

Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Distress and Uncertainty Intolerance in Drug Abusers' Spouses

Zirak SR¹, *Musa Zadeh T², Nazari V²

Author Address

1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

Corresponding author's email: T.mousazadeh@iauardabil.ac.ir

Received: 2020 December 12; Accepted: 2021 March 8

Abstract

Background & Objectives: Drug abuse consequences affect numerous individual aspects of human life, such as mood, behavior, cognitive function, social and occupational performance, and marital relationships. Family is the most vulnerable institution in the society to drug abuse; due to dependence, the substance dependent's caregiver is unable to play their role as the father of the family, the spouses of these people are exposed to serious physical, spiritual, psychological, social; thus, economic damages which despair and disappointment, fear, feeling guilty, suicide, depression, tension, and isolation are main relevant impacts. Therefore, psychological interventions are widely applied for this population and particularly their families. The current study aimed to investigate the effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on emotional distress and uncertainty-intolerance in drug abusers' spouses.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and a control group design. The statistical population included all spouses (women) of drug abusers who were referred to addiction treatment centers in Ardabil City, Iran, in 2020. Using the convenience sampling method, 40 eligible individuals were enrolled in the study and randomly assigned to the experimental and control groups (n=20/group). The inclusion criteria were having no psychological problems and having basic literacy to complete the questionnaires; the exclusion criteria were unwillingness to participate in the study and absence from two intervention sessions. The experimental group received eight 70-minute weekly ACT sessions based on Hayes et al.'s (1999) training package; however, the control group received no intervention. For data collection, the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995) and Uncertainty Tolerance Scale (Freeston et al., 1994) were used for the pretest and posttest examinations. Descriptive statistical methods, including mean and standard deviation, were applied; inferential statistics, including Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA), t-test, and Chi-squared test were also used in SPSS to analyze the obtained data. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The present study results suggested that ACT significantly affected emotional distress and uncertainty intolerance. Therefore, this treatment reduced emotional distress components, including stress ($p<0.001$), anxiety ($p<0.001$), and depression ($p=0.003$) and decreased the uncertainty intolerance and its components, including passivity ($p<0.001$), being stressful ($p=0.003$), pessimistic ($p<0.001$), and uncertainty about the future ($p<0.001$) in the study sample.

Conclusion: The obtained findings indicated that ACT was effective in reducing the emotional distress and uncertainty-intolerance in drug abusers' spouses. Therefore, family counselors and therapists can use the present study findings for clinical and therapeutic interventions.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Emotional distress, Intolerance, Drug abuse.

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در همسران افراد سوء مصرف کننده مواد

سیدرسول زیرک^۱، * توکل موسی زاده^۲، وکیل نظری^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

* رایانامه نویسنده مسئول: T.mousazadeh@iauardabil.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۲ آذر ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۸ اسفند ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد در بسیاری از جنبه‌ها مانند خلق، رفتار، عملکرد شناختی، اجتماعی و شغلی، نیاز به مداخلات روان شناختی را در این افراد و خانواده‌های آنان را آشکار می‌کند؛ از این رو هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی همسران افراد سوء مصرف کننده مواد بود.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی همسران (زنان) افراد سوء مصرف کننده مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اردبیل در نیمه اول سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد چهار نفر از افراد واجد شرایط وارد مطالعه شدند و در دو گروه بیست نفری آزمایش و گواه به صورت تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایش هشت جلسه هفتاد دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس بسته آموزشی هیز و همکاران (۱۹۹۹) دریافت کرد؛ اما گروه گواه به صورت تصادفی دریافت نکرد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵) و مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴) بود. داده‌ها با روش تحلیل کواریانس چندمتغیری و آزمون‌های تی و کای دو با بهره‌گیری از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی هیجانی شامل استرس ($p < 0/001$)، اضطراب ($p < 0/001$) و افسردگی ($p = 0/003$) و همچنین کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی ($p < 0/001$) و مؤلفه‌های آن شامل ناتوانی برای انجام عمل ($p < 0/001$)، استرس آمیز بودن بلا تکلیفی ($p = 0/003$)، منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره ($p < 0/001$) و بلا تکلیفی در مورد آینده ($p < 0/001$) در همسران افراد سوء مصرف کننده مواد تأثیر داشت.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش سودمندی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی هیجانی و کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی همسران افراد سوء مصرف کننده مواد سودمند و مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آشفتگی هیجانی، عدم تحمل بلا تکلیفی، سوء مصرف مواد.

سوء مصرف^۱ مواد به منزله معضل بزرگ پزشکی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی عصر حاضر باعث ایجاد اختلالاتی در خلق، رفتار، عملکرد شناختی اجتماعی و شغلی افراد می شود (۱). سوء مصرف مواد به عنوان استفاده مداوم از ماده‌ای با وجود پیامدهای نامطلوب آن و وابستگی دارویی به عنوان استفاده اجباری و مداوم از ماده‌ای در مقابل عواقب نامطلوب آن تعریف می شود (۲). در چاپ پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ که گروه روان پزشکی ایالات متحده آمریکا^۳ منتشر کرده است، به دلیل وجود نداشتن مرز مشخص بین این دو گروه، از گروهی واحد با عنوان «اختلالات مرتبط به مواد و اعتیاد» یاد شده است. در همه انواع این اختلالات، بسیاری از علائم شناختی، رفتاری و جسمی در فرد ظاهر می شود که مشکلات جدی برای فرد ایجاد می کند؛ اما شخص به علت احساس مثبت ناشی از سوء مصرف مواد از یک سو و دوری از احساس منفی ناشی از ترک مواد از سوی دیگر، به مصرف مواد ادامه می دهد (۳).

خانواده نهاد آسیب پذیرتری در جامعه در برابر اثرات سوء مصرف مواد است و سرپرست معتاد به سبب اعتیاد، قادر به ایفای نقش خود به عنوان پدر و همسر خانواده نیست؛ از این رو همسران این افراد در معرض آسیب های جدی جسمی، روحی، روانی، اجتماعی و اقتصادی قرار دارند (۴). مشکلات عمده همسران افراد معتاد یأس و ناامیدی، ترس، احساس گناه، خودکشی، افسردگی و انزوای طلبی است (۵) و احتمال دارد این زنان به دلیل تجربه فشار ناشی از زندگی دچار آشفتگی های هیجانی^۴ (اضطراب^۵، استرس^۶، افسردگی^۷) و عدم تحمل بلا تکلیفی^۸ شوند؛ به طوری که مطالعه ای نشان داد، ۳۹/۲ درصد از زنان دارای همسران معتاد اضطراب متوسط و ۲۶ درصد اضطراب شدید، ۲۸/۳ درصد افسردگی متوسط و ۲۳/۹ درصد افسردگی در حد شدید دارند (۶). آشفتگی های هیجانی منجر به تجربه احساس تنهایی و از دست دادن حمایت اجتماعی در فرد می شود و توانایی فرد را برای مدیریت هیجان هایش با مشکل مواجه می کند؛ در نتیجه زندگی روزمره را برای وی و اطرافیان دشوار می سازد (۷)؛ بنابراین همسران افراد معتاد در حالی از بلا تکلیفی به سر می برند. افراد دارای تحمل بلا تکلیفی زیاد، با موقعیت سازمان ناپایسته که پایان آن نامشخص است، مقابله ای موفقیت آمیز دارند. در این حالت تحمل بلا تکلیفی می تواند میل و رغبت فرد را برای توانایی پذیرفتن تجربه های متفاوت یا موقعیت های نامشخص ایجاد کند (۸). داگاس و رایبچاد در مطالعه خود نشان دادند که عدم تحمل بلا تکلیفی، زنجیره ای از نگرانی و نگرش منفی به مشکل را حمایت می کند و مستقیماً بر نگرش فرد به مشکل و سطوح اجتناب شناختی تأثیر می گذارد (۹).

به طور کلی آموزش، درمان و حمایت اجتماعی و روانی از این افراد یکی

از دغدغه های همیشگی مسئولان و مراکز مربوط بوده است. از روش های درمانی ارائه شده در این زمینه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۰} است. این روش درمان حائلی روان شناختی است که ترکیبی از استراتژی های آگاهی و پذیرش همراه با استراتژی های تعهد و تغییر رفتار برای افزایش انعطاف پذیری است و از پذیرش روان شناختی استفاده می کند (۱۰). هدف از پذیرش درمان مبتنی بر تعهد ایجاد تغییر مستقیم در افراد مراجعه کننده نیست؛ بلکه کمک به افراد است تا از طرق مختلف با تجربیات خود ارتباط برقرار کنند و بتوانند به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر شوند. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف پذیری روان شناختی^{۱۱} و رفتاری در مواقعی است که فرد تجربه سلطه پذیری دارد و او را از زندگی اساسی محروم می کند. انعطاف پذیری روان شناختی، قدرت فرد را در گزینش عملی در بین انتخاب های گوناگونی که بهترین انتخاب است، بیشتر می کند؛ نه گزینش عملی که به منظور دوری از افکار، احساسات یا خاطرات بی نظم انجام می شود (۱۱).

تحقیقات گوناگون گویای آن است که اجرای این روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در همسران افراد معتاد می تواند موجب بهبود کیفیت زندگی (۱۲)، افزایش احساس انسجام (۱۳)، افزایش خود کارآمدی و تنظیم شناختی هیجان (۱۴) و افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و سرمایه روان شناختی آن ها شود (۱۵). همچنین نتایج مطالعه قریشی و همکاران نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم استرس، اضطراب و افسردگی مؤثر است (۱۶). نتایج پژوهش روحی و همکاران حاکی از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل آشفتگی است (۱۷)؛ همچنین نتایج پژوهش احمدی و رئیس نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و مؤلفه های آن (تحمل پریشانی هیجانی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی) تأثیر مثبت دارد (۱۸).

پیشینه پژوهش نشان می دهد، کمتر پژوهشی به اثربخشی درمان های روان شناختی بر وضعیت روان شناختی همسران افراد سوء مصرف کننده مواد پرداخته است که بیانگر خلأ پژوهشی در این حیطه است؛ همچنین همسران افراد معتاد به عنوان ارکان اصلی زندگی هستند و از هم پاشیدگی روانی آنان می تواند لطمات شدیدی بر روابط زناشویی، فرزندان و کل نهاد خانواده بزند؛ از این رو و بنا بر مطالب مذکور، اهمیت توجه به کارکردهای روانی این زنان بیش از پیش نمایان می شود؛ بنابراین هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی همسران افراد سوء مصرف کننده مواد بود.

۲ روش بررسی

این پژوهش به لحاظ نوع روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-

7. Stress

8. Depression

9. Uncertainty tolerance

10. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

11. Psychological flexibility

1. Substance uses

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

3. American Psychiatric Association

4. Drug and Addiction Disorders

5. Emotional distress

6. Anxiety

افسردگی، اضطراب و استرس را براساس گزینه‌های اصلاً، کم، متوسط و زیاد می‌سنجد. کمترین امتیاز به هر سؤال صفر و بیشترین نمره ۳ است. نمره بیشتر به معنای وجود افسردگی، اضطراب و استرس بیشتر است (۲۱). پایایی این مقیاس توسط لایبوند و لایبوند با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد (۲۱). در ایران نیز روایی و پایایی این مقیاس توسط سامانی و جوکار بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ را برای افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش کردند (۲۳).

مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی^۲: این مقیاس توسط فریستون و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شد (۲۴). این مقیاس ۲۷ سؤال دارد و در طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از هرگز=۱ تا همیشه=۵) پاسخ داده می‌شود. نمره بیشتر به معنای عدم تحمل بلاتکلیفی بیشتر است (۲۴). در نسخه اولیه به زبان فرانسوی همسانی درونی ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی نسبتاً خوبی با فاصله چهار هفته ۰/۷۸ به دست آمد (۲۴). بوهر و دوگاس نسخه انگلیسی این مقیاس را تهیه و اعتباریابی کردند و چهار عامل شامل ناتوانی برای انجام عمل، استرس آمیز بودن بلاتکلیفی، منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و بلاتکلیفی در مورد آینده شناسایی شد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس با فاصله پنج هفته ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۳ به دست آمد (۲۵). در ایران حمیدپور و اندوز به بررسی روایی و پایایی این مقیاس پرداختند و روایی آن را مطلوب و پایایی این مقیاس را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و با ضریب پایایی بازآزمایی (در فاصله سه هفته) ۰/۷۶ گزارش کردند (به نقل از ۲۶).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس پکیج درمانی-آموزشی هیز و همکاران صورت بندی شد (۲۰) و طی هشت جلسه آموزشی هفتاد دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه برگزار شد. این پکیج در مقالات بسیاری استفاده و تأیید شده است (۱۴-۱۱). خلاصه جلسات بر طبق مراحل ذیل است (جدول ۱).

پس از آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی همسران (زنان) افراد سوء مصرف کننده مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در سطح شهر اردبیل در نیمه اول سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. بعد از هماهنگی‌های لازم و به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد چهل نفر از افراد واجد شرایط وارد مطالعه شدند و در دو گروه بیست نفری آزمایش و گواه به صورت تصادفی جایگزین شدند. انتخاب تعداد نمونه با استناد به حجم نمونه‌ای پیشنهاد شده برای مطالعات آزمایشی و نیمه‌آزمایشی (برای هر گروه حداقل پانزده نفر) صورت گرفت (۱۹). بعد از انتساب افراد به گروه‌ها، نمونه‌های آماری گروه آزمایش هشت جلسه هفتاد دقیقه‌ای آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۲۰) را دریافت کردند. گروه گواه بدون هیچ‌گونه مداخله‌ای باقی ماند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: مبتلای نبودن به مشکلات روان‌شناختی؛ داشتن حداقل سواد ابتدایی برای پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش نیز شامل تمایل نداشتن به شرکت در طول برنامه و غیبت متوالی دو جلسه بود. لازم به ذکر است با توجه به پیگیری‌ها و تشویق پژوهشگران در خصوص ادامه شرکت آزمودنی‌ها در پژوهش، در مطالعه حاضر ریزش آزمودنی رخ نداد و در صورت جاماندن هریک از آزمودنی‌ها تنها از یک جلسه آموزشی، پژوهشگر برنامه‌ای جبرانی را برای آن‌ها اجرا کرد.

ملاحظات اخلاقی رعایت شده در پژوهش حاضر شامل تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و دریافت کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل بود. در نهایت بعد از انجام جلسات آموزشی و سپری شدن چهار هفته از هر دو گروه پس از آزمون گرفته شد.

ابزار گردآوری داده‌ها و مشخصات روش مداخله‌ای به شرح زیر بود. - فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس^۱: این مقیاس توسط لایبوند و لایبوند در سال ۱۹۹۵ ارائه شد (۲۱). فرم اصلی آن دارای ۴۲ سؤال است که از طریق آن هریک از سازه‌های روانی (افسردگی، اضطراب و فشار روانی) توسط ۱۴ سؤال متفاوت ارزیابی می‌شود (۲۲). فرم کوتاه این مقیاس دارای ۲۱ سؤال است که سه عامل

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

ردیف جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی گروه با یکدیگر، برقراری رابطه درمانی و سنجش کلی
دوم	درماندگی خلاق، بررسی دنیای درون و بیرون و درک اینکه کنترل مسئله است نه راه‌حل
سوم	شناسایی ارزش‌های فرد، تصریح ارزش‌ها، اعمال و موانع
چهارم	بررسی ارزش‌های افراد و به‌کارگیری استعاره‌های مربوط
پنجم	بررسی همجوشی و گسلش و انجام تمرین‌هایی برای گسلش با استعاره
ششم	توضیح مفاهیم، نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر
هفتم	تأکید بر زمان حال بودن
هشتم	آموزش تعهد، بررسی داستان زندگی، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق ارزش‌ها و جمع‌بندی

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده، روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار به کار رفت؛ همچنین از آمار استنباطی شامل روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) (با

بررسی پیش‌فرض‌های آن شامل آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی توزیع نرمال متغیرها، آزمون لون، آزمون ام‌باکس و آزمون شاخص‌های اعتباری) و آزمون‌های تی و کای دو در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه

^۲. Uncertainty Tolerance Scale

^۱. Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)

۲۲ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. یافته‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در جدول ۲ ارائه شده یافته‌ها

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

گروه	سن		مدت ازدواج			تحصیلات		اشتغال		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	کمتر از دیپلم	دیپلم و کاردانی	کارشناسی	کارشناسی ارشد و بیشتر	شاغل	غیرشاغل
آزمایش	۳۷/۱۲	۴/۸۵	۶/۱۱	۲/۱۵	۲	۵	۹	۴	۸	۱۲
گواه	۳۶/۴۰	۴/۵۵	۶/۰۳	۲/۲۵	۱	۴	۹	۶	۹	۱۱
		$T(۳۸)=۰/۳۰۷$		$T(۳۸)=۰/۲۴۵$			$\chi^2(۳)=۴/۹۸۲$			$\chi^2(۱)=۲/۶۴۱$
		$p=۰/۵۱۹$		$p=۰/۶۱۸$			$p=۰/۲۷۵$			$p=۰/۳۸۰$

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرها در گروه‌های مطالعه‌شده و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک

متغیر	گروه	آزمون	آماره‌ها		وضعیت	آماره شاپیرو-ویلک	مقدار احتمال
			میانگین	انحراف معیار			
استرس	آزمایش	پیش آزمون	۲۴/۲۰	۴/۷۴	پیش آزمون	۰/۹۱۰	۰/۳۳۰
	گواه	پس آزمون	۱۹/۶۴	۳/۲۸	پس آزمون	۰/۹۸۴	۰/۱۵۸
اضطراب	آزمایش	پیش آزمون	۲۳/۷۸	۴/۶۷	پیش آزمون	۰/۸۱۲	۰/۲۹۷
	گواه	پس آزمون	۲۳/۹۳	۴/۸۵	پس آزمون	۰/۹۰۱	۰/۱۹۷
افسردگی	آزمایش	پیش آزمون	۲۰/۸۷	۴/۱۰	پیش آزمون	۰/۸۸۷	۰/۲۴۹
	گواه	پس آزمون	۱۶/۵۱	۳/۳۷	پس آزمون	۰/۹۳۴	۰/۱۵۰
ناتوانی برای انجام عمل	آزمایش	پیش آزمون	۲۰/۸۸	۴/۴۱	پیش آزمون	۰/۸۹۷	۰/۲۶۵
	گواه	پس آزمون	۲۱/۱۰	۴/۵۲	پس آزمون	۰/۹۲۰	۰/۱۵۷
استرس آمیز نبودن	آزمایش	پیش آزمون	۱۹/۸۳	۳/۸۸	پیش آزمون	۰/۹۱۳	۰/۲۴۱
	گواه	پس آزمون	۱۶/۰۱	۳/۱۲	پس آزمون	۰/۹۵۱	۰/۲۵۰
بلا تکلیفی	آزمایش	پیش آزمون	۲۰/۱۴	۴/۱۲	پیش آزمون	۰/۹۳۰	۰/۲۳۴
	گواه	پس آزمون	۲۰/۰۳	۴/۰۹	پس آزمون	۰/۹۶۷	۰/۲۳۶
منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره	آزمایش	پیش آزمون	۲۹/۳۲	۴/۳۴	پیش آزمون	۰/۹۷۰	۰/۱۲۸
	گواه	پس آزمون	۲۳/۲۴	۳/۶۸	پس آزمون	۰/۹۱۷	۰/۰۹۲
بلا تکلیفی در مورد آینده	آزمایش	پیش آزمون	۲۹/۱۲	۴/۱۹	پیش آزمون	۰/۹۸۵	۰/۱۲۰
	گواه	پس آزمون	۲۹/۲۵	۴/۳۷	پس آزمون	۰/۹۳۰	۰/۰۹۰
عدم تحمل بلا تکلیفی	آزمایش	پیش آزمون	۲۷/۳۶	۴/۰۸	پیش آزمون	۰/۹۱۳	۰/۱۲۷
	گواه	پس آزمون	۲۰/۱۹	۳/۷۴	پس آزمون	۰/۹۷۶	۰/۱۳۱
بلا تکلیفی در مورد آینده	آزمایش	پیش آزمون	۲۸/۵۱	۴/۵۱	پیش آزمون	۰/۹۸۰	۰/۱۱۳
	گواه	پس آزمون	۲۹/۳۰	۴/۷۹	پس آزمون	۰/۹۲۰	۰/۱۴۶
عدم تحمل بلا تکلیفی	آزمایش	پیش آزمون	۱۵/۴۱	۲/۶۴	پیش آزمون	۰/۹۸۵	۰/۳۰۱
	گواه	پس آزمون	۱۰/۸۲	۲/۱۲	پس آزمون	۰/۹۱۰	۰/۴۵۲
عدم تحمل بلا تکلیفی	آزمایش	پیش آزمون	۱۵/۶۳	۲/۷۱	پیش آزمون	۰/۸۵۶	۰/۰۸۴
	گواه	پس آزمون	۱۶/۲۰	۲/۹۲	پس آزمون	۰/۸۹۰	۰/۰۹۱
عدم تحمل بلا تکلیفی	آزمایش	پیش آزمون	۱۶/۵۰	۳/۰۹	پیش آزمون	۰/۹۳۰	۰/۱۲۰
	گواه	پس آزمون	۱۱/۱۳	۲/۱۶	پس آزمون	۰/۹۸۳	۰/۴۹۰
عدم تحمل بلا تکلیفی	آزمایش	پیش آزمون	۱۵/۹۳	۲/۷۹	پیش آزمون	۰/۹۷۰	۰/۲۸۸
	گواه	پس آزمون	۱۶/۱۱	۲/۹۰	پس آزمون	۰/۹۱۵	۰/۱۲۵
عدم تحمل بلا تکلیفی	آزمایش	پیش آزمون	۸۸/۵۹	۱۴/۱۵	پیش آزمون	۰/۸۱۹	۰/۰۷۵
	گواه	پس آزمون	۶۵/۳۸	۱۱/۰۷	پس آزمون	۰/۹۰۶	۰/۵۱۲
عدم تحمل بلا تکلیفی	آزمایش	پیش آزمون	۸۹/۱۹	۱۴/۲۰	پیش آزمون	۰/۹۱۷	۰/۱۲۸
	گواه	پس آزمون	۹۰/۸۶	۱۴/۹۸	پس آزمون	۰/۹۲۰	۰/۱۲۶

پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های مطالعه شده است. همچنین آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها در دو گروه آزمایش و گواه انجام گرفت. نتایج نشان داد، واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه برابر بود ($p > 0/05$). همچنین نتایج پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (آزمون ام‌باکس) حاکی از نبود تفاوت بین واریانس‌ها (آشفتگی هیجانی $p = 0/086$ ، عدم تحمل بلا تکلیفی $p = 0/094$) بود؛ بنابراین برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود نداشت. در جدول ۴ نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای پژوهش

اثر	متغیر	شاخص‌های اعتباری	مقدار	F مقدار	df فرضیه	df خطا	مقدار احتمال	اندازه اثر	توان آماری
گروه	آشفتگی هیجانی	لامبدای ویلکز	0/818	4/158	3/000	56/000	0/012	0/101	0/912
	عدم تحمل بلا تکلیفی	لامبدای ویلکز	0/807	6/384	5/000	54/000	0/009	0/105	0/977

نتایج مربوط به آماره لامبدای ویلکز (جدول ۴) نشان داد، اثر گروه بر ترکیب متغیرهای آشفتگی هیجانی ($p = 0/012$) و عدم تحمل بلا تکلیفی ($p = 0/009$) معنادار است. در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) برای متغیرهای پژوهش

منبع	مؤلفه‌ها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F مقدار	مقدار احتمال	اندازه اثر	توان آماری
گروه	استرس	109/364	1	54/682	10/124	<0/001	0/205	1
	اضطراب	125/357	1	62/678	12/150	<0/001	0/219	1
	افسردگی	97/067	1	48/533	8/150	0/003	0/198	1
	ناتوانی برای انجام عمل	433/117	1	433/117	22/0185	<0/001	0/427	0/634
	استرس‌آمیز بودن بلا تکلیفی	279/050	1	279/050	12/717	0/003	0/210	0/225
	منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره	295/650	1	295/650	14/486	<0/001	0/235	0/401
	بلا تکلیفی در مورد آینده	988/200	1	988/200	43/890	<0/001	0/458	0/783
	عدم تحمل بلا تکلیفی	713/417	1	713/417	39/896	<0/001	0/409	0/481

به‌دست آمده با یافته‌های مطالعه قریبی و همکاران مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی هیجانی (۱۶) و پژوهش‌های ویسکویچ و پکنگهام (۲۷) و کوتو-لزمز و همکاران (۲۸) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی، استرس و اضطراب همسویی دارد.

در تبیین این یافته گفته می‌شود، زنان دارای همسر معنادار به سبب مشکلات ناشی از این معضل میزان آشفتگی (استرس، اضطراب، افسردگی) زیادی دارند و طبق دیدگاه ادراک خویش‌داری، افراد با آشفتگی هیجانی خودشان را تنها می‌بینند؛ درعین حال دنیا را مملو از توقعات طاقت‌فرسا و موانعی می‌پندارند که اجازه نمی‌دهند آن‌ها به اهدافشان برسند؛ به علاوه نگاه غم‌انگیزی به آینده دارند و معتقد هستند مشکلاتشان شدیدتر خواهد شد. چنین ادراک‌هایی باعث می‌شود مردد، ناامید، خسته و بی‌تفاوت شوند (۲۹) و وجود معضلات ناشی از اعتیاد همسر، این افکار و احساسات را شدت می‌بخشد. در این میان

طبق نتایج جدول ۵ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بر کاهش آشفتگی هیجانی شامل استرس ($p < 0/001$)، اضطراب ($p < 0/001$) و افسردگی ($p = 0/003$) و همچنین کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی ($p < 0/001$) و مؤلفه‌های آن شامل ناتوانی برای انجام عمل ($p < 0/001$)، استرس‌آمیز بودن بلا تکلیفی ($p = 0/003$)، منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره ($p < 0/001$) و بلا تکلیفی در مورد آینده ($p < 0/001$) در همسران افراد سوءمصرف‌کننده مواد تأثیر داشت.

۳ بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی هیجانی و عدم تحمل بلا تکلیفی همسران افراد سوءمصرف‌کننده مواد انجام شد. نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش آشفتگی هیجانی (استرس، اضطراب، افسردگی) همسران (زنان) افراد سوءمصرف‌کننده مواد شد. نتایج

بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد درباره تجارب ذهنی (افکار، احساسات مربوط به معضل موجود) افزایش پیدا کند (۱۰) و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به فرد آموخته می‌شود هر گونه عملی برای اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد (مانند مطالب آموزشی جلسه پنجم که بر اساس تکنیک گسلش زمینه را برای کاهش و اجتناب فراهم می‌کند و موجب تشدید آن‌ها می‌شود)؛ همچنین باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی برای حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت (۱۰).

همین‌طور بیان‌شدنی است که پذیرش و تعهد درمانی، تماس مؤثر را با لحظه حال مطرح می‌کند و به مراجعان یاد می‌دهد آنچه هستند بدون قضاوت یا ارزیابی نام‌گذاری و توصیف کنند. تمرین‌های این درمان فرد را به سمت دنیایی هدایت می‌نماید که آن را مستقیماً تجربه می‌کند؛ نه دنیایی که محصول تفکر آنان است. در واقع، تماس با رویدادها بدون قضاوت و در اینجا و اکنون رخ می‌دهد (۹)؛ بنابراین با اجرای فرایند بنیادین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و انجام تمرین‌ها و استعاره‌های مربوط به این درمان می‌توان با تمرکززدایی همسران از افکار و احساسات منفی و با توجه‌آگاهی و پذیرش و تجربه افکار (خوشایند و ناخوشایند) به همان صورتی که هستند، همچنین مشخص شدن ارزش‌ها و انجام رفتارهایی در مسیر آن‌ها و بر اساس نتایج پژوهش حاضر، باعث کاهش آشفتگی هیجانی آنان شد.

قسمت دیگر نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی و همه مؤلفه‌های آن در همسران افراد سوء مصرف‌کننده مواد شد. نتیجه به دست آمده با یافته‌های پژوهش روحی و همکاران مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل آشفتگی (۱۷)، مطالعه احمدی و رئیس مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (۱۸) و مطالعه فیاض‌بخش و منصور مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عدم تحمل بلا تکلیفی و اجتناب از تجربه (۳۰) همسوست. در تبیین این یافته درخور ذکر است که بر اساس دیدگاه انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی وجود اعتیاد مرد به‌عنوان مشکل، سبب می‌شود همسران این افراد سبک پاسخ‌دهی ناکارآمدی در برابر این مشکل داشته باشند (۸). سبک پاسخ‌دهی افکار ناکارآمد همسران باعث چسبیدن به خودمفهوم‌سازی (بدشانسم، چرا همسر من؟ من چه گناهی کرده‌ام؟ و غیره) و تمرکز بر مشکلات می‌شود. از طرفی تکرار این رفتارها در طولانی‌مدت موجب محدودیت رفتار همسر و نگرانی و اضطراب او خواهد شد و این عامل، ایجاد افکار و احساسات ناخوشایند و افزایش نگرش‌های ناکارآمد و نپذیرفتن مشکلات را به دنبال دارد (۹). در این راستا اجرای فرایند بنیادین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با آموزش مهارت‌های تمرکززدایی افکار ناکارآمد درباره گذشته و آینده و تمرکز بر زمان حال و مشکلات موجود توسط تمرین‌های خود (مانند گسلش شناختی، تمرین‌های مربوط به جلسه آموزشی پنجم)، توضیح مفاهیم، نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر (تمرین‌های مربوط

به جلسه آموزشی ششم)، همچنین روشن‌سازی ارزش‌های این زنان (ارتباط اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، روابط خانوادگی) با انجام تمرین‌ها و استعاره‌هایی در این باره که در پروتکل نیز ذکر شده است، به‌عنوان منبعی از انگیزش برای تغییر رفتار زنان (۹) در جهت مسیر ارزش‌ها باعث سازگاری بیشتر، کاهش نگرش‌های ناکارآمد و انعطاف‌پذیری زنان دارای همسر مصرف‌کننده مواد و توانایی مقاومت در برابر ناکامی و افزایش تحمل بلا تکلیفی در آنان شده است.

کنترل‌نشدن ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی نمونه‌های مطالعه‌شده و استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی افراد مطالعه‌شده از طریق پرسشنامه‌ها بررسی و کنترل شود؛ همچنین، روش‌های نمونه‌گیری احتمالی به‌کار رود.

۴ نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی هیجانی و کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی همسران افراد سوء مصرف‌کننده مواد مؤثر است؛ از این رو مشاوران و درمانگران خانواده می‌توانند از یافته‌های پژوهش حاضر در راستای مداخلات بالینی و درمانی استفاده کنند.

۵ تشکر و قدردانی

گروه پژوهش بر خود لازم می‌داند از تمامی عزیزانی که به هر نحو ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی کند.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل است که دارای کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل به شماره IR.IAU.ARDABIL.REC.1399.048 است. ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در پژوهش حاضر شامل تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و دریافت کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل بود.

رضایت برای انتشار: این امر غیر قابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد: داده‌های پشتیبان نتایج گزارش شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل ورودی و اکسل داده در فضای ذخیره‌ای هارددرایو (به‌دلیل جلوگیری از احتمال هر گونه هک شدن و همچنین حفظ و دسترسی به داده‌ها) نزد نویسنده مسئول حفظ خواهد شد.

تزامن منافع: نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی: پژوهش حاضر تحت حمایت و کمک مالی هیچ نهاد یا سازمانی نبوده است.

مشارکت نویسندگان: همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه پیش‌نویس مقاله، بازبینی و اصلاح مقاله حاضر داشتند.

References

1. Shahbazi F, Mirtorabi SD, Ghadirzadeh MR, Ghoreishi SMS, Hashemi Nazari SS. Epidemiological study of mortality from drug abuse in bodies referred to Iranian legal medicine organization in 2013–2014. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2018;14(1):9–18. [Persian] <https://irje.tums.ac.ir/article-1-5960-en.pdf>
2. Kadivar M, Kahrzei F, Nikmanesh Z. The effectiveness of interventions based on positive psychotherapy on improving coping styles, relapse prevention in individuals with substance use disorder. *Positive Psychology Reserach*. 2015;1(4):41–54. [Persian] https://ppls.ui.ac.ir/article_21053.html#_ftn4
3. Salimi M. Substance abuse and mental illness. *Social Health and Addiction*. 2014;1(2):29–40. [Persian]
4. Tudeh Ranjbar M, Iraqi F. Barrasi vazieate salamat ravani zanan daraye hamsare motad [Assessing the mental health status of women with addicted spouses]. *Journal of New Advances in Psychology, Training and Education*. 2018;2(1):83–100. [Persian]
5. Aghakhani N, Erghati Z, Merghati V, Nazari H, Esmhoseini G, Zarei A, et al. A comparison study on family violence rate in wives with addicted and non-addicted husbands in Urmia. *Journal of Research in Applied and Basic Medical Sciences*. 2018;4(2):128–119. [Persian] <http://ijrabms.umsu.ac.ir/article-1-53-en.pdf>
6. Ghasemnegad S, Noorzadeh M. Determine the level of anxiety and depression in wives of husbands with addiction. *Quarterly Journal of Caspian Health and Aging*. 2017;1(1):36–41. [Persian] doi: [10.22088/cjhaa.1.1.36](https://doi.org/10.22088/cjhaa.1.1.36)
7. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville B, Chevron ES. *Interpersonal psychotherapy of depression: a brief, focused, specific strategy*. Jason Aronson, Incorporated; 1994.
8. Kheyrajoo E, Taher M, Farshbaf F, Alaei P. The comparison of tolerance of ambiguity, psychological capital and coping strategies between cardiac patients and healthy people. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2017;5(18):141–52. [Persian] http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_3365_d3f3802e7fee1ad876373a7e674f6a2a.pdf?lang=en
9. Dugas MJ, Robichaud M. *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: from science to practice*. New York: Routledge; 2007.
10. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*. 2013;44(2):180–98. doi: [10.1016/j.beth.2009.08.002](https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002)
11. Forman EM, Herbert JD. *New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies*. In: *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.; 2009. pp: 77–101.
12. Mir Mohammad Sadeghi A, Abedi M. Studing the effect of group-based consultant based on acceptance and commitment (ACT), on quality of life of addicts spouses from drug addiction treatment centers of Isfahan city. *Journal of Counseling Research*. 2016;14(56):87–108. [Persian] <http://irancounseling.ir/journal/article-1-288-en.pdf>
13. Nourian L, Sedighi F. Tasir amoozesh darman mobtani bar paziresh khanevade va ta'ahod be hamsaran mardan motad bar ensejam khanevade anan [Effectiveness of acceptance and commitment therapy on family progresses in spouses of addicted men]. In: *1st Scientific Research Conference on Psychology, Educational Sciences and Community Pathology* [Internet]. Kerman, Iran: Civilica; 2015. [Persian] <https://civilica.com/doc/439323/>
14. Jahangiri A, Shirdal M, Gharachoorlou S. The effectiveness of Acceptance and Commitment (ACT) therapy on cognitive-emotional regulation and self-efficacy in struggling with problems in people with substance abuse treated with methadone. *J North Khorasan Uni Med Sci*. 2018;10(2):41–9. [Persian] <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-1517-en.pdf>
15. Yavari M, Najafi M, Tabatabaee M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy in psychosocial flexibility and psychological capital among methadone-treated individuals' spouses. *Scientific Quarterly Research on Addiction*. 2019;12(48):257–76. [Persian] <http://etiadpajohi.ir/article-1-1766-en.pdf>
16. Gharashi K, Moheb N, Abdi R. Effects of acceptance and commitment therapy on decreasing anxiety and depression symptoms in mothers of hearing-impaired or deaf children. *Auditory and Vestibular Research*. 2019;28(2):116–23. doi: [10.18502/avr.v28i2.866](https://doi.org/10.18502/avr.v28i2.866)
17. Roohi R, Soltani A, Zeinodini Z, Razavi Nematollahi VS. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on self-compassion and distress tolerance in students with social anxiety disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2018;8:63. [Persian] <https://jdisabilstud.org/article-1-824-en.pdf>
18. Ahmadi A, Raeisi Z. The effect of acceptance and commitment therapy on distress tolerance in mothers of children with autism. *J Child Ment Health*. 2018;5(3):69–79. [Persian] <http://childmentalhealth.ir/article-1-349-fa.html>
19. Delavar, A. *Theoretical and practical basis of research in humanities and social sciences*. Tehran: Roshd Publishing; 2017. [Persian]
20. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY, US: Guilford Press; 1999.

21. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behav Res Ther.* 1995;33(3):335–343. doi: [10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
22. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item version of the depression anxiety stress scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment.* 1998;10(2):176-81. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
23. Samani S, Jokar B. Barrasi etebar va ravaie form kootah meghyase afsordegi, ezterab va feshar ravani [The validity and reliability evaluation of short-form depression anxiety and stress]. *Social and Human Journal of Shiraz University.* 2007;26(3):65–76. [Persian]
24. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Personality and Individual Differences.* 1994;17(6):791–802. doi: [10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
25. Buhr K, Dugas MJ. The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: an experimental manipulation. *Behav Res Ther.* 2009;47(3):215–223. doi: [10.1016/j.brat.2008.12.004](https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.12.004)
26. Mahmud Aliloo Ma, Shahjooee T, Hashemi Z. Comparison of intolerance of uncertainty, negative problem orientation, cognitive avoidance, positive beliefs about worries in patient whit generalized anxiety disorder and control group. *Journal of Modern Psychological Researches.* 2011;5(20):169–87. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4189_613ae85d19161627c1b72d4c85bcf26f.pdf?lang=en
27. Viskovich S, Pakenham KI. Randomized controlled trial of a web-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) program to promote mental health in university students. *J Clin Psychol.* 2020;76(6):929–51. doi: [10.1002/jclp.22848](https://doi.org/10.1002/jclp.22848)
28. Coto-Lesmes R, Fernández-Rodríguez C, González-Fernández S. Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression, A systematic review. *Journal of Affective Disorders.* 2020;263:107–20. doi: [10.1016/j.jad.2019.11.154](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154)
29. Beck AT, Rush AJ. *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press; 1979.
30. Fayazbakhsh E, Mansouri A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on intolerance of uncertainty, experiential avoidance, and symptoms of generalized anxiety disorder in individuals with Type II diabetes. *International Archives of Health Sciences.* 2019;6(1):30–5. doi: [10.4103/iahs.iahs_52_18](https://doi.org/10.4103/iahs.iahs_52_18)