

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله ای معتادان به مواد مخدر صنعتی

حسین کدخدا^۱، امین بخشی مقدم فیروز آباد^۲

^۱ مدیر گروه و استادیار دانشگاه فرهنگیان، ایران، تهران (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی حکیم نظامی قوچان

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله ای در معتادان به مواد مخدر صنعتی انجام شد. این تحقیق از نوع شبه آزمایشی بود و با استفاده از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه معتادان تحت نظر کلینیک های درمان اعتیاد شهر قوچان بود که با در نظر گرفتن کلیه معتادان، تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس از میان آنها انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی، قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. در پژوهش حاضر به دلیل ماهیت موضوع تحقیق، داده ها از طریق پرسشنامه راهبردهای مقابله ای لازاروس و فولکمن (۱۹۸۸) در پیش آزمون و پس آزمون جمع آوری گردید و با استفاده از تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد و در کلیه تجزیه و تحلیل های آماری این پژوهش از نرم افزار SPSS-22 استفاده گردید. نتایج فرضیه اصلی پژوهش حاکی از تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله ای معتادان به مواد مخدر صنعتی بود. همچنین نتایج نشان داد که گروه آزمایشی پس از دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر معنی داری در ۸ راهبرد مقابله ای داشت، یعنی می توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله ای در معتادان به مواد مخدر صنعتی موثر است. و پیشنهاد می شود که از مشاوره روانشناختی جهت درمان و بهبودی معتادان به مواد مخدر صنعتی، استفاده شود.

واژه های کلیدی: راهبردهای مقابله ای، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معتادان به مواد مخدر صنعتی.

مقدمه :

اعتیاد در تمام کشورهای جهان وجود دارد؛ به طوری که در سال ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت کاهش آن را به عنوان یک اولویت بهداشتی معرفی کرد. در مطالعه‌ای که سازمان جهانی بهداشت در میزان اعتیاد افراد در چندین کشور جهان انجام داده است، میزان شیوع آن بیش از ۲۹ درصد می‌باشد (لی و همکاران، ۲۰۱۰). بر اساس برآورد گزارش سالانه یونیسف، مبلغی معادل ۵ تا ۱۰ میلیون دلار در آمریکا به‌طور مستقیم برای درمان اعتیاد هزینه می‌شود. این هزینه در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است (فنگ و همکاران ۲۰۱۰). در یک بررسی که در کشورهای در حال توسعه انجام شده، میزان اعتیاد حداقل ۲۴ درصد افزایش یافته است (دوکی و همکاران، ۲۰۰۳).

در سال ۲۰۱۱ در آمریکا طی مطالعه‌ای مشخص شد که استعمال مواد مخدر و وابستگی به آن، همچنین رفتارهای پرخطرانه که در نتیجه اختلالات روانی و اجتماعی ناشی از سوء مصرف مواد مخدر به وجود می‌آید، در معتادان افزایش یافته است (لوئیس، ۲۰۱۲). روانشناسان معتقدند که معتادان هم از حیث مادی و هم از حیث روانی و عاطفی دارای مشکل بوده و استرس و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند (سیمونز، ۲۰۰۵).

کوباسا، مدی و زولا^۶ (۲۰۰۸) در طی مطالعه‌ای پی برد افراد با درجه بالایی از راهبردهای مقابله‌ای علی‌رغم اینکه در سراسر زندگی با وقایع استرس‌زا مواجه هستند، کمتر دچار بیماری شده و از سلامت روانی بیشتری برخوردارند.

به این جهت کاملاً ضروری به نظر می‌رسد که نگاهی به وضعیت روانی معتادان به مواد مخدر داشته باشیم. بنابراین کمک شایانی به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان عرصه‌های حمایتی و اجتماعی جهت برنامه‌ریزی‌های منسجم و پربار و وسیع‌تر جهت بهبود وضعیت این افراد خواهد داشت و از سوی دیگر پژوهشگران که در حیطه وضعیت معتادان به مطالعه می‌پردازند را کمک نماید و می‌تواند راهگشای بهبود زندگی آنان با ارائه دیدگاه‌های آموزشی باشد. لذا این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله‌ای معتادان به مواد مخدر صنعتی طراحی شده است. روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از روش‌های تعاملی آموزش می‌باشد. در این روش، یادگیرنده بایستی به حدی از تسلط و توانایی برسد که خود از مهارت و هنر آموزش آموخته‌ها برآید. علاوه بر این درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اطلاعات با ارزشی را برای معتادان و همچنین مشاورین بهداشتی جهت بهبود نتایج و فرایند درمانی اعتیاد فراهم می‌کند (برانستر، ویلسون، هیلدبرانت و ماتچ، ۲۰۱۰؛ موکوفدی و شرلیس، ۲۰۱۵).

^۱World Health Organization (WHO)

^۲Fang& etal.

^۳Douki, & etal.

^۴Lewis

^۵Simmons

^۶Kobasa, Maddi & Zola

^۷Branstetter, Wilson, Hildebrandt & Mutch

^۸Mukophadhyay & Scherlis

اعتیاد به مفهوم وابستگی جسمانی و روانی به انواع مواد مخدر، محرک، و توهم زا است به نحوی که در صورت کنار گذاشتن آن علائم ترک و سندرم محرومیت از مواد در افراد ظاهر گردد (نجات و همکاران؛ ۲۰۰۷). یکی از عوامل احتمالی مؤثر بر اختلالات خلقی و از جمله افسردگی در معتادان کاهش تاب‌آوری در آنان است (گراس؛ ۲۰۰۷) که بعضی از متخصصان آن را عامل مهمی در تعیین سلامتی و عملکرد موفق معتادان (سیجتی، اکرم و ایزارد، ۱۹۹۵)، پیش بینی کننده مهمی برای آسیب روانی فرد در آینده (ساندلر، تین و وست؛ ۱۹۹۴؛ آبوت؛ ۲۰۰۵) و در نهایت عامل اصلی تأثیرگذاری در بروز اختلالات (بیوریگارد، لوسکیو و بورگوین؛ ۲۰۰۱)^{۱۲} می‌دانند.

از جمله متغیرهای روانشناختی مؤثر برای درک تفاوت‌های فردی در آسیب پذیری اعتیاد نسبت به مشکلات جسمی و روانشناختی، و کیفیت زندگی؛ راهبردهای مقابله‌ای فرد در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا می‌باشد (پاولیکووسکا، چالدر و هیرش؛ ۲۰۱۴). لازاروس و فولکمن دو تن از نظریه پردازان بزرگ روانشناسی هستند که پژوهش‌های بسیاری را در حیطه سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ارائه داده‌اند از نظر آنان **راهبرد مقابله‌ای** عبارت است از: تلاش‌های فکری، هیجانی و رفتاری فرد که هنگام روبرو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض استرس به کار گرفته می‌شود. بررسی‌ها نشان می‌دهند که چنانچه افراد به راهبردهای مقابله‌ای کارآمد مجهز نباشند و توانایی پایینی برای درک هیجان‌های خود و دیگران داشته باشند، در برخورد با فشارها و بحران‌های زندگی توان کمتری خواهند داشت و مشکلات روانشناختی بیشتری را به صورت استرس، اختلالات اضطرابی، خلقی و سازگاری بروز خواهند داد (جانسون؛ ۲۰۱۵).

راهبردهایی که فرد برای مقابله بر می‌گزیند، بخشی از نیمرخ آسیب پذیری وی به‌شمار می‌رود. به کاربردن راهبردهای ناکارآمد در برخورد با عوامل فشارزا می‌تواند موجب افزایش مشکلات گردد، در حالیکه به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و مثبت می‌تواند اثرات مخرب استرس و بحران‌های زندگی را بر جسم و روان فرد مهار و پیامدهای سودمندی در پی داشته باشد (فولک، پارلینگ و ملین؛ ۲۰۱۳)^{۱۳}.

در این میان معتادان به مواد مخدر صنعتی از گروه‌های پرخطر برای گرفتارشدن به بیماری‌های روانی هستند. علت آن شاید عوامل فشارزای مصرف مواد در موقعیت‌های دشوار زندگی است که ریتم‌های روانی را دچار مشکل می‌سازد و سایر عوامل فشارزا باشد. در یک بررسی نزدیک به ۳۲٪ افرادی که با یک مؤسسه مربوط به بیماران مبتلا به اضطراب تماس گرفته بودند، معتادان بودند. شیوع ۱/۱ درصدی این نشانگان را در معتادان گزارش نمودند (جانسون، ۲۰۱۰).

^{۱۲}Nedjat & etal.

^{۱۳}Gross

^{۱۴}Sandler, Tein & West

^{۱۵}Abbott

^{۱۶}Beauregard, Lévesque & Bourgouin

^{۱۷}Pawlikowska, Chalder & Hirsch

^{۱۸}Johnson

^{۱۹}Folke, Parling & Melin

در این بین برای درمان احساسات و عواطف منفی و افزایش راهبردهای مقابله ای علاوه بر درمان های دارویی، درمان های روان شناختی متعددی نیز در طول سال های متوالی ابداع شده است. یکی دیگر از درمان هایی که می تواند برای کاهش عواطف منفی و افزایش راهبردهای مقابله ای مورد استفاده قرار گیرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشد. بلاک و وولفرت (۲۰۰۰) در پژوهشی درمان پذیرش و تعهد را به صورت فردی روی ۱۱ دانشجوی مبتلا به ترس اجتماعی انجام دادند، نتایج حاکی از اثربخشی این درمان بر تمام دانشجویان بود. اسمن ، و همکاران^۷ (۲۰۱۰) در بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد در گروه مبتلایان به علائم اجتنابی و اضطرابی با میانگین سنی ۴۲ سال به این نتیجه رسیدند که علائم اجتنابی و اضطرابی در گروه تحت درمان پذیرش و تعهد به طور معناداری کاهش یافت و این تأثیر در دوره ۳ ماهه پیگیری همچنان تداوم داشت. شارپ^۸ (۲۰۱۴) به این نتیجه دست یافت که درمان پذیرش و تعهد ممکن است برای مفهوم سازی و درمان اختلالات اضطرابی و افزایش سبک های مقابله ای مناسب باشد. فولک، پارلینگ و ملین (۲۰۱۴) به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد درمانی موثر بر کاهش افسردگی است.

محققان در پژوهشی که تحت عنوان پذیرش و تعهد درمانی و ذهن آگاهی در راستای بهبود احساس تنهایی افراد مبتلا به چاقی در ۸۶ بیمار مبتلا که در طی ۶ ماه در درمان کنترل شرکت کرده بودند دریافتند که آموزش ذهن آگاهی و پذیرش و تعهد پس از سه ماه موجب کاهش معنادار احساس تنهایی، کاهش نگرانی روان شناختی، توده بدنی، افزایش تاب آوری و انعطاف پذیری روانی در برابر چاقی شده است (لیلس و همکاران^۹، ۲۰۰۹).

حر و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. نشان دادند بین نمرات پس آزمون و پیش آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد، تفاوت معنی داری وجود داشت..

عبدالهی پور حقیقی (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری. نتایج حاصل از مرحله مداخله و پیگیری حاکی از کاهش علائم وسواس ها و اجبارها بود و نمرات پرسشنامه افسردگی و اضطراب نشان از کاهش اضطراب و افسردگی در هر سه آزمودنی داشت. نتایج حاصل از پرسشنامه راهبردهای کنترل فکر نشان دهنده تغییر راهبردهای فکر آزمودنی ها بود. آزمودنی ها این نتایج را تا یک ماه پس از درمان حفظ نمودند.

مولوی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان دارای ترس اجتماعی. نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب و افسردگی و ترس اجتماعی دانش آموزان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

رجبی و یزدخواستی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان اثر بخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام-اس. نشان دادند که در مرحله پس آزمون، نمرات اضطراب و افسردگی و اجتناب تجربه ای گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته است و این کاهش در مدت پیگیری یک ماه تغییر چشمگیری نیافته است.

^۷Ossman, Wilson, Storaasli & McNeill

^۸Sharp

^۹Lillis, Hayes, Bunting & Masuda

رحیمی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان میان فردی در کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان دارای فوبی اجتماعی. نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی میان فردی باعث کاهش اضطراب و افسردگی و فوبی اجتماعی دانش آموزان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

چراغیان و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی حین بارداری زنان. نشان دادند متغیر مستقل بر کاهش افسردگی زنان باردار تأثیر داشته است و میزان این تأثیر ۶۰٪ بود. به عبارت دیگر، درمان پذیرش و تعهد منجر به کاهش افسردگی زنان باردار شده است.

فرناندز و همکاران^۲ (۲۰۱۶) در پژوهشی به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با راهبردهای تاب آوری در سالمندان مبتلا به درد مزمن پرداختند و به همین منظور ۱۰۱ سالمند مبتلا به درد مزمن را تحت مداخلات درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و راهبردهای تاب آوری قرار دادند. در پایان درمان مشخص شد این مداخلات موجب بهبود تاب آوری و کاهش اضطراب درد، علائم افسردگی این افراد شده است.

ویهاف و همکاران^۳ (۲۰۱۶) در تحقیقی به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی بیماران پرداختند. در پایان درمان نتایج تحلیل داده ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به طور قابل ملاحظه ای موجب کاهش افسردگی و افزایش تاب آوری این بیماران شده است. با توجه به تحقیقات فوق، در این درمان به جای تغییر شناخت ها، سعی می شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (دارلیمپل، و هربرت^۴، ۲۰۰۷). تعهد نوعی از تحلیل رفتار بالینی است که در روان درمانی به کار می رود. این روش یک مداخله روان شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و توجه آگاهی را به شیوه های مختلفی با راهبرد های تعهد و تغییر رفتار در می آمیزد. این امر با هدف افزایش انعطاف پذیری روان شناختی انجام می شود. این رویکرد در آغاز فاصله گیری فراگیر نامیده می شد و در اواخر دهه ۸۰ میلادی به وسیله استیون، هیز، ویلسون و کرک^۵ تدوین شد (ایفرت و فورسیت^۶، ۲۰۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چار چوب رابطه های ذهنی خوانده می شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی می شوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهد (ایزدی و همکاران ۱۳۹۳). بنابراین با توجه مطالب بیان شده در این پژوهش، محقق به دنبال این بود که "آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

راهبردهای مقابله ای معنادار به مواد مخدر صنعتی تأثیر دارد یا خیر؟"

^۲Fernández & etal.

^۳Veehof, Trompetter, Bohlmeijer & Schreurs

^۴Dalrymple & Herbert

^۵Steven, Hayes, Wilson & Kirk

^۶Éifert & Forsyth

روش اجرای پژوهش:

این تحقیق از نوع شبه آزمایشی بود. در این تحقیق از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل (نابرابر) استفاده شد. ابتدا نمرات آزمودنی ها در مرحله پیش آزمون بدست آمد، بعد برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش داده شد و دوباره راهبردهای مقابله ای آزمودنی ها اندازه گیری شد.

جامعه آماری

جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل کلیه معتادان به مواد مخدر صنعتی تحت نظر کلینیک های درمان اعتیاد شهر قوچان بود.

نمونه و روش نمونه گیری

در پژوهش حاضر با در نظر گرفتن کلیه معتادان به مواد مخدر صنعتی تحت نظر کلینیک های درمان اعتیاد شهر قوچان؛ نمونه های مورد نظر به صورت نمونه گیری در دسترس؛ از میان آنها انتخاب شد. برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه گردید؛ که مجموع کل حجم نمونه در دو گروه ۳۰ نفر اعلام شد.

ملاک های ورود و خروج:

- جنسیت: مرد
- سن ۳۰ سال و بیشتر
- توانایی شنیداری و گفتاری مناسب
- نداشتن سابقه بستری در بیمارستان روانی
- نداشتن تجربه سوگ طی ۶ ماه گذشته
- رضایت برای شرکت در پژوهش
- هشیاری نسبت به زمان و مکان و شخص
- نداشتن سابقه درمانی که در توانایی ذهنی یا حافظه یا تفکر اختلال ایجاد کند
- تعهد به شرکت در تمام جلسات درمان

ابزار گردآوری اطلاعات

در پژوهش حاضر به دلیل ماهیت موضوع تحقیق، اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع آوری شدند.

مقیاس راهبردهای مقابله ای لازاروس و فولکمن (۱۹۸۸)

این یک پرسشنامه ۶۶ ماده ای است که توسط لازاروس و فولکمن (۲۰۰۲) و بر اساس یک نظریه شناختی-پدیدارشناختی درباره تنیدگی، برآورد و مقابله ساخته شده است، و به سنجش افکار و اعمالی که افراد برای مقابله با برخوردهای تنیدگی زای زندگی روزمره به کار می روند، می پردازد و در یک مقیاس چهار درجه ای (اصلاً، گاهی اوقات، معمولاً و زیاد) نمره گذاری می شود.

نمره گذاری پرسشنامه

پرسشنامه راهبردهای مقابله ای لازاروس و فولکمن (CSQ) با ۶۶ سوال است به شیوه لیکرت ۴ درجه- ای نمره گذاری می شود. پرسشنامه راهبردهای مقابله ای دارای ۸ زیرمقیاس است که عبارتند از: ۱) مقابله مستقیم؛ ۲) دوری گزینی یا فاصله

گیری؛ ۳) خویشتن‌داری؛ ۴) جستجوی حمایت اجتماعی؛ ۵) مسئولیت-پذیری؛ ۶) گریز-اجتناب؛ ۷) مسأله‌گشایی برنامه‌ریزی شده؛ ۸) ارزیابی مجدد مثبت.

روایی و پایایی پرسشنامه

قدمگاهی و دژکام (۱۳۸۹) ضریب همسانی درونی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/61$ تا $0/79$ و اعتبار بازآزمایی آنرا به فاصله چهار هفته $0/59$ تا $0/83$ گزارش کردند. و ۸ زیرمقیاس است که عبارتند از: مقابله مستقیم؛ دوری‌گزینی یا فاصله‌گیری؛ خویشتن‌داری؛ جستجوی حمایت اجتماعی؛ مسئولیت‌پذیری؛ گریز-اجتناب؛ مسأله‌گشایی برنامه‌ریزی شده؛ ارزیابی مجدد مثبت. همچنین این ۸ زیرمقیاس در قالب دو زیرمقیاس کلی راهبرد هیجان محور و راهبرد مسأله محور خلاصه می‌شوند. برای تعیین پایایی مقیاس راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (۱۹۸۸) در پژوهش حاضر از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی این پرسشنامه $0/78$ به دست آمد.

روش اجراء پژوهش

پس از هماهنگی با مسئولان کلینیک‌های درمان اعتیاد شهر قوچان فراخوانی مبنی بر ثبت‌نام علاقه‌مندان برای شرکت در طرح پژوهشی ارائه گردید. بعد از گذشت یک ماه ۳۷ نفر از اعضا علاقه‌مندی‌شان را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند. سپس ۳۳ نفر از اعضا که ملاک ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و به روش کاملاً تصادفی ۱۷ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. این موضوع قابل ذکر است که در طی اجرای درمان ۲ نفر از اعضای گروه آزمایش (۱ نفر به علت مهاجرت از شهرستان و ۱ نفر به علت غیبت ۳ جلسه‌ای) و ۱ نفر از گروه کنترل به علت شرکت نکردن در پس‌آزمون از پژوهش کنار گذاشته شدند. در نهایت گروه آزمایش شامل ۱۵ نفر و گروه کنترل شامل ۱۵ نفر شدند. در جلسه‌ای که با هماهنگی مسئولان کلینیک‌های درمان اعتیاد شهر قوچان برگزار گردید، اطلاعات لازم از قبیل نحوه اجراء، مدت زمان اجراء و اهداف اجراء درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت شرکت در پژوهش و همچنین محرمانه بودن اطلاعات شخصی و امکان خروج از پژوهش در هر زمان که بخواهند، به معتمدان به مواد مخدر صنعتی ارائه گردید و از آنها رضایت کتبی آگاهانه برای شرکت در پژوهش اخذ گردید. پس از تشکیل گروه آزمایش و کنترل، توسط پرسشنامه‌ها از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. پس از اخذ پیش‌آزمون، اجراء گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۱۰ هفته ارائه شد. در طی این مدت گروه کنترل مداخلات روتین کلینیک‌ها برای این معتمدان را ادامه دادند. ولی به منظور رعایت اصول اخلاقی به معتمدان گروه کنترل گفته شد که در لیست انتظار برای اجرای درمان قرار بگیرند، تا پس از انجام پس‌آزمون این گروه هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کنند. پس از اتمام جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. در این پژوهش از مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در سال ۲۰۱۱ توسط هیز، لوین، ویلات، ویلارج و ریپ‌پیسترو ارائه شده است، استفاده شد. سرفصل‌های جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، در طی ۱۰ جلسه به شرح ذیل می‌باشد:

جدول ۱ جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسه | هدف | زنجیره |
|----------|---|--------|
| جلسه اول | هدف فرایند تغییر "افزایش آگاهی" معرفی رویکرد درمانی به مراجعان وضع قوانین گروهی | |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>- آشنایی اعضا با یکدیگر</p> <p>بطور کلی توضیحات مقدماتی، مفهوم سازی مشکل، آماده سازی مراجعین و اجرای پیش آزمون و همچنین تهیه فهرست فعالیتهای لذت بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی، انعطاف پذیری روانی، پذیرش روانی،</p> | |
| | <p>جلسه دوم</p> <p>آشنایی با مفاهیم درمانی آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن سازی اضطراب، استرس و افسردگی و عمل متعهدانه در شش مرحله به صورت زیر:</p> <p>۱- در این درمان ابتدا سعی می شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می شود و باید این تجارب را بدون هیچگونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت.</p> <p>۲- بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می یابد.</p> <p>۳- به فرد آموخته می شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند؛</p> <p>۴- تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است.</p> <p>۵- کمک به فرد تا اینکه میزان استرس، افسردگی و اضطراب خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند.</p> <p>۶- ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی.</p> | |
| | <p>جلسه سوم</p> <p>هدف افزایش آگاهی نسبت به راهبردهای مقابله ای و تاب آوری و اثرات فیزیولوژیک آن بر بدن افراد</p> | |
| | <p>جلسه چهارم</p> <p>هدف فرایند تغییر افزایش آگاهی شامل بالا بردن دانش مراجعان نسبت به خودشان و ماهیت رفتار مشکل زا</p> | |
| | <p>جلسه پنجم</p> <p>هدف آگاهی دادن و افزایش دانش افراد درباره خود و مشکلات رفتاریشان بالا بردن انگیزه افراد</p> | |
| | <p>جلسه ششم</p> <p>تصریح نگرانی ها و آموزش تحمل پریشانی (مهارت های پایداری در بحران ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش گانه و تمرین آگاهی)</p> <p>هدف ارزیابی مجدد خود، تسکین عاطفی</p> <p>تجربه کردن و بیان نمودن احساسات و مربوط به مشکلات رفتاری</p> <p>شرح نگرانی ها درباره راهبردهای مقابله ای و تاب آوری</p> | |
| | <p>جلسه هفتم</p> <p>ارزش ها</p> <p>هدف ارزیابی مجدد خود</p> <p>تفکر درباره ی مشکل رفتاری و شناخت زمان و چگونگی تضاد این رفتار با ارزش های شخصی</p> <p>مزایا و معایب، موازنه تصمیم (متعادل ساختن تصمیم گیری)</p> | |
| | <p>هشتم</p> <p>ارتباطات، ارزیابی مجدد محیطی (محیط نگر)</p> <p>شناخت اثرات رفتار مضطرب بر محیط و خانواده و کار و زندگی اجتماعی افراد</p> <p>ارزیابی مجدد محیطی (محیط نگر)</p> <p>شناخت تأثیری که رفتار فرد بر زندگی فرد، محیط و خانواده داشته است</p> <p>شناخت نقش های افراد و چگونگی تأثیر راهبردهای مقابله ای و تاب آوری بر ایفای نقش ها</p> | |

| | | |
|--|---|----------|
| | اعتماد به نفس شناسایی موقعیت هایی که افراد در آن بیشتر دچار اضطراب و افسردگی می شوند اطمینان دادن به فرد برای اینکه می تواند گام های ضروری جهت انجام رفتار مطلوب دارد. بارش فکری (سیال سازی ذهن) | جلسه نهم |
| | تعیین یک هدف و آمادگی برای تغییر و خود آزاد سازی و ایجاد یک تعهد برای تغییر رفتار و آموزش مهارت- های بین فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرأت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت نفس). مراجعه دربارۀ دوره جلسات گروهی که پشت سر گذاشته اند تأمل می کنند و در زمینه پیشرفتی که در تغییر رفتار داشته اند بحث می نمایند. جمع بندی و اجرای پس آزمون. | جلسه دهم |

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در تحقیق حاضر جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. شاخص های آماری توصیفی مورد استفاده عبارتند از: جداول فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد، از طرفی به منظور اثبات یا رد فرضیه های تحقیق از روش های آمار استنباطی، تحلیل کوواریانس استفاده گردید، و نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS-22 تحلیل شد.

حال برای تعیین اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کدامیک از متغیرهای وابسته راهبردهای مقابله ای (فاصله گیری، خویشتن داری، جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، اجتناب، مسأله گشایی برنامه ریزی شده، ارزیابی مجدد مثبت و مقابله مستقیم تاثیر دارد، به بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تک تک عامل ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس پرداخته شده است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله ای معتادان به مواد مخدر صنعتی تاثیر دارد. همانطور که برای آزمون فرضیه تحقیق از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده می شود که نتایج به شرح زیر است:

جدول ۲ آزمون تحلیل کوواریانس راهبردهای مقابله ای

| متغیر وابسته | منابع تغییر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|----------------------|-------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|------------|
| فاصله گیری | عامل | ۱۲۷۱,۹۳۹ | ۱ | ۱۲۷۱,۹۳۹ | ۴۴,۱۴۳ | ۰,۰۰۲ | ۰,۴۵۷ |
| | خطا | ۴۶۱,۰۲۷ | ۱۶ | ۲۸,۸۱۴ | | | |
| جستجوی حمایت اجتماعی | عامل | ۲۰۳۰,۵۱۹ | ۱ | ۲۰۳۰,۵۱۹ | ۵۲,۳۹۲ | ۰,۰۰۱ | ۰,۵۳۹ |
| | خطا | ۶۲۰,۱۰۹ | ۱۶ | ۳۸,۷۵۶ | | | |
| خویشتن داری | عامل | ۱۶۲۱,۳۶۸ | ۱ | ۱۶۲۱,۳۶۸ | ۵۱,۹۵ | ۰,۰۰۲ | ۰,۵۳۱ |
| | خطا | ۴۹۹,۳۱۷ | ۱۶ | ۳۱,۲۰۷ | | | |
| مسئولیت پذیری | عامل | ۱۹۶,۶۷۳ | ۱ | ۱۹۶,۶۷۳ | ۹,۶۹۶ | ۰,۰۰۷ | ۰,۳۷۷ |
| | خطا | ۳۲۴,۵۵۳ | ۱۶ | ۲۰,۲۸۵ | | | |
| اجتناب | عامل | ۱۶۲,۲۲۱ | ۱ | ۱۶۲,۲۲۱ | ۸,۹۷۸ | ۰,۰۰۹ | ۰,۳۵۹ |
| | خطا | ۲۸۹,۰۹۸ | ۱۶ | ۱۸,۰۶۹ | | | |

| | | | | | | | |
|-------|-------|--------|----------|----|----------|------|-----------------------------|
| ۰,۴۵۷ | ۰,۰۰۲ | ۱۳,۴۷۴ | ۳۴۰,۱۸۰ | ۱ | ۳۴۰,۱۸۰ | عامل | مسأله گشایی برنامه ریزی شده |
| | | | ۲۵,۲۴۶ | ۱۶ | ۴۰۳,۹۳۹ | خطا | |
| ۰,۷۵۲ | ۰,۰۰۱ | ۴۸,۴۲۸ | ۲۷۹۵,۸۱۷ | ۱ | ۲۷۹۵,۸۱۷ | عامل | ارزیابی مجدد مثبت |
| | | | ۵۷,۷۳۱ | ۱۶ | ۹۲۳,۶۹۶ | خطا | |
| ۰,۵۰۹ | ۰,۰۰۱ | ۱۶,۵۷۸ | ۲۷۲۸,۳۳۵ | ۱ | ۲۷۲۸,۳۳۵ | عامل | مقایله مستقیم |
| | | | ۱۶۴,۵۷۵ | ۱۶ | ۲۶۳۳,۲۰۰ | خطا | |

با توجه به جدول ۲، چون سطح معناداری ($0/002$) آزمون F در پس آزمون فاصله گیری کمتر از $0/05$ می باشد، لذا می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاصله گیری معتادان به مواد مخدر صنعتی تاثیر دارد. لذا با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می شود. از طرف دیگر با توجه به اندازه اثر، می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴۵/۷ درصد از واریانس فاصله گیری معتادان به مواد مخدر صنعتی را تبیین می کند.

همچنین با توجه سطح معناداری ($0/001$) آزمون F در پس آزمون جستجوی حمایت اجتماعی که کمتر از $0/05$ می باشد، لذا می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر جستجوی حمایت اجتماعی معتادان به مواد مخدر صنعتی تاثیر دارد. لذا با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می شود. از طرف دیگر با توجه به اندازه اثر، می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۵۳/۹ درصد از واریانس جستجوی حمایت اجتماعی معتادان به مواد مخدر صنعتی را تبیین می کند.

با توجه به جدول ۳، چون سطح معناداری ($0/002$) آزمون F در پس آزمون خویشتن داری کمتر از $0/05$ می باشد، لذا می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خویشتن داری معتادان به مواد مخدر صنعتی تاثیر دارد. لذا با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می شود. از طرف دیگر با توجه به اندازه اثر، می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۵۳/۱ درصد از واریانس خویشتن داری معتادان به مواد مخدر صنعتی را تبیین می کند.

در متغیر مسئولیت پذیری چون سطح معناداری ($0/007$) آزمون F در پس آزمون کمتر از $0/05$ می باشد، لذا می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مسئولیت پذیری معتادان به مواد مخدر صنعتی تاثیر دارد. لذا با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می شود. از طرف دیگر با توجه به اندازه اثر، می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۷/۷ درصد از واریانس مسئولیت پذیری معتادان به مواد مخدر صنعتی را تبیین می کند.

همچنین با توجه سطح معناداری ($0/009$) آزمون F در پس آزمون اجتناب که کمتر از $0/05$ می باشد، لذا می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب معتادان به مواد مخدر صنعتی تاثیر دارد. لذا با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می شود. از طرف دیگر با توجه به اندازه اثر، می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۵/۹ درصد از واریانس اجتناب معتادان به مواد مخدر صنعتی را تبیین می کند.

با توجه سطح معناداری ($0/002$) آزمون F در پس آزمون مسأله گشایی برنامه ریزی شده کمتر از $0/05$ می باشد، لذا می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مسأله گشایی برنامه ریزی شده معتادان به مواد مخدر صنعتی تاثیر دارد. لذا با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می شود. از طرف دیگر با توجه به اندازه اثر، می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴۵/۷ درصد از واریانس مسأله گشایی برنامه ریزی شده معتادان به مواد مخدر صنعتی را تبیین می کند.

در متغیر ارزیابی مجدد مثبت چون سطح معناداری ($0/001$) آزمون F در پس آزمون کمتر از $0/05$ می باشد، لذا می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزیابی مجدد مثبت معتادان به مواد مخدر صنعتی تاثیر دارد. لذا با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می شود. از طرف دیگر با توجه به اندازه اثر، می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۷۵/۲ درصد از واریانس ارزیابی مجدد مثبت معتادان به مواد مخدر صنعتی را تبیین می کند.

همچنین با توجه به سطح معناداری ($0/001$) آزمون F در پس آزمون مقایله مستقیم که کمتر از $0/05$ می باشد، لذا می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مقایله مستقیم معتادان به مواد مخدر صنعتی تاثیر دارد. لذا با ۹۵ درصد

اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می شود. از طرف دیگر با توجه به اندازه اثر، می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۵۰/۹ درصد از واریانس مقابله مستقیم معتادان به مواد مخدر صنعتی را تبیین می کند.

بحث و نتیجه گیری

“درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله ای معتادان به مواد مخدر صنعتی تاثیر دارد”.

نتایج فوق نشان داد که گروه آزمایشی پس از دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر معنی داری در نمره راهبردهای مقابله ای داشتند. بنابراین می توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله ای معتادان به مواد مخدر صنعتی موثر است. نتایج این تحقیق با پژوهش های فرناندز، لویز، لوسارا، گونزالس و وترل (۲۰۱۶)، ویهاف، ترامپتر، بولمیچر و اسکوروس (۲۰۱۶)، فرانک و آتا (۲۰۱۶)، دوهورس، ناکوا و ریبر (۲۰۱۵)، ویکسل، و همکاران (۲۰۱۳)، هافمن، هالب، الینبرگ، جنسون و فرستلم (۲۰۱۳)، فروس، لان، سیاروچی و بلکلج (۲۰۱۳)، شاپیرد، فورسیت، هاکلین و بیانچی (۲۰۱۰)، پترسون، ایفرت و فیونگولد (۲۰۰۹) در مواردی همسو است.

نتایج پژوهش حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله ای معتادان به مواد مخدر صنعتی تاثیر دارد. یکی از مفاهیم اساسی در جنبش روانشناسی مثبت نگر، پذیرش و تعهد است. معتادان به مواد مخدر صنعتی که دچار رخدادهای استرس زا شده اند با درجات متفاوتی از راهبردهای مقابله ای در انتظار همه چیز حتی معجزه بوده و از آنجا که آنان به دنبال پیشگویی خودکام بخش هستند، مایلند تا در جهت پیش بینی های خود حرکت کنند (پروتور و همکاران^{۲۵}، ۲۰۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حالت انگیزشی مثبت و ذهنی مبتنی بر برنامه ریزی برای رسیدن به هدف است که محصول تعامل فرد با محیط می باشد. آموزش مهارت های مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از منابع مقابله انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری های صعب العلاج در نظر گرفته می شود و همچنین آموزش مهارت های مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به عنوان یک عامل شفا دهنده، چندبعدی، پویا و قدرتمند نقش مهمی در افزایش راهبردهای مقابله ای در افراد داشته باشد (دافنر، توماس و فرگوسن^{۲۶}، ۲۰۱۰).

یکی از کاربردهای اصلی علم روانشناسی، کاربرد اصول آن در یافتن شیوه های نوین زندگی، پیشگیری از مسائل و مشکلات فردی، خانودگی، شغلی و اجتماعی و ارتقای سلامت، سازگاری، شادکامی و امید و غیره است. با توجه به نتایج پژوهش حاضر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله کاربردهای روانشناسی در عرصه های مختلف فردی و اجتماعی است که با هدف ارتقای سطح بهداشت جسمانی و روانی و پیشگیری از آسیب های جسمانی، روانی و اجتماعی اجرا می شود (لمان، سیمپسون، نایت و فلین^{۲۷}، ۲۰۱۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک رویکرد مبتنی بر تغییر رفتار یا شکل دهی رفتار تعریف می شود که میان سه حوزه دانش، نگرش و مهارت توازن برقرار می کند. مهارت های ارتباطی مجموعه ای از توانایی هاست که قدرت سازگاری، رفتار مثبت و کارآمد را در معتادان افزایش می دهد. در نتیجه آنها قادرند بدون اینکه به خود

^{۲۵}Proctor & etal.

^{۲۶}Daffern, Thomas & Ferguson

^{۲۷}Lehman, Simpson, Knight & Flynn

یا دیگران صدمه بزند، مسئولیت های مربوط به نقش اجتماعی خود را بپذیرد و با چالش ها و مشکلات روزمره زندگی به شکل مؤثر روبرو شود (کومر و بارلو، ۲۰۱۳).

همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معتادان را در جهت مقابله مؤثر برای پرداختن به کشمکش ها و موقعیت های زندگی یاری می بخشد به این ترتیب یادگیری و تمرین مهارت های مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب تقویت یا تغییر در نگرش ها، ارزش ها و رفتارهای انسان می گردد و در نتیجه با پدید آمدن باورهای سالم و مثبت، بسیاری از راهبردهای غیر منطقی حل و از بروز مشکلات روانشناختی مرتبط با اعتیاد پیشگیری می شود.

آنچه در تبیین یافته های این پژوهش می توان گفت این است که اجتناب تجربه ای (عدم تمایل در جهت تجربه کردن احساسات و افکار ناخوشایند درونی) در طولانی مدت موجب بروز بیشتر تعارض بین فردی و کاهش راهبردهای مقابله ای غیر منطقی می شود. از دیگر مفروضات این پژوهش این است که وقتی ذهن می گوید همه چیز را درباره موضوعی می داند، واکنش های غیرمنطقی بیشتری بروز می کند. گسلش در درمان پذیرش و تعهد به معنی یک گام به عقب برداشتن و نظاره گر افکار بودن است که موجب می شود افکار فقط فکر و نه واقعیت محض پنداشته شوند. بنابراین واقعیت مطلق فرض نشدن معانی کلامی، کمک شایانی در کاهش واکنش های شدید از جمله مشکلات مرتبط با اعتیاد می کند (اینگرسل و همکاران، ۲۰۰۲).

به نظر می رسد تغییرات درمانی این روش ناشی از تکنیک هایی است که به معتادان کمک نموده تا حادثه آسیب زای گذشته را بیشتر پذیرفته و به دلیل بی نتیجه بودن کنترل کردن و اجتناب از تفکرات مربوط به اختلال استرس، از این کنترل و اجتناب پرهیز نموده و به جای آن ارزش های زندگی خود را مشخص نموده و اعمال خود را بر اساس حرکت در مسیر ارزش های تعریف شده، سازماندهی نمایند (فینرتی و همکاران، ۲۰۰۹). لذا پس از طی نمودن این فرایند، معتادان به وسیله پذیرش تفکرات و همچنین جدا نمودن اعمال از تفکر، از بند تفکرات نشخوارکننده غیر منطقی رهایی یافته و با راهبردهای مقابله ای به مسیر ارزشمند زندگی خود برمی گردند. این تکنیک ها همان مکانیزم هایی هستند که در تعریف و ضابطه مندی کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان مشکلات بین فردی به آنها اشاره شده است. بنابراین تکنیک های این روش درمانی در حکم پادزهری در برابر نقایص آسیب شناختی معتادان می باشد (چودر، داگن و بار، ۲۰۱۳).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به مکانیسم های تأثیر خود نظیر پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال و عمل متعهدانه، درمانی جامع با جنبه های شناختی رفتاری است که می تواند درمانی اثربخش در افزایش تاب آوری در معتادان محسوب گردد.

همچنین در تبیین یافته های پژوهش می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک بسزایی برای تسهیل الگوی رفتاری و سلامت و پیشگیری از اثرات سوء مشکلات بین فردی می کند. در این روش عرضه درمان های مورد نیاز و اساسی، مجموعه مهارت های لازم برای کاهش اختلال های رفتاری به معتادان آموزش داده می شود و به آنها کمک می شود تا توانایی

^۱Comer & Barlow

^۲Ingersoll & etal.

^۳Finnerty &etal.

^۴Chaudoir, Dugan & Barr

ها، اطلاعات، گرایش ها و مهارت های لازم برای زندگی سالم و موفق را در خود پرورش دهند که در نهایت این عوامل باعث افزایش راهبردهای مقابله ای آنان در برابر مشکلات متعدد می شود (جولی و درل، ۲۰۱۳). تبیین دیگر اینکه آموزش مهارت های مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می شود معتادان شناخت بیشتری درباره خود و محیط اطراف کسب کنند، نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند، از امکانات و محدودیت های در اختیار خود آگاهی پیدا کنند، واقعیت ها را بهتر بپذیرند و با آنها به طور صحیح تر سازش یابند که این امر نیز باعث رشد راهبردهای مقابله ای متناسب می شود. همچنین شیوه آموزش گروهی خود می تواند تأثیر مثبتی در خلق و خوی معتادان داشته باشد (لويس هایس و همکاران، ۲۰۱۱).

منابع

- ایزدی، راضیه؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ عسگری، کریم؛ و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر علایم بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۱)، ۹۴-۱۱۹.
- چراغیان، حدیث؛ حیدری، ناصر؛ قدمی، سید امیر؛ و زارعی، بنت الهدی. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی حین بارداری زنان. *مجله سلامت جامعه*. ۹(۲): ۵۶-۶۴.
- حر، مریم؛ آقایی، اصغر؛ عابدی، احمد؛ و عطاری، عباس. (۱۳۹۱). تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *نخستین همایش ملی علوم تربیتی و روان شناسی، مردودشت، اندیشه سازان مبتکر جوان*، ۵(۷)، ۱۴۵-۱۶۸.
- رحیمی، صادق. (۱۳۹۳). بررسی مقایسه ای اثربخشی دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان میان فردی بر کاهش افسردگی دانش آموزان دارای فوبی اجتماعی. *فصلنامه علمی - پژوهشی بیماری های پستان / ایران*. ۷(۴)، ۵۲-۶۳.
- عبداللهی پور حقیقی، محسن. (۱۳۹۲). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم مبتلایان به اختلال وسواسی- اجباری*. پایان نامه. دولتی، وزارت علوم، تحقیقات، و فناوری، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- مولوی، پرویز؛ میکائیلی، نیلوفر؛ رحیمی، ندا؛ و مهری، سعید. (۱۳۹۳). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان دارای ترس اجتماعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*. ۱۴(۴)، ۴۱۲-۴۲۳.
- نویدیان، علی. (۱۳۹۴). بررسی خصوصیات شخصیتی معتادان به مواد مخدر در مرکز بازپروری زاهدان. *مجله حکیم*، ۵(۱)، ۱۲-۲۹.
- رجبی، ساجده و یزدخواستی، فریبا. (۱۳۹۲). اثر بخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلوزیس. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱(۲۱)، ۶۱-۷۵.

Abbott, B. V. (2005). *Emotion dysregulation and reregulation: predictors of relationship intimacy and distress*. Texas: Texas A & M University.

Block J. A., & Wulfert E. (2000). Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *Behav Anal Tod*. 1,1-55.

- Branstetter, A.D., Wilson, K.G., Hildebrandt, M., & Mutch, D. (2010). Improving psychological adjustment among cancer patient: ACT and CBT. Paper presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy. New Orlean.
- Chaudoir, S.R., Dugan, A.G., & Barr, C.H. (2013). Measuring factors affecting implementation of health innovations: A systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implementation Science*, 8(1), 22.
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7, 1-10.
- Cosio, D., & Schafer, T. (2015). Implementing an acceptance and commitment therapy group protocol with veterans using VA's stepped care model of pain management. *Journal of Behavioral Medicine*, 38 (6):984-97.
- Dalrymple, K.L., & Herbert, J.D. (2007). Acceptance and Commitment Therapy for Generalize Social Anxiety Disorder. *Behavior Modification*, 36, 629-648.
- Douki, S., Nacef, F., Belhadj, A., Bouasker, A., & Ghachem, R. (2003). Violence against women in Arab and Islamic countries. *Arch Women Arch Womens Ment Health*, 6, 165-71.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies. New Harbinger: Oakland, CA, 11, 201-246.
- Eifert, G. H., & Heffner, M. (2013). The effect of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. Sep-Dec; 34, 293-312.
- Eifert, G.H., & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 34(3- 4):293-312.
- Fang, X.M., Massetti, G.M., Ouyang, L.J., Grosse, S.D., & Mercy, JA. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and young adult intimate partner violence. *Arch Gen Psychiatry*, 67, 1179-1186
- Fernández, M.A., López, A., Losada, A., González, J. L., & Wetherell, J. L. (2016). Acceptance and Commitment Therapy and Selective Optimization with Compensation for Institutionalized Older People with Chronic Pain. *Pain Medicine*, 17 (2), 264–277.
- Finnerty, M., Rapp, C., Bond, G., Lynde, D., Ganju, V., & Goldman, H. (2009). The State Health Authority Yardstick (SHAY) Community Mental Health Journal, 45(3), 228–236.
- Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2014). Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cogn Behav Pract*. 19, 583-594.
- Folke, F., Parling, T., f& Melin, L. (2012). Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive Behavioral Practice*, 19(4), 583-594.
- Gross, J. J. (2007). Editor Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press. Individual Differences, 29, 2351- 1327.
- Ingersoll, G.L., Kirsch, J.C., Merk, S.E., & Lightfoot, J. (2000). Relationship of organizational culture and readiness for change to employee commitment to the organization. *Journal of Nursing Administration*, 30(1), 11–20.
- Johnson, H. (2010). Chronic fatigue syndrome among female-headed households., New York: Grown Publishers, 2, 196-216.
- Johnson, S.M. (2010). Different effects of experiential and problem-solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 63, 67-79.

- Kobasa, C. (2000). *Psychological Hardness Theory*. Psychology. New York: Worth Publishers.
- Lewis, G.F. (2012). Emotional and social disturbances caused by drug abuse in the United States. *Psychological Review*, 101, 371-395.
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill J. W. (2010). A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *Int J Psychol & Psychol Ther*. Nov; 6,397-416.
- Petersen, C. L., & Zettle, R. D. (2009). Treating Inpatient with Comorbid Depression and Alcohol Use Disorders: A Comparison of Acceptance and commitment therapy Versus Treatment as Usual. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 1-10.
- Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, Hensley M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76.
- Sandler, I. N., Tein, J. Y. & West, S. G. (1994). Coping, stress, and the psychological symptoms of children of divorce: A crosssectional and longitudinal study. *Child Development*, 65 (6) 1744-1763.
- Sharp, K. (2014). A review of acceptance and commitment therapy with anxiety disorders. *Int J Psychol & Psychol Ther*. 12, 359-372.
- Simmons, S. (2000). Quality of life in community mental health care. *Journal of Nurse Student, England*, 31, 679-683.
- Veehof, M. M., Oskam, M. J., Schreurs, K. M., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of depression: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 152, 533-542.
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K.M. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behavior Therapy*. 45(1):5-31.
- Walser, R. D., Karlin, B. E., Trockel, M., Mazina, B., & Taylor, C. B. (2013). Training in and implementation of Acceptance and Commitment Therapy for depression in the Veterans Health Administration: Therapist and patient outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 555-563.