فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال پانزدهم، شماره شصت و دوم، ص۸۴-۶۱، زمستان ۱۴۰۰
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 15, No. 62, P 61-84, Winter 2022

مقاله پژوهشی
Research Article

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد*

رضا صادقی[۱]، منصور سودانی[۲]، مریم غلامزاده جفره[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۴

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد بود. **روش:** روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مراکز کمپ ترک اعتیاد شهر دزفول در سال ۱۳۹۸ بود که از میان آن‌ها ۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۵ نفر) و گروه کنترل (۲۵ نفر) جای گرفتند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای به‌صورت یک بار در هفته درمان پذیرش و تعهد را دریافت نمودند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه عاطفه مثبت و عاطفه منفی و پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶) استفاده شد. تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری باعث کاهش عاطفه منفی و ابعاد آن و بهبود کیفیت زندگی و ابعاد آن شدند و این تفاوت در مرحله پیگیری یک‌ماهه نیز پابرجا بود. **نتیجه‌گیری:** بر اساس این نتایج، درمان پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد سودمند واقع شود و متغیر یادشده می‌تواند میزان بالایی از تغییرپذیری عواطف و کیفیت زندگی را در افراد وابسته به مواد تبیین نماید.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، عواطف منفی، کیفیت زندگی، وابستگی به مواد

*. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است.

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
۲. نویسنده مسئول: استاد گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. پست الکترونیکی: sodani_m@scu.ac.ir
۳. استادیار، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

مقدمه

پدیده اعتیاد یکی از بزرگترین معضلات جامعه بشری است؛ به طوری که با وجود دست آوردهای بزرگ بشر در حیطه‌های گوناگون زندگی، جامعه جهانی در شرایطی به قرن ۲۱ وارد گردیده که مخاطرات ناشی از مسائل و مشکلات اجتماعی بر پیشرفت و سعادت انسان‌ها سایه افکنده و رفاه آنان را در ابعاد مختلف با خطر مواجه ساخته است (پدران جونی، وحیدا و اسماعیلی، ۱۳۹۸). همچنین اعتیاد از بلایایی است که همه انسان‌ها به ویژه جوانان را تهدید می‌کند و پویایی، بالندگی، نشاط و خلاقیت را از جوانان گرفته است (عبدالعلی‌زاده، ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۹۹). چرا که افراد وابسته به مواد از لحاظ جسمی و روانی، وابستگی زیادی به مواد مصرفی خود پیدا می‌کنند، به طوری که به تدریج میزان مصرف خود را افزایش می‌دهند (بلیوس، دو آن و بست[1]، ۲۰۱۹). این افزایش منجر به مشکلات جسمی و روانی و همچنین تغییر ناگهانی در وضعیت اقتصادی و اجتماعی می‌شود (پورفتحیه و فتحی، ۱۳۹۹). در ایران بر اساس آخرین آمارهای ستاد مبارزه با مواد مخدر، حدود ۴ میلیون نفر مصرف کننده مستمر و غیرمستمر مواد مخدر وجود دارد که تعداد مصرف کننده‌های مستمر مواد ۲ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر است (حاجی‌ها و بهرامی احسان، ۱۳۹۹). در طول چند سال اخیر، مدل زیستی، روانی و اجتماعی، وابستگی به مواد را مشکلی چند وجهی دانسته است که نیاز به تخصص در رشته‌های مختلف دارد که بتوانند برای پژوهش، پیشگیری و درمان به کار گرفته شود؛ چرا که اعتیاد قابل پیشگیری و درمان است اما درمان آن ساده نیست؛ زیرا اعتیاد ابعاد گوناگون دارد و جنبه‌های مختلف زندگی فرد را مختل می‌کند (هاشمی مقدم، ترکان و یوسفی، ۱۳۹۹). از عواطف گرفته تا کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد، که در این پژوهش به آن‌ها پرداخته شده است.

به زعم روان‌شناسان عواطف و هیجانات، به عنوان ویژگی و صفات شخصیتی شناخته می‌شوند و از مهم‌ترین تنظیم کننده‌های کارکردهای روان‌شناختی، اجتماعی، شغلی و تحصیلی محسوب می‌شوند (رحمانی جوانمرد و محمدی، ۱۳۹۶). عواطف مثبت و منفی از اجزای بهزیستی روان‌شناختی تعریف شده و به عنوان سازه‌های شناختی و هیجانی

1. Bliuc, Doan & Best

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

می‌باشند (فاطمی و داودی، ۱۳۹۹). عاطفه مثبت نشان می‌دهد که یک شخص تا چه میزان به زندگی شور و شوق دارد و چه میزان احساس هوشیاری می‌کند. عاطفهٔ منفی یک بعد ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند را نشان می‌دهد و حالات خلقی ناخوشایندی، مانند خشم، نفرت، بیزاری، گناه و ترس، را شامل می‌شود (ذنوبی‌تبار و تقوائی‌نیا، ۱۳۹۸) که علاقه و اشتیاق را کاهش می‌دهد و به افراد هشدار می‌دهد که گوش به زنگ بوده و مواظب خطرهای احتمالی باشند (تقوائی‌نیا، ۱۳۹۹). در مجموع می‌توان گفت عاطفهٔ منفی اشاره به آشفتگی هیجانی دارد (هاتف‌نیا، درتاج، علی‌پور و فرخی، ۱۳۹۸). لازم است خاطر نشان شد هنگامی که فرد برای مصرف دخانیات از سوی همسالان تحت فشار قرار می‌گیرد مدیریت هیجان‌ها و عواطف، خطر مصرف و آزمندی مصرف را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان‌ها و عواطف باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالا است از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند (کردستانی، امیری و پورحسین، ۱۳۹۵) و نقص در توانایی افراد در سازمان‌دهی و تعدیل هیجانات و عواطف، افکار و رفتارها به خصوص زمانی که افراد همزمان با استرس مواجه هستند می‌تواند منجر به استفاده از مواد مخدر گردد (فراغتی، سهرابی، برجعلی، فرخی و اسکندری، ۱۳۹۶). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که بین عاطفه مثبت و بازگشت به اعتیاد رابطه منفی وجود دارد و در مطالعه دیگر مشخص شد که عواطف منفی مکانیسم‌هایی هستند که باعث وابستگی و زیاد شدن مصرف مواد و عود مصرف می‌شوند. لذا چشم انداز تنظیم عاطفه، مولفه‌های درمانی را پیشنهاد می‌کند که به وسیله آن به مراجعین کمک می‌شود که در تجربه برانگیختگی هیجانی بیشتر راحت باشند و قادر به دسترسی و فهم اطلاعات هیجانی در حل سازگارانه مسائل باشند و بتوانند تجارب هیجانی را تعدیل کنند (خلیل‌زاده، میکاییلی منیع و عیسی زادگان، ۱۳۹۶). شواهد پژوهشی موجود دیگر نیز حاکی از این است که عاطفه منفی با شکایات ذهنی، توانایی‌های مقابله‌ای پایین با فشارهای زیاد و استرس و اضطراب ارتباط دارد (سلامتی، قربان جهرمی، باقری و دارندگان، ۱۳۹۹) و کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

از سال ۱۹۳۰ به بعد کیفیت زندگی توسط اندیشمندان رشته‌های مختلف به صورت یک موضوع میان رشته‌ای مورد توجه قرار گرفت؛ در سال ۱۹۶۰ به عنوان یک مسئله اصلی در تحقیقات شاخص‌های اجتماعی و به عنوان واکنشی در مقابل سلطه شاخص‌های اقتصادی در فرآیند سیاست، ظهور کرد، ابتدا بر روی شاخص‌های عینی بهزیستی همانند فقر، بیماری و خودکشی تأکید بود و شاخص‌های ذهنی در دهه ۱۹۷۰ به آن اضافه شد و از دهه ۱۹۹۰ نیز بحث از آن با تأکید بر سازه‌های اجتماعی همراه بود (ایمان و جهانگیری حیدری، ۱۳۹۹). کیفیت زندگی از عناصری چون زمان، مکان و ارزش‌های اجتماعی و فردی متأثر است؛ لذا کیفیت زندگی به عنوان یک اصطلاح کلی مفهومی برای نشان دادن چگونگی برآورده شدن نیازهای انسانی و معیاری برای ادراک رضایت و عدم رضایت افراد و گروه‌ها از ابعاد مختلف زندگی است (یوسف‌زاده، نوری کرمانی، حاتمی‌نژاد و حسین‌زاده، ۱۳۹۹)؛ همچنین مفهومی است گسترده که مفاهیمی همچون، زندگی خوب، زندگی با ارزش، زندگی رضایت‌بخش و زندگی شاد را شامل می‌شود (شاطریان، حیدری سورشجانی و فلاحتی، ۱۳۹۹). مطابق آنچه بیان شد، تلاش جامعه برای تأمین سلامتی فرد وابسته به مواد به منظور افزایش سطح کیفیت زندگی آنان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و لزوم درمان افراد وابسته به مواد را بیش از پیش آشکار می‌سازد (صادقی، سودانی و غلام‌زاده جفره، ۱۳۹۹). همچنین مطالعات متعدد نشان داده‌اند سوءمصرف الکل و مواد مخدر به طور جدی بر سلامتی جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و زندگی روزمره اثرگذار بوده و تاثیر منفی و زیانباری بر کیفیت زندگی و سلامت دارد. به طور مثال نتایج مطالعه اسمیت و لارسن[1] (۲۰۰۳) نشان می‌دهد جنبه‌های جسمانی و روانی کیفیت زندگی افراد معتاد پایین است و مطالعه پریو[2] و همکاران (۲۰۰۷) نشان می‌دهد هرچه سطح مصرف و شدت وابستگی به مواد بالاتر باشد کیفیت زندگی فرد معتاد ضعیف‌تر است؛ به همین دلیل تلاش برای تامین سلامتی افراد معتاد به منظور افزایش کیفیت زندگی آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و بررسی تبعات اجتماعی و فردی این مسئله بر کیفیت زندگی افراد لازم و ضروری به نظر می‌رسد (صادقی، اسماعیلی و مقدم، ۱۳۹۸).

1. Smith & Larson
2. Préau

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

به منظور کاستن از عواطف منفی و افزایش کیفیت زندگی، درمان‌ها، مداخلات روان‌شناختی و آموزشی گوناگونی به کار بسته شده است. در موج سوم روان‌درمانی عقیده بر این است که شناخت‌ها و هیجان‌ها را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت و به بیمار آموزش داده شود تا در گام اول هیجان‌های خود را بپذیرد و با زندگی در «اینجا و اکنون[1]» از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری برخوردار شود که از جمله روش‌های کاربردی آن برای استفاده در کار بالینی و غیربالینی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[2] است (جلوداری، سوداگر و بهرامی هیدجی، ۱۳۹۸). هریس[3] (۲۰۰۶) هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا می‌داند درحالی‌که فرد، رنجِ ناگزیرِ موجود در آن را می‌پذیرد، برای رسیدن به این هدف، درمان پذیرش و تعهد از شش اصل اساسی شامل: گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه اکنون، خویشتن مشاهده‌گر، ارزش‌ها و عمل متعهدانه کمک می‌گیرد (بیات، زارعی و فرهادی، ۱۳۹۹). هدف این روش صرفاً اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات و یا تمایلات ناخوشایند نیست، بلکه تلاش می‌شود در وحله نخست قدرت پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و نظیر آن) افزایش یافته و فرد دریابد که گونه عملی به منظور اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌تأثیر بوده یا حتی موجب تشدید آن‌ها می‌شود (نیکوکار، جعفری، فتحی و پویامنش، ۱۳۹۹). فرض اصلی آن از این قرار است که بخش قابل توجهی از پریشانی روان‌شناختی جز بهنجار تجربه انسان است. برخلاف درمان‌های شناختی رفتاری که مستقیماً بر تغییر افکار و احساسات می‌پردازد، درمان پذیرش و تعهد به تغییر افکار و احساسات نمی‌پردازد، بلکه افراد را به پذیرش، آگاه بودن و مشاهده‌گر بودن به خود می‌رساند (کاویانی، بختیار پور، حیدری، عسگری و افتخارسعادی، ۱۳۹۹). مؤلفه‌ی پذیرش شامل هدفمندی و گشودگی لحظه به لحظه نسبت به وقایع زندگی بدون سرکوب کردن یا تغییر فراوانی، شکل و شدت این وقایع خواهد بود (ویلسون و ساندز[4]، ۲۰۰۸). در بررسی کاربردهای پذیرش و تعهد نتایج پژوهش بیگلان،

1. Here and now
2. Acceptance & Commitment Therapy (ACT)
3. Harris
4. Wilson & Sandoz

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

هایز و پیستورلو[1] (۲۰۰۸) نشان داد که مداخلاتی که اجتناب تجربی را کم می‌کند و به افراد جهت شناخت و تعهد نسبت به پیگیری اهداف ارزشمند یاری می‌رساند، در بهبود مشکلات مختلف زندگی سودمند است.

در حوزه به‌کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عواطف منفی و کیفیت زندگی چندین پژوهش صورت گرفته است. بستامی، گودرزی، دوران، دباغی و بستامی (۱۳۹۵) جهت تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی کارکنان مرد نظامی مبتلا به دیابت نوع ۲ پژوهشی را انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی کارکنان مرد نظامی مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌تواند مؤثر باشد. همچنین متاجی و گل‌پور (۱۳۹۷) نیز پژوهشی به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش تعهد بر بهبود عاطفه مثبت و منفی افراد معلول جسمی حرکتی انجام دادند. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش تعهد بر بهبود عاطفه مثبت افراد معلول جسمی-حرکتی اثربخش بود. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش عاطفه منفی افراد معلول جسمی حرکتی اثربخش بود. علاوه بر این، در پژوهشی که توسط ارجمندقجور، محمودعلیلو، خانجانی و بخشی‌پور (۱۳۹۸) تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیشگیری از عود بیماران وابسته به مت آمفتامین انجام شد، یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیشگیری از عود بیماران وابسته به مت آمفتامین موثر است و مرتضایی، شاهمرادی و رستمی (۱۳۹۸) در پژوهش خود تحت عنوان کاربرد پذیرش و تعهد در درمان وابستگی به مواد بیان داشتند که عاطفه منفی یک عامل مهم شناخته شده در مصرف و همچنین عود مصرف مواد است. پژوهشگران در بررسی کامل مکانیسم‌های عاطفی زیربنای مواد مخدر، نتیجه گرفتند که فرار یا اجتناب از عاطفه منفی، انگیزه اصلی برای مصرف و عود مصرف مواد اعتیادآور است. لذا مداخله درمانی پذیرش و تعهد یکی از راهکارهای درمانی انتخابی برای تنظیم هیجانات است. در پژوهشی که قطره سامانی، نجفی و رحیمیان بوگر (۲۰۱۹) انجام شد، نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد منجر به کاهش فاجعه‌بار درد و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد

1. Biglan, Hayes & Pistorello

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

مزمن می‌شود. در پژوهش دیگری رزم پوش، رمضانی، ماردپور و کولیوند (۱۳۹۷) نتایج نشان داد بهبود مهارت‌ها با استفاده از آموزش پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان یک روش ایده‌آل برای افزایش تاب آوری و بهبود کیفیت زندگی پرستاران مورد توجه قرار گیرد. قنبری، توزنده جانی و نجات (۲۰۲۰) در پژوهشی نشان دادند که آموزش پذیرش و تعهد و آموزش کیفیت زندگی به طور قابل توجهی تحمل پریشانی و رفتارهای خودتخریبی را در معتادان به مواد مخدر بهبود بخشید. در پژوهش دیگری که امانی، علی‌پور و عیسی‌نژاد (۱۳۹۸) انجام دادند، نتایج حاکی از تاثیر مطلوب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اعتماد در روابط بین فردی و کنترل عواطف بود.

طبق شواهد موجود، مشکلات افراد وابسته به مواد، از جمله کاهش عواطف منفی و اهمیت بهبود کیفیت زندگی آن‌ها مستلزم انجام هزینه‌های سنگین و بعضاً جبران نشدنی فردی و اجتماعی می‌باشد. لذا این قبیل مشکلات بار مسئولیت روانشناسان، مشاوران و برنامه‌ریزان اجتماعی را مضاعف می‌نماید. لذا پژوهش حاضر، کوششی در جهت کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد بود که با استفاده از مداخله‌های روزآمد، مؤثر و متنوع، به سرعت با این معضل خانمان‌سوز مقابله شود تا ضمن بهبود عواطف مثبت افراد وابسته به مواد و به تبع آن، کاستن از عواطف منفی و زجرآور زندگی، موجبات بهبود کیفیت زندگی آنان نیز میسر گردد؛ بنابراین به دلیل اهمیت و شیوع اعتیاد و با در نظر گرفتن خلاء موجود در پیشینه مطالعات پیرامون اعتیاد و پیامدهای روان‌شناختی آن، مطالعه حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد تاثیر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه کنترل انجام شد. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل همه افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به کمپ‌های اعتیاد شهر دزفول در سال ۱۳۹۸ بود. در زمان انجام این مطالعه تعداد افراد

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

وابسته به مواد مراجعه‌کننده به کمپ ۱۲۵ نفر بودند؛ که ۵۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در گروه‌های ۲۵ نفری گمارش شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل مردان ۲۰ تا ۵۴ سال وابسته به مواد، رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، ساکن شهر دزفول، عدم وجود بیماری جسمی بارز بر اساس معاینات پزشک معالج، عدم اختلالات سایکوتیک و خلقی و نیز عدم اختلالات روانپزشکی براساس مصاحبه بالینی روان‌پزشک بر مبنای معیارهای پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی بود و معیار خروج شامل دریافت درمان‌های روان‌شناختی همزمان، غیبت بیش از دو جلسه و انصراف از همکاری بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد.

۱- پرسشنامه عاطفه مثبت و عاطفه منفی[1]: این پرسشنامه توسط واتسن، کلارک و تلگن[2] (۱۹۸۸) تدوین شد و یک ابزار ۲۰ ماده‌ای خودسنجی برای اندازه‌گیری دو بعد خلقی (عاطفه منفی و عاطفه مثبت) طراحی گردیده است. هر خرده مقیاس شامل ۱۰ ماده بوده که توسط آزمودنی بر پایه یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۱= بسیار کم تا ۵= بسیار زیاد) رتبه‌بندی می‌گردد. این مقیاس ابزاری برای خود سنجی است که به وسیله تغییر دستورالعمل‌ها بخش حالت و بخش رگه (خصیصه) آن را می‌توان سنجید. زمانی که چارچوب زمانی به حالت جاری خلق و همچنین هفته جاری اشارت نماید، بخش "حالت عاطفه" سنجیده شده و هر گاه زمان بلندتر مد نظر گرفته شود، بخش "رگه‌ای" (خصیصه‌ای) سنجیده خواهد شد. مؤلفان این مقیاس، اعتبار و روایی آن را مطلوب گزارش نموده‌اند (واتسن و همکاران، ۱۹۸۸). این مقیاس، متشکل از ۱۰ ماده مرتبط به "عاطفه‌ی مثبت" و ۱۰ ماده مرتبط به "عاطفه‌ی منفی" می‌باشد. در هر دو مرحله (قبل و بعد از القاء تجارب هیجانی) از آزمودنی‌ها خواسته شد که بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای، (۱=بسیار کم تا ۵=بسیار زیاد) مشخص نمایند که «دقیقاً در حال حاظر تا چه میزان دارای آن ویژگی هستند» (بخشی‌پور و دژکام، ۱۳۸۴). همسانی واعتبار درونی

1. Positive and Negative Affect Scale (PANAS)
2. Watson, Clark & Tellegan

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

(ضـــریب آلفای کرونباخ) مقیاس‌های عاطفه مثبت را از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و عاطفه منفی را از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ گزارش نموده‌اند. بخشـــی‌پور و دژکام (۱۳۸۴)، در فرهنگ ایرانی اعتبار و روایی در حد مطلوبی را برای این مقیاس گزارش داده‌اند. در پژوهش حاضـــر، از روش آلفای کرونباخ جهت محاسبه ضرایب پایایی پرسشنامه عواطف منفی استفاده گردید که برای کل مقیاس۰/۸۸ بود که بیانگر ضرایب‌پایایی مطلوب برای پرسشنامه مذکور می‌باشد.

۲- پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[1]: یک پرسشنامه ۲۶ سؤالی جهت سـنجش کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد می‌باشـد. این مقیاس در سـال ۱۹۹۶ توسـط تعدادی از کارشناسـان سـازمان بهداشـت جهانی و با تعدیل در گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسشنامه تشکیل شد. این پرسشنامه شامل ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی می‌باشد. این زیرمقیاس‌ها شامل: سلامت جسم، سلامت روان، سلامت محیط اطراف، روابط اجتماعی و یک نمره کل، می‌باشد. نخست به هر یک از ۲۶ سؤال، باید نمره ۱ تا ۵ داده شود. سؤالات ۳، ۴ و ۲۶ به شکل وارونه نمره‌گذاری گردیده‌اند. سپس در مرحله بعدی نمره خام مربوط به هر زیرمقیاس را باید اسـتخراج نمود که به ترتیب زیر می‌باشـد: زیرمقیاس سـلامت جسـمی: جمع نمرات سؤالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷و ۱۸. در این زیرمقیاس دامنه نمرات بین ۷ تا ۳۵ خواهد بود. زیرمقیاس سـلامت روان: مجموع نمرات سـؤالات ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹و ۲۶. دامنه نمرات بین ۶ تا ۳۰ بوده و تفاضـل این دو ۲۴ می‌باشـد. زیرمقیاس روابط اجتماعی: مجموع نمرات سؤالات ۲۰، ۲۱و ۲۲. دامنه نمرات بین ۳ تا ۱۵ و تفاضل این دو ۱۲ می‌باشد. زیرمقیاس سلامت محیط: مجموع نمرات سؤالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵. دامنه نمرات بین ۸ تا ۴۰ و تفاضـل این دو ۳۲ اسـت. کیفیت زندگی و سـلامت عمومی کلی: مجموع نمرات سـؤالات ۱ و ۲. دامنه نمرات بین ۲ تا ۱۰ بوده و تفاضـل این دو ۸ می‌باشـد. ضـرایب پایایی پرسـشـنامه کیفیت زندگی از ۰/۷۰ تا ۰/۹۱ نوسـان دارد. در این پژوهش، ضـرایب پایایی پرسـشـنامه کیفیت زندگی به وسـیله روش آلفای کرونباخ محاسـبه شـده و برای کل مقیاس ۰/۹۱ بوده که نمایانگر ضـرایب پایایی مطلوب پرسـشـنامه است.

1. World Health Organization Quality Of Life-BREF (WHOQOL-BREF)

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

روش اجرا

در پژوهش حاضر برای انجام مداخله و جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، پس از اخذ مجوزها و احراز ملاک‌های لازم و تخصیص افراد در دو گروه، کلیه شرکت کنندگان مورد پیش آزمون قرار گرفتند. به این صورت که از آن‌ها خواسته شد تا پرسشنامه‌های عاطفه مثبت و عاطفه منفی و کیفیت زندگی را تکمیل نمایند. سپس، به گروه آزمایش طی جلسات معینی (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) برنامه‌های مذکور آموزش داده شد. این در حالی بود که به گروه کنترل هیچ آموزشی داده نشد. سپس یک هفته بعد از اتمام جلسات آموزشی مرحله پس‌آزمون انجام و یک ماه بعد نیز دوره پیگیری صورت پذیرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر جهت بررسی تغییرات بین گروهی و دوام و بقای روش آزمایشی در بستر زمان استفاده شده است.

برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس برنامه درمانی نعمتی، دوکانه‌ای فرد و بهبودی (۱۳۹۹) در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. ساختار جلسات مداخله درمان پذیرش و تعهد در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوی
اول	تأکید بر اینجا و اکنون: (۱) تشریح چگونگی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی (۲) تشریح سم‌گیرکردن در درون ذهن و پادزهر آن (۳) استعاره حل مسائل (۴) تمرین آرامش (۵) تمرین لیوان (۶) تمرین تماشاگر خیالی و (۷) استعاره باور نادرست.
دوم	مواجهه با درد و پریشانی روان‌شناختی: (۱) تشریح درد و پریشانی روان‌شناختی و توضیح چگونگی مواجهه شدن با آن (۲) اجتناب به‌عنوان سم و ارائه پادزهر آن (۳) استعاره ببر گرسنه (۴) استعاره مش مراد (۵) توضیح ناامیدی سازنده (۶) استعاره‌های فرد افتاده در چاه و (۷) مسافران اتوبوس.
سوم	تصریح ارزش‌ها: (۱) تمرین ذهن آگاهی (۲) چگونگی سنجش اولیه ارزش‌ها (۳) تشریح ارزش‌ها با استعاره‌های گردو (۴) استعاره پوشش سخت (۵) تشریح سم غفلت از ارزش‌ها و پادزهر آن (۶) استعاره آخرین روز دنیا (۷) تمرین عینیت بخشیدن و (۸) انعکاس صدا.
چهارم	تصریح ارزش‌های: (۱) تشریح و توضیح ارزش‌ها با استعاره رقص هزارپا (۲) استعاره کارگردان (۳) تمرین‌های فرونشانی فکر (۴) قطب نمای ارزش‌ها (۵) ذهن خود را عابر وراج فرض کنید (۶)

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوی
	تشریح سم واکنشی بودن و پادزهر آن (۷) استعاره تصمیم درست (۸) تشریح ناهم آمیزی شناختی و (۹) عینیت بخشیدن به محتوای روان‌شناختی.
پنجم	خود به‌عنوان زمینه ۱: (۱) بررسی خودانگاره‌ها (۲) بررسی خود در حال رشد (پویایی رشد) (۳) بررسی مشاهده‌گری از خود (۴) به‌کارگیری استعاره‌هایی همچون صفحه شطرنج.
ششم	خود به‌عنوان زمینه ۲: (۱) تشریح و توضیح بافتار انگاشتن خویشتن (۲) استعاره‌های دوگانه دروغ‌سنج (۳) تمرین شیر و شیر و شیر (۴) استعاره درهای گشایش و (۵) لنگر انداختن.
هفتم	خود به‌عنوان زمینه ۳: (۱) تشریح و توضیح بافتار انگاشتن خویشتن (۲) تمرین رویارویی با آدم آهنی غول‌پیکر (۳) نگه‌داشتن توپ بادی در زیرآب (۴) تعیین هدف و برنامه‌ریزی فعالیت و (۵) استعاره بالش پر.
هشتم	پذیرش فعال ۱: (۱) تشریح و معرفی تمایل به‌عنوان بدیلی برای کنترل و ارتقای پذیرش فعال (۲) استعاره سه‌گانه (۳) تمثیل دو کفه ترازو (۴) مسابقه طناب کشی باهیولا (۵) آشفتگی تمیز در مقابل آشفتگی کثیف و (۶) استعاره شیخ صنعا.
نهم	پذیرش فعال ۲: (۱) تشریح و معرفی تمایل به‌عنوان بدیلی برای کنترل و ارتقای پذیرش فعال (۲) استعاره دیوار هایل (۳) بادکنک (۴) ریگ‌های روان (۵) همسایه مزاحم (۶) تمرین‌های میخ روی دیوار (۷) تیشه به ریشه دلیل یابی زدن (۸) تشریح سم قطع ارتباط و پادزهر آن (۹) استعاره آرامش سنگ یا برگ (۱۰) استعاره فکر اردکی و (۱۱) سؤال درباره امیال و آرزوها.
دهم	هدف: عمل متعهدانه: (۱) تشریح و توضیح تعهد/ پایبندی همسو با ارزش‌ها (۲) استعاره قورباغه و پروانه (۳) استعاره دو اسب و یک گاری (۴) جزیره (۵) بازگشت به تمثیل‌های مسافرهای اتوبوس، طناب کشی به وسیله هیولا و همسایه‌ی مزاحم (۶) خلق الگوهای بزرگ‌تر عمل متعهدانه.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۵۰ نفر وابسته به مواد در دو گروه ۲۵ نفری (آزمایش و کنترل) حضور داشته که مقایسه جمعیت شناختی و معناداری آن‌ها در جدول ۲ ارائه گردیده است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

جدول ۲: مقایسه اطلاعات جمعیت شناختی گروه‌ها بر اساس آزمون خی دو

متغیرها	سطوح	گروه آزمایش		گروه کنترل		خی دو	Sig
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
سن	۲۶-۲۰	۳	۱۲	۴	۱۶	۲۱/۲۰	۱
	۳۳-۲۷	۱۰	۴۰	۹	۳۶		
	۴۰-۳۴	۶	۲۴	۷	۲۸		
	۴۷-۴۱	۴	۱۶	۳	۱۲		
	۵۴-۴۸	۲	۸	۲	۸		
پایه تحصیلی	زیر دیپلم	۱۲	۴۸	۱۱	۴۴	۳۲/۸۰	۱
	دیپلم	۶	۲۴	۱۰	۴۰		
	کاردانی	۲	۸	۱	۴		
	کارشناسی	۳	۱۲	۲	۸		
	بالاتر از کارشناسی	۲	۸	۱	۴		

طبق نتایج آزمون خی دو گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر هیچ کدام از متغیرهای سن و پایه تحصیلی دارای تفاوت معنی‌داری نمی‌باشند.

جهت توصیف متغیرهای پژوهش میانگین و انحراف معیار مربوط به عواطف منفی و کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها در سه بار اندازه‌گیری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آمارهای توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه و مراحل

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عواطف منفی	آزمایش	۲۸/۸۴	۶/۳۹	۲۳/۷۶	۵/۴۸	۲۳/۹۵	۶/۶۱
	کنترل	۲۴/۷۲	۵/۸۵	۲۷/۴۳	۵/۳۲	۲۹/۳۷	۵/۵۸
کیفیت زندگی	آزمایش	۶۲/۲۷	۱۴/۵۸	۸۲/۹۸	۹/۹۶	۸۷/۴۹	۹/۳۲
	کنترل	۷۵/۵۸	۱۱/۵۰	۷۷/۹۲	۸/۳۸	۷۶/۷۱	۸/۶۳

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شده است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

جدول ٤: آزمون کولموگروف- اسمیرنوف

		عواطف منفی	کیفیت زندگی
تعداد		۵۰	۵۰
پارامترهای عادیa ، b	میانگین	۲۶/۷۹	۶۸/۹۲
	انحراف استاندارد	۶/۴۱	۱۴/۶۳
بیشترین تفاوت	مطلق	۰/۰۹	۰/۰۹
	مثبت	۰/۷۷	۰/۷۲
	منفی	-۰/۸۶	-۰/۸۶
آزمون آماری		۰/۸۶	۰/۸۶
خطای پذیرفته شده (دو دامنه)		/۲۰	/۲۰

جدول ۴ نشـــان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای مورد مطالعه محقق گردیده، زیرا مقادیر z محاسبه شده در ســـطح p<۰/۰۵ در متغیر عواطف منفی و کیفیت زندگی مساوی ۰/۸۶ و خطای پذیرفته شده مساوی ۰/۲۰ بوده که از ۰/۰۵ بزرگتر است.

نتایج آزمون ام‌باکس جهت بررسی مفروضه همســـانی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای پژوهش در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵ : نتایج ازمون ام‌باکس

متغیر	ام باکس	F	معناداری
عواطف منفی	۳/۹۰	۱/۱۵	۰/۱۳
کیفیت زندگی	۴/۴۳	۱/۶۵	۰/۱۹

همچنین، نتایج آزمون لون[1] جهت بررســـــــی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشـــان داد کـــه با توجه به معنادار نبودن مقدار F متغیرها در ســـطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۵، واریانس خطای متغیـــر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این رو فرض همســـانی واریانس‌های خطا نیز برقرار می‌باشد. در پایان، آزمون کرویت ماخلی نشـــان داد به ترتیب مقدار کرویت ماخلـــی (۰/۸۷) در

1. levene's test

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

متغیر عواطف منفی و (۰/۳۷) در کیفیت زندگی در سطح خطای (۰/۲۳) معنادار نیست. لذا کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته را می‌توان پذیرفت.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر عواطف منفی و کیفیت زندگی در سه مرحله ارزیابی در جدول ۶ ارائه شد.

جدول ٦: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر روی میانگین نمرات پس‌آزمون عواطف منفی و کیفیت زندگی با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری p	مجذور اتا	توان آماری
عواطف منفی	مراحل	۱۰۴۰۸۹/۵۸	۱	۱۰۴۰۸۹/۵۹	۲۶۳۶/۲۸	۰	۰/۹۸	۱
	گروه	۱۰۲/۸۶	۱	۱۰۲/۸۶	۲/۶۰	۰/۱۱	۰/۰۵	۰/۳۵
	خطا	۱۸۹۵/۲۱	۴۸	۳۹/۴۸				
کیفیت زندگی	مراحل	۸۹۲۹۸۹/۵۸	۱	۸۹۲۹۸۹/۵۸	۹۰۲۷/۰۹	۰	۰/۹۹	۱
	گروه	۲۶/۷۷	۱	۲۶/۷۱	۰/۲۷	۰/۶۱	۰/۰۰	۰/۰۸
	خطا	۴۷۴۸/۳۲	۴۸	۹۸/۹۲				

همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، بین دو گروه در مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در عواطف منفی و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). همچنین، نتایج جدول نشان می‌دهد که تعامل بین گروه و مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در عواطف منفی و کیفیت زندگی معنادار بوده (P<۰/۰۵) و به این معنی می‌باشد که در طول سه مرحله آزمون، میان گروه گواه و آزمایش تفاوت درون‌گروهی و همچنین تفاوت بین گروهی وجود دارد.

جهت بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عواطف منفی و کیفیت زندگی از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

جدول ۷ : نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای اثر درون گروهی متغیرهای عواطف منفی و کیفیت زندگی

متغیرها	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتای تفکیکی	توان آزمون
عواطف منفی	اثر پیلای	۰/۳۰	۴/۹۴	۲	۲۳	۰/۰۱۶	۰/۳۰	۰/۷۵
	لامبدای ویلکز	۰/۶۹	۴/۹۴	۲	۲۳	۰/۰۱۶	۰/۳۰	۰/۷۵
	اثر هتلینگ	۰/۴۳	۴/۹۴	۲	۲۳	۰/۰۱۶	۰/۳۰	۰/۷۵
	اثر بزرگترین ریشه روی	۰/۴۳	۴/۹۴	۲	۲۳	۰/۰۱۶	۰/۳۰	۰/۷۵
کیفیت زندگی	اثر پیلای	۰/۶۶	۲۲/۳۲	۲	۲۳	۰	۰/۶۶	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۳۴	۲۲/۳۲	۲	۲۳	۰	۰/۶۶	۱
	اثر هتلینگ	۱/۹۴	۲۲/۳۲	۲	۲۳	۰	۰/۶۶	۱
	اثر بزرگترین ریشه روی	۱/۹۴	۲۲/۳۲	۲	۲۳	۰	۰/۶۶	۱

نتایج نشـــان دهنده این اســـت که تمام آزمون‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر معنی‌دار می‌باشد (P<۰/۰۱). آزمون لامبادای ویکلز که از دیگر آزمون‌ها از قوت بیشتری برخوردار بود بـا مقـدار (۰/۶۹) و(F(۴/۹۴ و ۰/۳۰ مجـذور اتـای تفکیکی در ســطح (p=۰/۰۱۶ < ۰/۰۵) معنی‌دار است. به عبارت دیگر این روش درمانی با تاثیر ۰/۳۰ و توان آزمون ۰/۷۵ که بیانگر کفایت حجم نمونه اســت، بر تغییر عواطف منفی در این پژوهش موثر بوده است.

بخش دوم جدول ۷ به بررســی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی پرداخته اســت. نتایج نشــان داد که تمام آزمون‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر معنی‌دار می‌باشــد (p < ۰/۰۱). آزمون لامبادای ویکلز با مقدار (۰/۳۴) و (۲۲/۳۲) F و مجذور اتای تفکیکی ۰/ ۶۶ در سطح (p=۰/۰۱۶ < ۰/۰۵) معنی‌دار است. به عبارت دیگر این روش درمانی با تاثیر ۰/۶۶ و توان آزمون ۱ که بیانگر کفایت حجم نمونه اســت، بر تغییرکیفیت زندگی در این پژوهش موثر بوده است.

به منظور مقایســه و بررســی تفاوت میانگین‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر عواطف منفی و کیفیت زندگی از آزمون تعقیبی بن فرونی اسـتفاده شـده اسـت که نتایج در جدول ۸ ارائه شده است.

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

جدول ۸: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی

متغیرها	مراحل		تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معنا داری	فاصله اطمینان حد پایین	فاصله اطمینان حد بالا
عواطف منفی	پیش آزمون	پس آزمون	۵/۰۸	۱/۶۰	۰/۰۱	۰/۹۷	۹/۱۷
		پیگیری	۴/۹۰	۲/۲۹	۰/۱۳	-۰/۹۶	۱۰/۷۳
	پس آزمون	پیش آزمون	۵/۰۸	۱/۶۰	۰/۰۱	-۹/۱۹	-۰/۹۷
		پیگیری	-۰/۱۹	۱/۹۳	۱	-۵/۱۴	۴/۷۷
	آزمون پیگیری	پیش آزمون	۴/۸۸	۲/۲۷	۰/۱۳	-۱۰/۷۲	۰/۹۶
		پس آزمون	۰/۱۹	۱/۹۳	۱	-۴/۷۷	۵/۱۴
کیفیت زندگی	پیش آزمون	پس آزمون	۲۰/۷۱	۳/۳۰	۰	-۲۹/۲۰	-۱۲/۲۲
		پیگیری	۲۵/۲۳	۳/۹۲	۰	-۳۵/۳۱	-۱۵/۱۴
	پس آزمون	پیش آزمون	۲۰/۷۱	۳/۳۰	۰	۱۲/۲۲	۲۹/۲۰
		پیگیری	-۴/۵۲	۲/۶۸	۰/۳۲	-۱۱/۴۲	۲/۴۰
	آزمون پیگیری	پیش آزمون	۲۵/۲۳	۳/۹۲	۰	۱۵/۱۴	۳۵/۳۲
		پس آزمون	۴/۵۲	۲/۶۸	۰/۳۲	-۲/۴۰	۱۱/۴۳

نتایج جدول ۸ نشان داد که بر اساس آزمون تعقیبی بن فرونی بین تفاوت میانگین‌های عواطف منفی افراد در مرحله پیش آزمون-پس آزمون (۵/۰۸) و پیش آزمون-پیگیری (۴/۹۰) در سطح ۵ درصد تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ در نتیجه مداخلات درمانی بر روی گروه‌های آزمایش موثر بوده است؛ اما بین عواطف منفی در مرحله پس آزمون-پیگیری (۰/۱۹) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ در نتیجه اثر مداخله در طول یک ماه که آزمون پیگیری اجرا شد پایدار بوده است. همچنین قسمت دوم داده‌های این جدول نشان داد که بر اساس آزمون تعقیبی بن فرنی بین تفاوت میانگین‌های کیفیت زندگی افراد در مرحله پیش آزمون-پس آزمون (۲۰/۷۱) و پیش آزمون-پیگیری (۲۵/۲۳) در سطح ۵ درصد تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ در نتیجه مداخلات درمانی بر روی گروه‌های آزمایش موثر بوده است؛ اما بین کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون-پیگیری (۴/۵۲) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ در نتیجه اثر مداخله در طول یک ماه که آزمون پیگیری

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

اجرا شـد پایدار بوده اسـت. در نهایت می‌توان چنین اسـتنباط کرد که رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش عواطف منفی و افزایش کیفیت زندگی اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسـی اثربخشـی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد شهرستان دزفول انجام شد. نخستین یافته پژوهش با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشـان داد که روش مداخله اسـتفاده‌شـده در مرحله پس‌آزمون و دوره پیگیری یک ماهه بر کاهش عواطف منفی تأثیر معناداری داشته است؛ این یافته از پژوهش با نتایج مطالعات امانی و همکاران (۱۳۹۸)، مرتضـایی و همکاران (۱۳۹۸) و متاجی و گل‌پور (۱۳۹۷) همسـو می‌باشـد. فتحی، شـهبازی، کرایی و ملک‌زاده (۱۳۹۹) نیز همسـو با یافته این پژوهش گزارش کرده‌اند که در اثر مداخله پذیرش و تعهد نمره عواطف منفی گروه آزمایش در مقایسـه با گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته اسـت. همچنین محزونی، مظاهری، مهرداد و نیکوفر (۱۳۹۸) نیز همسـو با یافته پژوهش حاضر نشان دادند که پس‌آزمون نمره عواطف منفی گروه آزمایش ناشی مداخله درمانی پذیرش و تعهد کاهش‌یافته و تفاوت معناداری نسبت به نمره پس‌آزمون گروه کنترل نشان می‌دهد. همچنین ساندرا[1] و همکاران (۲۰۱۷) همسو با یافته این پژوهش نتایج‌شان پشتیبانی مقدماتی را برای درمان مبتنی بر اینترنت، متناسـب و تحت تأثیر پذیرش و تعهد، مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری برای مشارکت‌کنندگان با آسیب‌شناسی روان‌شناختی فراهم کرد. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد این امکان را به افراد وابسته به مواد می‌دهد که به جای اجتناب از رنج‌ها، هیجانات و افکار آزاردهنده و عواطف منفی یا کنترل، آن‌ها را بپذیرند؛ بنابراین برای رسیدن به این مهم در جلسات آموزشی افراد وابسته به مواد در رابطه با درمان پذیرش و تعهد، داشـتن دیدی مثبت از شـایسـتگی خود، تحمل عاطفی، پذیرش مثبت تغییر، جهت عاطفه مثبت و داشتن محیطی امن، تصمیم‌گیری مناسب و به موقع، داشـتن حمایت اجتماعی، تحمل آشـفتگی و دوری از خشـم و غم و در نهایت

1. Sandra

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

جهت داشـــتن زندگی لذت‌بخش آموزش دیدند و تمرین‌های عملی را درون جلســـه و به صورت گروهی مورد بحث قرار داده که افراد شرکت‌کننده به سمتی سوق داده شدند تا به نحوی فکر، احســـاس و عمل نموده که موجب ارتقاء منابع عواطف مثبت و رضـــایت و خشـــنودی لازم جهت دســـت‌یابی آن‌ها به اهداف‌شـــان در زمینه ارتقاء عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی گردد.

دیگر یافته پژوهش با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشـــان داد که روش مداخله اســـتفاده شـــده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه تأثیر معناداری بر بهبود میانگین نمره کیفیت زندگی داشـته اسـت. این یافته از پژوهش با نتایج مطالعات قربانی و همکاران (۲۰۲۰)، قطره ســـامانی و همکاران (۲۰۱۹)، رزم پوش و همکاران (۱۳۹۷) و بســـتامی و همکاران (۱۳۹۵) همسو می‌باشد. فرخزادیان، احمدیان و عندلیب (۱۳۹۸) نیز همسو با یافته پژوهش حاضـر نشـان دادند که در مراحل پس‌آزمون نمره کیفیت زندگی گروه آزمایش بهبود یافته است. همچنین دهقانی و رضایی (۱۳۹۷) نیز همسو با این یافته گزارش کرده‌اند که نمرات کیفیت زندگی در گروه تحت مداخله پس از ۸ جلسه آموزش ۲ ساعته تفاوت معناداری با نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل دارد. فروس، لین، گراچی و بلکلج[1] (۲۰۱۵) نیز همسو با یافته این پژوهش نشان دادند که در افراد دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بین میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سرطان تفاوت معناداری وجود دارد (ســـاریزاده، رفیعی نیا، صـــباحی و تمدن، ۱۳۹۷). همچنین قربانی، مرادی، عارفی و احمدیان (۲۰۱۹) همســـو با نتایج این پژوهش نشـــان دادند که درمان پذیرش و تعهد منجر به افزایش تنظیم شـــناختی مثبت، انعطاف‌پذیر، خودکنترلی و کاهش تنظیم شـناختی منفی در زنان مطلقه می‌شـود. دیوید، اشـلی، مارگارت و کریسـتن[2] (۲۰۱۵) نیز همسو با این یافته نشان دادند که ارزیابی تهدیدآمیز سرطان، همجوشی شناختی و کنار آمدن با اجتناب از قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌های پریشـــانی و پایین آمدن کیفیت زندگی پس از سـرطان اسـت. مداخلات متمرکز بر کاهش همجوشـی شـناختی و اجتناب عاطفی،

1. Feros, Lane, Ciarrochi & Blackledge

2. David, Ashleigh, Margaret & Kirsten

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

مانند پذیرش و تعهد درمانی باید در این جمعیت بیشتر بررسی شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت در پذیرش و تعهد از شیوه‌های شناختی برای بهبود تحریفات فکری و نحوه مقابله با افکار ناکارآمد بهره گرفته می‌شود تا از این طریق شیوه نگرش جدیدی ایجاد شود و به طبع موجب افزایش سازگاری در زندگی و به عبارت بهتر ارتقاء کیفیت آن شود. همچنین فرد وابسته، متأثر از این مداخله ارزش‌های اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به هدف رفتاری خاص که همان روشن‌سازی ارزش‌های زندگی تبدیل کرده و در نهایت انگیزه‌ای جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به هدف و ارزش‌های مشخص‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی در فرد ایجاد می‌شود؛ به طوری که فرد دارای زندگی با کیفیت پایین، به ارزش‌های شخصی در طول مداخله آگاهی روانی یافته و از طریق افزایش میزان پذیرش بر بهبود کیفیت زندگی خود تاثیر قابل ملاحظه‌ای بگذارد و آغازگر زندگی با کیفیتی باشد.

یکی از محدودیت‌های قابل‌توجهی که برای این پژوهش می‌توان بیان کرد این است که این کارآزمایی بالینی محدود به افراد وابسته به مواد مقیم کمپ ترک اعتیاد است. نتایج به دست‌آمده تنها قابل کاربرد در جامعه آماری پژوهش حاضر می‌باشد و لازم است در تعمیم آن به سایر افراد جامعه احتیاط شود. با توجه به نتایج مطالعه حاضر مبنی بر اثربخش بودن روش مداخله‌ای درمان پذیرش و تعهد بر عاطفه منفی و کیفیت زندگی به متصدیان و متخصصان درمان افراد وابسته مواد پیشنهاد می‌شود این پژوهش را بر روی دیگر جوامع اجرا و نتایج پژوهش‌ها را با هم مقایسه کنند. نقطه قوت این پژوهش، تازگی آن در استفاده از روش پذیرش و تعهد و بررسی تأثیر آن بر عواطف منفی و کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد به طور هم‌زمان بود. بر خلاف روند حاضر که مراکز درمانی و طبی تأکید فراوانی بر دارو درمانی داشته و به طورکلی از خدمات روان‌شناسی به خصوص روان‌شناسی مثبت غفلت می‌نمایند، با توانمندسازی مشاوران و روان‌شناسان مراکز در بهره‌مندی از خدمات روان‌شناختی به ویژه درمان پذیرش و تعهد در کنار تجویز دارویی به کاهش تبعاتی چون مصرف داروهای خواب‌آور، قطع ناگهانی دارو و تشدید علائم منجر گردند، پیشنهاد می‌شود. دیگر محدودیت مطالعه حاضر مربوط به سنجش با کمک

سال پانزدهم شماره ۶۲، زمستان ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 62, Winter 2022
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

ابزارهای خود گزارشی بود که این امر ممکن است موجب سوگیری در نتایج درمان شود؛ لذا پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده این امر مورد توجه قرار گرفته شود.

منابع

ارجمندقجور، کیومرث؛ محمودعلیلو، مجید؛ خانجانی، زینب و بخشی پور، عباس (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیشگیری از عود در بیماران وابسته به مت آمفتامین. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۲۱(۱)، ۵۱-۳۸.

امانی، احمد؛ علیپور، الهه و عیسی‌نژاد، امید (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر اعتماد در روابط بین فردی و کنترل عواطف در زنان متأهل. *فصلنامه فرهنگی – تربیتی زنان و خانواده*، ۱۴(۴۸)، ۱۶۷-۱۴۵.

ایمان، محمدتقی و جهانگیری حیدری، سهیلا (۱۳۹۹). بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی شهری شهروندان منطقه ۱۴ شهر اصفهان. *مطالعات جامعه‌شناختی شهری*، ۱۰(۳۶)، ۲۸-۱.

بخشی‌پور، عباس و دژکام، محمود (۱۳۸۴). تحلیل عاملی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. *فصلنامه‌ی روان‌شناسی*، ۹(۴)، ۳۶۵-۳۵۱.

بستامی، مرتضی؛ گودرزی، ناصر؛ دوران، بهناز؛ دباغی، پرویز و بستامی، مصطفی (۱۳۹۵). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) برافزایش کیفیت زندگی کارکنان مرد نظامی مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله پرستار و پزشک در رزم*، ۴(۱۲)، ۱۲۶-۱۱۹.

بیات، حسین؛ زارعی، محمدعلی و فرهادی، مژگان (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی درمان بر پذیرش و تعهد بر بخشش و تاب‌آوری زنان دارای تعارض با همسر مراجع کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز. *مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری*، ۵(۵۰)، ۵۰-۴۰.

پدران جونی، مرتضی؛ وحیدا، فریدون و اسماعیلی، رضا (۱۳۹۸). واکاوی کنش‌های احساسی-عاطفی در درمان اعتیاد. *پژوهش های راهبردی مسائل اجتماعی ایران*، ۸(۳)، ۱۲۶-۱۰۵.

پورفتحیه، عارفه و فتحی، آیت الله (۱۳۹۹). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری به عنوان مکمل درمان‌های نگهدارنده بر پیشگیری از عود و بهبود نشانه‌های اختلالات روانی بیماران وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۲۹۲-۲۷۳.

تقوائی نیا، علی (۱۳۹۹). رابطه دشواری در تنظیم هیجان با کیفیت زندگی همسران جانبازان: نقش واسطه‌ای عواطف مثبت و منفی. *مجله علمی پژوهش ارمغان دانش*، ۲۵(۲)، ۴۰۶-۳۹۲.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

جلوداری، سمیرا؛ سوداگر، شیدا و بهرامی هیدجی، مریم (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان پستان. *فصلنامه علمی روان شناسی کاربردی*، ۱۳(۴)، ۵۴۸-۵۲۷.

حاجی‌ها، ضحی و بهرامی احسان، هادی (۱۳۹۹). عوامل فردی آشکارساز وسوسه در زنان معتاد در شهر تهران. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۸۲-۴۷.

خلیل‌زاده، نورالله؛ میکاییلی منیع، فرزانه و عیسی زادگان، علی (۱۳۹۶). رابطه مشکلات تنظیم هیجانی و عاطفه منفی با ولع مصرف با توجه به میانجی گری افسردگی. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۲)، ۲۱۲-۱۹۷.

دهقانی، اکرم و رضایی، صدیقه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه علمی-پژوهشی افق دانش*، ۲۴(۳)، ۲۵۲-۲۴۶.

ذنوبی‌تبار، آرش و تقوائی‌نیا، علی (۱۳۹۸). اثربخشی بسته آموزش مثبت بر عواطف و روابط معلم-دانش آموز. *علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۶)، ۴۵۰-۴۴۱.

رحمانی جوانمرد، سمیرا و محمدی، سمیه (۱۳۹۶). نقش عاطفه مثبت و منفی، ترس از شکست و جهت‌گزینی هدف پیشرفت در پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی دانشجویان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۸(۱)، ۱۱۸-۱۱۰.

رزم پوش، مینو؛ رمضانی، خسرو؛ ماردپور، علیرضا و کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۷). تاثیر آموزش پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تاب آوری پرستاران. *مجله شفای خاتم*، ۷(۱)، ۶۲-۵۱.

ساریزاده، محمدصادق؛ رفیعی نیا، پروین؛ صباحی، پرویز و تمدن، محمدرضا (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی: یک مطالعه کارآزمایی آموزشی تصادفی شده. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۷، ۲۶۱-۲۵۲.

سلامتی، ساناز؛ قربان جهرمی، رضا؛ باقری، فریبرز و دارندگان، کیوان (۱۳۹۹). پیش بینی عواطف مثبت و منفی در زنان متقاضی جراحی زیبایی: نقش واکنش اطرافیان و خود ارزیابی‌های درونی. *نشریه جراحی ایران*، ۲۸(۱و۲)، ۷۰-۵۶.

شاطریان، محسن؛ حیدری سورشجانی، رسول و فلاحتی، فرشاد (۱۳۹۹). ارزیابی شاخص‌های کیفیت زندگی شهری با رویکرد شهر سالم (مطالعه موردی: بافت‌های فرسوده شهر کاشان). *فصلنامه جغرافیای اجتماعی شهری*، ۷(۱)، ۸۰-۶۵.

صادقی، آناهیتا؛ اسماعیلی، علی و مقدم، اعظم (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفت زندگی زنان معتاد ترک کرده. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۳(۵۳)، ۱۵۵-۱۳۹.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

صادقی، رضا؛ سودانی، منصور و غلام زاده جفره، مریم (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۴(۵۷)، ۱۵۰-۱۲۱.

عبدالعلی زاده، یوسف؛ ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد (۱۳۹۹). بررسی اثر بخشی آموزش گروهی عوارض سوءمصرف مواد مخدر بر میزان سیستم های بازداری-فعال سازی رفتاری ونگرش به مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر. *فصلنامه هلمی اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۱۱۳-۹۹.

فاطمی، مریم و داودی، اعظم (۱۳۹۹). تبیین تفاوت‌های باورهای فراشناختی، جهت گیری زندگی، عواطف مثبت و منفی در بیماران آرتریت روماتوئید مبتلا و غیر مبتلا به سندرم متابولیک و افراد عادی. *مجله علوم پزشکی صدرا*، ۸(۲)، ۱۳۸-۱۲۳.

فتحی، کوروش؛ شهبازی، مسعود؛ کرایی، امین و ملک‌زاده، محمد (۱۳۹۹). کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش درد و کنترل عواطف بیماران مبتلا به سرطان. *فصلنامه علمی پژوهشی بی‌هوشی*، ۱۱(۲)، ۶۷-۵۳.

فراغتی، مریم؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد؛ فرخی، نورعلی و اسکندری، حسین (۱۳۹۶). نقش متغیرهای شخصیتی، معنوی، هیجانی و ارتباطی برای ترک اعتیاد در میان معتادان. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۴(۱۶۱)، ۵۰-۳۹.

فرخزادیان، علی‌اصغر؛ احمدیان، فریبا و عندلیب، لیلا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برشدت علائم و کیفیت زندگی سربازان مبتلا به نشانگان رودۀ تحریک‌پذیر. *مجله طب نظامی*، ۲۱(۱)، ۵۲-۴۴.

کاویانی، زینب؛ بختیارپور، سعید؛ حیدری، علیرضا؛ عسگری، پرویز و افتخارسعادی، زهرا (۱۳۹۹). بررسی تاثیر درمان پذیرش وتعهد، بر تاب آوری و نگرش‌های ناکارآمد زنان مبتلا به ام اس شهر تهران. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۲۱(۱)، ۹۲-۸۴.

کردستانی، داود؛ امیری، محسن و پورحسین، رضا (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش گروهی هوش مبتنی بر عواطف درآزمندی مصرف مواد در معتادان. *مجله علوم روان شناختی*، ۱۵(۶۰)، ۴۹۰-۴۸۱.

متاجی، مصطفی و گل پور، رضا (۱۳۹۷). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش تعهد بر بهبود عاطفه مثبت منفی افراد معلول جسمی حرکتی*. دومین کنفرانس بین المللی روان شناسی، مشاوره و تعلیم و تربیت.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

محزونی، منیره؛ مظاهری، مهرداد و نیکوفر، مرتضی (۱۳۹۸). کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت کنترل عواطف در بیماران دیابتی نوع ۲. *فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل*، ۷(۳)، ۸۷۷-۸۸۶.

مرتضایی، نسترن؛ شاهمرادی، همایون و رستمی، رضا (۱۳۹۸). کاربرد پذیرش و تعهد (ACT) در درمان وابستگی به مواد. *مجله رویش روان شناسی*، ۸(۴)، ۲۵۴-۲۴۳.

نعمتی، معصومه؛ دوکانه ای فرد، فریده و بهبودی، معصومه (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی سه روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان هیجان مدار و درمان تلفیقی بر بهزیستی معنوی خانواده‌های مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان ساری: مطالعه آزمایشی. *فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهش در دین و سلامت*، ۶(۱)، ۹۹-۸۷.

نیکوکار، یعقوب؛ جعفری، علیرضا؛ فتحی، قربان و پویامنش، جعفر (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی دو رویکرد مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر معنای زندگی و افکار غیرمنطقی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد. *دوفصلنامه پژوهش انتظامی-اجتماعی زنان و خانواده*، ۸(۱)، ۲۶۸-۲۴۵.

هاتف‌نیا، فاطمه؛ درتاج، فریبرز؛ علی‌پور، احمد و فرخی، نورعلی (۱۳۹۸). تأثیر اهمال کاری تحصیلی بر بهزیستی روانشناختی: نقش واسطه‌ای شناور بودن، عواطف مثبت و منفی و رضایت از زندگی. *پژوهش‌های روان شناسی اجتماعی*، ۹(۳۰)، ۷۶-۵۳.

هاشمی مقدم، لیلا؛ ترکان، هاجر و یوسفی، زهرا (۱۳۹۹). مطالعه کیفی عوامل محافظت کننده و مخاطره آمیز در اعتیاد در زنان و مردان شهر اصفهان. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۱۵۰-۱۳۳.

یوسف‌زاده، زهره؛ نوری کرمانی، علی؛ حاتمی‌نژاد، حسین و حسین‌زاده، محمدمهدی (۱۳۹۹). سنجش ارتباط و تأثیر ابعاد بازآفرینی پایدار بر رویکرد کیفیت زندگی شهروندان (مطالعه موردی: تهران، منطقه ۱۵). *نگرش نو در جغرافیای انسانی*، ۱۲(۳)، ۳۱۶-۲۹۹.

References

Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention Science*, 9(3), 139-152.

Bliuc, A. M., Doan, T. N., & Best, D. (2019). Sober social networks: The role of online support groups in recovery from alcohol addiction. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 29 (2), 121-132.

David, T. G., Ashleigh K. S., Margaret, M., & Kirsten, J. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion aspredictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 300-311.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]

Ghanbari, H., Toozandehjani, H., & Nejat, H. (2020). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Quality of Life Improvement Training on Distress Tolerance and Self-Destructive Behaviors in Substance Abusers. *International Journal of Basic Science in Medicine*, 5(1), 28-32.

Ghatreh Samani, M., Najafi, M., & Rahimian Bouger, I. (2019). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and physiotherapy on quality of life and pain catastrophizing in patients with chronic pain. *Journal of Shahrekord University Medical Sciences*, 21(6), 271-275.

Ghorbani Amir, H. A., Moradi, O., Arefi, M., & Ahmadian, H. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive-Emotional Regulation, Resilience, and Self-control Strategies in Divorced Women. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 6(4), 195-202.

Préau, M., Marcellin, F., Carrieri, M. P., Lert, F., Obadia, Y., Spire, B., & VESPA Study Group. (2007). Health-related quality of life in French people living with HIV in 2003: results from the national ANRS-EN12-VESPA Study. *Aids*, 21(1), 19-17.

Sandra, W. S., Ata, G., Hedvig, A., Nicole, P., Emelie, H., Anna. S.W., Maria. J. & Gerhard, A. (2017). Effects of Tailored and ACT-Influenced Internet-Based CBT for Eating Disorders and the Relation Between Knowledge Acquisition and Outcome: A Randomized Controlled Trial. *Journal: Behavior Therapy*, 48(5), 624-637.

Smith, K. W., & Larson, M. J. (2003). Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *29*(2), 323-335.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, *54*(6), 1063.

Wilson, K. G., & Sandoz, E. K. (2008). Mindfulness, values, and the therapeutic relationship in Acceptance and Commitment Therapy. *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*, 29(1), 89-106.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.62.61]