MEJDS. 2023; 13:151.
Published online 2024 Jan. **Original Article**

Determining the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Substance Use Tendency and the Difficulties in Emotion Regulation of Patients Addicted to Opiates

Karimian Z[1], *Akbari B[2], Asadi Majreh S[3]

Author Address
1. PhD Student, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran;
2. Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
***Corresponding Author Email:** akbari@iaurasht.ac.ir

Received: 2023 November 10; **Accepted:** 2023 December 19

Abstract

Background & Objectives: Opioid addiction has become a global concern in recent years. It is estimated that 26.8 million people worldwide have an opioid use disorder. In addition, there are more than 100000 opioid overdose deaths each year. Over time, repeated use of addictive substances activates neural pathways related to reward processing, and the individuals become sensitive and conditioned to the symptoms associated with substance use. As a result, exposure to drug–related cues stimulates a person's mental craving. Also, studies report a high rate of psychological problems in drug users, such as difficulties in emotion regulation. One of the treatments recommended today in the field of substance abuse is acceptance and commitment therapy. Studies have shown the effectiveness of this treatment in reducing the substance use tendency and the difficulties in emotion regulation of people addicted to opioids. This study aimed to determine the efficacy of acceptance and commitment therapy on substance use tendencies and the difficulties in emotion regulation of patients addicted to opiates.
Methods: The present quasi–experimental study employed a pretest–posttest and a two–month follow–up design with a control group. The study's statistical population included all people with drug abuse who were referred to addiction treatment centers in Rasht City, Iran, in 2021. A sample of 30 qualified volunteers was included in the study by cluster random sampling and divided into the intervention and control groups. Data were collected using the addiction potential scale (Weed et al., 1992) and difficulties in emotion regulation scale (Gratz & Roemer, 2004). The "addiction acknowledgment" scale was used to measure the simultaneous criterion validity of the "addiction potential" scale, and the correlation was reported as 0.75. Also, the test–retest reliability values were 0.69 in men and 0.77 in women. Furthermore, six subscales were identified in the measurement of construct validity by confirmatory factor analysis in Gertz and Romer's study. Also, reliability was obtained by calculating the Cronbach alpha coefficient in subscales, which was found between 0.85 and 0.89. The "acceptance and commitment therapy" intervention was performed on the experimental group for 12 90–minute sessions once a week. The control group did not undergo any psychotherapy at the same time. After administering the posttest and follow–up, the research data were analyzed using repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test in the SPSS23 software (α=0.05).
Results: The group*time interaction effect in the analysis of variance was significant for the variables of substance use tendency and difficulties in emotion regulation (p<0.05). These results indicate that the control and experimental groups differed substantially in the pretest, posttest, and follow–up phases. The findings showed that in the pretest, there was no difference between the acceptance and commitment therapy group and the control group in the score of substance use tendency (p>0.05). Therefore, the two groups were similar. In the posttest, a significant difference was found between the acceptance and commitment therapy group and the control group in the substance use tendency score (p<0.05). This finding implies that the acceptance and commitment therapy outperformed the control group in decreasing the substance use tendency of patients to opiates. In the pretest, there was no difference in the difficulties in emotion regulation between the acceptance and commitment therapy group and the control group (p>0.05). Therefore, the two groups were similar. In the posttest, a significant difference was found between the acceptance and commitment therapy group and the control group in the difficulties in emotion regulation score (p<0.05). This finding implies that the acceptance and commitment therapy outperformed the control group in decreasing difficulties in emotion regulation of patients addicted to opiates. Finally, at the follow–up, all changes were still stable in the experimental group (p<0.05).
Conclusion: acceptance and commitment therapy is effective on the substance use tendency and the difficulties in emotion regulation of patients addicted to opiates. It is suggested that addiction therapists use the above method to improve and prevent relapse of patients with opiates.
Keywords: Acceptance and commitment therapy, Substance use tendency, Difficulties in emotion regulation, Patients addicted to opioids.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

Copyright © 2023, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۲؛ (۱۳):۱۵۱.

انتشار برخط دی ۱۴۰۲ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مواد افیونی

زینب کریمیان[۱]، *بهمن اکبری[۲]، سامره اسدی مجره[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛

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

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** akbari@iaurasht.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۹آبان۱۴۰۲؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۸آذر۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: اعتیاد به مواد افیونی در سال‌های اخیر به نگرانی همه‌گیر و جهانی تبدیل شده است. امروزه یکی از درمان‌های توصیه‌شده در حوزهٔ سوءمصرف مواد، درمان پذیرش و تعهد است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مواد افیونی انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه‌تجربی و براساس طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر رشت در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. از میان آن‌ها سی نفر داوطلب واجد شرایط به‌روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای وارد مطالعه شدند و در دو گروه مداخله و گواه قرار گرفتند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مقیاس گرایش اعتیاد (وید و همکاران، ۱۹۹۲) و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (گرتز و رومر، ۲۰۰۴) انجام شد. گروه مداخله درمان پذیرش و تعهد را طی دوازده جلسهٔ نوددقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک‌بار دریافت کرد. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ تجزیه‌وتحلیل شد (α=۰/۰۵).

یافته‌ها: نتایج نشان داد، مقایسهٔ میانگین‌های مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری برای متغیرهای گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان در گروه آزمایش معنادار است (p<۰/۰۵)؛ همچنین برای این متغیرها، تأثیر ماندگاری درمان پذیرش و تعهد در مرحلهٔ پیگیری به‌تأیید رسیده است.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش مشخص کرد، درمان پذیرش و تعهد بر متغیرهای گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مواد افیونی مؤثر است. پیشنهاد می‌شود درمانگران حوزهٔ اعتیاد از روش مذکور برای بهبود و پیشگیری از عود بیماران مبتلا به مواد مخدر استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، گرایش مصرف مواد، دشواری در تنظیم هیجان، بیماران مبتلا به مواد افیونی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۲، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

۱ مقدمه

اعتیاد به مواد افیونی[1] در سال‌های اخیر به نگرانی همه‌گیر و جهانی تبدیل شده است. تخمین زده می‌شود که ۲۶/۸ میلیون نفر در سراسر جهان به اختلال مصرف مواد افیونی مبتلا هستند و سالانه بیش از ۱۰۰ هزار مرگ ناشی‌از مصرف بیش‌ازحد مواد افیونی وجود دارد (۱). سوءمصرف مواد[2] و وابستگی به آن، پدیده‌ای عودکننده و مزمن است که تمامی جوانب زندگی فرد را در بر می‌گیرد و باوجود خطرات و عوارض حاصل از اعتیاد، هر روز به‌شمار قربانیان آن افزوده می‌شود (۲). آمارهای جهانی دربارهٔ میزان بازگشت پس از درمان بسیار نگران‌کننده است؛ همچنین میانگین آن در فاصلهٔ ۳تا۶ ماه، ۷۵درصد گزارش شده است (۳).

اعتیاد به مواد افیونی فرایند پیچیده‌ای است که با جست‌وجوی دریافت پاداش و اثرات سرخوشی آغاز و به وابستگی به مواد افیونی منجر می‌شود؛ تاآنجاکه تلاش برای ترک اعتیاد معمولاً با شکست مواجه می‌گردد (۱). با گذشت زمان، استفادهٔ مکرر از مواد اعتیادآور سیستم‌های مزوکورتیکولیمبیک[3] را درقبال نشانه‌های مرتبط با مصرف مواد مخدر در گذشته حساس و شرطی می‌کند. قرارگرفتن درمعرض نشانه‌های مرتبط با مواد مخدر، ولع ذهنی[4] را برمی‌انگیزد و مسیرهای عصبی مربوط به پردازش پاداش را فعال می‌سازد (۴). به‌نوبهٔ خود، این پاسخ‌های شرطی سبب جست‌وجوی اجباری و سوءمصرف مواد مخدر می‌شود (۵). مطالعات، نرخ زیاد مشکلات روان‌شناختی[5] را در مصرف‌کنندگان مواد گزارش دادند که ازجمله می‌توان به دشواری در تنظیم هیجان[6] اشاره کرد (۶). تنظیم هیجان بر تلاش‌های افراد برای تأثیرگذاری بر هیجانات تمرکز دارد که به‌عنوان حالت‌های محدود به زمان و موقعیت و ظرفیت تعریف می‌شود (۷). اهمیت تنظیم هیجان ازآنجا نشئت می‌گیرد که ولع مصرف شرطی‌شده[7] در فرد دارای مشکل تنظیم هیجان، می‌تواند موجب ناتوانی فرد در مقاومت به مواد شود و فرد مبتلا به‌منظور تعدیل ملال و رهایی از یکنواختی ناشی‌از هیجانات منفی، مجدد به‌سمت لذت‌های آنی مانند مصرف مواد گرایش پیدا کند (۳).

رویکردهای مختلف برای درمان و کاهش مشکلات هیجانی و مصرف مواد افراد معتاد استفاده شده است؛ یکی از آن‌ها، درمان پذیرش و تعهد[8] است (۱۰ـ۸). هیز درمان پذیرش و تعهد را رویکردی درمانی براساس نظریهٔ چارچوب ارتباطی دانست که همجوشی شناختی[9] و اجتناب تجربه‌ای[10] از مفاهیم مهم آن است (۱۱). این درمان شش اصل اساسی دارد: گسلش[11]؛ پذیرش[12]؛ تماس با لحظهٔ حاضر[13]؛ مشاهدهٔ خود[14]؛ ارزش‌ها[15]؛ عمل متعهدانه[16] (۱۲). درمجموع هریک از این فرایندها با یکدیگر ارتباط دارند و با هدف انعطاف‌پذیری شناختی[17] انجام می‌شوند: یعنی فرایندی که در آن انسان آگاهانه با لحظهٔ حال تماس پیدا می‌کند و با هدف حرکت به‌سوی ارزش‌های زندگی بر رفتار خود تأکید دارد یا آن را تغییر می‌دهد (۱۱). بیرن و همکاران در مروری سیستماتیک نشان دادند، درمان پذیرش و تعهد جایگزینی برای درمان‌های موجود است؛ به‌ویژه برای بیمارانی که به درمان‌های استاندارد پاسخ نداده‌اند یا از آن صرف‌نظر کرده‌اند (۹). دی‌ـ گروت و همکاران در مطالعه‌ای مروری با شانزده پژوهش گزارش کردند، درمان پذیرش و تعهد نتایج مثبتی را برای اقدام پس از درمان نشان داده است (۱۳). گول و آکیل (۱۰)، قلی‌زاده و همکاران (۱۴)، ارجمند قجر و همکاران (۱۵) و اُساجی و همکاران (۱۶) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند. اسپیدل و همکاران (۱۷) دریافتند، درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان افراد مبتلا به روان‌پریشی و افراد با سابقهٔ ترومای دوران کودکی سودمند و اثربخش است. خانجانی و همکاران (۱۸) و محمدی و همکاران (۱۹) و بایزیدی و همکاران (۲۰) نیز اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد را بر تنظیم هیجان گروه‌های مختلف تأیید کردند.

درمان اعتیاد با پیچیدگی‌های زیادی روبه‌رو می‌شود که از همه سطحی‌تر، دوبُعدی‌بودن این بیماری یعنی وابستگی جسمی توأم با وابستگی روانی است. همچنین بررسی مطالعات پیشین دلالت بر آن داشت که گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان[18]، از مشکلات رایج در تمامی اعتیادها است (۳،۴). باتوجه به اینکه میزان بازگشت در بیمارانی که ترک می‌کنند، به‌دلیل میل روانی بسیار زیاد است، از مداخلات مهم‌تر برای اختلالات سوءمصرف چه درجهت پیشگیری و چه پس از سم‌زدایی، درمان‌های روان‌شناختی[19] است (۴)؛ لذا یکی از نکات مهم در این مطالعه، نگاه متفاوت ورای درمان‌های دارویی بود که بر پاک‌سازی جسمی صرف متمرکز هستند. ازسویی گرچه در مطالعاتی بررسی اثربخشی درمان تعهد و پذیرش بر اختلالات مصرف مواد انجام شده است، نتیجه‌گیری دربارهٔ اثربخشی آن به‌دلیل محدودیت‌های روش‌شناسی و تناقضات نتایج، آسان نیست؛ برای مثال بسیاری از پژوهش‌ها ازجمله مطالعات خانجانی و همکاران (۱۸) و محمدی و همکاران (۱۹) و بایزیدی و همکاران (۲۰) دارای محدودیت‌های مختلفی چون فقدان مرحلهٔ پیگیری بودند. علاوه‌براین، برخی از پژوهش‌های ناهمسو همچون مطالعات لی و همکاران (۸) و لانزا و همکاران (۲۱) نشان دادند، درمان پذیرش و تعهد برای سوءمصرف مواد، اندازهٔ اثر کوچک تا متوسط دارد. باتوجه به اینکه ایران یکی از کشورهایی است که در سال‌های اخیر شیوع مصرف مواد مخدر در آن افزایش یافته است و آمارها نشان می‌دهد روزانه حدود ۲ میلیون نفر در ایران از مواد مخدر استفاده می‌کنند که درصد زیادی از

1. Opioid addiction
2. Drug abuse
3. Mesocorticolimbic
4. Mental craving
5. Psychological problems
6. Difficulties in emotion regulation
7. Conditioned cravings
8. Acceptance and commitment therapy
9. Cognitive fusion
10. Experiential avoidance
11. Cognitive defusion
12. Expansion and acceptance
13. Contact and connection with the present moment
14. The Observing Self
15. Values clarification
16. Committed action
17. Cognitive Flexibility
18. Difficulties in Emotion Regulation
19. Psychological treatments

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

آن‌ها جمعیت جوان هستند (۲۲)، همچنین باتوجه به تبعات منفی اعتیاد بر فرد، خانواده و جامعه، مبحث اعتیاد می‌تواند از موضوعات مهم و مؤثر بر بسیاری از تصمیم‌گیری‌های سیاسی و اقتصادی و اجتماعی باشد که مطالعه و پژوهش دربارهٔ آن حائز اهمیت بسیار است. باتوجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مواد افیونی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه‌تجربی و براساس طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر رشت در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. از میان آن‌ها سی نفر داوطلب واجد شرایط به‌روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی ساده از نوع قرعه‌کشی در دو گروه درمان پذیرش و تعهد و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: افراد تازه‌وارد سم‌زدایی‌شده؛ رضایت شرکت‌کنندگان؛ ردهٔ سنی ۲۰تا۴۵ سال؛ تحصیلات حداقل دیپلم؛ مبتلانبودن به بیماری روانی یا نداشتن سابقهٔ بیماری اعصاب شدید مانند سایکوز شناخته‌شده؛ دریافت‌نکردن مداخلهٔ روان‌درمانی دیگر درحین انجام پژوهش. معیارهای خروج شامل انصراف از درمان، غیبت بیش از دو جلسه، برخوردارنبودن از شرایط جسمی یا روحی مناسب برای اتمام پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه‌ها و نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود. در پژوهش حاضر برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به‌کار رفت.

ـ مقیاس گرایش اعتیاد[1] (وید و همکاران، ۱۹۹۲): این مقیاس توسط وید و همکاران در سال ۱۹۹۲ طراحی شد. این مقیاس دارای ۳۹ عبارت است که با گزینه‌های بلی یا خیر و به‌ترتیب نمرهٔ صفر و یک ارزیابی می‌شوند. نمرهٔ نهایی مقیاس، جمع همهٔ نمره‌های حاصل در مقیاس است. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۳۹ است. در این مقیاس اگر نمرهٔ زنان بیشتر از ۲۳ و مردان بیشتر از ۲۴ باشد، دراین‌صورت وجود گرایش مصرف مواد در فرد تأیید می‌شود. روایی ملاکی به‌روش هم‌زمان این مقیاس با مقیاس پذیرش اعتیاد[2]، ۰/۷۵ و پایایی به‌روش آزمون‌ـ بازآزمون آن در مردان ۰/۶۹ و در زنان ۰/۷۷ به‌دست آمد (۲۳). در ایران در مطالعهٔ مینویی روایی سازه از نوع تشخیصی تمایز با آزمون تی مستقل (t=-۶/۲۷، $p<$۰/۰۱) نشان داد، این مقیاس توانایی خوبی برای تفکیک نمونه‌های معتاد و غیرمعتاد دارد. همچنین پایایی به‌روش همسانی درونی با محاسبهٔ ضریب آلفای کرونباخ ۰/۵۳ و به‌روش دونیمه‌کردن، ۰/۵۳ به‌دست آمد (۲۴).

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسه	موضوعات
اول	آماده‌شدن برای شروع: کسب رضایت مُراجع، تشریح مراحل درمان
دوم	آگاهی دربارهٔ هزینه‌های مصرف: آگاه‌شدن مُراجع دربارهٔ تأثیرات سوءمصرف مواد
سوم	مواجهه با سیستم، ناامیدی خلاق: بررسی تاریخچهٔ تلاش‌های صورت‌گرفته برای تغییر، بیان راه‌حل به‌عنوان بخشی از مشکل
چهارم	کنترل هیجانات افراطی به‌عنوان مسئلهٔ اصلی: درک کامل مشکل و نه لزوماً انجام اقدامی متفاوت در لحظهٔ حال
پنجم	تمایل هیجانی: تأکید بر این نکته که تمایل نمی‌تواند یک برنامهٔ اساسی کنترل باشد، ارتباط برقرارکردن بین هزینهٔ تمایل‌نداشتن و ارزیابی ارزش‌ها
ششم	تمایز فرد از برنامه‌ریزی: گسترش چشم‌اندازی دربارهٔ خود، فراتر از ارزیابی
هفتم	موانع پذیرش هیجانی: معرفی قراردادهای کلامی، برچسب‌زدن به افکار و احساسات به‌عنوان افکار و احساسات، نه آنچه آن‌ها می‌گویند
هشتم	حرکت از پذیرش هیجانی به‌سمت تغییر رفتار: شناسایی ویژگی‌های عمل همسو با اهداف عمل‌کردن درمقابل تلاش‌کردن
نهم	ارزش‌ها و اهداف: معین‌کردن تکلیف سنجش ارزش‌ها برای مُراجع، انجام تکلیف سنجش ارزش‌ها توسط مُراجع و درمانگر
دهم	پذیرش مسئولیت برای تغییر: پذیرش درراستای اقدام مؤثر، بحث دربارهٔ تفاوت میان درد و آسیب (تروما)، تمایل به کناره‌گیری از نقش قربانی
یازدهم	گسترش تمایل هیجانی به زندگی واقعی، تعهد دادن و پایبندی: تمام‌کردن کار ناتمام، بخشش و پذیرش خود
دوازدهم	مرور و جمع‌بندی: خلاصه‌کردن موانع بر سر راه اراده، ارزیابی تجارب مرور و جمع‌بندی از روند درمانی، گفت‌وگوکردن دربارهٔ زندگی بعد از درمان

ـ مقیاس دشواری در تنظیم هیجان[3] (گرتز و رومر، ۲۰۰۴): این مقیاس توسط گرتز و رومر در سال ۲۰۰۴ طراحی شد. مقیاس دارای ۳۶ عبارت و شش زیرمقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی[4]، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند[5]، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی[6]، فقدان آگاهی هیجانی[7]، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی[8] و فقدان شفافیت هیجانی[9] است. نمره‌گذاری مقیاس به‌صورت طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از تقریباً هرگز=۱ تا تقریباً همیشه=۵ انجام می‌شود. حداقل نمرهٔ کل ۳۶ و حداکثر نمره ۱۸۰ با نمرهٔ برش ۷۲ است (۷). روایی ملاکی به‌روش هم‌زمان این مقیاس با مقیاس تنظیم خُلق‌وخوی منفی[10]، ۰/۶۹ و پایایی به‌روش همسانی

1. Addiction Potential Scale
2. Addiction Acknowledgment Scale
3. Difficulties in Emotion Regulation Scale
4. No-acceptance of emotional responses
5. difficulties engaging in goal-directed behaviors
6. Impulse control difficulties
7. lack of emotional awareness
8. Limited access to emotion regulation strategies
9. Lack of emotional clarity
10. Negative Mood Regulation Scale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

درونی با محاسبهٔ ضریب آلفای کرونباخ در زیرمقیاس‌ها بین ۰/۸۵تا۰/۸۹ به‌دست آمد (۷). در ایران این مقیاس توسط بشارت با استفاده از ۶۲۱ (۳۹۲ زن و ۲۲۹ مرد) دانشجوی کارشناسی و کارشناسی‌ارشد و دکترای دانشگاه‌های شهر تهران ترجمه و اعتباریابی شد. روایی سازه به‌روش‌های روایی هم‌گرا و روایی تشخیصی (افتراقی) ازطریق اجرای هم‌زمان پرسش‌نامهٔ سلامت روانی[1]، پرسش‌نامهٔ تنظیم شناختی هیجان[2] و فهرست هیجانات مثبت و منفی[3] برای نمونه‌های مختلف از دو گروه بالینی و غیربالینی محاسبه شد و به‌تأیید رسید. همچنین پایایی به‌روش همسانی درونی با محاسبهٔ ضریب آلفای کرونباخ با نمونهٔ مذکور برای زیرمقیاس‌ها ۰/۷۲تا۰/۹۰ و برای نمرهٔ کل ۰/۹۲ به‌دست آمد (۲۵).

ـ محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد: مداخلهٔ درمانی استفاده‌شده در پژوهش حاضر، پروتکل پذیرش و تعهد برای سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر هیز و همکاران بود (۲۶) که در پژوهش ارجمند قجر و همکاران روایی محتوایی بستهٔ درمانی و تطابق آن با اهداف پژوهش به‌تأیید رسید (۱۵). خلاصهٔ جلسات درمان که طی دوازده جلسه به‌صورت هفته‌ای یک جلسهٔ نوددقیقه‌ای اجرا شد، در جدول ۱ ارائه شده است.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSSنسخهٔ ۲۶ انجام گرفت. آزمون‌های خی‌دو و تی دو نمونهٔ مستقل برای بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی به‌کار رفت. از آزمون شاپیرو ـ ویلکز به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع داده‌ها و از آزمون ماوچلی[4] برای پیش‌فرض کرویت و از آزمون لون[5] برای بررسی برابری واریانس‌ها استفاده شد. همچنین به‌منظور بررسی فرضیه‌ها، آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ به‌کار رفت.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش سی شرکت‌کنندهٔ مبتلا به مواد افیونی در دو گروه مداخله و گواه حضور داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه مداخله، ۳۲/۱۳±۶/۴۲ سال و گروه گواه، ۳۳/۷۳±۶/۱۴ سال بود. مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه با استفاده از آزمون تی مستقل نشان داد، بین میانگین سن در گروه درمان پذیرش و تعهد و گروه گواه تفاوت معناداری وجود ندارد (p>۰/۰۵، T=۰/۶۴۴). سایر یافته‌های جمعیت‌شناختی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های جمعیت‌شناختی گروه مداخله و گروه گواه

شاخص	گروه	درمان پذیرش و تعهد		گواه		χ^2	p
		تعداد	درصد	تعداد	درصد		
جنسیت	زن	۵	۳۳/۳	۴	۲۶/۷	۰/۲۰۷	۰/۹۰۲
	مرد	۱۰	۶۶/۷	۱۱	۷۳/۳		
وضعیت تأهل	مجرد	۷	۴۶/۷	۴	۲۶/۷	۲/۱۵۲	۰/۷۰۸
	متأهل	۶	۴۰/۰	۸	۵۳/۳		
	مطلقه یا متارکه	۲	۱۳/۳	۳	۰۰/۰		
تحصیلات	دیپلم	۱۰	۶۶/۷	۷	۴۶/۷	۱/۲۷۵	۰/۵۲۹
	کاردانی و بیشتر	۵	۳۳/۳	۸	۵۳/۳		
شغل	دانشجو	۲	۱۳/۳	۱	۶/۷	۵/۳۰۰	۰/۷۲۵
	خانه‌دار	۱	۶/۷	۳	۲۰/۰		
	بیکار	۵	۳۳/۳	۶	۴۰/۰		
	شاغل در بخش خصوصی	۶	۴۰/۰	۴	۲۶/۷		
	شاغل در بخش دولتی	۱	۶/۷	۱	۶/۷		
مواد مصرفی طی یک ماه	حشیش	۴	۲۶/۷	۸	۵۳/۳	۷/۳۲۳	۰/۲۹۲
	تریاک	۷	۴۶/۷	۲	۱۳/۳		
	هروئین	۴	۲۶/۷	۵	۳۳/۳		
	کوکائین	۰	۰	۰	۰		
شیوهٔ مصرف	تدخین	۱۱	۷۳/۳	۵	۳۳/۳	۱۰/۰۵۱	۰/۱۲۳
	خوردن	۳	۲۰/۰	۲	۱۳/۳		
	تزریق	۱	۶/۷	۴	۲۶/۷		
	تنقیه	۰	۰	۴	۲۶/۷		
دفعات مصرف طی یک ماه قبل	هر روز یک‌بار	۱۲	۸۰/۰	۷	۴۶/۷	۴/۱۸۳	۰/۳۸۲
	هر چند روز یک‌بار	۲	۱۳/۳	۵	۳۳/۳		

[1]. Mental Health Inventory
[2]. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
[3]. Positive and Negative Affect Schedule
[4]. Mauchly
[5]. Levene

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

	گهگاه	۱	۶/۷	۳	۲۰/۰		
دفعات ترک قبلی	۰	۶	۴۰/۰	۹	۶۰/۰	۳/۳۲۸	۰/۵۰۵
	۱	۷	۴۶/۷	۵	۳۳/۳		
	۲	۲	۱۳/۳	۱	۶/۷		
علت مراجعه برای درمان	تمایل شخصی	۱۰	۶۶/۷	۱۲	۸۰/۰	۲/۴۰۰	۰/۳۰۱
	فشار خانواده یا اطرافیان	۵	۳۳/۳	۳	۲۰/۰		

باتوجه به یافته‌های جمعیت‌شناختی در جدول ۲، آزمون خی‌دو نشان داد، گروه‌ها از لحاظ جنسیت، تأهل، تحصیلات، شغل، مواد مصرفی طی یک ماه گذشته، شیوهٔ مصرف، دفعات مصرف طی یک ماه گذشته، دفعات ترک قبلی و علت مراجعه برای درمان همگن هستند. شاخص‌های توصیفی گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان در دو گروه مداخله و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی گروه‌های مداخله و گواه

متغیر	گروه	درمان پذیرش و تعهد		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گرایش مصرف مواد	پیش‌آزمون	۲۶/۰۰	۶/۳۹	۲۵/۶۳	۶/۴۹
	پس‌آزمون	۱۳/۰۰	۳/۷۷	۲۶/۳۰	۵/۱۰
	پیگیری	۱۲/۹۷	۳/۶۶	۲۵/۹۷	۵/۱۲
دشواری در تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۱۰۸/۲۳	۱۷/۱۳	۱۰۷/۴۳	۱۴/۷۷
	پس‌آزمون	۶۲/۶۰	۹/۰۴	۱۰۵/۵۲	۱۴/۲۱
	پیگیری	۶۲/۳۹	۸/۱۳	۱۰۵/۱۷	۱۳/۷۴

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمرات تمامی متغیرهای پژوهش در گروه مداخله درمقایسه با گروه گواه از مرحلهٔ پیش‌آزمون به مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. برای بررسی معناداری این کاهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. پیش‌فرض‌ها در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. نتایج پیش‌فرض‌های اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر

متغیر	گروه	آزمون شاپیروویلک		آزمون لون		همگنی شیب رگرسیون		کرویت‌ماوچلی				آزمون ام‌باکس		
		آماره	مقدار p	F	مقدار p	F	مقدار p	W	مقدار p	گرین‌هاوس–گیزر	ام‌باکس	F	مقدار p
گرایش مصرف مواد	مداخله	۰/۹۳۳	۰/۳۰	۲/۰۲۳	۰/۱۴۴	۰/۵۵۶	۰/۴۶۳	۰/۰۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۱۵	۲۲/۱۰۳	۱/۷۰۸	۰/۰۵۸
	گواه	۰/۸۸۱	۰/۰۵										
دشواری در تنظیم هیجان	مداخله	۰/۹۲۴	۰/۲۱۸	۰/۴۵۳	۰/۶۳۹	۱/۸۵۹	۰/۱۶۹	۰/۰۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۷	۲۲/۱۰۲	۱/۷۰۸	۰/۰۵۸
	گواه	۰/۹۲۶	۰/۲۴۱										

براساس جدول ۴، نتایج آزمون شاپیروویلک برای بررسی پیش‌فرض طبیعی‌بودن توزیع داده‌ها نشان داد، مقدار آمارهٔ آزمون شاپیروویلک متغیرها در گروه‌ها معنادار نیست؛ به‌عبارت‌دیگر، داده‌ها دارای توزیع نرمال است ($p>۰/۰۵$). نتایج آزمون ام‌باکس برای ارزیابی پیش‌فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس مشخص کرد، متغیر گرایش مصرف مواد و متغیر دشواری در تنظیم هیجان معنادار نیست؛ براین‌اساس این پیش‌فرض برقرار است ($p>۰/۰۵$). نتایج آزمون لون نیز نشان داد، همگونی واریانس‌ها در متغیرهای گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان برقرار است ($p>۰/۰۵$). در بررسی کرویت، نتایج آزمون کرویت‌ماچلی مشخص کرد، فرض کرویت در متغیرهای گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان رد می‌شود ($p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین، اصلاح اپسیلون گرین‌هاوس–گیزر[1] به‌کار رفت. باتوجه به برقراری پیش‌فرض‌ها اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مقدور شد که در جدول ۵ ارائه شده است.

براساس جدول ۵، نتایج اثر زمان در نمرات متغیرهای گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$). نتایج به‌دست‌آمدهٔ اثر گروه مشخص کرد، تفاوت میان گروه مداخله و گروه گواه از نظر میانگین نمرات متغیرهای گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان در کل مراحل مطالعه معنادار است ($p<۰/۰۰۱$). همچنین اثر متقابل گروه و زمان در متغیرهای گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ این مطلب اثربخشی درمان پذیرش و تعهد

[1]. Greenhouse-Geisser

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

را بر متغیرهای گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مواد افیونی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با گروه گواه نشان داد. در جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زمان‌ها به‌تفکیک گروه‌ها مشاهده می‌شود.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	F	مقدار p	مجذور اتای سهمی
گرایش مصرف مواد	زمان	۸۳/۲۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۵
	گروه	۱۴/۲۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۵
	زمان×گروه	۲۵/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۴۷
دشواری در تنظیم هیجان	زمان	۱۳۰/۷۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۵۷
	گروه	۲۵/۱۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۴۵
	زمان×گروه	۳۲/۱۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۵

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زمان‌ها

متغیر	زمان		درمان پذیرش و تعهد			گواه		
			تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار p	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار p
گرایش مصرف مواد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۳	۱/۹۲۴	<۰/۰۰۱	ـ۰/۶۶۷	۰/۶۷۶	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱۳/۰۳۳	۱/۹۱۶	<۰/۰۰۱	ـ۰/۳۳۳	۰/۷۶۵	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۳۳	۰/۱۱۴	۰/۳۶۴	۰/۳۳۳	۰/۲۸۷	۰/۷۹۶
دشواری در تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴۵/۶۳۳	۵/۷۱۶	<۰/۰۰۱	۱/۹۱۱	۰/۷۴۰	۰/۰۶۵
	پیش‌آزمون	پیگیری	۴۵/۸۴۴	۵/۵۹۲	<۰/۰۰۱	۲/۲۶۷	۰/۸۴۵	۰/۰۵۴
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۱۱	۰/۵۰۴	۱/۰۰۰	۰/۳۵۶	۰/۳۵۳	۰/۹۹۳

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی در جدول ۶ نشان داد، تفاوت نمرات میانگین‌ها بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری برای متغیرهای گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان در گروه مداخله، بیانگر کاهش معنادار نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون در گروه مداخله است (p<۰/۰۰۱)؛ درحالی‌که هیچ‌کدام از تفاوت میانگین‌ها در گروه گواه معنادار نیست؛ بنابراین فرضیه‌های پژوهش تأیید می‌شود و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مواد افیونی اثربخش است. تفاوت‌ها از مرحلهٔ پس‌آزمون به مرحلهٔ پیگیری معنادار نبود؛ به‌این‌معنا که اثرات درمانی در طول زمان ثبات داشت.

شکل ۱. نمودارهای تغییرات متغیرهای گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان در گروه‌های مداخله و گواه

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مواد افیونی بود. نتیجهٔ اول این مطالعه نشان داد، بین گروه درمان پذیرش و تعهد و گروه گواه در متغیر گرایش مصرف مواد تفاوت معنادار وجود دارد؛ به‌عبارتی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش گرایش مصرف مواد بیماران مبتلا به مواد افیونی اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش‌های زیر همسوست: بیرن و همکاران (۹) و دی‌ـ گروت و همکاران (۱۳) در مطالعات مروری خود گزارش کردند، درمان پذیرش و تعهد نتایج مثبتی را در گرایش و ولع مصرف معتادان به مواد افیونی و الکل نشان داده است؛ قلی‌زاده و همکاران دریافتند، درمان مبتنی‌بر

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

پذیرش و تعهد به‌طور معناداری موجب کاهش ولع مصرف در گروه آزمایش می‌شود (۱۴)؛ ارجمند قجر و همکاران گزارش دادند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در کاهش میزان وسوسهٔ مصرف و احتمال لغزش در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین مؤثر است (۱۵). در پژوهش اُساجی و همکاران مشخص شد، درمان پذیرش و تعهد در مدیریت اختلالات مصرف مواد تأثیر می‌گذارد و شواهد درخورتوجهی از کاهش مصرف مواد یا قطع کامل آن با پرهیز بعدی وجود دارد (۱۶). در تبیین نتایج می‌توان بیان کرد، افراد مبتلا به مواد مخدر، معمولاً در مسیر اعتیاد روزبه‌روز درقبال ارزش‌ها و مسائل مهم زندگی همچون خانواده، تحصیل، شغل، سلامت بدنی و حتی آرزوهای خود بی‌توجه‌تر می‌شوند (۱). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تأکید بسیاری بر شناسایی ارزش‌ها و تعهد به آن‌ها دارد و سبب می‌شود افراد بار دیگر ارزش‌های خانوادگی، شغلی، اهداف، راه‌های رسیدن و موانع درونی یا بیرونی در رسیدن به آن‌ها را شناسایی و درقبال این ارزش‌ها تعهد پیدا کنند (۱۶). فرایندهای تعهد شامل استفاده از تمرینات تجربه‌ای و استعاره‌هایی است که به شرکت‌کنندگان کمک می‌کند بتوانند اهدافی را که به‌طور معنادار در زندگی خود برمی‌گزینند، درراستای ارزش‌هایشان مشخص کنند و به تغییرات رفتاری پایداری متعهد شوند که براساس این ارزش‌ها هدایت می‌شوند؛ این امر می‌تواند لغزش‌نداشتن و پایداری دربرابر وسوسه‌ها و گرایش به مصرف مواد را در پی داشته باشد (۲۶). ازسویی باتوجه به اینکه افراد مبتلا به مواد افیونی در جامعه دچار انگ می‌شوند و این انگ به‌عنوان یک فکر و باور در ذهن آن‌ها تثبیت می‌گردد، آمیختگی شناختی رخ می‌دهد (۱۸). آمیختگی یا همجوشی شناختی فرایندی ذهنی است که به‌وسیلهٔ آن شخص درگیر افکار، ارزیابی‌ها، قضاوت‌ها و خاطرات خود می‌شود و رفتاری طبق این تفاسیر ذهنی دارد (۱۱). گسلش به‌منزلهٔ پادزهری در مقابله با همجوشی شناختی عمل می‌کند. مداخلات مربوط به گسلش شناختی شامل تمریناتی است که معنای لفظی رویدادهای درونی را می‌شکنند. هدف این تمرینات آن است که به افراد بیاموزد افکار را فقط به‌مثابهٔ افکار، احساسات را فقط به‌مثابهٔ احساسات، خاطرات را فقط به‌منزلهٔ خاطرات و احساسات بدنی را فقط به‌منزلهٔ احساس بدنی در نظر بگیرند. گسلش از افکار و ارزشیابی‌ها و احساسات باعث می‌شود کارکرد این رویدادهای درونی به‌عنوان موانع روان‌شناختی کاهش یابد (۱۲)؛ درنتیجه شخص با گسلش از آمیختگی رفتارها و افکارش از شخصیت خود، هویت جدیدی از خود می‌بیند که قادر است بر ولع و گرایش مرتبط با مصرف مواد غلبه کند و با حفظ حرمت خویشتن، دربرابر دلواپسی، تحریک‌پذیری، بی‌تابی و بی‌قراری ناشی‌از مقابله با وسوسه‌ها و شرایط پرخطر مقاوم باشد (۲۶). در تبیینی دیگر در این درمان با تمرین‌های مرتبط با ذهن‌آگاهی، بیمار یاد می‌گیرد در زمان حال زندگی کند و نه در گذشته یا آینده؛ لذا ترس و اضطراب او از بیماری کاهش می‌یابد و با انتخاب گزینهٔ جدید یعنی درمان اعتیاد و اینکه درمان مذکور می‌تواند راهی باشد تا او با انتخاب متعهدانه قادر شود کنترل آن را در دست گیرد، امید در دلش زنده می‌شود و عزم خود را واقع‌گرایانه جزم می‌کند تا زندگی توأم با سلامت و کیفیت و بدون محدودیت داشته باشد. بدین‌ترتیب آموزش این راهبردها فرد را از دام وسوسه‌های زمینه‌ساز لغزش و گرایش مصرف مواد، می‌رهاند (۱۵). درمان پذیرش و تعهد با آموزش ناامیدی خلاق، به افراد کمک می‌کند دربارهٔ هیجان‌ها و شناخت‌های خود، آگاهی به‌دست آورند و راهبردهای ناسازگار پیشین خود را به‌منظور دستیابی به اهداف بهتر و سازگارانه‌تر کنار بگذارند. به‌همین دلیل، این شیوهٔ درمانی مُراجع را از چنگ کشمکش خودتخریبی که گرفتار آن شده و ممکن است او را به‌جای پناه‌بردن به راه‌حل‌های هیجان‌مدار به رفتارهای پرخطر چون مصرف مواد سوق دهد، رها می‌کند (۱۳)؛ به‌طورکلی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌دلیل سازوکارهای پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظهٔ حال، مشاهده‌گری بدون داوری، عمل متعهدانه براساس ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند درمان‌جویان را به باورها و رفتارها و ارزش‌هایی مجهز کند که توانایی مقابلهٔ این افراد را در کنارآمدن با وسوسه و نشانه‌های ترک همچون لغزش و عود و تداوم مصرف افزایش دهد (۱۵).

نتیجهٔ دیگر پژوهش حاضر نشان داد، بین گروه درمان پذیرش و تعهد و گروه گواه در متغیر دشواری در تنظیم هیجان تفاوت معنادار وجود دارد؛ به‌عبارتی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش و بهبود دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مواد افیونی اثربخش است. این یافته با نتایج مطالعات زیر همسوست: اسپیدل و همکاران دریافتند، درمان پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان افراد مبتلا به روان‌پریشی و افراد دارای سابقهٔ تروما مفید است (۱۷)؛ پژوهش خانجانی و همکاران نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد می‌تواند انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم هیجانی را در بیماران مبتلا به آسیب نخاعی بهبود بخشد (۱۸)؛ محمدی و همکاران دریافتند، درمان پذیرش و تعهد منجربه تفاوت معنادار بین گروه‌ها در تنظیم هیجان معتادان به مواد افیونی شده است (۱۹)؛ براساس نتایج پژوهش بایزیدی و همکاران، آموزش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ارتقای راهبرد تنظیم هیجانی افراد مبتلا به ناراحتی‌های گوارشی و پوستی مؤثر بود (۲۰)؛ در پژوهش پیمان و همکاران مشخص شد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر راهبردهای تنظیم هیجان در افراد معتاد درحال ترک دارد و درمان مؤثری برای بهبود بیماران مبتلا به اعتیاد است (۲۷). در تبیین این نتیجه می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد یک روان‌درمانی با پشتیبانی تجربی به‌شمار می‌رود و نویدبخش بیمارانی است که از طیف گسترده‌ای از شرایط روحی و جسمی رنج می‌برند. درمان پذیرش و تعهد بر این فرض اساسی استوار است که درد، اندوه، ناامیدی، بیماری و اضطراب از ویژگی‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی انسان هستند (۱۷)؛ لذا این رویکرد درمانی به فرد یاد می‌دهد به‌جای درگیرشدن در تلاش‌های غیرمولد و تلاش برای حذف، تغییر و سرکوب این احساسات و هیجانات، آن‌ها را بپذیرد (۱۸). این امر ازطریق پیگیری متعهدانهٔ جهت‌های ارزشمند زندگی، حتی در مواجهه با میل طبیعی برای فرار یا اجتناب از تجربیات، احساسات و افکار دردناک و آزاردهنده به‌دست می‌آید (۱۷). از دیگر مفاهیم این رویکرد که به بهبود تنظیم هیجان کمک می‌کند، ایجاد خود مشاهده‌گر یا خود به‌عنوان زمینه است که می‌تواند جایگزینی برای خود مفهوم‌سازی‌شده باشد. خود مفهوم‌سازی‌شده یعنی خودی که با افکار و خاطرات و احساسات بدنی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

شناخته می‌شود. اهمیت این جایگزینی آن است که خود مشاهده‌گر در زمینه قرار می‌گیرد و دیگر، محتوای هشیاری تهدیدکننده نیست (۱۹). در این شیوهٔ درمان به‌جای تأکید بر مواجهه، بر افزایش تمایل فرد به تجربهٔ رویدادهای درونی، همان‌طورکه هستند، تأکید می‌شود و به فرد کمک می‌کند فکر ناخوشایند را فقط به‌صورت یک فکر ببیند؛ همچنین به‌جای پاسخ به آن، به انجام چیزی بپردازد که در زندگی برایش مهم و درراستای ارزش‌هایش است؛ یعنی وجود فکر منفی به‌خودی‌خود مسئله نیست؛ بلکه مسئلهٔ اصلی تلاش فرد برای پاسخ به آن فکر است (۲۶). در این تمرین شخص با جایگزین‌کردنِ خود به‌عنوان زمینه و خود مشاهده‌گر بدون قضاوت، رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به‌سادگی تجربه می‌کند و قادر به جداکردنِ خود از واکنش‌ها و خاطره‌ها و افکار ناخوشایند می‌شود (۱۱). درواقع فرایندهای مرکزی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به فرد آموزش می‌دهد چگونه عقیدهٔ بازداری فکر را رها کند، از افکار مزاحم جدا شود، به‌جای خود مفهوم‌سازی‌شده، خود مشاهده‌گر را تقویت کند و رویدادهای درونی را به‌جای کنترل آن بپذیرد، ارزش‌هایش را تصریح کند و به آن‌ها بپردازد؛ درنتیجه هیجانات منفی در فرد کاهش می‌یابد (۱۹). ازسویی این فرایند به‌کمک افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی سبب کاهش اجتناب تجربه‌ای می‌شود و با پذیرش افکار و احساسات فردی، به‌جای واکنش هیجان‌محور، پاسخ‌های منطق‌محور را آموزش می‌دهد؛ به‌عبارتی شخص مجهز به ابزار تنظیم هیجان می‌شود؛ درنتیجه تنظیم هیجانات دشوار نیست و کنترل‌شدنی‌تر است (۲۰)؛ به‌طورکل درمانگران پذیرش و تعهد از استعاره‌ها و راهبردهای مختلفی برای کمک به افراد برای جلوگیری از سرکوب تجربیات درونی خود استفاده می‌کنند. همان‌طورکه شرکت‌کنندگان بیان کردند و از رفتارهای آن‌ها در پژوهش حاضر مشخص شد، به‌کارگیری راهبرد و استعاره‌های خلاقانهٔ درماندگی مانند «مرد در چاله» و «مرد در شن روان» می‌تواند بیماران مبتلا به مواد افیونی را تاحدودی توانمند کند و راهبردهای اجتناب تجربی در بهبود تنظیم هیجانی آن‌ها اثربخش است. از محدودیت‌های این مطالعه، تعداد کم حجم نمونه بود؛ همچنین باتوجه به اینکه در پژوهش حاضر افراد گروه نمونه صرفاً از چند مرکز ترک اعتیاد شهر رشت انتخاب شدند، تعمیم‌پذیری نتایج تااندازه‌ای محدود می‌شود. به‌علاوه پیامد درمان با استفاده از پرسش‌نامهٔ خودگزارشی سنجیده شد که محدودیتی برای تفسیر نمرات و تعمیم‌دهی در این پژوهش به‌شمار می‌رود. رفع موانع این محدودیت‌ها تاحدامکان، در مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد نقش مؤثری بر گرایش مصرف مواد و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مواد افیونی دارد. پیشنهاد می‌شود درمانگران حوزهٔ اعتیاد از روش مذکور به‌عنوان روش درمانی کاربردی و مؤثر برای بهبود رفتارهای اعتیادآور و پیشگیری از عود بیماران مبتلا به مواد مخدر استفاده کنند.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از شرکت‌کنندگان و همکاران محترم کمپ‌های ترک اعتیاد شهر رشت، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

مقالهٔ حاضر برگرفته از رسالهٔ دکتری روان‌شناسی عمومی با کد پژوهشی ۱۱۷۴۸۶۳۰۹۸۰۰۴۵۰۱۳۹۹۱۶۲۲۷۲۷۸۴ و کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1400.040 در سامانهٔ کمیتهٔ اخلاق شعبهٔ دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت است. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی ازجمله دریافت رضایت آگاهانه و محرمانه‌بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان رعایت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

تمامی داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شدهٔ مقاله در اختیار نویسندهٔ اول و نویسندهٔ مسئول است.

تزاحم منافع

نویسندگان گزارش می‌کنند، هیچ‌گونه تعارض منافعی ندارند.

منابع مالی

برای انجام این پژوهش حمایت مالی از نهاد یا سازمان یا دانشگاهی دریافت نشده است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول است. همهٔ نویسندگان پژوهش حاضر ارائهٔ ایده و پیش‌نویسی و بازبینی مقاله را بر عهده داشتند و نسخهٔ نهایی را قبل از انتشار، مطالعه و تأیید کردند.

References

1. Zhang J, Song C, Dai J, Li L, Yang X, Chen Z. Mechanism of opioid addiction and its intervention therapy: Focusing on the reward circuitry and mu-opioid receptor. MedComm. 2022;3(3):e148. https://doi.org/10.1002/mco2.148
2. Tirandaz S, Akbari B. The effects of group schema therapy on early maladaptive schemes and psychological adjustment in females with substance abuse. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2021;11:98. [Persian] http://jdisabilstud.org/article-1-1942-en.html
3. Reichl D, Enewoldsen N, Weisel KK, Saur S, Fuhrmann L, Lang C, et al. Lower emotion regulation competencies mediate the association between impulsivity and craving during alcohol withdrawal treatment. Subst Use Misuse. 2022;57(4):649–55. https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2034878
4. Prashad S, Hammonds RP, Wiese AL, Milligan AL, Filbey FM. Sex-related differences in subjective, but not neural, cue-elicited craving response in heavy cannabis users. Drug Alcohol Depend. 2020;209:107931. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107931

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

5. Parisi A, Landicho HL, Hudak J, Leknes S, Froeliger B, Garland EL. Emotional distress and pain catastrophizing predict cue-elicited opioid craving among chronic pain patients on long-term opioid therapy. Drug Alcohol Depend. 2022;233:109361. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109361
6. Nohtani A, Arab A, Sanagouye Moharer G. The effects of mindfulness training on craving and emotion regulation in individuals under methadone maintenance treatment. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2021;11:154. [Persian] http://jdisabilstud.org/article-1-2352-en.html
7. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. J Psychopathol Behav Assess. 2004;26(1):41–54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
8. Lee EB, An W, Levin ME, Twohig MP. An initial meta-analysis of acceptance and commitment therapy for treating substance use disorders. Drug Alcohol Depend. 2015;155:1–7. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004
9. Byrne SP, Haber P, Baillie A, Costa DSJ, Fogliati V, Morley K. Systematic reviews of mindfulness and acceptance and commitment therapy for alcohol use disorder: should we be using third wave therapies? Alcohol Alcohol. 2019;54(2):159–66. https://doi.org/10.1093/alcalc/agy089
10. Gul M, Aqeel M. Acceptance and commitment therapy for treatment of stigma and shame in substance use disorders: a double-blind, parallel-group, randomized controlled trial. J Subst Use. 2021;26(4):413–9. https://doi.org/10.1080/14659891.2020.1846803
11. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies – republished article. Behav Ther. 2016;47(6):869–85. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006
12. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006;44(1):1–25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006
13. De Groot F, Morrens M, Dom G. Acceptance and commitment therapy (ACT) and addiction: a literature review. Tijdschr Psychiatr. 2014;56(9):577–85.
14. Gholizadeh B, Ghamari Givi H, Sadri Damirchi E. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive flexibility and craving in substance-dependent individuals. Etiadpajohi. 2021;15(59):205–26. [Persian] https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.15.59.205
15. Arjmand Ghujur K, Mahmood-Aliloo M, Khanjani Z, Bakhshipour A. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Reduction of Craving and lapse in Methamphetamine Addict Patients. Health Psychology. 2020;8(32):41–56. [Persian] https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_6496.html?lang=en
16. Osaji J, Ojimba C, Ahmed S. The use of acceptance and commitment therapy in substance use disorders: a review of literature. J Clin Med Res. 2020;12(10):629–33. https://doi.org/10.14740/jocmr4311
17. Spidel A, Lecomte T, Kealy D, Daigneault I. Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. Psychol Psychother. 2018;91(2):248–61. https://doi.org/10.1111/papt.12159
18. Khanjani MS, Kazemi J, Younesi J, Dadkhah A, Biglarian A, Ebrahimi Barmi B. The effect of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and emotional regulation in patients with spinal cord injuries: a randomized controlled trial. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2021;15(2): e105378. https://doi.org/10.5812/ijpbs.105378
19. Mohammadi L, Salehzade Abarghoei M, Nasirian M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation in men under methadone treatment. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci. 2015;23(9):853–61. [Persian] https://jssu.ssu.ac.ir/article-1-3206-en.html
20. Bayazidi S, Bakhshipour A, Alivandi Vafa M. The effectiveness of acceptance and commitment-based treatment (ACT) on improving emotion regulation strategy for people with gastrointestinal and skin disorders. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2022;12:10. [Persian] http://jdisabilstud.org/article-1-2081-en.html
21. Lanza PV, García PF, Lamelas FR, González-Menéndez A. Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. J Clin Psychol. 2014;70(7):644–57. https://doi.org/10.1002/jclp.22060
22. Moradinazar M, Najafi F, Jalilian F, Pasdar Y, Hamzeh B, Shakiba E, et al. Prevalence of drug use, alcohol consumption, cigarette smoking and measure of socioeconomic-related inequalities of drug use among Iranian people: findings from a national survey. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2020;15(1):39. https://doi.org/10.1186/s13011-020-00279-1
23. Weed NC, Butcher JN, McKenna T, Ben-Porath YS. New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: the APS and AAS. J Pers Assess. 1992;58(2):389–404. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5802_15
24. Minooee M. Assessment of the scientific validity, reliability and normalization of APS, AAS and MAC-R tests for spotting vulnerable individuals exposed to drug abuse among the male high school students in the city of Tehran. Etiadpajohi. 2003;1(3):77–108. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-482-en.html
25. Besharat MA. Emotion regulation difficulty scale. Thoughts & Behavior in Clinical Psychology. 2018;13(47):89–92. [Persian] https://jtbcp.roudehen.iau.ir/article_1427.html?lang=en
26. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Bissett R, Piasecki M, Batten SV, et al. A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. Behav Ther. 2004;35(4):667–88. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80014-5
27. Peyman S, Askari M, Samavi SA, Amirfkhraee A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on adaptive and maladaptive strategies of cognitive emotion regulation in methadone maintenance addicts. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2022. [Persian] https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_693637.html?lang=en

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]