن‌آگاه به‌مثابه روشی دیگر برای تمرین هوشیاری و پذیرش
جلسه ۶	کاهش سطح شناسایی افکار خود و تصدیق این موضوع که ما نباید آن‌ها را باور داشته باشیم یا اینکه نباید سعی کنیم آن‌ها را تحت کنترل خود داشته باشیم، بحث درباره عود و نقش افکار در تداوم این دوره.
جلسه ۷	آمادگی برای موقعیت‌های پرخطر در آینده با استفاده از برهه‌های یادآوری.
جلسه ۸	مشخص کردن اهمیت شبکه‌های اجتماعی به‌منزله روشی برای کاهش خطر و حفظ بهبودی، انعکاس آنچه شرکت‌کنندگان از این دوره آموخته‌اند و دلایل آن‌ها برای ادامه تمرین.

1. Treatment As Usual (TAU)
2. methadone therapy
3. buprenorphine
4. ir.sbu.rec.1399.008
5. irct20170702034844n5
6. breathing space
7. Stop, Observe, Breath, Expand, Response (SOBER)

ابزار سنجش

پرسشنامه کمال‌گرایی مثبت و منفی^۱ (PANPS)

این پرسشنامه را تری شورت، اوونز، اسلید و دوی (۱۹۹۵) برای سنجش سطوح مختلف کمال‌گرایی مثبت و منفی طراحی کردند. این مقیاس یک پرسشنامه خودگزارشی است که آزمودنی‌ها در آن به ۴۰ سؤال بر روی مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) پاسخ می‌دهند. ۲۰ سؤال این پرسشنامه کمال‌گرایی مثبت و ۲۰ سؤال دیگر کمال‌گرایی منفی را می‌سنجد. در پژوهش هاس، پراپاوسیسی و اوئنز (۲۰۰۲) آلفای کرونباخ برای کمال‌گرایی مثبت ۰/۸۴ و برای کمال‌گرایی منفی ۰/۸۳ گزارش شد. همچنین در پژوهش برنز و فدوا (۲۰۰۵) آلفای کرونباخ برای کمال‌گرایی مثبت ۰/۸۵ و برای کمال‌گرایی منفی ۰/۸۶ به‌دست آمد. بشارت (۱۳۸۴) آلفای کرونباخ کمال‌گرایی مثبت و منفی را در نمونه‌ای ۲۱۲ نفری از دانشجویان، به‌ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ گزارش داد. ضریب همبستگی بین نمره‌های ۹۰ نفر از آزمودنی‌ها با فاصله ۴ هفته ۰/۸۶ بود که نشان از پایایی بازآزمایی این مقیاس دارد (علیزاده صحرائی، خسروی و بشارت، ۱۳۸۸).

در ابتدای پژوهش، برای سنجش مواردی مانند سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی و سطح درآمد پرسشنامه دموگرافیک اجرا شد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

روش‌هایی که برای توصیف داده‌ها استفاده شده شامل میانگین و انحراف معیار است. با توجه به اینکه هدف از انجام پژوهش مقایسه دو گروه در سه بازه زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد تا اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی و اثرات تعاملی بررسی شوند. تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۲) انجام شد.

یافته‌ها

ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های مورد مطالعه و همسانی آن‌ها در گروه‌های پژوهش بررسی شد. نتایج این بررسی‌ها در جدول‌های ۲ و ۳ آمده است.

1. Positive and Negative Perfectionism Scale (PANPS)

جدول ۲. بررسی و مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی در مقیاس در گروه‌های پژوهش

P-value	اماره آزمون	گروه درمان رایج		گروه درمان رایج با ذهن‌آگاهی		متغیرها
		درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
۰/۶۶*	۰/۲۰	۵۸/۳	۷	۶۶/۷	۱۰	دیپلم و زیر دیپلم
		۴۱/۷	۵	۳۳/۳	۵	دانشگاهی
۰/۰۸**	۳/۳۱	۷۵	۹	۴۰	۶	مجرد
		۲۵	۳	۶۰	۹	متاهل
۰/۵۶**	۰/۱۰	۷۵	۹	۸۰	۱۲	بیکار
		۲۵	۳	۲۰	۳	شاغل

* کای اسکوتر ** فیشر

با توجه به نتایج جدول ۲، مقدار P-value به دست آمده برای آزمون کای اسکوتر و تصحیح فیشر برای متغیرهای جمعیت‌شناختی ارائه شده در جدول بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است که تفاوت‌نداشتن فراوانی این متغیرها در دو گروه پژوهش را نشان می‌دهد. در ادامه و در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی برای وضعیت سنی گروه‌های پژوهش و همچنین نتایج آزمون t مستقل برای بررسی همسانی آن در گروه‌های پژوهش ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج شاخص‌های توصیفی و آزمون t مستقل برای بررسی همسانی متغیر سن در گروه‌های پژوهش

P-value	اماره آزمون	گروه درمان رایج با ذهن‌آگاهی		گروه درمان رایج		متغیر
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۶۹	۰/۴۱	۵/۱۴	۳۲/۵۸	۷/۳۰	۳۳/۶	سن

بر اساس جدول ۳، مقادیر به دست آمده آزمون t مستقل برای متغیر سن ($t=۰/۴۱$ و $P\text{-value}=۰/۶۹$) معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان گفت این متغیر در دو گروه پژوهش به صورت معناداری ناهمسان نیست. در جدول ۴ شاخص‌های توصیفی برای متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های پژوهش و همچنین به تفکیک مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) ارائه شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های پژوهش

متغیر	آزمون	گروه درمان رایج		گروه درمان رایج با ذهن‌آگاهی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کمال‌گرایی	پیش‌آزمون	۷۳/۱۳	۵/۷۰	۶۹/۱۷	۹/۱۴
	پس‌آزمون	۷۲/۳۳	۴/۷۰	۶۸/۱۷	۶/۳۱
	پیگیری	۷۰/۸۳	۵/۲۸	۶۷/۸۳	۶/۱۸
مثبت	پیش‌آزمون	۶۶/۴۷	۹/۵۱	۶۹/۷۵	۱۱/۲۰
	پس‌آزمون	۶۵/۴۷	۱۱/۱۳	۵۸	۹/۰۲
	پیگیری	۵۶/۵۳	۷/۸۱	۶۱/۱۶	۱۰/۸۵

مفروضه‌های تحلیل واریانس

بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته پژوهش از آزمون کولموگروف - اسمیرنف استفاده شد. نرمال بودن نمرات در پیش‌آزمون با توجه به کووریت شدن و همچنین ملاک بودن متغیر وابسته (پس‌آزمون و پیگیری) برای پیش‌فرض نرمال بودن بررسی نشد. نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمون	گروه درمان رایج		گروه درمان رایج با ذهن‌آگاهی	
		آماره	Sig	آماره	Sig
احساس شرم	پس‌آزمون	۰/۲۲	۰/۱۲	۰/۲۲	۰/۱۲
	پیگیری	۰/۲۰	۰/۰۹	۰/۲۴	۰/۰۶
کمال‌گرایی	پس‌آزمون	۰/۱۵	۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۲۰
	پیگیری	۰/۱۹	۰/۱۱	۰/۲۰	۰/۲۰
	پس‌آزمون	۰/۱۳	۰/۲۰	۰/۱۷	۰/۲۰
	پیگیری	۰/۱۵	۰/۲۰	۰/۰۹	۰/۲۰
خود ناقص	پس‌آزمون	۰/۱۹	۰/۱۴	۰/۱۵	۰/۲۰
	پیگیری	۰/۲۱	۰/۰۶	۰/۱۷	۰/۲۰
خود انتقادی	پس‌آزمون	۰/۱۹	۰/۱۴	۰/۱۵	۰/۲۰
	پیگیری	۰/۲۱	۰/۰۷	۰/۲۰	۰/۲۰
تنفر از خود	پس‌آزمون	۰/۱۹	۰/۱۳	۰/۲۱	۰/۱۶
	پیگیری	۰/۲۱	۰/۰۷	۰/۲۱	۰/۰۷

معمولاً اگر سطح معناداری در آزمون‌های کولموگروف - اسمیرنف که با Sig نمایش داده می‌شود، بیشتر از $0/05 > Sig$ باشد، می‌توان داده‌ها را با اطمینان $0/95$ نرمال فرض کرد. همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، تمام مقادیر Sig در سطح $0/05 > Sig$ است که نشان می‌دهد توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال برخوردار هستند.

پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها

برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ آمده است.

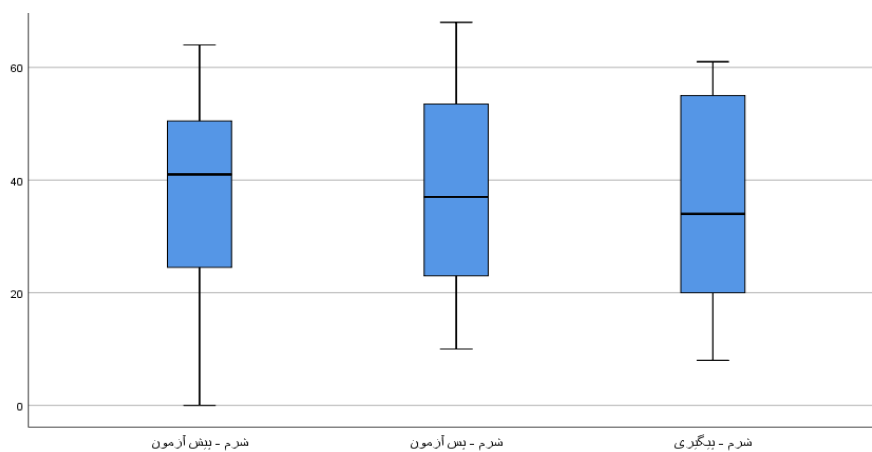
جدول ۶. بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش بین دو گروه پژوهش

متغیر	F	df1	df2	Sig
احساس شرم	۱/۴۹	۱	۲۵	۰/۲۳
	۱۰/۸۸	۱	۲۵	۰/۱۸
منفی	۰/۰۸	۱	۲۵	۰/۷۸
	۰/۱۴	۱	۲۵	۰/۷۱
کمال‌گرایی	۰/۳۱	۱	۲۵	۰/۵۸
	۰/۰۱	۱	۲۵	۰/۹۹
مثبت	۲/۴۴	۱	۲۵	۰/۱۳
	۴/۲۴	۱	۲۵	۰/۰۶
خود ناقص	۲/۶۰	۱	۲۵	۰/۱۲
	۰/۸۲	۱	۲۵	۰/۳۷
خودانتقادی	۰/۲۹	۱	۲۵	۰/۶۰
	۰/۰۲	۱	۲۵	۰/۸۸
تنفر از خود				

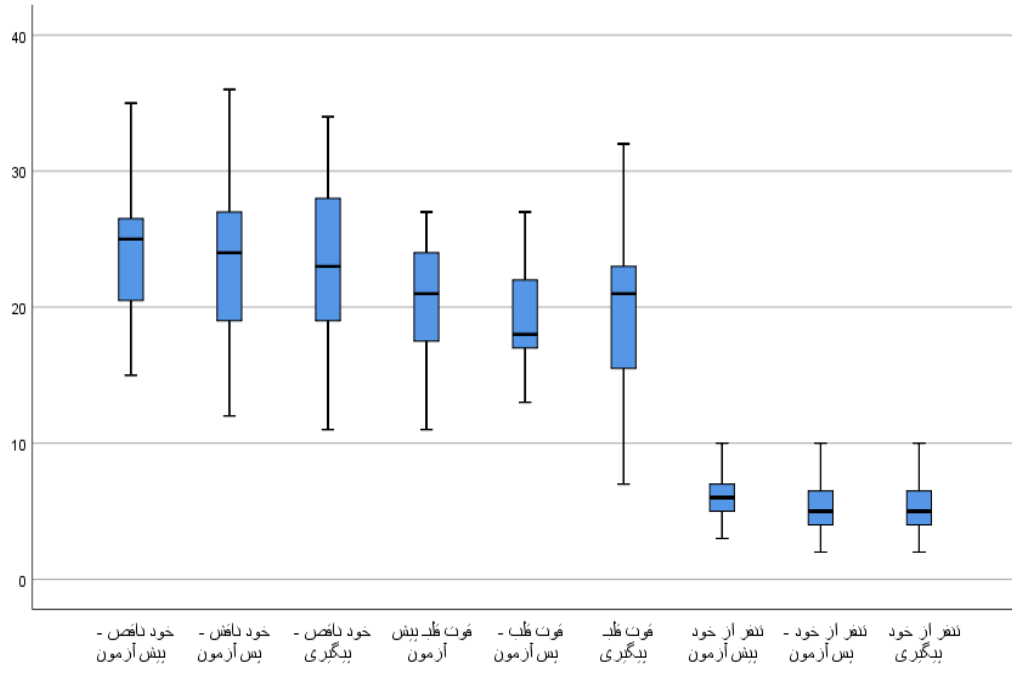
نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۶ نشان می‌دهد مقادیر به‌دست‌آمده برای سطح معناداری متغیرهای پژوهش از ۰/۰۵ بیشتر است که بیان‌کننده رعایت پیش‌فرض همگنی واریانس متغیرها در گروه‌های پژوهش است.

پیش‌فرض نبود داده‌های پرت

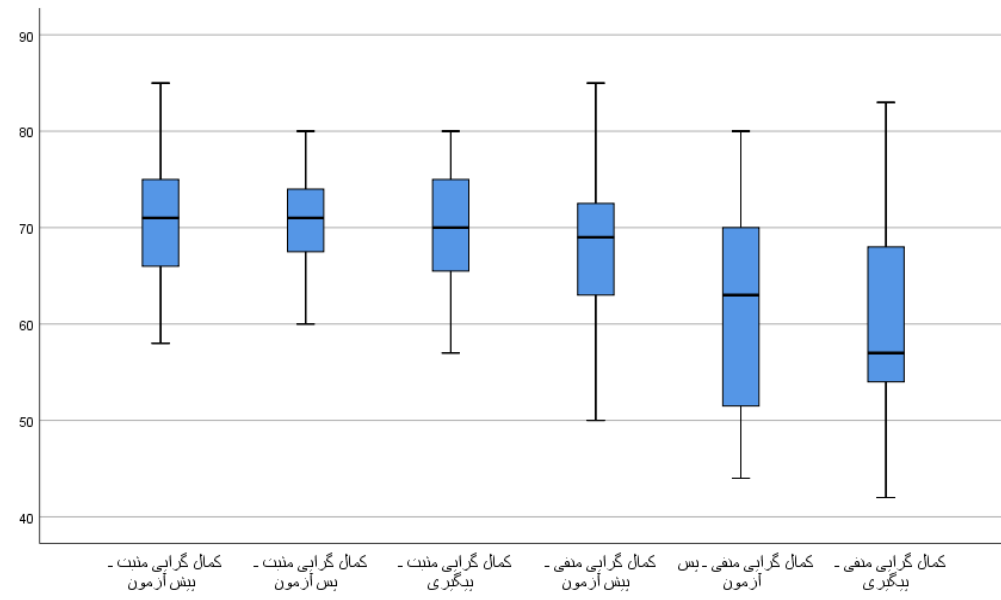
برای بررسی نبود داده‌های پرت یک‌متغیره از نمودار جعبه‌ای استفاده شد که برای متغیرهای پژوهش در نمودارهای ۱-۳ ارائه شده است. همان‌طور که در نمودارها مشاهده می‌شود، داده پرتی در متغیرهای پژوهش وجود ندارد.



نمودار ۱. نمودار جعبه‌ای متغیر شرم



نمودار ۲. نمودار جعبه‌ای متغیر خودانتقادی



نمودار ۳. نمودار جعبه‌ای متغیر کمال‌گرایی

بررسی آماری فرضیه‌های پژوهش

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اینکه «گروه‌درمانی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش کمال‌گرایی منفی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی مؤثر است و در مقایسه با درمان‌های رایج به‌تنهایی در کاهش کمال‌گرایی منفی اثربخشی بیشتری دارد» از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی و مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی به همراه درمان‌های رایج، در مقایسه با درمان‌های رایج به‌تنهایی در کاهش کمال‌گرایی منفی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر	توان آزمون
کمال‌گرایی مثبت	مراحل آزمون	۴۴	۲	۲۲	۱/۱۴	۰/۳۳	۰/۰۴	۰/۳۴
	عضویت گروهی	۲۷۵/۴۵	۱	۲۷۵/۴۵	۳/۵۰	۰/۰۷	۰/۱۲	۰/۴۴
کمال‌گرایی منفی	تامل مراحل و گروه	۵/۱۹	۲	۲/۵۹	۰/۱۳	۰/۸۴	۰/۰۰۵	۰/۰۷
	مراحل آزمون	۱۱۹۷/۴۸	۲	۵۹۸/۷۴	۷/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۹۲
منفی	عضویت گروهی	۰/۴۴	۱	۰/۴۴	۰/۰۰۳	۰/۹۶	۰/۰۰۳	۰/۰۵
	تامل مراحل و گروه	۵۸۵/۹۸	۲	۲۹۲/۹۹	۳/۵۲	۰/۰۶	۱۳	۰/۴۶

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد تفاوت مراحل آزمون ($F=۱/۱۴$ و $P=۰/۳۳$)، عضویت گروهی ($F=۳/۵۰$ و $P=۰/۰۷$) و تعامل مراحل آزمون و گروه ($F=۰/۱۳$ و $P=۰/۸۴$) برای کمال‌گرایی مثبت معنادار نیست. همچنین برای کمال‌گرایی منفی تفاوت درون‌گروهی مراحل آزمون ($F=۷/۶۹$ و $P=۰/۰۰۵$) معنادار و تعامل مراحل آزمون و گروه ($F=۳/۵۲$ و $P=۰/۰۶$) و همچنین تفاوت بین‌گروهی ($F=۰/۰۰۳$ و $P=۰/۹۶$) معنادار نیست. به‌منظور بررسی نقطه‌های تفاوت در مراحل آزمون برای کمال‌گرایی منفی از مقایسه زوجی بن‌فرونی استفاده شد که نشان می‌دهد نتایج در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش معناداری داشته است ($P=۰/۰۵$). با توجه به معنادار نبودن تفاوت بین‌گروهی نمی‌توان تفاوتی در اثربخشی دو درمان برای کمال‌گرایی در پژوهش حاضر تصور کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد گروه‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش کمال‌گرایی منفی اثربخش بوده است، اما این مداخله در مقایسه با درمان‌های رایج اثربخشی بیشتری نداشته است. همچنین نتایج این پژوهش درباره اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش کمال‌گرایی منفی با نتایج پژوهش ویمبرلی، مینتز و ساه (۲۰۱۵)، میری و منصور (۱۳۹۶)، کهن‌پور (۱۳۹۶)، رضاییان، حسینیان، عباس‌آبادی (۱۳۹۳)، یوسفی، آزاده و مجلسی (۲۰۱۶) و جیمز و رایمز (۲۰۱۸) همسویی دارد. در مقابل، این نتایج با پژوهش اعظم (۲۰۱۵) همسویی ندارد. او در پژوهش خود نتیجه گرفت تمرین‌های

ذهن‌آگاهی نمی‌تواند به افرادی که دچار کمال‌گرایی هستند، کمک کند. شاید یکی از دلایل این تفاوت در نتایج مربوط به متفاوت بودن ابزار اندازه‌گیری باشد. اعظم در پژوهش خود از مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی استفاده کرد که کمال‌گرایی خودمحور، دیگرمحور و جامعه‌محور را می‌سنجد، اما در پژوهش حاضر از پرسشنامه کمال‌گرایی مثبت و منفی استفاده شد.

نتیجه به‌دست‌آمده درباره تأثیر مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش کمال‌گرایی مطابق انتظار بود؛ زیرا افرادی که دچار کمال‌گرایی منفی هستند، همیشه وضعیت کنونی خود را با استانداردهای سطح بالایی که در ذهن دارند، مقایسه می‌کنند و هیچ‌گاه از رسیدن به اهداف خود لذت نمی‌برند. درواقع می‌توان گفت آن‌ها نمی‌توانند خودشان را همان‌طور که هستند، بپذیرند. یکی از مؤلفه‌های مهم در ذهن‌آگاهی پذیرش خود است؛ یعنی افراد خود را با وجود تمام ضعف و قوت‌ها و تمام تجربه‌ها و هیجان‌های مثبت و منفی بپذیرند و کمتر خودشان را ارزیابی کنند؛ بنابراین می‌توان گفت ذهن‌آگاهی می‌تواند به کاهش کمال‌گرایی منفی در افراد کمک کند.

در تبیین اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کمال‌گرایی منفی می‌توان گفت یکی از ویژگی‌های بارز در افراد کمال‌گرا، خودارزیابی منفی افراطی است. یکی از عوامل تداوم کمال‌گرایی در افراد همین خودارزیابی‌های افراطی است که به تلاش برای برآورده کردن استانداردهای شخصی بستگی دارد. درمقابل مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تأکید بر عنصر غیرقضاوتی بودن می‌تواند به این افراد کمک کند تا این خودارزیابی‌ها را کاهش دهند و خود را به‌منزله فردی بپذیرند که مجموعه‌ای از تمام ویژگی‌های مثبت و منفی است. درواقع توانایی پذیرش معایب و نقایص چیزی است که این افراد نیازمند آن هستند. ذهن‌آگاهی نیز می‌تواند تمرینی برای دستیابی به این توانایی باشد. افراد کمال‌گرا در برابر خود بسیار سختگیر هستند. همچنین شکست‌های خود را بزرگ و جبران‌ناپذیر می‌بینند و موفقیت‌های خود را کم‌ارزش می‌دانند. در این میان تمرین‌های ذهن‌آگاهی با تأکید بر عنصر مهربانی به خود می‌تواند به این افراد کمک کند تا رویکردی سهل‌گیرانه‌تر به اشتباهات خود داشته باشند و با تأکید بر نظارت بدون قضاوت و بدون پیش‌فرض تجارب، رویکرد واقع‌بینانه‌تری به دستاوردهای خود کسب کنند.

همچنین افراد کمال‌گرای منفی همواره در فکر دستیابی به استانداردها و اهداف خود هستند؛ در نتیجه بیشتر مواقع در فکر آینده به سر می‌برند؛ درحالی‌که ذهن‌آگاهی می‌تواند به آن‌ها کمک کند یاد بگیرند در عین تلاش برای آینده، در لحظه و در حال زندگی کنند. درباره نبود تفاوت در میزان اثربخشی درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان‌های رایج، بهتر است پژوهش‌های بیشتری صورت بگیرد و به بررسی این موضوع پردازند که کدام یک از عوامل در درمان (مانند پذیرش تجارب، غیرقضاوتی بودن و سایر موارد) اثربخشی بیشتری در کاهش کمال‌گرایی منفی دارد.

درباره اثربخش نبودن این مداخله بر کمال‌گرایی مثبت، شاید بهتر باشد به تفاوت کمال‌گرایی مثبت و منفی پردازیم. کمال‌گرایی منفی به معنای تلاش برای رسیدن به اهداف به‌منظور اجتناب از پیامدهای منفی است. درواقع این افراد اهداف سطح بالایی برای خود تعیین می‌کنند و همواره از شکست و ناقص بودن

اجتناب می‌کنند و به انتقاد و سرزنش خود می‌پردازند (ایگان، ۲۰۰۵). در مقابل افرادی که کمال‌گرایی مثبت بالایی دارند، برای دستیابی به اهداف خود انگیزه دارند و برای رسیدن به پیامدهای مثبت تلاش می‌کنند، نه اجتناب از پیامدهای منفی. این افراد مهارت‌های سازگاری خوبی دارند و وقتی شکست می‌خورند، یا اهدافشان را تغییر می‌دهند یا تلاش‌شان را بیشتر می‌کنند (وانگ، ۲۰۱۷)؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد برای افزایش کمال‌گرایی مثبت در افراد لازم است علاوه بر تأکید بر داشتن نگاه واقع‌بینانه به خود، مهارت‌هایی مانند تعیین اهداف متناسب با سطح توانایی‌های خود، توانایی تنظیم رفتارهای خود را برای رسیدن به اهداف، توانایی سازگاری با موقعیت‌های دشوار، شکست و... هم به افراد آموزش داده شود.

درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بیشتر بر پذیرش نقایص خود و دوست‌داشتن خود همان‌طور که هستیم و داشتن نگاه غیرقضاوتی به خود تمرکز دارد؛ در نتیجه این عوامل توانسته سطح کمال‌گرایی منفی را در افراد کاهش دهد، اما به‌نظر می‌رسد برای افزایش کمال‌گرایی مثبت، مداخلاتی لازم باشد که مهارت‌های دیگری را که ذکر شد به افراد آموزش دهد. همان‌طور که گفته شد، کمال‌گرایی منفی به‌دلیل ایجاد هیجان‌های منفی در افراد می‌تواند یکی از عوامل خطر برای مصرف مواد و عود باشد؛ بنابراین از آنجا که این مطالعه نشان می‌دهد درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند بر کاهش این عامل مؤثر باشد، پیشنهاد می‌شود درمانگران حوزه اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد، به این متغیر در کار با این بیماران توجه بیشتری کنند و درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به‌منزله یکی از مداخلات مؤثر در این حوزه به‌کار گیرند. کاهش کمال‌گرایی منفی می‌تواند به این بیماران کمک کند تا احساسات منفی و دید سرزنشی کمتری به خود داشته باشند که این مسئله می‌تواند در ادامه روند درمان در این افراد تأثیر مثبتی داشته باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این مسئله اشاره کرد که جمعیت مورد مطالعه تنها به مرکز ملی مطالعات اعتیاد محدود بود و تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. از آنجا که این پژوهش تنها درباره مردان صورت گرفت، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی درباره زنان هم انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با دوره پیگیری طولانی‌تر (برای مثال شش ماهه یا یک‌ساله انجام شود) تا به این سؤال پاسخ دهد که آیا درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند با کاهش سطح کمال‌گرایی منفی، در پیش‌آگهی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی مؤثر باشد.

منابع

- ابوالقاسمی، ع.، احمدی، م.، و کیامرثی، آ. (۱۳۸۶). بررسی ارتباط فراشناخت و کمال‌گرایی با پیامدهای روان‌شناختی در افراد معتاد به مواد مخدر. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۲/۵، ۷۹-۷۳.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۴). بررسی رابطه کمال‌گرایی مثبت و منفی و مکانیسم‌های دفاعی. *پژوهش‌های روان‌شناختی*. ۱/۱، ۲۱-۷.
- رضاییان، ح.، حسینیان، س.، و عباس‌آبادی، س. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کمال‌گرایی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی*، دانشگاه الزهرا.

- رنجبرنوشری، ف.، محمود علیلو، م.، اسدی مجره، س.، قدرتی، ی.، و نجارمبارکی، س. م. (۱۳۹۱). مقایسه راهبردهای مقابله با استرس، کمال‌گرایی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار. / اعتیادپژوهی. ۲۵(۲)، ۳۹-۵۶.
- علیزاده صحرائی، ا. ه.، خسروی، ز.، و بشارت، م. ع. (۱۳۸۸). رابطه کارایی خانواده با کمال‌گرایی مثبت و منفی در دانش‌آموزان شهرستان نوشهر. / خانواده‌پژوهی. ۱۷(۱)، ۴۳-۵۶.
- کهن‌پور، ف. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کمال‌گرایی منفی دانش‌آموزان. دومین کنگره سراسری تحول و نوآوری در علوم انسانی. ۱۸ خرداد ماه ۱۳۹۶. شیراز. ایران.
- میری، س.، و منصوری، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی و اضطراب امتحان دانشجویان. / روان‌شناسی بالینی و شخصیت. ۱۵(۲)، ۱۷-۲۶.

References

- Azam, M. A. (2015). The Psychophysiology of Maladaptive Perfectionism and Mindfulness Meditation: An Investigation Using Heart Rate Variability. *Master of science in kinesiology & health science*. York University, Toronto.
- Abramowitz, A., & Berenbaum, H. (2007). Emotional triggers and their relation to impulsive and compulsive psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 43(6), 1356-1365.
- Bowen, S., Chawala, N., & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors*. The Guilford Press New York London.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., ... & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 20(4), 295-305.
- Brewer, J. A., Elwafi, H. M., & Davis, J. H. (2013). Craving to quit: Psychological models and neurobiological mechanisms of mindfulness training as treatment for addictions. *Psychology of Addictive Behaviours: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 27(2), 366-379.
- Burns, L.R., & Fedewa, B.A. (2005). Cognitive styles: links with perfectionistic thinking. *Personality and Individual Differences*, 38(1), 103-113.
- Carlson, E. N. (2013). Overcoming the barriers to self-knowledge: Mindfulness as a path to seeing yourself as you really are. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 173-186.
- Chiesa, A., & Serretti, L. (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? a systematic review of the evidence. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 492-512.
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivated model of alcohol use. *Personality and Social Psychology*, 69(5), 990-1005.
- Dearing, R. L., Stuewig, J., & Tangney, J. P. (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive Behaviors*, 30(7), 1392-1404.
- Egan, S. J. (2005). *An investigation of positive and negative perfectionism*. PhD

- Dissertation in psychology, Curtin University of Technology, school of psychology, Perth, Australia.
- Flett, G., Nepon, T., Hewitt, P., & Rose, A. L. (2021). Why perfectionism is antithetical to mindfulness: a conceptual and empirical analysis and consideration of treatment implications. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(5), 1625-1645.
- Gilbert, S.E. (2014). Using mindful self-compassion to improve self-criticism, self-soothing, cravings, and relapse in substance abusers in an intensive outpatient program. *PhD Dissertation in psychology*, The University of Tennessee, Graduate School, Knoxville, United states.
- Haase, A. M., Prapavessis, H., & Owens, R. G. (2002). Perfectionism, social physique anxiety and disordered eating: A comparison of male and female elite athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 3(3), 209–222.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Mikail, S. F., Kealy, D., & Zhang, L. C. (2018). Perfectionism in the therapeutic context: The perfectionism social disconnection model. In J. Stoeber (Ed.), *The Psychology of Perfectionism: Theory, Research, Applications* (pp. 306–329). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Cronkite, R. C., & Randall, P. K. (2001). Drinking to cope, emotional distress and alcohol use and abuse: A ten-year model. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(2), 190–198.
- James, K., & Rimes, K. A. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy versus pure cognitive behavioural selfhelp for perfectionism: A pilot randomised study. *Mindfulness*, 9(3), 801–814.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Keng, S., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056.
- Khanna, S., & Greeson, J. (2013). A narrative review of yoga and mindfulness as complementary therapies for addiction. *Complementary Therapies for Addiction*, 21(3), 244-252.
- Luoma, J.B., Kohlenberg, B.S. (2012). Slow and Steady Wins the Race: A Randomized Clinical Trial of Acceptance and Commitment Therapy Targeting Shame in Substance Use Disorders, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1): 43–53.
- McCown, W. G., & Carlson, G. (2004). Narcissism, perfectionism and self-termination from treatment in outpatient cocaine users. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 22(4), 329–340
- Sancho, M., De Gracia, M., Rodríguez, R. C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., Sánchez, I., Jiménez-Murcia, S., & Menchón, J. M. (2018). Mindfulness-based interventions for the treatment of substance and behavioral addictions: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 9, article 95.
- Shorey, R. C., Brasfield, H., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2014). Mindfulness

- deficits in a sample of substance abuse treatment seeking adults: A descriptive investigation. *Journal of Substance Abuse*, 19(1-2), 194-198.
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18(5), 663-668.
- Tice, D.M., Bratslavsky, E., & Baumeister, R.F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: if you feel bad, do it. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 53-67.
- Wang, H. (2017). Positive perfectionism, negative perfectionism, and emotional eating: The mediating role of stress. *Eating Behaviors*, 26(complete), 45-49.
- Wimberley, T.E., Mintz, L.B., & Suh, H. (2015). Perfectionism and mindfulness: effectiveness of a bibliotherapy intervention. *Mindfulness*, 7(2), 433-444.
- World Drug Report 2019 (United Nations publication, Sales No. E.19.XI.8).
- Yousefi, E., Azadeh, S.M., & Majlesi, Z. (2016). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) intervention on mental ruminations, metacognitive beliefs, and perfectionism in patients with obsessive-compulsive disorder in Isfahan province. *International Journal of Humanities and Cultural Studies*, 1943-1951.