

## اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی بر تصمیم‌گیری تکانشی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان مصرف‌کننده مواد\*

آرزو محمدی سلطان آبادی<sup>۱</sup>، شکوفه متقی دستنائی<sup>۲</sup>، احسان کردی اردکانی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۲

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر، اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر مفاهیم اسلامی بر تصمیم‌گیری تکانشی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان معتاد بود. **روش:** روش پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمام زنان مصرف‌کننده مواد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ بود که ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایابی شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه درمان پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های تکانشگری و انعطاف‌پذیری شناختی جمع‌آوری و با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی موجب افزایش معنی‌دار انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش تصمیم‌گیری تکانشی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد و این نتایج در پیگیری ۲ ماهه نیز پایدار ماندند. **نتیجه‌گیری:** این پژوهش، حمایتی تجربی برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی، برای کاهش تصمیم‌گیری تکانشی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی زنان معتاد فراهم می‌کند.

**کلیدواژه‌ها:** پذیرش و تعهد با تأکید بر مفاهیم اسلامی، تصمیم‌گیری تکانشی، انعطاف‌پذیری شناختی، اعتیاد

\* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه اردکان است.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. پست

الکترونیکی: mottaghi@ardakan.ac.ir

۳. استادیار، گروه معارف اسلامی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

## مقدمه

یکی از مهم‌ترین مسائل اجتماعی در جهان معاصر، اعتیاد به مواد مخدر<sup>۱</sup> است که در سالیان اخیر به یکی از جدی‌ترین معضلات بشری و پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی تبدیل شده است. اعتیاد پایه و بنیان جوامع انسانی را تحلیل می‌برد و علاوه بر رشد روزافزون این پدیده، همه اقدار و گروه‌های جامعه را نیز درگیر کرده است (بنفشه و همکاران، ۱۳۹۷). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup>، ایران بالاترین آمار استفاده از مواد مخدر (مصرف تریاک) را دارد که این میزان مصرف سه برابر متوسط جهانی است؛ همچنین آمارها نشان می‌دهد، روزانه حدود ۲ میلیون نفر از مردم ایران از مواد مخدر استفاده می‌کنند که ۲/۷ درصد از جمعیت کشور را در برمی‌گیرد (مرادی‌نظر و همکاران، ۲۰۲۰). در این میان، یکی از گروه‌هایی که اعتیاد آن‌ها کمتر مورد توجه قرار گرفته است، زنان هستند که روزبه‌روز بر تعداد آن‌ها افزوده می‌شود، هرچند شیوع اختلال مصرف مواد در زنان کمتر گزارش شده است، ولی سیر وابستگی در آن‌ها بیشتر است (میرزاخانی و خدادادی‌سنگده، ۱۳۹۵). بررسی آخرین آمارهای انتشار یافته در خصوص نرخ اعتیاد در بین جمعیت زنان در ایران و نسبت آن با آمار اعتیاد مردان، بیانگر مشابهت روند بین‌المللی و ملی این پدیده فارغ از تأخیر زمانی و تفاوت الگوی غالب اعتیاد در دو سطح است؛ آخرین رقم نرخ اعتیاد در زنان از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۷، ۹/۶ درصد اعلام شده است (نیازی، نوروزی و ادیب‌پور، ۱۳۹۸). اعتیاد زنان به یکی از آسیب‌های اجتماعی مهم در سال‌های اخیر تبدیل شده است. اما علل زیادی وجود دارد که موجب افزایش تعداد زنان معتاد در جامعه می‌گردد. برخی از این عوامل مانند استرس، خلق منفی در روابط، محیط خانوادگی آشفته و پرمشاجره و خشونت علیه زن‌ها، همسران معتاد، بیماری‌های روان‌پزشکی و خشونت جنسی در زنان نسبت به مردان شایع‌تر می‌باشد (برادی، بک و گرینفیلد<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹)، در برخی مطالعات، کنجکاو و تمایلات شخصی<sup>۴</sup> را

1. drug addiction  
2. world health organization (WHO)

3. Brady, Back & Greenfield  
4. individual willingness

مهم‌ترین انگیزه درونی<sup>۱</sup> برای مصرف مواد در زنان گزارش کرده است (روشن‌فکر و همکاران، ۲۰۱۵).

بر اساس مطالعات انجام شده، مصرف مواد در زنان (به‌خصوص مصرف تزریقی مواد) با آسیب‌های اجتماعی همانند فرار از منزل و روسپی‌گری همراه است (باور<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴) و زنان معتاد در مقایسه با مردان معتاد در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به مشکلات روانی هستند (جوان محبوب، ۱۳۹۴). همچنین نتایج مطالعات حاکی از آن است که رفتارهای اعتیاد‌آور با تکانشگری بالا همراه هستند (مارتینز-لوردو و فرناندز-هرمیدا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹؛ مولر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). مطالعات مختلفی نشان دادند که تکانشگری منجر به اختلالات روانی و رفتارهای پرخطر از جمله مصرف و وابستگی مواد می‌شود (کال، استوتز، کوپر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸؛ واندروین، هرشبرگر و کیدرز<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶؛ دوایلینگ<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ ترنر، سباستین و توچر<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷؛ جکوسز کویاک-ووچتن، لندوسکی، ویگلسز و کابالا<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵؛ دیر، کوسکونپینار<sup>۱۰</sup> و کیدرز، ۲۰۱۴؛ اسکاگ<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). تکانشگری دارای یک ساختار چند بعدی است که شامل ابعادی چون تأکید بر زمان حال، ناتوانی در بازداری<sup>۱۲</sup>، خطرپذیری، حس جویی، حساسیت به پاداش<sup>۱۳</sup>، بی‌حوصلگی، لذت‌جویی و ناتوانی در برنامه‌ریزی گزارش شده است (اختیاری، رضوان فرد و مگری، ۱۳۸۷). بارت، استنفورد، کینت و فیلتوس<sup>۱۴</sup> (۱۹۹۵) به سه مؤلفه تکانشگری از جمله تکانشگری شناختی<sup>۱۵</sup> (توانایی تمرکز بر کار نزدیک و ناپایداری شناختی)، تکانشگری حرکتی<sup>۱۶</sup> (شامل عمل کردن بدون نقشه قبلی همراه با سرسختی) و تکانشگری بی‌برنامگی<sup>۱۷</sup> (ناتوانی در برنامه‌ریزی و تفکر کردن با دقت) است. فردی که دست به

- |  |  |
|--|--|
| 1. Intrinsic motivations               | 9. Jakuszkowiak-Wojten,                |
| 2. Bawor                               | Landowski, Wiglusz, & Cubala           |
| 3. Martínez-Loredo & Fernández-Hermida | 10. Dir, Coskunpinar                   |
| 4. Moeller                             | 11. Schag                              |
| 5. Kale, Stautz, & Cooper              | 12. disinhibition                      |
| 6. VanderVeen, Hershberger & Cyders    | 13. reward sensitivity                 |
| 7. Dowling                             | 14. Barratt, Stanford, Kent & Felthous |
| 8. Turner, Sebastian, & Tuscher        | 15. cognitive impulsivity              |
|  | 16. motor impulsivity                  |
|  | 17. non-planning impulsivity           |

انتخاب‌ها و تصمیمات تکانشی می‌زند، نمی‌تواند خود را به‌خوبی با موقعیتی که می‌خواهد در مورد آن تصمیم‌گیری کند، انطباق دهد و بدون در نظر گرفتن عواقب احتمالی تصمیم و تفکر منطقی و از روی احساسات زودگذر دست به تصمیم‌گیری می‌زند (پاتروس، اندرسون، لی و تارا، ۲۰۱۷). در تصمیم‌گیری تکانشی فرد در هنگام مواجه شدن با موقعیت تصمیم‌گیری، بلافاصله و بی‌درنگ تصمیم اصلی خود را اتخاذ می‌کند و به بررسی سایر جوانب نمی‌پردازد (هینسون، جامسون، ویتنی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). وردیجو-گارسیا و پرز-گارسیا<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) در بررسی‌های خود در ارتباط با تکانشگری و اعتیاد به دو یافته زیر اشاره می‌کنند:

۱- همخوانی قابل توجهی در مورد بالا بودن سن تکانشگری و شاخص‌های عصبی-شناختی تکانشگری در بین انواع گروه‌های مصرف‌کننده مواد وجود دارد؛ ۲- تکانشگری در مصرف‌کنندگان مواد ممکن است در اثر مصرف شدید مواد تحت تأثیر قرار بگیرد (ارجمندقجور، علیلو، قانجانی و بخشی‌پور، ۱۳۹۷). مطالعات نشان داده‌اند در زنان معتاد، رفتارهای پرخطر از جمله ریسک‌پذیری، تصمیم‌گیری آنی و تکانشی رایج است (کشاورز، میرنسب، فتحی و بدری، ۱۳۹۶). افرادی که مواد مصرف می‌کنند، با تصمیمات مهمی در خصوص موضوعاتی همانند استفاده از مواد مواجه می‌شوند که می‌تواند پیامدهای مهمی برای آنان به همراه داشته باشد و به‌صورت عمیقی بر آنان اثر بگذارد (ولف<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲).

علاوه بر تصمیم‌گیری تکانشگری، انعطاف‌پذیری شناختی نیز از نظر بالینی در اعتیاد نقش مهمی دارد؛ زیرا توانایی پاسخ مداوم پیش‌بینی‌کننده حائز اهمیت در نتایج درمان اعتیاد محسوب می‌شود (ترنر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). افراد مصرف‌کننده مواد در انعطاف‌پذیری شناختی نقص دارند که زمینه‌ساز تداوم رفتارهای آسیب‌زا می‌شود (وردیجو-گارسیا و همکاران، ۲۰۱۵). انعطاف‌پذیری، فرد را قادر می‌سازد که در برابر فشارها، چالش‌ها و سایر مسائل عاطفی و اجتماعی برخورد مناسب و کارآمد داشته باشد. توانایی تغییر آماهی‌های شناختی به‌منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی،

1. Patros, Alderson, Lea & Tarle  
2. Hinson, Jameson, Whitney  
3. Verdejo-García, & Pérez-García

4. Wolff  
5. Turner

عنصر اصلی در تعاریف انعطاف پذیری شناختی است (پریس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). فیلیپ<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) و سالمون<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) انعطاف پذیری شناختی را میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط تعریف کرده اند که این ارزیابی در موقعیت های مختلف تغییر می کند (به نقل از زونگ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). محققان انعطاف پذیری شناختی را به عنوان ویژگی عمده ی شناخت انسان توصیف کردند و به توانایی فرد برای در نظر گرفتن هم زمان بازنمایی های متناقضی از یک شیء یا یک رویداد اشاره دارد (به نقل از جکس و زلازوه<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). انعطاف پذیری شناختی دربرگیرنده دو فرایند است که به طور متقابل به هم وابسته می باشند: پذیرش تجربیات و رفتارهای ارزش محور. یک فرد انعطاف ناپذیر تمایل دارد بیشتر در تماس با تجربیات منفی باقی بماند تا اینکه سعی کند تجربیات منفی را کنترل کرده یا تغییر دهد و یا از آن اجتناب کند. افراد به منظور کنترل یا حذف تجربیات ناخوشایند، ممکن است به رفتارهایی معطوف شوند که به سلامت روان شناختی، هیجانی و فیزیکی شان آسیب رساند (نوشیدن افراطی مشروبات الکلی و اعتیاد به آن ها) (جهانگیری، گل محمدیان و حجت خواه، ۱۳۹۷). پژوهش ها نشان می دهند که عدم انعطاف پذیری شناختی مشکلات بسیاری را برای فرد ایجاد می کند که یکی از این مشکلات اعتیاد است (کریو و باتیگر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹؛ شاه محمدی، نریمانی، میکائیلی و بشرپور، ۱۳۹۳). کلی، یاگر، بورسردورف<sup>۷</sup> (۲۰۰۵) نشان دادند افراد مصرف کننده ی کوکائین دارای نقص در انعطاف پذیری شناختی هستند. اختلال در عملکرد اجرایی سوء مصرف کنندگان مواد مخدر که شامل تسلط، حافظه کاری، استدلال، مهار پاسخ، انعطاف پذیری شناختی و تصمیم گیری است، حتی پس از ۵ ماه ترک نیز باقی می ماند (وردیجو-گارسیا و پرز-گارسیا، ۲۰۰۷). انعطاف پذیری شناختی و تصمیم گیری تکانشی باعث مشکلات و پیامدهای فراوانی در افراد معتاد می شود. همچنین وقتی فرد انعطاف پذیری شناختی نداشته باشد؛ به طور تکانشی با شرایط محیط مواجه می شود و معمولاً به خطا می رود و کارها را

به شکل تکانشی و تصمیم‌گیری‌های نادرست انجام می‌دهد. پس با انعطاف‌پذیری شناختی می‌توان تغییرات اساسی در ارائه مجدد فکر و تجزیه و تحلیل مسئله ایجاد کرد و همین زمینه ارتباط بین انعطاف‌پذیری شناختی و تصمیم‌گیری تکانشی را تبیین می‌کند (کونمانز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین با توجه به رابطه تنگاتنگ انعطاف‌پذیری شناختی و تصمیم‌گیری تکانشی و تأثیر آن بر معتادین، درمانی مؤثر، می‌تواند با کاهش مشکلات زنان مصرف‌کننده مواد مخدر، سودمند واقع شود. به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۲</sup> این قابلیت را دارا است.

یکی از فرآیندهایی که برای بهبود بخشیدن به زندگی افراد جهت دست یافتن به آرامش و اخذ نتایج بهتری از عمر خود می‌شود؛ روش پذیرش و تعهد است (اسکات، دالی، یو و مک‌کراکن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷) که مدت‌هاست برای کاستن و یا از بین بردن مشکلات زندگی، ناراحتی‌ها و پریشانی‌های روان‌شناختی به کار می‌رود (پاکنهام<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری شناختی استفاده می‌کند (هایز<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). این نوع درمان به دنبال آن است که به افراد بیاموزند چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه از افکار مزاحم بگسلند و چگونه هیجان‌ناامطلوب را بیشتر تحمل کنند (سوگمن، دی کاستا، لیگ و بورلی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). هدف این درمان به‌طور کلی، ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به‌طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر گردد. این مداخله درمانی از طریق شش فرآیند مرکزی شامل پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد منجر به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و رفتاری در زمینه‌هایی می‌شود که فرد شدیداً در چرخه اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی گیر کند و دچار انعطاف‌ناپذیری شناختی شده باشد.

1. Coumans  
2. Acceptance & Commitment  
Therapy (ACT)  
3. Scott, Daly, Yu & McCracken

4. Pakenham  
5. Hayes  
6. Suchman, DeCoste, Leigh &  
Borelli

به واقع، هدف این نوع درمان، کمک به مراجع برای رسیدن به یک زندگی ارزشمند، کامل و رضایت‌بخش است که از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ایجاد می‌شود (نوریان، آقایی و قربانی، ۱۳۹۴). مطالعات مختلفی، اثربخشی این درمان را بر تصمیم‌تکانشی و انعطاف‌پذیری شناختی نشان دادند. موریسون<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثرات متقابل معنی‌داری از نظر زمان و شرایط بر کاهش تصمیم‌گیری‌های تکانشی و علائم روان‌شناختی افراد داشته و منجر به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل‌پریشانی در افراد می‌شود. نتایج مطالعه یوسفی، یونسی، فرهودیان و صافی (۱۳۹۹) نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک روش مداخله‌ای سودمند برای بیماران مبتلا به اختلال مصرف‌مت‌آفتمین در زمینه کاهش رفتارهای تکانشی است. مدل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش سطح‌پریشانی روان‌شناختی تأثیر معنی‌داری دارد (تاین‌دال و والدیک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). گزالس - منندز، فرناندز، رودریگز، ویلاگرا<sup>۳</sup> (۲۰۱۴) نیز گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود خودبیمارانگاری و کاهش رفتارهای خطرناک زنان وابسته به مواد مخدر مفید است. همچنین مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد یک گزینه درمانی مناسب برای رفتارهای اعتیادآور و اختلالات هم‌افزایی زنان زندانی است؛ زیرا انعطاف‌پذیری شناختی زنان با این روش درمانی افزایش یافت. انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فرد را از دام افکار ناکارآمد و وسوسه‌هایی برهاند که زمینه‌ساز تکانشگری و گرایش به مصرف مواد مخدر است. در واقع، رویکرد پذیرش و تعهد سعی دارد با ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی از یک سو و ترغیب فرد به اقدام و عمل در زمینه ارزش‌های فردی موجب کاهش تکانشگری زندگی شخص و ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار شود. لذا فنون درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با افزایش آگاهی فرد نسبت به تجربیات حال، برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش تکانشگری می‌شود (علوی زاده و شاکریان، ۱۳۹۵).

از طرفی توجه به بُعد معنویت و مذهب، منجر به اثرات مثبتی بر افراد می‌شود و متخصصان و درمانگران سعی می‌کنند از این بعد، به منظور افزایش میزان سلامت روان‌شناختی مراجعین استفاده کنند. درمان پذیرش و تعهد اصول مشترکی با آموزه‌های مذهبی دارد. مثال بارز این ادعا (و ما رأیت الا جمیلا)، حضرت زینب در صحرای کربلا و در جریان اسیری می‌باشد که آن حضرت با استفاده از پذیرش قضا و قدر خداوند و پابندی به اصول زندگی اهل بیت پیامبر توانست در مقابل مشکلات و رنج‌های مربوط به آن برهه‌ی زمانی قد علم کند و بتواند از زیر بار آن رنج‌ها و مشکلات، قامت راست گیرد. اصول دینی می‌تواند به فرد کمک کند تا عقایدش را محکم‌تر کند و در مقابل هر مشکلی به راحتی خودش را ناتوان نیند. درحالی که اگر فرد بتواند با استفاده از روایات و آیات قرآن از توان خود در مورد پذیرش برخی از ناملايمات زندگی و تلاش در راه‌های دیگر استفاده کند، می‌تواند کمک شایانی به خودش کند (ملائی، ۱۳۹۵). همچنین یکی دیگر از آموزه‌های اسلام و پیامبر تفکر قبل از انجام هر عمل و تصمیم‌گیری است. به گونه‌ای که در دین اسلام افراد از هرگونه تصمیم‌گیری آنی و بدون فکر منع شده‌اند. در این زمینه پیغمبر اکرم به حضرت امیرالمؤمنین فرمودند: «مِنْ صِفَاتِ الْمُؤْمِنِ أَنْ يَكُونَ جَوَالَ الْفِكْرِ» (مجلسی، ۱۴۰۴ ق)، از صفات مردان مؤمن این است که از جولان فکری برخوردار هستند. دیگر اینکه در نظر اسلام فرد عاقل کسی است که با تکیه بر نیروی عقلانی خود، قدرت تجزیه و تحلیل مسائل را دارد و می‌تواند با در نظر گرفتن همه‌ی جوانب اقدام به تصمیم‌گیری کند و از تصمیم‌گیری اجتنابی دوری کند. درحالی که در نظر اسلام فرد جاهل فاقد چنین توانی است. چنین است که امام کاظم (ع) به «هشام بن حکم می‌فرماید: «ای هشام، خداوند تبارک و تعالی، بندگان آگاه و اندیشمند خود را بدین بیان بشارت می‌دهد که: «فبشر عبادالذین یستمعون القول...» (کلینی، ۱۴۰۷ ق).

از آنجا که زنان وابسته به اعتیاد با مشکلات و مسائل روان‌شناختی زیادی روبرو هستند و تصمیم‌گیری تکانشی و انعطاف‌پذیری شناختی در آنان باعث ایجاد پیامدهای منفی بیشتر می‌شود، به نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناسی می‌تواند برای آنان مفید باشد. اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ابعاد روانی مختلف مورد تأیید قرار گرفته و همچنین

اسلام در همه‌ی زمینه‌های گوناگون زندگی راه و روش‌هایی را در اختیار افراد قرار داده است و با توجه و دقت نظر در منابع اسلامی و توکل به خدا می‌توان در برابر رخدادهای زندگی انعطاف‌پذیری نشان داد و از تصمیم‌گیری‌های آنی و تکانشی خودداری کرد؛ بنابراین این سؤال مطرح می‌شود که آیا روش درمانی تلفیقی پذیرش و تعهد مبتنی بر منابع اسلامی می‌تواند بر تصمیم‌گیری تکانشی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان مصرف‌کننده مواد مخدر مؤثر واقع شود؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر یک طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مصرف‌کننده مواد مخدر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد تحت پوشش سازمان بهزیستی در شهر مشهد بود که از میان آنان ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: دریافت تشخیص اعتیاد به مواد مخدر، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، توانایی خواندن و نوشتن، دارا بودن سنین بین ۲۰ تا ۴۵ سال، عدم شرکت در سایر دوره‌های روان‌شناختی و تمایل به حضور در جلسات بود و معیارهای خروج از پژوهش شامل: غیبت بیش از دو جلسه و عدم توانایی انجام تکالیف خارج از جلسه بود. این معیارها توسط پزشک و روانشناس بالینی کلینیک ترک اعتیاد مورد تأیید قرار گرفت. سپس گروه آزمایش تحت مداخله ۸ جلسه‌ای پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی بر اساس جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. همچنین به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش برای آزمودنی توضیح داده شد. پس از اجرای روش درمانی، هر کدام از آزمودنی‌هایی که تمایل به ادامه نداشتند از مطالعه خارج شدند. رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و محرمانه بودن اطلاعات نیز رعایت شد. پس از پایان جلسات برای گروه آزمایش، جلسات درمانی برای گروه کنترل نیز اجرا گردید. داده‌های حاصل از پژوهش با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه تکانشگری<sup>۱</sup>: این پرسشنامه که توسط بارات و استنفورد در سال ۱۹۹۷ ساخته شده است، دارای ۳۰ سؤال چهار گزینه‌ای (براساس طیف لیکرت) می‌باشد که از هرگز (۱) تا همیشه (۴) نمره‌گذاری می‌گردد و ماهیت چندبعدی تکانشگری را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۳۰ تا ۱۲۰ متغیر است. نمرات بالاتر، نشانگر تکانشگری بیشتر و نمرات پایین‌تر نشانگر تکانشگری کمتر است (استنفورد و همکاران، ۲۰۰۹). این فرم دارای سه خرده‌مقیاس است: تکانشگری شناختی شامل تصمیم‌گیری شناختی سریع است و از طریق سؤالات ۵، ۶، ۹، ۱۱، ۲۰، ۲۴، ۲۶، ۲۸ سنجش می‌شود؛ تکانشگری حرکتی، شامل عمل کردن بدون فکر است و از طریق سؤالات ۲، ۳، ۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۳۰ سنجش می‌شود و تکانشگری بی‌برنامگی از طریق سؤالات ۱، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۷، ۲۹ اندازه‌گیری می‌شود. علاوه بر نمره هر خرده‌مقیاس جداگانه، یک نمره برای کل مقیاس تکانشگری محاسبه می‌شود. به منظور اجتناب آزمودنی‌ها از ایجاد سبک پاسخ، تعدادی از سؤالات به گونه‌ای نوشته شده‌اند که فقدان تکانشگری را نشان می‌دهند و به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند که عبارت‌اند از: سؤالات ۱، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۰، ۲۹، ۳۰ (عسگری و متینی، ۱۳۹۹). نسخه فارسی این آزمون در سال ۱۳۸۷ توسط اختیاری و همکاران به فارسی ترجمه شد. ضریب همبستگی نمره کل مقیاس تکانشگری با عامل عدم برنامه‌ریزی ۰/۸۰، با عامل تکانشگری حرکتی ۰/۷۴ و با عامل تکانشگری شناختی ۰/۴۷ بود؛ بنابراین همبستگی معنادار بین خرده‌مقیاس‌ها نشان‌دهنده‌ی همسانی درونی مناسب این ابزار می‌باشد (جاوید، محمدی و رحیمی، ۱۳۹۱). همچنین قمری گیوی و مجرد (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۹ و ضریب روایی ملاکی آن را ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز، پایایی این پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمده است.

۲- پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط دنیس و وندروال<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) جهت سنجش انعطاف‌پذیری شناختی مطرح گردید که دارای ۲۰ سؤال است که بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) می‌باشد. این پرسشنامه شامل سه بُعد است: ادراک گزینه‌های مختلف (سؤالات ۳، ۵، ۶، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰)، ادراک کنترل‌پذیری (سؤالات ۱، ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۵ و ۱۷) و ادراک توجیه رفتار (سؤالات ۸ و ۱۰). جمع نمرات تمام سؤالات، نمره کل فرد در انعطاف‌پذیری شناختی را به دست می‌دهد، نمره بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر و نمره پایین‌تر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی پایین‌تر است، دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۴۰ است در این فرم سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۷ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. اعتبار همزمان این پرسشنامه با افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رایین ۰/۷۵ بود (دنیس و واندروال، ۲۰۱۰). کهندانی و ابوالعالی (۱۳۹۶) در پژوهش خود، همسانی درونی نمره کل این پرسشنامه و دو عامل پردازش حل مسأله و ادراک کنترل‌پذیری را به ترتیب معادل ۰/۸۹، ۰/۷۷ و ۰/۸۱ اعلام کردند و در بررسی روایی همگرا، بین نمره کل این پرسشنامه و دو عامل آن، پردازش حل مسأله و ادراک کنترل‌پذیری، با نمره کلی آزمون افسردگی بک رابطه معناداری را مشاهده کردند که به ترتیب ضرایب همبستگی معادل ۰/۶۶-، ۰/۵۷۷-، ۰/۵۹۷- بوده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمده است.

## 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 شرکت‌کنندگان مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. از پروتکل درمانی پذیرش و تعهد با تأکید بر مفاهیم اسلامی جهت انجام مداخله بهره گرفته شد. برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مبنای کتاب‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هریس (۱۳۹۵) و ایزدی و عابدی (۱۳۹۵) و

1. Cognitive Flexibility Inventory (CFI)

2. Dennis & VanderWal

مفاهیم آموزه‌های اسلامی برگرفته از کتاب نهج البلاغه می‌باشد که در قالب ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. برای بررسی روایی محتوایی برداشت‌های انجام شده از منابع اسلامی و مرتبط بودن فنون پیشنهادی با مؤلفه‌های استخراج شده، از چهار متخصص در حوزه مطالعات اسلامی و روان‌درمانگری برای اعلام نظر درباره تأثیرگذار بودن فنون پیشنهادی بر سازه‌های هدف، نظرخواهی شد. میانگین و میانه نمرات کارشناسان به گزینه‌ها به ترتیب ۱/۳۸ و ۱ بود که با توجه به روش نمره‌گذاری (۱=کاملاً صحیح تا ۵=کاملاً معارض)، به نظر می‌رسد حاکی از تأیید صحت برداشت‌هاست. همچنین میانگین و میانه نمرات کارشناسان به گزینه‌های مربوط به تطابق فنون با اهداف جلسات پروتکل به ترتیب ۴/۷۵ و ۵ بود که با توجه به نوع نمره‌گذاری (۰=عدم تناسب تا ۵=تناسب کامل) به نظر می‌رسد حاکی از تأیید تطابق فنون با اهداف است. برای بررسی میزان توافق بین نظرات کارشناسان در زمینه روایی محتوایی، یعنی صحت برداشت‌ها از منابع اسلامی و مطابقت فنون مبتنی بر پذیرش و تعهد با اهداف هر جلسه از پروتکل، از ضریب تطابق کندال استفاده شد. نتایج نشان داد که بین نظرات کارشناسان در زمینه میزان موافقت ارزیابان با برداشت‌ها از منابع اسلامی با ضریب ( $W=0/06$  و  $P=0/005$ ) تطابق وجود دارد. همچنین، بین نظرات کارشناسان در زمینه میزان تطابق فنون با اهداف جلسات پروتکل با ضریب ( $W=0/145$  و  $P=0/002$ ) تطابق وجود دارد. بنابراین روایی محتوایی این پروتکل با نظرخواهی از چهار متخصص در حوزه مطالعات اسلامی و روان‌درمانگری تأیید شد. شرح جلسات این پروتکل به صورت زیر می‌باشد:

**جدول ۱: محتوای جلسات درمانی**

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی با اعضا گروه و برقراری رابطه درمانی، توضیح هدف کلی مداخله و انجام پیش‌آزمون و تکمیل فرم رضایت‌نامه، بررسی علل ابتلا به اعتیاد، بررسی شکایات فعلی و گرفتن تاریخچه از اعضا، ارزیابی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اعضا، سنجش شیوه‌های کنترلی افکار و اثربخشی این راهبردها، درماندگی خلاق و استفاده از استعاره فرد افتاده در چاه و مسابقه طناب‌کشی با هیولا.
جلسه دوم	بررسی دنیای درون و بیرون، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر، معرفی کنترل به‌عنوان مسئله نه راه‌حل و عادی‌سازی کنترل، صحبت در مورد پذیرش به‌عنوان جایگزین کنترل، استعاره مسافران اتوبوس و همسایه مزاحم و دونات ژله‌ای و لیموترش، تفاوت درد و رنج/آیات و روایات مرتبط با مفهوم شرح صدر که با مؤلفه پذیرش همخوانی دارد، ارائه گشت.
جلسه سوم	تمرین ذهن آگاهی، زندگی در زمان حال با استفاده از تمرین‌های ذهن آگاهی در کارهای روزمره، تمرین تنفس آگاهانه، دادن تکلیف برای ذهن آگاهی و تماس با زمان حال، آیات و روایات مرتبط با مفهوم ابن‌الوقت بودن که با مفهوم بودن در زمان حال همخوانی دارد، ارائه گشت.
جلسه چهارم	شناسایی و بررسی ارزش‌های افراد با استفاده از تمثیل سنگ قبر، قوانین و باید‌ها دوباره به ارزش‌ها تبدیل شود، ارزش‌ها مانند یک قطب‌نما هستند که جهت و مسیر درست را نشان دهند، ارزش‌ها باعث انعطاف-پذیری می‌شوند، تصریح ارزش‌ها، اهداف، اعمال و موانع و چگونگی برخورد با آن‌ها، آیات و روایات مرتبط با مفهوم اعتقادات که به‌طور غیرمستقیم با مؤلفه ارزش‌ها همخوانی دارد، ارائه گشت.
جلسه پنجم	گسلش یا آمیختگی، توجه به همجوشی درزمینه قوانین، قضاوت‌ها، گذشته آینده و خود، دادن تکلیف به‌عنوان قضاوت ذهن، توجه کردن به رفتارهای تکانشی خودآسیب‌رسان، تمرین نوشتن افکار، تمرین سربازان در حال رژه و پیاده‌روی با ذهن و تمرین فیزیکی.
جلسه ششم	بیان افکار منفی در قالب صدای مضحک (پسر شجاع) یا آواز با لحن کود کانه، آیات و روایات مرتبط با مفهوم دوراندیشی و دوری از افکار پوچ که به‌طور غیرمستقیم با مؤلفه گسلش همخوانی دارد، توجه کردن به رفتارهای تکانشی خودآسیب‌رسان و ارائه گشت.
جلسه هفتم	تفهم آمیختگی با خود مفهوم‌سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن، جایگزین کردن خود مشاهده‌گر به‌جای خود مفهوم‌سازی شده، تمرین عینیت بخشیدن و کاربرد استعاره خانه با مبلمان و صفحه شطرنج و گدا، آیات و روایات مرتبط با مفهوم خودشناسی که با مؤلفه خود به‌عنوان زمینه به‌طور غیرمستقیم همخوانی دارد، ارائه گشت.
جلسه هشتم	صحبت در مورد اقدام متعهدانه و دادن تمرین و پرسیدن سؤال که چقدر تمایل دارید کارهایی را انجام دهید تا زندگی‌تان بهبود یابد و دادن نمره از صفر تا ۱۰، نوشتن اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت در راستای ارزش‌ها و تعیین اهداف و گام‌ها، آیات و روایات مرتبط با مفهوم عمل صالح که با مؤلفه عمل متعهدانه همخوانی دارد، ارائه گشت و درنهایت، خاتمه درمان، پیشگیری از عود و اجرای پس‌آزمون.

## یافته‌ها

دو گروه آزمایش و کنترل از نظر جنیست همتا شدند. ۲۳ درصد افراد شرکت کننده در رده سنی ۲۰ تا ۲۵ سال درصد، ۴۳ درصد در رده سنی ۲۶ تا ۳۵ سال و ۳۳ درصد در رده سنی ۳۶ تا ۴۵ سال بودند. ۲۳ درصد آنان مجرد، ۵۷ درصد متاهل و ۲۰ درصد مطلقه بودند. از میان این افراد، ۱۰ درصد بی‌سواد، ۲۳ درصد دارای تحصیلات ابتدایی یا راهنمایی، ۳۷ درصد دیپلم یا دبیرستان، ۱۷ درصد فوق دیپلم و ۱۳ درصد لیسانس بوده‌اند. سابقه مصرف ۶۷ درصد بین ۱ تا ۵ سال، ۲۳ درصد بین ۶ تا ۱۰ سال؛ ۷ درصد بین ۱۱ تا ۱۵ سال و ۳ درصد بین ۱۶ تا ۲۰ سال بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	شاخص‌ها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
ادراک گزینہ-	میانگین	۳۷/۳۴	۴۵/۳۳	۴۹/۸۰	۳۶/۱۳
های مختلف	انحراف استاندارد	۷/۶۶	۴/۲۷	۳/۶۴	۲/۰۳
ادراک کنترل	میانگین	۳۲/۴۶	۴۱/۴۰	۴۸/۱۳	۳۵/۱۵
پذیری	انحراف استاندارد	۴/۰۷	۴/۸۹	۴/۹۶	۳/۳۱
ادراک توجیه	میانگین	۶/۱۲	۹/۶۰	۱۴/۲۶	۴/۰۷
رفتار	انحراف استاندارد	۱/۷۴	۱/۹۵	۱/۳۰	۱/۴۲
انعطاف پذیری	میانگین	۸۵/۲۵	۹۸/۳۳	۱۰۵/۲۰	۷۶/۴۶
شناختی کل	انحراف استاندارد	۹/۴۱	۷/۴۵	۸/۲۱	۳/۲۸
تکانشگری	میانگین	۱۹/۰۵	۱۲/۴۵	۱۰/۵۰	۲۰/۴۰
شناختی	انحراف استاندارد	۳/۶۹	۲/۹۰	۲/۵۵	۳/۶۱
تکانشگری	میانگین	۲۷/۲۵	۲۰/۹۸	۱۷/۸۵	۳۱/۴۰
حرکتی	انحراف استاندارد	۴/۸۰	۲/۹۰	۲/۴۷	۳/۲۷
بی برنامه‌گی	میانگین	۳۲/۷۴	۲۶/۱۵	۲۴/۳۵	۲۸/۱۴
تصمیم‌گیری	انحراف استاندارد	۳/۶۸	۳/۷۵	۳/۴۹	۳/۲۹
تکانشی کل	میانگین	۷۶/۹۵	۷۰/۳۰	۶۵/۷۰	۷۸/۳۴
	انحراف استاندارد	۸/۸۷	۵/۱۸	۵/۰۴	۸/۰۷

جهت بررسی تغییرات ایجاد شده، با توجه به اینکه هم طرح بین آزمودنی (مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل) و هم طرح درون آزمودنی (مقایسه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) وجود دارد، از روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. پیش از انجام تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر، از پیش فرض های نرمال بودن نمونه مورد نظر در متغیرهای وابسته، یکسانی واریانس خطا در دو گروه آزمایش و گواه، همگنی ماتریس واریانس-کواریانس در بین سطوح متغیرهای وابسته و همگنی کوواریانس ها، اطمینان حاصل شد. نتایج آزمون کلوموگروف-اسمیرنف، حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش بود ( $P > 0/05$ ). همچنین، نتایج آزمون لوین، شرط برابری واریانس های خطای بین گروهی را در دو گروه تأیید کرد ( $P > 0/05$ ). افزون بر این، نتایج آزمون همگنی کواریانس کرویت موچلی نیز، حاکی از برقراری شرط کرویت ماتریس های واریانس-کواریانس و عدم تخطی از پیش فرض کرویت بود ( $P > 0/05$ ).

نتایج آزمون چندمتغیری نیز، حاکی از تفاوت بین گروه ها، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در بُعد زمان و تعامل زمان و گروه بود ( $F = 0/995$ ،  $P = 0/001$ ،  $F = 265/98$ ،  $F = 0/076$ ، لامبدای ویلکز). بدین معنی که از مرحله پیش آزمون تا پس آزمون و پس آزمون تا پیگیری در گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، نسبت به گروه گواه تفاوت وجود دارد. نتایج مربوط به تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در جدول ۳، ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر جهت بررسی تفاوت‌های دو گروه

در متغیرهای مورد بررسی

متغیر	مؤلفه‌ها	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذورات
	ادراک	زمان	۱۸۰/۷۱	۲	۹۰/۳۵	۹۸/۸۰	۰/۰۰۱*	۰/۷۲
	گزینه‌های	زمان* گروه	۶۰/۴۵	۲	۳۰/۲۲	۳۳/۰۵	۰/۰۰۱*	۰/۴۶
	مختلف	گروه	۲۳۵/۲۰	۱	۲۳۵/۲۰	۱۲۸/۴۱	۰/۰۰۱*	۰/۷۷
انعطاف	ادراک	زمان	۱۷۵/۷۱	۲	۸۷/۸۵	۱۱۰/۲۴	۰/۰۰۱*	۰/۷۴
پذیری	کنترل پذیری	زمان* گروه	۷۹/۷۱	۲	۳۹/۸۵	۵۰/۰۲	۰/۰۰۱*	۰/۵۶
شناختی		گروه	۲۳۲/۴۰	۱	۲۳۲/۴۰	۱۰۷/۴۶	۰/۰۰۱*	۰/۷۳
	ادراک توجیه رفتار	زمان	۲۰۴/۱۱	۲	۱۰۲/۰۵	۱۴۱/۱۹	۰/۰۰۱*	۰/۷۸
		زمان* گروه	۵۴/۹۵	۲	۲۷/۴۷	۳۸/۰۱	۰/۰۰۱*	۰/۵۰
		گروه	۱۸۰/۰۷	۱	۱۸۰/۰۷	۶۱/۹۷	۰/۰۰۱*	۰/۶۲
	تکانشگری	زمان	۷۱۹/۱۱	۲	۳۹۵/۵۵	۱۵۱/۹۲	۰/۰۰۱*	۰/۸۰
	شناختی	زمان* گروه	۴۰۸/۳۵	۲	۲۰۴/۱۷	۸۶/۲۷	۰/۰۰۱*	۰/۶۹
		گروه	۹۰۷/۵۰	۱	۹۰۷/۵۰	۴۳/۷۲	۰/۰۰۱*	۰/۵۳
تصمیم-گیری	تکانشگری	زمان	۱۶۶۸/۳۱	۲	۸۳۴/۱۵	۲۹۴/۱۳	۰/۰۰۱*	۰/۸۶
تکانشی	حرکتی	زمان* گروه	۱۳۱۹/۲۱	۲	۶۵۹/۶۰	۱۹۷/۰۱	۰/۰۰۱*	۰/۸۳
		گروه	۲۶۰۴/۰۸	۱	۲۶۰۴/۰۸	۶۶/۰۵	۰/۰۰۱*	۰/۶۳
		زمان	۱۶۶۲/۶۱	۲	۸۳۱/۳۰	۲۴۴/۱۸	۰/۰۰۱*	۰/۸۳
	بی برنامه گی	زمان* گروه	۱۴۰۹/۳۱	۲	۷۰۴/۶۵	۲۰۶/۹۸	۰/۰۰۱*	۰/۸۴
		گروه	۲۷۲۶/۵۳	۱	۲۷۲۶/۵۳	۶۶/۰۶	۰/۰۰۱*	۰/۶۳

\*P<۰/۰۱

همان گونه که نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در جدول ۳، نشان می‌دهد اثر عامل زمان و تعامل زمان و گروه بر زیرمؤلفه‌های تصمیم‌گیری تکانشی و انعطاف‌پذیری شناختی معنادار است. بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان بیان کرد که بین گروه آزمایش و گواه در متغیرهای مورد بررسی در عامل زمان و تعامل زمان و گروه تفاوت وجود دارد. بدین معنی که بین میانگین نمرات متغیرهای ذکر شده در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری صرف نظر از گروه، تفاوت وجود دارد. افزون بر این معنادار شدن اثر تعاملی حاکی از آن است که اثر گروه با توجه به سطوح زمان اندازه گیری

تفاوت است؛ بدین معنی که در میانگین نمرات سه گروه در مرحله پیش آزمون تفاوت وجود ندارد. همچنین از معنادار بودن تعامل بین گروه و زمان می توان نتیجه گرفت، در نمرات دو گروه آزمایش و گواه در طول زمان تغییرات یکسانی ایجاد نشده است. بدین معنی که در گروه گواه با توجه به عدم دریافت مداخله تغییرات در طول زمان رخ نداده است. همچنین، نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نشان داد اثر عامل گروه بر زیرمولفه های تصمیم گیری تکانشی و انعطاف پذیری شناختی در مرحله پس آزمون و پیگیری معنادار بوده و با مشاهده میانگین ها در مرحله ی پیگیری در گروه آزمایش ملاحظه می شود که اثر مداخله ماندگار بوده است. براساس میزان ضریب اتای بدست آمده در تفاوت های بین گروهی می توان چنین بیان کرد که مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی، به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۴، ۰/۷۸، ۰/۸۰، ۰/۸۶، ۰/۸۳ از تغییرات واریانس متغیرهای ادراک گزینه های مختلف، ادراک کنترل پذیری، ادراک توجیه رفتار، تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی برنامه گی را در مرحله پس آزمون در گروه نمونه تبیین کرد. بنابراین می توان اظهار داشت که مداخله موردنظر (آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی) منجر به کاهش معنادار تصمیم گیری تکانشگری و افزایش معنادار انعطاف پذیری شناختی در افراد گروه نمونه شده است. با این حال، به منظور آگاهی از این موضوع که اثربخشی مداخله موردنظر بر متغیرهای مورد بررسی، در کدام مرحله از متغیر زمان معنی دار بوده است، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد و نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

۳۲۵

325

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات شرکت کنندگان در مراحل مختلف

ارزیابی

متغیر	مؤلفه‌ها	مرحله	اختلاف میانگین	انحراف استاندارد خطا	سطح معناداری
ادراک گزینه‌های مختلف		پیش آزمون- پس آزمون	-۷/۹۹	۰/۹۲	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پیگیری	-۱۲/۴۶	۰/۸۵	۰/۰۰۱*
انعطاف پذیری شناختی	ادراک کنترل پذیری	پیش آزمون- پس آزمون	-۸/۹۴	۰/۵۵	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پیگیری	-۱۵/۶۷	۰/۸۳	۰/۰۰۱*
ادراک توجیه رفتار		پیش آزمون- پس آزمون	-۶/۸۳	۰/۷۱	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پیگیری	-۳/۴۸	۰/۶۵	۰/۰۰۱*
تکانشگری شناختی		پیش آزمون- پس آزمون	-۸/۱۴	۱/۱۹	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پیگیری	-۴/۶۶	۰/۶۸	۰/۰۰۱*
تصمیم‌گیری تکانشی	تکانشگری حرکتی	پیش آزمون- پس آزمون	۶/۶۰	۱/۰۷	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پیگیری	۸/۵۵	۰/۹۳	۰/۰۰۱*
بی‌برنامه‌گی		پیش آزمون- پس آزمون	۱/۹۵	۰/۷۷	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پیگیری	۶/۲۷	۰/۵۹	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پس آزمون	۹/۴	۱/۲۹	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پیگیری	۳/۱۳	۰/۷۸	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پس آزمون	۶/۵۹	۰/۷۵	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پیگیری	۸/۳۹	۱/۲۰	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پس آزمون	۱/۸	۰/۴۸	۰/۰۰۱*

\* $P < 0.01$

همانطور که در جدول ۴، مشاهده می‌شود بین نمرات مرحله پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0.01$ ). همچنین، تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش آزمون و پس آزمون با مرحله پیگیری در سطح معنی‌داری بوده است ( $P < 0.01$ ).

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی بر تصمیم گیری تکانشی و انعطاف پذیری شناختی زنان مصرف کننده مواد بود. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل نشان داد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر مفاهیم اسلامی بر تصمیم گیری تکانشی مؤثر است. در راستای اثربخشی این رویکرد درمانی پژوهش مستقیمی یافت نشد اما نتایج تا حدودی با پژوهش های موریسون و همکاران (۲۰۲۰)، موریسون و همکاران (۲۰۱۴) و یوسفی و همکاران (۱۳۹۹) هم راستا می باشد. در تبیین این یافته می توان بیان داشت که تکانشگری به عنوان یک ویژگی شاخص در اعتیاد شناخته شده است؛ به طوری که با جنبه های مختلفی از رفتارهای پرخطر و پیامدهای درمانی ضعیف در افراد مصرف کننده مواد رابطه دارد. با توجه به اینکه افراد وابسته به اعتیاد، جهت گیری عقلانی و کارآمدی نسبت به مسائل و مشکلات ندارند، غالباً در برخورد با مشکلات و افراد از شیوه های ناکارآمد و اغلب پرخاشگرانه استفاده می کنند. اما آنچه مسلم است این است که با کاهش تکانشگری، احتمال اختلال مصرف مواد و مشکلات وابسته به آن نیز کاهش می یابد. به عنوان یکی از دلایل تأثیر گذاری درمان پذیرش و تعهد بر کاهش تکانشگری می توان به مفهوم مهم ذهن آگاهی به عنوان یکی از فرایندهای مهم این درمان اشاره کرد. ذهن آگاهی و تکانشگری با وجود اینکه ویژگی های مشترکی دارند، در عین حال تفاوت های اساسی در عملکرد دارند. در حالی که، هر دو بر زمان حال تمرکز دارند، اما نحوه تمرکزشان با هم متفاوت است. ذهن آگاهی بر ماهیت گذرای همه چیز و نیز بر نقش ارزش آگاهی از اقدامات که شامل توجه، مشاهده و توصیف یک تجربه بدون قضاوت است تأکید دارد. تکانشگری نشان دهنده تمرکز بیش از حد در زمان حال است که به افراد اجازه نمی دهد به اندازه کافی پیامد اقدامات خود را ملاحظه کنند. بنابراین ذهن آگاهی به منظور افزایش آگاهی از ارزش ها و ترویج اقدامات مطابق با ارزش های دنبال شده، عمل می کند. در حالی که تکانشگری به این امر می پردازد که یک فرد بدون فکر کردن درباره عواقب طولانی مدت، چه احساساتی را تجربه می کند. ذهن آگاهی می تواند به افزایش آگاهی از افکار خود کار کمک کند، بنابراین توانایی فرد

را برای در نظر گرفتن پیامدهای بالقوه اقدامات قبل از درگیر شدن در آنها افزایش می دهد. علاوه بر این، افزایش آگاهی ممکن است منجر به بهبود خودنظم دهی شود که هنگام مواجه شدن با تکانه های ناگهانی شدید برای درگیر شدن در رفتارهایی که ممکن است پیامد منفی داشته باشند، ضروری است (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین در تبیین یافته پژوهش حاضر می توان گفت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر این فرض استوار است که تحریف فرایندهای شناختی باعث افزایش احساسات ناخوشایند می شود. این موضوع باعث می شود افراد در رفتارهای مشکل ساز درگیر شوند که منجر به کاهش یا اجتناب از احساسات ناخوشایند می شود. یک نمونه ساده از اجتناب، مصرف الکل، سوء مصرف مواد یا رفتارهای جنسی پرخطر است. افراد در رویارویی با احساسات منفی نمی توانند بر فعالیت های هدفمند خود تمرکز کنند؛ یعنی افرادی که احساسات منفی را تجربه می کنند، با مشکلات بیشتری از جمله از دست دادن تمرکز یا حل مسئله کارآمد روبه رو می شوند. اما در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با پذیرش و تجربه مستقیم احساسات ناخوشایند، فرد به جای تغییر شناختی یا کاهش شدت عواطف، بر داشتن یک زندگی ارزشمند متمرکز می شود.

همچنین یافته دیگر پژوهش نشان داد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر مفاهیم اسلامی بر انعطاف پذیری شناختی مؤثر است. نتایج با پژوهش ترومپتر، باهل میجر، فاکس، براون و اسپریوز<sup>۱</sup> (۲۰۱۵)، توهیگ، ویلاردگ، لوین و هایس<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) و جهانگیری و همکاران (۱۳۹۷) هم راستا می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت افراد مصرف کننده مواد مخدر اغلب اوقات گرفتار هیجانات و احساساتی می شوند که راه گزیری از آن برای خود نمی یابند، آن ها آگاهی چندانی از عواطف خود ندارند و در نتیجه با این احساس که هیچ کنترلی بر زندگی احساسی خود ندارند، هیچ گونه تلاشی به عمل نمی آورند و این فرایندها منجر به کاهش انعطاف پذیری شناختی در آنان می گردد. فنون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ایجاد تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف

1. Trompetter, BohlMeijer, Fox, Brown & Schreurs

2. Twohig, Vilardaga, Levin & Hayes

و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات موجب می‌شود تا با تحقق اهداف شادکامی به رضایت از زندگی منجر شود. در نتیجه این افراد از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، یأس و ناامیدی و افسردگی که به نوبه خود موجب افزایش شدت مشکلات می‌شود، رهایی یابند و همین موجب انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود. با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در درمان پذیرش و تعهد می‌توان تولدانی مقابله‌ای بیمار در کنار آمدن با مشکلات را افزایش داد. در این درمان بر پذیرش آنچه که نمی‌توان به‌طور مستقیم تغییر داد به عنوان ابزاری جهت تشخیص و تغییر چیزهایی که می‌توان تغییر داد تأکید می‌شود. حضور در اینجا و اکنون، موجب می‌شود که فرد درگیر قضاوت‌ها در مورد تجارب ناخوشایند گذشته و آینده‌ی خودشان نشوند. فرایند تماس با لحظه لحظه‌های زندگی به فرد کمک می‌کند تا شرایط را تحمل‌پذیر نماید و تجربه لحظه‌های واقعی زندگی‌شان را بپذیرد که همین امر موجب حرکت او در جهت انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود (جهانگیری و همکاران، ۱۳۹۷). به‌طور کلی نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی می‌تواند منجر به کاهش تصمیم‌گیری تکانشی و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی در زنان وابسته به مواد مخدر گردد. بنابراین با توجه به اینکه پژوهش حاضر روی زنان وابسته به مواد مخدر در شهر مشهد انجام شد در تعمیم نتایج آن به مردان مصرف‌کننده مواد مخدر باید جانب احتیاط رعایت شود، همچنین استفاده از نمونه‌گیری در دسترس ممکن است تعمیم نتایج تحقیق را با محدودیت مواجه سازد. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در حجم نمونه بزرگ‌تر انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که شورای هماهنگی و ستاد مبارزه با مواد مخدر و مراکز مشاوره به منظور افزایش میزان شناخت و آگاهی زنان و مادران برنامه‌هایی مبنی بر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر مفاهیم اسلامی برگزار شود تا زنان وابسته به مواد بتوانند از مهارت‌های حل مساله مناسب برخوردار شوند و از تصمیم‌گیری‌های تکانشی، اجتناب کنند.

## منابع

- اختیاری، حامد؛ رضوان فرد، مهرناز و مکری، آذرخش (۱۳۸۷). تکانشگری و ابزارهای گوناگون ارزیابی آن: بازبینی دیدگاه‌ها و مطالعات انجام شده. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳)، ۲۴۷-۲۵۷.
- ارجمندقجور، کیومرث؛ علیلو، مجید؛ خانجانی، زینب و بخشی‌پوررودسری، عباس (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی بیماران وابسته به مت‌آمفتامین. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۹)، ۹۹-۱۲۲.
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۵). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: نشر جنگل.
- بنفشه، حمیدرضا؛ مصداقی‌نیا، اعظم؛ قریشی، فاطمه؛ گیلاسی، حمید؛ کاشانی، زهره و غلامی، مصطفی (۱۳۹۷). بررسی الگوی مصرف و علل گرایش به اعتیاد زنان تحت درمان نگهدارنده با متادون شهرستان کاشان. *دوماهنامه فیض*، ۲۲(۵)، ۵۳۲-۵۳۸.
- جاوید، محبوبه؛ محمدی، نوراله و رحیمی، چنگیز (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس تکانشگری بارت. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲(۸)، ۲۱-۳۲.
- جوان‌محبوب، سیما (۱۳۹۴). *مقایسه سبک‌های ارتباطی، هویتی و سبک زندگی زنان معتاد با عادی و تأثیر مداخله مبتنی بر واقعیت‌درمانی بر این سبک‌ها در زنان معتاد مرکز اقامتی آفتاب شهر مشهد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
- جهانگیری، میلاد؛ گل محمدیان، محمد و حجت‌خواه، محسن (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در معتادان تحت درمان متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۱۶۹-۱۸۴.
- شاه محمدی، یحیی؛ نریمانی، محمد؛ میکائیلی، نیلوفر و بشرپور، سجاد (۱۳۹۳). مقایسه انعطاف‌پذیری شناختی در بین افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، سیگاری و افراد عادی. *اولین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی*، تهران.
- عسگری، محمد و متینی، اعظم (۱۳۹۹). تأثیر آموزش تنظیم هیجان به روش گراس بر تکانشگری دانشجویان سیگاری. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۱(۴۲)، ۲۳۰-۲۰۵.
- علوی‌زاده، فرانک و شاکریان، عطا (۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای تجربه روابط فزاینده. *نشریه روان‌پرستاری*، ۴(۶)، ۸-۱۴.

قمی گیوی، حسین و مجرد، آرزو (۱۳۹۵). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد به مواد مخدر با استفاده از سبک دل‌بستگی و تکانشگری. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۸(۱)، ۱۷-۲۷.

کشاورز، سمیه؛ میرنسب، محمود؛ فتحی، اسکندر و بدری، رحیم (۱۳۹۶). تأثیر آموزش آگاهی فراشناختی بر سبک‌های تصمیم‌گیری و تنظیم هیجان دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تبریز. *فصلنامه روانشناسی شناختی*، ۵(۱)، ۶۵-۵۵.

کلینی، محمد بن یعقوب (۱۴۰۷ ق). *الکافی*. تهران: دارالکتب الإسلامیه.  
کهندانی، مهدیه و ابوالمعانی، خدیجه (۱۳۹۶). ساختار عاملی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس، وندروال و جیلون. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان-شناختی*، ۸(۳)، ۷۰-۵۳.

مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۴ ق). *بحار الأنوار*. لبنان: نشر مؤسسه الوفاء.  
ملائتی، علیرضا (۱۳۹۵). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر مفاهیم دینی بر کیفیت روابط والد-فرزند*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد.

میرزاخانی، فهیمه و خدادادی سنگده، جواد (۱۳۹۵). عوامل روان‌شناختی مستعدکننده اعتیاد در زنان: یک تحقیق کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶(۱۴۵)، ۳۳۲-۳۴۴.

نوریان، لیلی؛ آقایی، اصغر و قربانی، مریم (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در زنان مبتلا به چاقی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۳(۲۵)، ۱۵۹-۱۶۹.

نیازی، محسن؛ نوروزی، میلاد و ادیب‌پور، ندا (۱۳۹۸). اعتیاد در زنان: یک مطالعه روایت‌پژوهی (تجربه زیسته زنان مصرف‌کننده مواد در شهر اصفهان). *مجله پژوهش‌نامه زنان*، ۱۰(۳۰)، ۱۶۶-۱۵۳.

هریس، راس (۱۳۹۵). *ACT به زبان ساده*. ترجمه انوشه امین‌زاده، انوشه. تهران: ارجمند. چاپ اول. (سال انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۹)

یوسفی، مهدی؛ یونسی، سیدجلال؛ فرهودیان، علی و صافی، محمدهادی (۱۳۹۹). کاهش تکانشگری بیماران بهبودیافته مبتلا به اختلال مصرف مت‌آفتامین با به‌کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. *مجله توانبخشی*، ۲۱(۳)، ۴۰۶-۴۲۱.

## References

Barratt, E., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Felthous, A. (1995). Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggressions. *Journal of society of biological psychiatry*, 41, 1045-1061.

- Bawor, M., Dennis, B. B., Anglin, R., Steiner, M., Thabane, L., & Samaan, Z. (2014). Sex differences in outcomes of methadone maintenance treatment for opioid addiction: A systematic review protocol. *Journal of systematic reviews*, 3(45), 1-7.
- Brady, K. T., Back, S. E., & Greenfield, S. F. (2009). *Women and addiction: A comprehensive handbook (1sted)*. NewYork: Guilford Press Publication.
- Coumans, J. M. J., Danner, U. N., Ahrens, W., Hebestreit, A., Intemann, T., Kourides, Y. A., & Stomfai, S. (2017). The association of emotion-driven impulsiveness, cognitive inflexibility and decision-making with weight status in European adolescents. *International journal of obesity*, 42, 655–661.
- Crews, F. T., & Boettiger, C. A. (2009). Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction. *Journal of pharmacology biochemistry and behavior*, 93(3), 237-247.
- Dennis, J. P., & VanderWal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: instrument development and estimates of reliability and validity. *Journal of cognitive therapy research*, 34, 241–253.
- Dir, A. L., Coskunpinar, A., & Cyders, M. A. (2014). A meta-analytic review of the relationship between adolescent risky sexual behavior and impulsivity across gender, age, and race. *Journal of clinical psychology review*, 34(7), 551-562.
- Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Greenwood, C. J., Oldenhof, E., Toumbourou, J. W., & Youssef, G. J. (2017). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of clinical psychology review*, 51, 109-124.
- González-Menéndez, A., Fernández, P., Rodríguez, F., & Villagrà, P. (2014). Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: A randomized controlled trial. *International journal of clinical and health psychology*, 14(1), 18-27.
- Hayes, S. C. (2010). *Practical Guide to Acceptance and commitment therapy*. NewYork: Springer Science and Business Media Inc.
- Hinson, J. M., Jameson, T. L., & Whitney, P. (2017). Impulsive decision making and working memory. *Journal of experimental psychology: learning, memory, and cognition*, 29(2), 298-308.
- Jacques, S., & Zelazo, P. D. (2005). *On the possible roots of cognitive flexibility*. In B. D. Homer & C. S. Tamis-LeMonda (Eds.), *the development of social cognition and communication*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Jakuszkowiak-Wojten, K., Landowski, J., Wiglusz, M. S., & Cubala, W. J. (2015). Impulsivity in anxiety disorders. A critical review. *Journal of psychiatria danubina*, 27(1), 452-455.
- Kale, D., Stautz, K., & Cooper, A. (2018). Impulsivity related personality traits and cigarette smoking in adults: A meta-analysis using the UPPS-P model of impulsivity and reward sensitivity. *Journal of drug and alcohol dependence*, 185, 149-167.

- Kelley, B. J., Yeager, K. R., Beversdorf, D. Q. (2005). Cognitive impairment in acute cocaine withdrawal. *Journal of cognitive and behavioral neurology*, 18(2), 108–112.
- Martínez-Loredo, V., & Fernández-Hermida, J. R. (2019). Impulsivity-targeted selective preventive interventions and treatments in addictive behaviors. *Journal of revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 6(3), 1-7.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects impulsivity. *American journal of psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
- Moradinazar, M., Najafi, F., Jalilian, F., Pasdar, Y., Hamzeh, B., Shakiba, E., & Mirzaei-Alavijeh, M. (2020). 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. *Journal of substance abuse treatment, prevention, and policy*, 15, 1-11.
- Morrison, K. L., Madden, G. J., Odum, A. L., Friedel, J. E., Whitney, P & Twohig, M. P. (2014). Altering impulsive decision making with an acceptance-based procedure. *Journal of behavior therapy*, 45(5), 630-639.
- Morrison, K. L., Smith, B. M., Ong, C. W., Lee, E. B., Friedel, J. E., Odum, A., & Twohig, M. P. (2020). Effects of acceptance and commitment therapy on impulsive decision-making. *Journal of behavior modification*, 44(4), 600-623.
- Pakenham, K. I. (2017). Training in acceptance and commitment therapy fosters self-care in clinical psychology trainees. *Journal of clinical psychologist*, 21(3), 186-194.
- Patros, C. H., Alderson, R. M., Lea, S. E., & Tarle, S. J. (2017). Context influences decision-making in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: A comparison of traditional and novel choice-impulsivity paradigms. *Journal of child neuropsychology*, 23(2), 242-254.
- Preiss, M., Kucerova, H., Lukavsky, J., Stepankova, H., Sos, P., & Kawaciukova, R. (2009). Cognitive deficits in the euthymic phase of unipolar depression. *Journal of psychiatry research*, 169(3), 23-39.
- Roshanfekar, P., Noori, R., Dejman, M., Fathi-Geshnigani, Z., & Rafiey, H. (2015). Drug use and sex work among at-risk women: a qualitative study of initial factors. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 9(2), 953-972.
- Schag, K., Schonleber, J., Teufel, M., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2013). Food-related impulsivity in obesity and binge eating disorder: a systematic review. *Journal of obesity reviews*, 14(6), 477-495.
- Scott, W., Daly, A., Yu, L., & McCracken, L. M. (2017). Treatment of chronic pain for adults 65 and over: Analyses of outcomes and changes in psychological flexibility following interdisciplinary acceptance and commitment therapy (ACT). *Journal of pain medicine*, 18(2), 252-264.
- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness

- Scale: An update and review. *Journal of personality and individual differences*, 47(5), 385-395.
- Suchman, N. E., DeCoste, C., Leigh, D., & Borelli, J. (2010). Reflective functioning in mothers with drug use disorders: Implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Journal of attachment & human development*, 12(6), 567-585.
- Trompeter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Fox, J. P., & Schreurs, K. M. (2015). Psychological flexibility and catastrophizing as associated change mechanisms during online Acceptance & Commitment Therapy for chronic pain. *Journal of behaviour research and therapy*, 74, 50-59.
- Turner, D., Sebastian, A., & Tuscher, O. (2017). Impulsivity and cluster B personality disorders. *Journal of current psychiatry reports*, 19(3), 15-26.
- Turner, T. H., LaRowe, S., Horner, M. D., Herron, J., & Malcolm, R. (2009). Measures of cognitive functioning as predictors of treatment outcome for cocaine dependence. *Journal of substance abuse treatment*, 37(4), 328-334.
- Twohig, M. P., Vilardaga, J. C. P., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of contextual behavioral science*, 4(3), 196-202.
- Tyndall, I., & Waldeck, D. (2019). The acceptance and action questionnaire-ii (aaq-ii) as a measure of experiential avoidance: concerns over discriminant validity. *Journal of contextual behavioral science*, 12, 278-284.
- VanderVeen, J. D., Hershberger, A. R., & Cyders, M. (2016). UPPS-P model impulsivity and marijuana use behaviors in adolescents: A meta-analysis. *Journal of drug and alcohol dependence*, 168, 181-190.
- Verdejo-García, A., & Pérez-García, M. (2007). Profile of executive deficits in cocaine and heroin polysubstance users: common and differential effects on separate executive components. *Journal of psychopharmacology*, 190(4), 517-530.
- Verdejo-García, A., Clark, L., Verdejo-Román, J., Albein-Urios, N., Martínez-Gonzalez, J. M., Gutierrez, B., Soriano-Mas, C. (2015). Neural substrates of cognitive flexibility in cocaine and gambling addictions. *The british journal of psychiatry*, 207(2), 158-164.
- Wolff, J. M. (2012). *Adolescent Decision Making and Risk Behavior: A Neurobiological Approach*. Doctoral dissertation, University of Nebraska, Lincoln, United States.
- Zong, J. G., Cao, X. Y., Cao, Y., Shi, Y. F., Wang, Y. N., & Yan, C. (2010). Coping flexibility in college students with depressive symptoms. *Journal of health quality life outcomes*, 8(1), 66-78.