

The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on voluntary self-regulation, distress tolerance and psychological flexibility in people with substance abuse disorder undergoing maintenance treatment

Mahsa Kashefizadeh ¹ | Mahboobeh Taher ² | Abbasali Hossein Khanzadeh ³ | Narges Haj Abutalebi ⁴

Abstract

Drug abuse is at the top of threats and social harms and is one of the saddest problems of today's societies, which is the source of many misbehavior and crimes and is influenced by many psychological factors. Therefore, the aim of the present study was to investigate the effect of acceptance and commitment-based treatment on voluntary self-regulation, distress tolerance and psychological flexibility in people with substance abuse disorder undergoing maintenance treatment. The current research was semi-experimental with a pre-test and post-test design with experimental and control groups. The statistical population of the study included all men aged 20 to 45 with substance abuse disorder under maintenance treatment who referred to addiction treatment centers in Rabat Karim city from March 2020 to June 2021. Among them, a sample of 36 people was selected using cluster random sampling method and randomly replaced in two groups (18 people in the experimental group and 18 people in the control group). The data collection tools in the present study included voluntary self-regulation questionnaire (Freund and Baltz, 2002), distress tolerance questionnaire (Simmons and Gaher, 2005) and acceptance and action questionnaire (Bond et al., 2011). The experimental group underwent 10 sessions of therapy based on acceptance and commitment (Hayes, 2004). Data analysis was done using covariance analysis in SPSS22 environment. The findings showed that the treatment based on acceptance and commitment is effective in all three variables of voluntary self-regulation, distress tolerance and psychological flexibility in the experimental group ($p < 0.0001$) and the average of the experimental group in the post-test is significantly higher than the average of the control group ($p < 0.0001$). The results showed that the treatment based on acceptance and commitment is effective in improving voluntary self-regulation, distress tolerance and psychological flexibility of people with substance abuse disorder under maintenance treatment. Therefore, the treatment based on acceptance and commitment can be used along with other existing treatment approaches as a suitable option for people with substance abuse and as a result reduce delinquency and the material and spiritual costs of military and judicial institutions.

Keywords: Substance Abuse Disorder, Psychological Flexibility, Tolerance of Distress, Voluntary Self-Regulation, Acceptance and Commitment Therapy.

DOR: 20.1001.1.25885162.1401.13.52.2.2

1. Ph.D. Candidate, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran
2. Corresponding author: Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran
Mahboobe.taher@yahoo.com
3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Gilan University, Rasht, Iran
4. Assistant Professor, Department of Mathematics, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran



اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی ارادی، تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده^۱

مهسا کاشفی زاده^۲ | محبوبه طاهر^۳ | عباسعلی حسین خانزاده^۴ | نرگس حاج ابوطالبی^۵

چکیده

سوء مصرف مواد مخدر در صدر تهدیدها و آسیب‌های اجتماعی و از غم‌انگیزترین معضلات جوامع امروزی است که منشأ بسیاری از کج رفتاری‌ها و جرایم محسوب شده و تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی بسیاری قرار دارد. از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی ارادی، تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده بود. پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مردان ۲۰ تا ۴۵ ساله دارای اختلال سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد شهر رباط کریم، از اسفند ۱۳۹۹ تا خرداد ۱۴۰۰ بودند. که از بین آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۳۶ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شده و در دو گروه (۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه گواه) به تصادف جایگزین شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش حاضر شامل پرسش‌نامه خودتنظیمی ارادی (فروند و بالتر، ۲۰۰۲)، پرسش‌نامه تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و پرسش‌نامه پذیرش و عمل (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) بود. گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، ۲۰۰۴) قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس در محیط SPSS22 انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هر سه متغیر خودتنظیمی ارادی، تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه آزمایش تأثیرگذار است ($p < 0/001$) و میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون، به‌صورت معناداری بیشتر از میانگین گروه گواه است ($p < 0/001$). نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود خودتنظیمی ارادی، تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده اثربخش است؛ بنابراین می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار سایر رویکردهای درمانی موجود به‌عنوان گزینه مناسبی برای افراد دارای سوء مصرف مواد و در نتیجه کاهش بزهکاری و هزینه‌های مادی و معنوی نهادهای نظامی و قضایی بهره برد.

کلیدواژه‌ها: اختلال سوء مصرف مواد؛ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی؛ تحمل پریشانی؛ خودتنظیمی ارادی؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

DOR: 20.1001.1.25885162.1401.13.52.2.2

۱. مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود است.

۲. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

۳. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

Mahboobe.taher@yahoo.com

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۵. استادیار، گروه ریاضی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران



ناشر: دانشگاه جامع امام حسین (ع)
این مقاله تحت لایسنس آفرینندگی مردمی (Creative Commons License- CC BY) در دسترس شما قرار گرفته است.



دانشگاه جامع امام حسین (ع)

۵۲

سال سیزدهم
زمستان ۱۴۰۱

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت:

۱۴۰۱/۵/۲۱

تاریخ بازنگری:

۱۴۰۱/۶/۱۸

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۱/۷/۱

تاریخ انتشار:

۱۴۰۱/۱۲/۰۱

صص: ۵۵-۳۳

شاپا چاپی: ۵۱۶۲-۲۵۸۸
الکترونیکی: ۵۱۷-۲۶۴۵



مقدمه

امروزه جوامع بشری با مشکلات و آسیب‌های اجتماعی بسیار جدی مواجه هستند که بخش قابل توجهی از سرمایه‌ها و امور را به خود اختصاص می‌دهند (کو کو کووار^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). امروزه موضوع اعتیاد به عنوان تهدیدی علیه امنیت ملی کشور محسوب می‌شود، به گونه‌ای که مواد مخدر پس از تولید سلاح هسته‌ای، تخریب محیط زیست، و فقر شکاف طبقاتی به عنوان تهدید چهارم در دنیا علیه بشریت به شمار می‌رود (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۷). پژوهشگران در جوامع کنونی منشأ بسیاری از کج رفتاری‌ها و جرایم را مواد مخدر می‌دانند و اعتیاد به مواد مخدر در صدر تهدیدها و آسیب‌های اجتماعی و از غم‌انگیزترین معضلات جوامع امروزی است که اکثر جوامع را به چالش کشانده است (دگنهارت^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). نیروهای انتظامی و امنیتی از جمله نهادهایی است که با این معضل اجتماعی به شدت درگیر است اما این نظام جهت مقابله با آن، در وهله اول نیازمند اطلاعات سودمند در باب پیشگیری و سپس حل این معضل است. بنابراین نهادهای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی از قبیل اعتیاد احتیاج به شناسایی پیشایندهای مصرف و ارائه برنامه‌های جدید در زمینه کنترل و مدیریت سوء مصرف مواد^۳ دارند که این مهم از طریق پژوهش‌های بیشتر در این حیطه امکان پذیر است (لو^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). سوء مصرف مواد یکی از نگرانی‌های مهم بهداشت عمومی بوده است و به عنوان یک اختلال عودکننده مزمن با میزان عود بسیار بالا تعریف شده است که عود آن بین ۵۶/۸٪ تا ۸۱/۸٪ متغیر است. اعتیاد^۵ که در نام گذاری رسمی از آن با عنوان سوء مصرف مواد نام برده می‌شود عبارت است از: مصرف مکرر یک دارو یا ماده شیمیایی با یا بدون وابستگی جسمی که بر زمینه‌های متعدد عملکرد افراد تأثیر می‌گذارد و باعث ناتوانی‌های چشم‌گیری در تعداد نسبتاً بالایی از مردم می‌شود (تیلور^۶ و همکاران، ۲۰۲۱).

1. Kucukvar
2. Degenhardt
3. Substance abuse
4. Lo
5. Addiction
6. Taylor

سوء مصرف مواد به عنوان یک بیماری مزمن، تحت تأثیر عوامل روانی، محیطی و اجتماعی بسیاری قرار گرفته که بر دوام و پیشرفت آن اثرگذار هستند (سمب^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از عواملی که به صورت بالقوه می تواند بر میل به مصرف مواد تأثیرگذار باشد، خودتنظیمی ارادی^۲ است (خدادادیان و همکاران، ۱۳۹۸). خودتنظیمی ارادی توضیح می دهد که چگونه افراد انتخاب می کنند، برای رسیدن به اهداف خود برنامه ریزی کرده و اعمال شان را تنظیم می کنند. در واقع خودتنظیمی ارادی شامل ایجاد یک وقفه بین احساس و عمل است تا فرد تفکر بیشتری روی آن داشته باشد و برنامه ریزی بهتری بکند (استفانسون^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). انسان در زمینه های پیچیده فیزیکی، اجتماعی، فرهنگی و تاریخی زندگی می کند که لازمه آن اتخاذ تصمیماتی است که به واسطه آن ها هم مقتضیات محیطی و هم نیازهای خود را در نظر بگیرد. به عبارت دیگر در مقایسه با سایر گونه ها دارای مزیت سازگاری است (گستدوتیر و لرنر^۴، ۲۰۰۸). ضعف در مهارت های خودتنظیمی می تواند نقش مهمی در گرایش افراد به اعتیاد داشته باشد (خدادادیان و همکاران، ۱۳۹۸). پرسی^۵ (۲۰۰۸) در طی پژوهشی نشان داد ضعف خودتنظیمی در افراد، مشکلات درازمدت مرتبط با مصرف الکل و مواد مخدر را در بزرگسالی پیش بینی می کند. همچنین پژوهش ها نشان می دهند که مجرمین مرتبط به نسبت مجرمین غیر مرتبط با مواد در تنظیم هیجانی با مشکل مواجه هستند؛ بنابراین با ارائه مداخلات درمانی می توان از جرائم و همچنین معضلات انتظامی و امنیتی در برخورد با معتادان کاست (سمب و همکاران، ۲۰۱۹).

تحمل پریشانی^۶ یکی دیگر از متغیرهای میانجی خطرپذیری سوء مصرف مواد است که همبستگی گسترده ای با اختلال سوء مصرف مواد دارد (علی^۷ و همکاران، ۲۰۱۷) و بر نحوه پاسخ گویی به تنیدگی در افراد اثرگذار است؛ به این جهت با نرخ بزهکاری و جرائم در کشور

1. Semb
2. Intentional Self-Regulation (ISR)
3. Stefansson
4. Gestsdottir & Lerner
5. Percy
6. Distress Tolerance
7. Ali

مرتبط بوده و نهادهای نظامی و قضایی را به شدت درگیر کرده است (علی و همکاران، ۲۰۱۵). در واقع تحمل پریشانی یک متغیر تفاوت‌های فردی است که اشاره به ظرفیت افراد برای تجربه و مقاومت در برابر پریشانی عاطفی دارد. تحمل پریشانی مربوط به توان بررسی و کسب آگاهی از وضعیت فعلی هیجان‌ها و نگرش‌ها در موقعیت، بدون اقدام به تغییر یا کنترل هرگونه عامل محیطی که سبب‌ساز این پریشانی بوده است، در نظر گرفته می‌شود (داگترز^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). تحمل پریشانی به‌طور فزاینده‌ای به‌عنوان یکی از ساختارهای مهم در رشد بینش جدید درباره شروع و بقاء آسیب‌های روانی و همچنین پیشگیری و درمان در افراد مشاهده شده است. افراد با تحمل پریشانی پایین در تنظیم و مهار هیجان‌های خود دچار مشکل هستند و به همین دلیل دنبال راهبردهایی هستند که باعث می‌شود در کم‌ترین زمان این احساس تنش را از بین ببرند و شخص به حالت لذت فوری برسد (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۸). از جمله راهبردهای ناکارآمد در این افراد می‌توان به استفاده از رفتارهای پرخطری مانند پرخاشگری، سرقت، سوءمصرف مواد و سایر رفتارهای پرخطر اشاره نمود که مراکز نظامی و قضایی را درگیر می‌کند (علی و همکاران، ۲۰۱۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین تحمل پریشانی و گرایش به مصرف مواد و اعتیاد رابطه وجود دارد (علی و همکاران، ۲۰۱۷). برخی مطالعات حاکی از این هستند که سطوح تحمل پریشانی در افراد مصرف‌کننده مواد و افراد غیرمصرف‌کننده با هم متفاوت است و افراد مصرف‌کننده از سطوح پایین‌تر تحمل پریشانی برخوردار هستند (کاسیر^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). به‌عنوان مثال هاشمی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان دادند پایین بودن تحمل پریشانی در دانشجویان می‌تواند اعتیادپذیری را در آنان پیش‌بینی کند.

از دیگر متغیرهایی که به نقش آن در گرایش افراد به سوءمصرف مواد اشاره شده است، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۳ است (لوما^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). در سال‌های اخیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌صورت فزاینده‌ای به‌عنوان سازه بااهمیتی در ایجاد دامنه وسیعی از اشکال بالینی

1. Daughters
2. Kaiser
3. Psychological flexibility
4. Luoma

نارساکنش‌وری‌های شناختی از جمله اضطراب، افسردگی، پریشانی هیجانی، سوء مصرف مواد و اختلالات دیگر مشخص شده است (حسینی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۹). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در واقع به توانایی افراد برای تمرکز بر موقعیت کنونی و استفاده از فرصت‌های آن موقعیت برای گام برداشتن در راستای اهداف و ارزش‌های درونی با وجود رویدادهای روان‌شناختی چالش‌برانگیز یا ناخواسته اشاره دارد. به عبارتی قابلیت‌هایی همچون هماهنگی تطبیقی فرد با مقررات، انتظارات یا موقعیت‌های محیطی تازه، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به شمار می‌روند (چری^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند با سوء مصرف مواد مرتبط باشد (شیرانیان و همکاران، ۱۴۰۰). لوما و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان دادند که افرادی که از نظر شناختی انعطاف‌ناپذیرند، هنگام ناراحتی به نشخوار فکری روی می‌آورند و نیرو و توان شناختی‌شان را بر نشخوار که پاسخی تکراری و غیر سودمند برای فرد به ارمغان می‌آورد، متمرکز می‌کند. در واقع مصرف مداوم مواد و وابستگی به آن به‌طور معمول با واکنش‌پذیری نسبت به محرک‌های مربوط به مواد همراه است و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیط سازگار کند و کاهش لذت‌جویی آنی و بزهداری را به دنبال داشته باشد (صادقی و کریمی، ۱۳۹۷).

پژوهشگران معتقدند که اختلال سوء مصرف مواد دارای پیش‌آگهی نامطلوبی است و هزینه‌های درمانی هنگفتی را به صورت مستقیم و غیرمستقیم به خانواده‌ها و جامعه تحمیل می‌کند (عندلیبی و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به هزینه‌ها و آسیب‌های فردی اجتماعی و اقتصادی سوء مصرف مواد لازم است از درمان‌های مقرون به صرفه‌تر و پیشگیری استفاده شود. درمان نگهدارنده با متادون^۲ یکی از شیوه‌های درمانی اختلال سوء مصرف مواد است که با تلفیق دارودرمانی و درمان‌های روان‌شناختی در جهت کاهش یا حذف آسیب‌ها و مشکلات سوء مصرف مواد تلاش می‌کند. این درمان به منظور نگه داشتن بیماران در وضعیتی پایدار و بهبودی تدریجی یا

1. Cherry
2. Methadone Maintenance Therapy

پیشگیری از عود طراحی شده است (استوکتون^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). شواهد نشان می‌دهند که ارائه روان‌درمانی، کارایی درمان نگه‌دارنده با متادون را افزایش می‌دهد (ماهو^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). یکی از الگوهای مداخله‌ای روان‌شناختی برجسته در درمان سوء مصرف مواد در سال‌های اخیر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ است (لی^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). این رویکرد درمانی بخشی از موج سوم درمان‌های رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان‌ها از قبیل درمان شناختی- رفتاری پدید آمد. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش اجتناب تجربی همراه با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (گلاسر^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). فردی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد، از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمی‌کند و سعی در تغییر و کنترل آن‌ها ندارد. بنابراین انرژی خود را به جای مقابله یا اجتناب از رویدادهای ناخواسته صرف ارزش‌ها و کیفیت زندگی می‌کند (کو-تو- لسمس^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). بررسی مطالعات پیشین گویا این است که گرایش به رفتارهای خرابکارانه و سوء مصرف الکل و مواد که در زندانیان و بزهکاران شایع می‌باشد، ناشی از به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی است؛ برای این منظور که فرد توانایی مواجهه با رویدادها و تجارب را در خود نمی‌بیند (لی و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین به کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش بازگشت به سوء مصرف مواد در معتادانی که ترک کرده‌اند و تبعاً کاهش بزه مؤثر باشد. در این راستا پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته در کاهش رفتارهای خطرناک مصرف‌کنندگان مواد مفید باشد (لی و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجانی در مردان تحت درمان سوء مصرف مواد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۸)، تحمل پریشانی در این افراد (امیریان و همکاران، ۱۳۹۷)، خودتنظیمی در نوجوانان دارای سوء مصرف مواد (سعیدمنش و همکاران، ۱۳۹۶) و انعطاف‌پذیری

1. Stockton
2. Mahu
3. Acceptance and commitment therapy
4. Lee
5. Gloster
6. Coto-Lesmes

روان‌شناختی افراد با سوء مصرف مواد تحت درمان متادون (جهانگیری و پهلوان، ۱۳۹۷) مؤثر است. در صورتی که این رویکرد برای اختلالات سوء مصرف مواد به کار رود مراجعین به جای مصرف مواد با روش‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی در رابطه با تجربه‌های درونی (مثلاً در پاسخ به ولع یا فرار از احساسات منفی)، هم‌زمان با حرکات رو به جلو، ایجاد الگوهای معنادار فعالیت را می‌آموزند که با مصرف مواد ناهماهنگ است (لی و همکاران، ۲۰۱۹).

با توجه به این که همچنان شاهد افزایش شیوع سوء مصرف مواد در میان اقشار مختلف جامعه هستیم و سوء مصرف با افزایش نرخ جرائم و تبعات‌گیری بیشتر نهادهای نظامی و قضایی همراه است و از سویی روش‌های درمانی مختلف نتایج چندانی موفقی به همراه نداشته و بازگشت به مصرف مجدد در افراد ترک کرده همچنان شیوع بالایی دارد و همچنین با توجه به خلاء مطالعات علمی گسترده و دقیق درباره اثربخشی روش درمانی به کار گرفته شده، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی ارادی، تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مردان ۲۰ تا ۴۵ ساله دارای اختلال سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده مراجعه‌کننده به مراکز درمان اعتیاد شهر رباط کریم، از اسفند ۱۳۹۹ تا خرداد ۱۴۰۰ بودند. از آنجا که پژوهشگران در جوامع کنونی منشأ بسیاری از کج‌رفتاری‌ها و جرایم را مواد مخدر می‌دانند و سوء مصرف مواد در صدر تهدیدها و آسیب‌های اجتماعی قرار دارد، جامعه موردنظر انتخاب شدند و سپس از بین آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۳۶ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شده و در دو گروه (۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه گواه) به تصادف جایدهی شدند. قبل از انجام هرگونه مداخله‌ای از ۲ گروه شرکت‌کننده در پژوهش پیش‌آزمون به عمل آمد. مداخله (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) توسط پژوهشگر،

به صورت گروهی اجرا شد. مدت جلسات درمانی ۱۰ جلسه بود که به صورت گروهی و هفته‌ای یک بار و به مدت ۵۰ دقیقه در مراکز درمانی که افراد نمونه از آنجا انتخاب شدند، برگزار شد. در عین حال گروه گواه در فهرست انتظار بود و هیچ گونه درمانی را دریافت نکرد. فرایند اجرای مداخلات طی اسفند ۱۳۹۹ تا خرداد ۱۴۰۰ به طول انجامید. پس از اتمام دوره آموزش هر دو گروه آزمایش و کنترل مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که نتایج به دست آمده صرفاً برای کار پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرند و اطلاعات و داده‌های حاصله محرمانه باقی خواهند ماند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش، نداشتن اختلال روان‌گسستگی، عدم دریافت روان‌درمانی هم‌زمان، و دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حداقل دو سال قبل از پژوهش، عدم شرکت مداوم در جلسات مداخله (غیبت بیش از ۳ جلسه)، انصراف از ادامه درمان و مشارکت در پژوهش بود. از جمله ملاحظات اخلاقی پژوهش، اخذ رضایت آگاهانه کتبی، اجرای پرسش‌نامه و مداخلات درمانی متناسب با برنامه زمانی مورد قبول اکثریت شرکت کنندگان، توجه به حریم خصوصی افراد، توضیح درباره اهداف و روش‌های پژوهش، محرمانه نگه داشتن اطلاعات، و داشتن حق کناره‌گیری مشارکت کنندگان از پژوهش در هر زمان دلخواه بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش حاضر از ابزارهایی استفاده شد که در ادامه شرح داده خواهند شد.

پرسش‌نامه خودتنظیمی ارادی^۱: این پرسش‌نامه در ابتدا توسط بالتز و همکاران (۱۹۹۹) ساخته شد و مقیاسی ۴۸ گویه‌ای است و در آن برای هر یک از خرده‌مقیاس‌های انتخاب، انتخاب مبتنی بر شکست، بهینه‌سازی و جبران ۱۲ گویه در نظر گرفته شده است. هر گویه شامل دو اظهار نظر است که یکی شامل رفتار مبتنی بر انتخاب، بهینه‌سازی، جبران و انتخاب مبتنی بر شکست و دیگری بیانگر رفتار غیرمرتبط با آن است. از فرد خواسته می‌شود جمله‌ای را که به شیوه عملکرد او شبیه‌تر است انتخاب کند. در این پژوهش از فرم کوتاه این پرسش‌نامه که توسط فروند و بالتس (۲۰۰۲)

1. Intentional self-regulation questionnaire

تدوین شده است و شامل ۲۴ گویه است، استفاده شد که برای هر کدام از خرده‌مقیاس‌ها ۶ گویه در نظر گرفته شده است. خرده‌مقیاس انتخاب دربرگیرنده ایجاد رجحان‌ها و هدف‌ها، ساخت سلسله مراتب اهداف، و متعهد شدن به هدف‌ها است. خرده‌مقیاس بهینه‌سازی دربرگیرنده اکتساب و سرمایه‌گذاری بر روی تدابیر مرتبط با هدف‌ها برای رسیدن به هدف‌های خود است. خرده‌مقیاس جبران به استفاده از تدابیر جایگزین برای حفظ سطح عملکرد در زمان مواجهه با نقص‌ها و محدودیت‌ها مربوط می‌شود. در این مقیاس نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر مهارت‌های خودتنظیمی است. پژوهش‌های مختلف اعتبار و روایی این ابزار را نشان داده‌اند. سازندگان این مقیاس همسانی درونی را بر اساس آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس انتخاب ۰/۷۵، بهینه‌سازی ۰/۷۰ و جبران ۰/۶۷ گزارش نموده‌اند و روایی محتوایی آن را مورد تأیید قرار دادند (فروند و بالتس، ۲۰۰۲). همچنین همسانی درونی پرسش‌نامه براساس آلفای کرونباخ در ایران توسط خدادادیان و همکاران (۱۳۹۸) بررسی گردید، که آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۸۲ برآورد کردند.

پرسش‌نامه تحمل پریشانی^۱: این پرسش‌نامه یک شاخص خودسنجی است. گویه‌ها، تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در زمان وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تکمیل پریشانی مورد سنجش قرار می‌دهند. این پرسش‌نامه دارای ۱۵ گویه و ۴ خرده‌مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، ارزیابی و برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. نمره‌گذاری در مقیاس پنج درجه‌ای ۱ تا ۵ انجام می‌شود. حداقل نمره در این پرسش‌نامه ۱۵ و حداکثر ۷۵ است. در پژوهش سیمونز و گاهر ضرایب آلفا برای ابعاد تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی، به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شد. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شده که این مقیاس دارای

1. Distress Tolerance questionnaire

روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در ایران در مطالعات مقدماتی بر روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد)، اعتبار بالایی برای کل مقیاس و اعتبار متوسط برای خرده مقیاس‌ها به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۷۱، خرده مقیاس تحمل ۰/۴۲، جذب ۰/۵۶، ارزیابی ۰/۵۸ و تنظیم ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین در این پژوهش روایی محتوایی این مقیاس نیز توسط اساتید مورد تأیید قرار گرفت (علوی و همکاران، ۱۳۹۰).

پرسش‌نامه پذیرش و عمل^۱: نسخه اولیه این پرسش‌نامه توسط هیز و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شده است و شامل ۳۲ گویه است که بر روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت نمره گذاری می‌شود. آخرین نسخه این پرسش‌نامه ۱۰ گویه دارد که بر روی یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود و به وسیله بوند و همکاران (۲۰۱۱) جهت سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تدوین شده است. این پرسش‌نامه پذیرش، اجتناب تجربی، و عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را اندازه می‌گیرد. گویه‌های این پرسش‌نامه از هرگز = ۱ تا همیشه = ۷ تنظیم شده است و نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. پایایی آزمون باز آزمون این پرسش‌نامه توسط بوند و همکاران ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ به دست آمده است. روایی و پایایی این نسخه از روایی و پایایی نسخه اولیه بیشتر بود و با متغیرهایی که نظریه پذیرش و عمل پیش‌بینی می‌کنند، مرتبط بود. به علاوه این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه افسردگی بک، اضطراب بک، اضطراب، استرس، و افسردگی و سلامت عمومی (۱۲ پرسشی)، همبستگی معناداری نشان داد (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). این پرسش‌نامه در کشورهای گوناگون دنیا هنجاریابی شده است. در ایران کفایت روان‌سنجی این پرسش‌نامه توسط عباسی و همکاران (۱۳۹۱) مورد پژوهش قرار گرفته است. نتایج حاکی از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و رابطه معنادار سازه پذیرش و عمل با میزان افسردگی، اضطراب، سلامت روان، و مشکل در تنظیم هیجان بود.

1. Acceptance and Action questionnaire

پروتکل درمانی برگرفته از جلسات درمانی هیز (۲۰۰۴) بود که خلاصه محتوای جلسات در جداول (۱) گزارش شده است:

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، ۲۰۰۴)

جلسه	محتوای جلسات
اول	آماده شدن برای شروع (استعاره‌ها و تمرین‌ها شامل ترن هوایی، پاک کردن گل ولای لیوان و رفتن در باتلاق)
دوم	آگاهی نسبت به هزینه‌هایی که فرد به دنبال مصرف مواد متحمل می‌شود (استعاره‌ها و تمرین‌های صورت‌برداری، پاک کردن گل و لای از لیوان و راه رفتن در باتلاق)
سوم	مواجهه با سیستم: ناامیدی خلاق (استعاره‌های انسان در گودال، صخره‌نوردی، ریگ روان و...)
چهارم	کنترل هیجانات افراطی به‌عنوان مسئله اصلی (استعاره‌های انسان در گودال، دروغ‌سنج، پیراشکی کرم‌دار، عاشق شدن) تمایل هیجانی (استعاره‌های ساندویچ عزت نفس و کودک در آب نبات فروشی و...)
پنجم	تمایز فرد از برنامه‌ریزی (استعاره‌ها و تمرین‌هایی مانند دوکامپیوتر، جعبه با وسایل درون آن و صفحه شطرنج)
ششم	موانع پذیرش هیجانی (استعاره‌ها و تمرین‌هایی مانند هیولای سوار بر اتوبوس، پتروس فداکار، علامت در کوهستان، فرمول‌بندی مجدد قراردادهای کلامی و...) حرکت از پذیرش هیجانی به سمت تغییر رفتار (استعاره‌های گدای دم در، کودک کج خلق و...)
هفتم	ارزش‌ها و اهداف (استعاره‌های نقشه‌سازی، تکلیف سنجش ارزش‌ها و...)
هشتم	پذیرش مسئولیت برای تغییر (استعاره‌های پریدن، کبریت درون مخزن بنزین و ارائه تمرین عملی)
نهم	گسترش تمایل هیجانی به زندگی واقعی: تعهد دادن (تعهد رفتاری و پای‌بندی به آن، تمام کردن کار ناتمام و...)
دهم	جمع‌بندی و ارزیابی کل درمان

برای تجزیه داده‌های پژوهش از شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد؛ همچنین داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS²² تحلیل شدند.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه گواه و آزمایش به تفکیک مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول (۲) گزارش شده است. جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	پذیرش و تعهد	۱۳/۰۶	۲/۲۰
		گواه	۱۲/۸۹	۲/۰۲
	پس‌آزمون	پذیرش و تعهد	۳۵/۰۶	۶/۷۸
		گواه	۱۳/۰۶	۱/۹۲
خودتنظیمی ارادی	پیش‌آزمون	پذیرش و تعهد	۶۵/۸۹	۱۱/۰۱
		گواه	۶۲/۷۲	۱۶/۶۲
	پس‌آزمون	پذیرش و تعهد	۱۰۸/۶۱	۲۴/۰۴
		گواه	۶۲/۸۹	۱۶/۷۱
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	پذیرش و تعهد	۳۴/۵۰	۱۴/۱۱
		گواه	۳۰/۵۰	۱۰/۴۷
	پس‌آزمون	پذیرش و تعهد	۷۰/۸۹	۲۲/۲۹
		گواه	۳۰/۳۳	۹/۸۳

با توجه به نتایج جدول (۲)، میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون در سه متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، خودتنظیمی ارادی و تحمل پریشانی بیشتر از نمرات گروه گواه است. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک حاکی از آن است که مقدار احتمال محاسبه شده برای مؤلفه‌های متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، خودتنظیمی ارادی و تحمل پریشانی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه گواه و گروه آزمایش فرض نرمالیتی را تایید می‌کند ($p < ۰/۰۵$). آماره F آزمون همسانی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (۱/۵۱)، خودتنظیمی ارادی (۱/۲۲) و تحمل پریشانی (۰/۵۹) معنادار نیست ($p > ۰/۰۵$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌ها برابر است. همچنین

آماره F آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای انعطاف پذیری روان‌شناختی (۲/۱۴)، خودتنظیمی ارادی (۱/۴۰) و تحمل پریشانی (۰/۷۱) معنادار نیست ($p > ۰/۰۵$). بنابراین واریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌ها برابر یا همگن است. همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه برای بررسی تفاوت گروه‌ها در پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش نشان داد که آماره F بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (۰/۴۶)، خودتنظیمی ارادی (۱/۹۳) و تحمل پریشانی (۰/۴۴) معنادار نیست ($p > ۰/۰۵$). بنابراین بین گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون این متغیرها تفاوت معناداری وجود ندارد و گروه‌ها با هم همگن هستند. پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیری، نتایج این آزمون مشخص کرد، بین دو گروه در مؤلفه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، خودتنظیمی ارادی و تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). جدول (۳) نتایج کوواریانس تک‌متغیری را در سه متغیر مورد پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه تفاوت گروه آزمایش و گواه در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، خودتنظیمی

ارادی و تحمل پریشانی

منبع	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۹۱۸/۱۱	۱۰۷/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
	عضویت گروهی	۵۶۷۱/۱۹	۱۸۹۰/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۱
	خطا	۵۶۳/۸۶	۸/۵۴			
خودتنظیمی ارادی	پیش‌آزمون	۱۳۰۹۴/۰۵	۱۳۰۹۴/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۱
	عضویت گروهی	۲۱۹۱۷/۱۸	۷۳۰۵/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
	خطا	۱۸۹۲۹/۳۱	۲۸۶/۸۰			
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۱۳۰۸۰/۰۲	۱۶۱/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱
	عضویت گروهی	۱۴۳۸۲/۹۲	۴۷۹۴/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱
	خطا	۵۳۴۶/۱۳	۸۱/۰۱			

جدول (۳) حاوی آماره F انعطاف پذیری روان شناختی در پس آزمون (۲۲۱/۲۷) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است و این نشان می دهد که بین گروه ها در میزان انعطاف پذیری روان شناختی، تفاوت معنادار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۹۱ نیز نشان می دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است. آماره F پیش آزمون انعطاف پذیری روان شناختی نیز (۱۰۷/۴۶) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. که نشان می دهد پیش آزمون تأثیر معناداری بر پس آزمون دارد. همچنین آماره F خودتنظیمی ارادی در پس آزمون (۲۵/۴۷) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است و بنابراین بین گروه ها در میزان خودتنظیمی ارادی تفاوت معنادار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۵۴ نیز نشان می دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است. همچنین نتایج تحلیل کواریانس متغیر تحمل پریشانی برای آماره F در پس آزمون (۵۹/۱۹) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است و این نشان می دهد که بین دو گروه در میزان تحمل پریشانی تفاوت معنادار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۷۳ که میزان بزرگ و قابل توجه ای است. با توجه به نتایج جدول (۳)، می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای وابسته (انعطاف پذیری روان شناختی، خودتنظیمی ارادی و تحمل پریشانی) مردان دارای اختلال سو مصرف مواد تأثیر گذار است. در ادامه (جدول ۴) نتایج میانگین تصحیح شده گروه آزمایش و گواه در متغیرهای وابسته گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج مقایسه میانگین های تصحیح شده گروه آزمایش و گواه متغیرهای وابسته

سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	میانگین تصحیح شده	گروه	
				آزمایش	گواه
۰/۰۰۱	۰/۹۷	۲۱/۷۰	۳۴/۹۸	آزمایش	انعطاف پذیری
				گواه	روان شناختی
۰/۰۰۱	۵/۶۵	۴۳/۰۱	۱۰۷/۰۸	آزمایش	تنظیم ارادی
				گواه	
۰/۰۰۱	۳/۰۲	۳۵/۸۳	۶۸/۲۵	آزمایش	تحمل پریشانی
				گواه	

با توجه به جدول (۴) در متغیر انعطاف پذیری روان شناختی، میانگین گروه آزمایش (۳۴/۹۸) به صورت معناداری بیشتر از میانگین گروه گواه (۱۳/۲۸) است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مردان دارای اختلال سوء‌مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده تأثیر مثبت و معنادار دارد. همچنین در متغیر خودتنظیمی ارادی، میانگین گروه آزمایش (۱۰۷/۰۸) به صورت معناداری بیشتر از میانگین گروه گواه (۶۴/۰۸) است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی ارادی مردان دارای اختلال سوء‌مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده تأثیر مثبت و معنادار دارد. متغیر تحمل پریشانی، میانگین گروه آزمایش (۶۸/۲۵) به صورت معناداری بیشتر از میانگین گروه گواه (۳۲/۴۱) است. با توجه به این یافته‌ها نیز می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مردان دارای اختلال سوء‌مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده تأثیر مثبت و معنادار دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی ارادی، تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده انجام شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی ارادی در مردان دارای اختلال سوء‌مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده تأثیرگذار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های لی و همکاران (۲۰۱۹)، محمدی و همکاران (۱۳۹۸) و سعیدمنش و پهلوان (۱۳۹۶) از این جهت که بر تأثیرگذاری این روش مداخله بر خودتنظیمی ارادی افراد تأکید دارند، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که پژوهش‌ها نشان دادند که تغییرات خودتنظیمی به صورت معناداری احتمال مصرف را پیش‌بینی می‌کند. بر اساس نظریه هیز و همکاران (هیز، ۲۰۰۴)، شش مفهوم مهم که مکانیسم‌های اثربخش این درمان نیز به حساب می‌آیند عبارتند از پذیرش، مرتبط بودن، ارزش‌ها، گسلش شناختی، فعالیت متعهدانه و توجه به خود. به نظر می‌رسد مجموعه این عوامل با بهبود خودتنظیمی متناسب باشد. در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییری در

روش‌های روان‌شناختی سنتی برای تنظیم هیجانی و خودتنظیمی پیشنهاد می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل آموزش پذیرش افکار و شرایط به مراجعان در بهبود خودتنظیمی کمک می‌کند (خدادادیان و همکاران، ۱۳۹۸). می‌توان گفت که دو تکنیک تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه در این زمینه اثرگذار است. ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف و تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات، باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی، رفتارهای مخاطره‌آمیز در آن‌ها نیز کنترل شود. بدین لحاظ خویش‌تنداری و متعاقب آن خودتنظیمی در آنان افزایش می‌یابد (سمب و همکاران، ۲۰۱۹). هنگام اعمال خویش‌تنداری، افراد تمایلات خویش را به گونه‌ای تغییر می‌دهند که مستلزم متوقف نمودن هدفی برای رسیدن به هدفی دیگر با سودمندی طولانی مدت تر باشد. زمانی که فرد بداند چگونه احساسات و برافروختگی‌ها را مدیریت کند، می‌تواند اهدافش را با توجه به پتانسیل‌ها و ظرفیت‌های فردی تعیین کند و زمان و تلاشش (عمل متعهدانه) را برای دستیابی به این هدف‌ها متمرکز سازد. همچنین انتخاب و بهینه‌سازی که از اجزای الگوی خودتنظیمی ارادی مورد نظر در این پژوهش هستند در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بستر مناسبی برای بروز دارند (پرسی، ۲۰۰۸)؛ بنابراین دور از انتظار نیست که این روش درمانی در خودتنظیمی ارادی مردان با اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده تأثیرگذار باشد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در مردان دارای اختلال سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده تأثیرگذار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های لی و همکاران (۲۰۱۵) و امیریان و همکاران (۱۳۹۷) از این جهت که بر تأثیرگذاری این روش مداخله بر تحمل پریشانی افراد با اختلال سوءمصرف مواد تأکید دارند، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تلاش مداوم برای خلاص شدن از شر درد و پریشانی، خود منجر به ایجاد رنج بیشتر می‌شود. این فرض هسته و اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (علی و همکاران، ۲۰۱۷). درمانی که در آن هیچ تلاشی برای کاهش رنج و پریشانی صورت نمی‌گیرد، اما کاهش علائم، نتیجه غیر قابل انکار آن است. طبق الگوی پذیرش و تعهد، آمیختگی، ارزش‌یابی،

اجتناب، و دلیل آوری باعث افزایش درد و پریشانی می‌شود. افراد با تحمل پریشانی پایین، تجربه آشفتگی هیجانی را غیرقابل تحمل توصیف می‌کنند و آشفتگی هیجانی را غیرقابل پذیرش ارزیابی می‌کنند (علی و همکاران، ۲۰۱۵). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد طی فرایند درمان یاد می‌گیرد تا اثر و نفوذ افکار و احساسات ناخوشایند خود را کاهش دهد و در چگونگی رابطه‌ی خود با افکار آزاردهنده تغییر ایجاد کند. مراجع یاد می‌گیرد به جای درگیری با تجربیات آشفته‌کننده، پذیرای آن‌ها باشد، برایشان جا باز کند و به آن‌ها اجازه دهد که در جریان باشند و انرژی و زمانی که برای کنترل حال بد خود خرج می‌کند را صرف بهبود سطح کیفیت زندگی اش کند (علی و همکاران، ۲۰۱۷). افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی پاسخ ناسازگارانه می‌دهند. در نتیجه، این افراد برای اجتناب از احساس‌های منفی یا حالت‌های آزارنده می‌کوشند. حال آن‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پذیرش یک جایگزین مهم برای اجتناب بر اساس تجربه است که شامل پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی است و با عدم تلاش برای تغییر رویدادها و هیجانات ناخوشایند مخصوصاً زمانی که باعث آسیب‌های روان‌شناختی مرتبط است (کاسیر و همکاران، ۲۰۱۲). طبق این رویکرد هرچه وقت و انرژی بیشتری برای اجتناب یا خلاص شدن از شر تجربیات شخصی خود صرف کنیم، در طولانی مدت رنج بیشتری را متحمل خواهیم شد. در نتیجه این درمان فرد با آگاهی از تمام حالات، افکار، احساسات رفتار خود در لحظه حال و تجربه رویدادهای ناخوشایند به طور فعال و آگاهانه با واقعیت موقعیت‌ها همان طور که هستند روبه‌رو می‌شود، نه آن طور که می‌خواهد باشد. بدین ترتیب تجارب آشفته‌کننده تحمل‌پذیرتر می‌شوند (لی و همکاران، ۲۰۱۵).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مردان دارای اختلال سوء‌مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده تأثیرگذار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های لی و همکاران (۲۰۱۵)، صادقی و کریمی (۱۳۹۷) و محمدی و همکاران (۱۳۹۸) از این جهت که بر تأثیرگذاری این روش مداخله بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد با اختلال سوء‌مصرف مواد تأکید دارند، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت بسیاری از مشکلات،

نشانه‌ها و تظاهرات افراد دارای سوء مصرف مواد مانند اجتناب از افکار و احساسات ناخوشایند و وسوسه مصرف مواد باعث می‌شوند که به کارگیری این درمان در این اختلال مفید واقع شود. فرایندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد می‌آموزند که چگونه دست از بازداری فکر بردارند و با تجارب درونی و خصوصی خود ارتباط برقرار کنند (حسینی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۹). در این رویکرد درمانی به بعد آگاهی روانی فرد افزوده می‌شود و به فرد آموزش داده می‌شود خود را از تجارب ذهنی جدا سازد و آن‌ها را دوباره سازمان‌دهی کند (لوما و همکاران، ۲۰۱۱). این درست همان چیزی است که در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی باید رخ دهد. فرد انعطاف‌پذیر به لحاظ روان‌شناختی کسی است که می‌تواند به راحتی در پاسخ به موقعیت‌های متنوع، اطلاعات را مجدداً سازماندهی کرده و به کار ببرد (چری و همکاران، ۲۰۲۱) و افراد دارای سوء مصرف مواد در جدایی تجارب ذهنی از هیجانات و عواطف به‌خصوص حین وسوسه مصرف ناتوان هستند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از پذیرش و تعهد درمانی مشتق شده است. به عبارتی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در برگیرنده دو فرایند پذیرش تجربیات و رفتارهای ارزش محور است که به طور متقابل به هم وابسته هستند (چری و همکاران، ۲۰۲۱). حال آن که فرایندهای پایانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ارزش‌ها و عمل متعهدانه)، شیوه تغییر و تعهد رفتار را شامل می‌شوند و در نهایت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش می‌دهند.

در مجموع به نظر می‌رسد شخص معتاد اغلب در ابتدا به قصد تفریح و سرگرمی و یا برای کنجکاوای به مصرف مواد روی می‌آورد، در حالی که بعد از مدتی چنان وابسته به مواد می‌شود که به‌طور دائم به آن فکر می‌کند و به جایی می‌رسد که در اکثر موارد حاضر است برای مصرف و رسیدن به لذت کاذب ناشی از آن، دست به ارتکاب جرائم بزند. جلوگیری از بازگشت افراد ترک کرده به مصرف مواد انرژی زیادی را در بخش‌های گوناگون کشور مصروف خود می‌کند و همین مسئله بی‌تأثیر در بروز ناامنی نبوده و نیست. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در به کارگیری مداخلات درمانی و در نتیجه کاهش بزهکاری و هزینه‌های مادی و معنوی نهادهای نظامی و قضایی مؤثر باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت به مردان ۲۰ تا ۴۵ ساله اشاره کرد که بهتر است در تعمیم نتایج آن به زنان و سنین نوجوانی و محدوده سنی بالاتر احتیاط شود و پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با موضوع مشابه بر روی گروه سنی میانسالان و زیر ۲۰ سال به‌ویژه نوجوانان که در خودتنظیمی ارادی با چالش روبه‌رو هستند، انجام شود. همچنین این پژوهش فاقد آزمون پیگیری بود و درباره تداوم اثر درمان نتایجی به دست نداد. از سویی عدم کنترل وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد نمونه و یکسان بودن پژوهش‌گر و درمان‌گر که ممکن است احتمال سوگیری در نتایج را افزایش دهد نیز از محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود. با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تحمل‌پریشانی و خودتنظیمی ارادی افراد دارای اختلال مصرف مواد پیشنهاد می‌شود این روش در مراکز درمان سوءمصرف مواد استفاده شوند و در کنار درمان دارویی، درمان‌های غیردارویی و روان‌شناختی نیز به مراجعه‌کنندگان ارائه شود.

تعارض منافع

برای نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد یا تعارض منافی وجود ندارد.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که همه شرکت‌کنندگان در پژوهش و مسئولین و مدیران محترم مراکز درمان اعتیاد شهر رباط کریم و سایر استادان و دوستانی که یاری‌گر ما در این پژوهش بوده‌اند، تشکر و قدردانی نمایند.

ORCID

Mahsa Kashefzadeh: <http://orcid.org/0000-0001-5003-7897>

Mahboobe Taher: <http://orcid.org/0000-0003-1320-3643>

AbbasAli Hosseinkhanzadeh: <http://orcid.org/0000-0003-4060-0011>

Narges Haj Abootalebi: <http://orcid.org/0000-0002-0680-7169>

فهرست منابع

- امیریان، کامران، مامی، شهرام، احمدی، وحید و محمدزاده، جهانشاه. (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در سوءمصرف کنندگان مواد. *آموزش و سلامت جامعه*، ۲۵ (پیاپی ۱۸)، ۵۴-۶۱.
- جهانگیری، میلاد، گل محمدیان، محسن و حجت خواه، سید محسن. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و انعطاف پذیری روان شناختی در معتادان تحت درمان متادون. *اعتیاد پژوهی*، ۱۲ (۴۸) (ویژه نامه ۱)، ۱۶۹-۱۸۴.
- حسینی نژاد، ناهید، البرزی، محبوبه و مام شریفی، پیمان. (۱۳۹۹). اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر انعطاف پذیری روان شناختی مادران وابسته به سوءمصرف مواد. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان شناختی*، ۲۰ (۱۰۷)، ۲۰۱۱-۲۰۲۵.
- خدادادیان، محمدرضا، کرمی، جهانگیر و یزدان بخش، کامران. (۱۳۹۸). پیش بینی استعداد اعتیاد بر اساس خودتنظیمی ارادی و تحول مثبت نوجوانی در دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهر کرمانشاه. *اعتیاد پژوهی*، ۱۳ (۵۴)، ۱۰۹-۱۲۵.
- سعیدمنش، محسن و پهلوان، میترا. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم گری و خویشنداری نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۶ (۴)، ۲۲-۱۴.
- شیرانیان، محمدحسین، ایمانی، سعید و خوش کنش، ابوالقاسم. (۱۴۰۰). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و انعطاف پذیری روان شناختی در افراد غیر مبتلا و افراد مبتلا به سوءمصرف مواد افیونی و محرک. *رویش روان شناسی*، ۱۰ (۷)، ۱۷۴-۱۶۳.
- صادقی، مسعود و کریمی، فاطمه. (۱۳۹۷). اثر بخشی مداخله سرمایه روان شناختی بر انعطاف پذیری شناختی و تاب آوری افراد معتاد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۲ (۴۸) (ویژه نامه ۱)، ۸۳-۱۰۱.
- عباسی، ایمانه، فتی، لادن، مولودی، رضا و ضرابی، حمید. (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسش نامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. *فصلنامه علمی - پژوهشی روشها و مدل های روان شناختی*، ۳ (۱۰)، ۶۵-۸۰.
- علوی، خدیجه، مدرس غروی، مرتضی، امین یزدی، سیدامیر و صالحی فدردی، جواد. (۱۳۹۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مولفه های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه های افسردگی در دانشجویان. *اصول بهداشت روانی*، ۱۳ (۲) (پیاپی ۵۰)، ۱۲۴-۱۳۵.

محمدی، لیلا، صالح زاده ابرقوئی، مریم و نصیریان منصوره. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متادون. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۳ (۹)، ۸۶۱-۸۵۳.

یعقوبی، پرویز، قاسمی، ابوالفضل و مرادی، میلاد. (۱۳۹۷). سازماندهی مشارکت سازمان‌های غیردولتی در تامین امنیت عمومی با رویکرد مبارزه با اعتیاد و مواد مخدر. *امنیت ملی*، ۲۷ (۸)، ۱۶۶-۱۴۳.

هاشمی، نظام، سیافی، سمانه و اندامی، علیرضا. (۱۳۹۸). ارتباط راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی دانشجویان مستعد اعتیاد: نقش میانجی تاب آوری. *اعتیاد پژوهی*، ۱۳ (۵۳)، ۱۷۶-۱۵۷.

Ali, B., Green, K. M., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2017). Distress tolerance interacts with circumstances, motivation, and readiness to predict substance abuse treatment retention. *Addictive Behaviors*, 73, 99-104.

Ali, B., Seitz-Brown, C. J., & Daughters, S. B. (2015). The interacting effect of depressive symptoms, gender, and distress tolerance on substance use problems among residential treatment-seeking substance users. *Drug and alcohol dependence*, 148, 21-26.

Andalibi, M. S. S., Ardani, A. R., Amiri, A., Morovatdar, N., Talebi, A., Azarpazhooh, M. R., & Mokhber, N. (2021). The Association between Substance Use Disorders and Long-Term Outcome of Stroke: Results from a Population-Based Study of Stroke among 450,229 Urban Citizens. *Neuroepidemiology*, 55(3), 171-179.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.

Cherry, K. M., Vander Hoeven, E., Patterson, T. S., & Lumley, M. N. (2021). Defining and measuring "psychological flexibility": A narrative scoping review of diverse flexibility and rigidity constructs and perspectives. *Clinical Psychology Review*, 84, 101973.

Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of affective disorders*, 263, 107-120.

Daughters, S. B., Lejuez, C. W., Bornovalova, M. A., Kahler, C. W., Strong, D. R., & Brown, R. A. (2005). Distress tolerance as a predictor of early treatment dropout in a residential substance abuse treatment facility. *Journal of abnormal psychology*, 114(4), 729.

Degenhardt, L., Grebely, J., Stone, J., Hickman, M., Vickerman, P., Marshall, B. D., ... & Larney, S. (2019). Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. *The Lancet*, 394(10208), 1560-1579.

- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization and compensation: Measurement by self-report and construct validity. **Journal of personality and social psychology**, 82(4), 642.
- Gestsdottir, S., & Lerner, R. M. (2008). Positive development in adolescence: The development and role of intentional self-regulation. **Human Development**, 51(3), 202-224.
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. **Journal of Contextual Behavioral Science**, 18, 181-192.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. **Behavior therapy**, 35(4), 639-665.
- Kaiser, A. J., Milich, R., Lynam, D. R., & Charnigo, R. J. (2012). Negative urgency, distress tolerance, and substance abuse among college students. **Addictive behaviors**, 37(10), 1075-1083.
- Kucukvar, M., Onat, N. C., & Haider, M. A. (2018). Material dependence of national energy development plans: The case for Turkey and United Kingdom. **Journal of Cleaner Production**, 200, 490-500.
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. **Drug and alcohol dependence**, 155, 1-7.
- Lo, T. W., Yeung, J. W., & Tam, C. H. (2020). Substance abuse and public health: A multilevel perspective and multiple responses. **International journal of environmental research and public health**, 17(7), 2610.
- Luoma, J., Drake, C. E., Kohlenberg, B. S., & Hayes, S. C. (2011). Substance abuse and psychological flexibility: The development of a new measure. **Addiction Research & Theory**, 19(1), 3-13.
- Mahu, I. T., Conrod, P. J., Barrett, S. P., Sako, A., Swansburg, J., Lawrence, M., ... & Stewart, S. H. (2019). Specificity of personality relationships to particular forms of concurrent substance use among methadone maintenance therapy clients. **Addictive Behaviors**, 98, 106056.
- Percy, A. (2008). Moderate adolescent drug use and the development of substance use self-regulation. **International Journal of Behavioral Development**, 32(5), 451-458.
- Semb, R., Tjora, A., & Borg, M. (2019). Communal invalidation of young adults with co-occurring substance abuse and mental health issues. **Disability & Society**, 34(6), 926-944.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. **Motivation and emotion**, 29(2), 83-102.

- Stefansson, K. K., Gestsdottir, S., Birgisdottir, F., & Lerner, R. M. (2018). School engagement and intentional self-regulation: A reciprocal relation in adolescence. **Journal of adolescence**, 64, 23-33.
- Stockton, M. A., Mughal, A. Y., Bui, Q., Greene, M. C., Pence, B. W., Go, V., & Gaynes, B. N. (2021). Psychometric performance of the perceived stigma of substance abuse scale (PSAS) among patients on methadone maintenance therapy in Vietnam. **Drug and alcohol dependence**, 226, 108831.
- Taylor, C. B., Graham, A. K., Flatt, R. E., Waldherr, K., & Fitzsimmons-Craft, E. E. (2021). Current state of scientific evidence on Internet-based interventions for the treatment of depression, anxiety, eating disorders and substance abuse: an overview of systematic reviews and meta-analyses. **European journal of public health**, 31(Supplement_1), i3-i10.

