فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال شانزدهم، شماره شصت و چهارم، ص۱۷۶-۱۴۵، تابستان ۱۴۰۱
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 16, No. 64, P 145-176, Summer 2022

مقاله پژوهشی
Research Article

مقایسه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، پذیرش و تعهد و شفقت‌درمانی بر خودکارآمدی‌پرهیز از مواد و کیفیت‌زندگی در افراد وابسته به مواد افیونی *

مهدی پورکرد[۱]، سیمین غلامرضایی[۲]، فیروزه غضنفری[۳]، فاطمه رضایی[۴]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۱

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر سبک‌زندگی، پذیرش و تعهد و شفقت بر خودکارآمدی پرهیز از مواد و کیفیت‌زندگی در افراد وابسته به مواد افیونی بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری پژوهش شامل همه بیماران وابسته به مواد افیونی در مراکز اقامتی میان مدت ترک اعتیاد شهرستان نجف آباد در سال ۱۳۹۹ بود. از این بین ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایشی و یک گروه کنترل گمارده شدند. گروه‌های آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در طول مدت درمان هیچ آموزشی دریافت نکردند. ارزیابی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با دو مقیاس خودکارآمدی پرهیز از مواد و کیفیت‌زندگی صورت گرفت. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هر سه شیوه درمان به طور معناداری باعث افزایش خودکارآمدی پرهیز از مواد شدند و این تفاوت در مرحله پیگیری سه ماهه نیز پابرجا بود، اما بر روی کیفیت زندگی تاثیر معناداری نداشتند. به علاوه، بین میزان اثربخشی سه شیوه درمان بر خودکارآمدی پرهیز از مواد و کیفیت‌زندگی تفاوت معناداری مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری:** مداخلات درمانی مذکور می‌توانند به عنوان روش‌های مؤثر به منظور افزایش خودکارآمدی‌پرهیز از مواد به‌کار گرفته شوند، اما هیچ‌کدام از این مداخلات، درمان انتخابی نیستند.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت‌درمانی، خودکارآمدی‌پرهیز، کیفیت‌زندگی، افراد وابسته به مواد افیونی

*. این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای نویسنده اول در دانشگاه لرستان می‌باشد.

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۳. نویسنده‌مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. پست الکترونیک: firoozeh.ghazanfari@yahoo.com
۴. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

مقدمه

یکی از مشـــکلات جدی زندگی بشـــر امروزه اعتیاد به مواد مخدر به حســـاب می‌آید که زندگی افرد را از جنبه‌های مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد (کاظمیان، ۱۳۹۳). مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی بدون مداخله روانی اجتماعی، به علت اطاعت دارویی[1] پایین و میزان بالای ریزش[2] ضـــعیف می‌باشـــد (روزن[3] و همکاران، ۲۰۰۶). در سال‌های اخیر در کشورهای مختلف و پیشرفته مؤسسات آموزشی و درمانی و متخصصان بهداشت روان راهکارها، روش‌ها، نظریه‌ها، مدل‌ها و فنون مختلفی را در پیشـــگیری و درمان اعتیاد و جلوگیری از عود مجدد پس از ترک اعتیاد ابداع، تجربه و آزمایش کرده‌اند. با این حال هنوز درمان قطعی برای آن پیدا نشده است و حتی بعد از آن که فرد معتاد، مصـــرف مواد مخدر را کنار می‌گذارد باز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را دوباره شروع نکند.

یکی از عواملی که در پیشـــگیری و کاهش احتمال عود نقش مهمی دارد، ســـبک زندگی[4] اســـت. ســـبک‌زندگی در روانشـــناســـی فردی آدلر، مهم‌ترین عامل تنظیم‌کننده زندگی انسـان و مشـخص‌کننده‌ی حرکت وی در زندگی و جهان بوده و نحوه کنار آمدن فرد با موانع و مشکلات زندگی و پیدا کردن راه‌حل و دستیابی به اهدافش است (شارف[5]، ۲۰۰۹؛ به نقل از رضـــاپور و نصـــوحی، ۱۳۹۷). افرادی که از لحاظ روانی ســـالم نیســـتند، معمولاً زندگی نسبتاً انعطاف‌ناپذیری دارند که موجب می‌شود در انتخاب راه‌های جدید و پاسخ دادن به محیط‌شان ناتوان باشند. در مقابل افرادی که از لحاظ روانی سالم هستند به صـــورت انعطاف‌پذیر و متنوع رفتار می‌کنند و ســـبک‌زندگی آن‌ها پرمایه، پیچیده و تغییر پذیر است (فیست و فیست[6]، ۱۳۹۴). به اعتقاد مارلات و دونووان[7] (۲۰۰۷) عوامل مربوط به ســـبک‌زندگی و ســـوابق پنهان فرد می‌تواند خطرپذیری فرد را نســـبت به مواد افزایش یا مقاوت فرد را در مرحله پیشگیری از عود کمتر کند. نتایج پژوهشی و تجارب بالینی نشان

1. compliance
2. dropout
3. Roozen
4. life style
5. Sharf
6. Feist & Feist
7. Marlatt & Donovan

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

داده‌اند که اگر به همراه مداخلات درمانی نتوان سبک‌زندگی درمان‌جویان را تغییر داد، پس از سم‌زدایی به علت ماهیت عودکننده و مزمن وابستگی به مواد، مجدد افراد به مصرف مواد روی می‌آورند. بنابراین از طریق تغییر در سبک زندگی می‌توان دوره پرهیز از مواد یا دیگر داروهای روان‌گردان را طولانی‌تر کرد (آدلر[1]، ۱۹۲۷، ۱۹۲۹؛ موساک و مانیچی[2]، ۲۰۱۳؛ کارول[3] و همکاران، ۲۰۰۰، ریچمن[4]، ۲۰۰۱، مهدی‌زاده زارع اناری و حاج حسینی، ۲۰۱۲؛ هوپلی و برونل[5]، ۲۰۱۲؛ نرویانو وگروس[6]، ۱۹۸۳).

یافته‌های علمی نشان می‌دهد که اجتناب تجربی، هم در شکل‌گیری اعتیاد و هم به عنوان عامل بازدارنده درمان نقش مهمی دارد. بنابراین باتوجه به این‌که سوءمصرف مواد، احتمالاً بر اثر اجتناب تجربی برانگیخته می‌شود و با پیامدها و نتایج حاصل از بی‌تفاوتی نسبت به زندگی، همراه می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تأثیر درمانی بالقوه‌ای در این جمعیت دارد. در واقع یافته‌های محدود ولی در حال افزایش، حاکی از این است که این نوع درمان، برای مصرف و سوءمصرف مواد و سیگار مؤثر است (هایز و لیلیس[7]، ۲۰۱۰؛ آبراموویتز، تولین و استریت[8]،۲۰۰۱؛ هایز، استروسال و ویلسون[9]، ۱۹۹۹، هایز و استروسال، ۲۰۰۴؛ استودارد وآفری[10]، ۱۳۹۶؛ باتن[11]، ۲۰۱۱؛ کمپل-سیلز، بارلو، براون و هافمن[12]، ۲۰۰۶؛ لی، آن، لوین و توهیگ[13]، ۲۰۱۵؛ خاکباز وهمکاران، ۲۰۱۶؛ توهیگ، شونبرگر[14] و هیز، ۲۰۰۷؛ هرناندز- لوپز، لوسیانو، بریکر، روآلس- نیتو و مونتسینوس[15]، ۲۰۰۹؛ محمدی، صالح‌زاده‌ابرقویی و نصیریان، ۱۳۹۴؛ ارجمندقجور، محمودعلیلو، خانجانی و بخشی‌پور، ۱۳۹۸؛ مرتضایی، شاهمرادی و رستمی، ۱۳۹۸).

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

1. Adler
2. Mosak & Maniacci
3. Carroll
4. Richman
5. Hopley & Brunelle
6. Nerviano & Gross
7. Hayes & Lillis
8. Abramowitz, Tolin & Street
9 Hayes,Strosahl& Wilson
10 Stoddard & Afari
11. Batten
12. Campbell-Sills, Barlow, Brown & Hofmann
13. Lee, An, Levin &Twohig
14. Shoenberger
15. Hernandez-Lopez, Luciano, Bricker, Roales-Nieto & Montesinos

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

از طرف دیگر تحقیقات نشان می‌دهد که یکی از عوامل شخصیتی که با وابستگی به مواد ارتباط داشته و به عنوان یک عامل حفاظتی در برابر گرایش به مصرف مواد عمل می‌نماید، شفقت به خود[1] است. شفقت به خود با احساس دوست داشتن خود مرتبط بوده و نوعی خودپذیری سالم است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی می‌باشد. اما به معنای ترجیح نیازهای خود به دیگران و خودمحوری نیست (نف[2]، ۲۰۱۱). این سازه دارای سه مؤلفه است. مولفه اول مهربانی با خود است که واکنش به سرزنش و قضاوت خود در هنگام شکست است به این صورت که به اندازه‌ای که نگران دیگران هستیم، مراقب خودمان هم باشیم و خود را سرزنش نکنیم. مولفه دوم تجربه مشترک بشری است، که حاکی از این احساس است که همه انسان‌ها سختی‌هایی را در زندگی تجربه می‌کنند، نواقصی دارند، شکست می‌خورند و دچار اشتباه می‌شوند. مولفه سوم ذهن آگاهی است که منظور از آن آگاهی لحظه به لحظه از تجارب دردناک به شیوه‌ای روشن و متعادل است (نف، ۲۰۰۸). اصل اساسی در شفقت درمانی به این موضوع اشاره دارد که عوامل و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند، به این ترتیب، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به مسائل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مقابل عوامل درونی نیز آرامش پیدا می‌کند (گیلبرت[3]، ۲۰۱۴). به‌علاوه افراد در این درمان یاد می‌گیرند که احساسات و تجارب دردناک خود را سرکوب نکرده و از آن‌ها اجتناب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (ایرونز و لاد[4]، ۲۰۱۷). در تمرین‌های شفقت درمانی بر ذهن‌آرامی، تن‌آرامی، ذهن آگاهی و شفقت به خود تأکید می‌شود که نقش مهمی در افکار خودآیند منفی، کاهش استرس و آرامش ذهنی فرد خواهد داشت (گیلبرت، ۲۰۱۴). یافته‌های پژوهشی نشان‌دهنده این است که بین شفقت به خود و مصرف مواد مخدر، الکل و ولع مصرف رابطه منفی وجود دارد (مویلر و کراکر[5]، ۲۰۰۹؛ رندون[6]، ۲۰۰۶؛ برنارد و کوری[7]، ۲۰۱۱؛ لی وجیمز[8]، ۲۰۱۳؛

1. self-compassion
2. Neff
3. Gilbert
4. Irons and Lad
5. Moeller & Crocker
6. Rendon
7. Barnard & Curry
8. James

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

نف، ۱۳۹۸؛ بشـــرپور و همکاران، ۲۰۱۴؛ فلپس، پانیاگوا، ویلکاکســـون و پاتر[1]، ۲۰۱۸؛ توصیفیان، کاوه‌قادری، خالدیان و فرخی، ۱۳۹۶؛ کولتز[2]، ۱۳۹۸).

مطالعات نشـــان داده‌اند که ناکامی یا لغزش در درمان اعتیاد یکی از موانع اصـــلی در حفظ طولانی مدت پرهیز و دیگر تغییرات رفتاری، شـــناختی و اجتماعی زندگی افراد وابسته به مواد، تلقی می‌شود (شیرین بیان و همکاران، ۱۳۸۸؛ به نقل از جعفری، ۱۳۹۴). در این زمینه تحلیل محتوای دلایل عود در معتادان هروئینی، الکلی‌ها و سیگاری‌ها به شناسایی موقعیت‌های پرخطر انجامید. این موقعیت‌ها شامل سه موقعیت بین فردی (افزایش هیجانات مثبت، فشـــار اجتماعی و تعارض بین فردی) و پنج موقعیت درون فردی (حالات فیزیولوژیکی منفی، حالات هیجانی، افزایش حالات هیجانی مثبت، تسلیم میل و وسوسه شـــدن و آزمایش مهار شـــخصـــی) می‌شـــود (مارلات و باون[3]، ۲۰۰۹؛ به نقل از جعفری، ۱۳۹۴). در این خصـــوص برخی از متغیرهای تأثیرگذار در عود که در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد عبارتند از خودکارآمدی‌پرهیز از مواد و کیفیت‌زندگی که به بررسی آن‌ها پرداخته می‌شود.

خودکارآمدی[4] به عنوان متغیر پیش‌بین برای طیف وســـیعی از رفتارهای نابهنجار مورد بررســـی قرار گرفته اســـت و در واقع یک عامل محافظت‌کننده در مقابل مصـــرف مواد به شـــمار می‌آید (فولادوند، برجعلی، حســـین ثابت و دلاور، ۱۳۹۵). خودکارآمدی‌پرهیز[5] از مواد به باور یک فرد در مورد شـــایســـتگی خود برای مقابله با امیال چالش‌برانگیز و وسوسه‌انگیز مصرف گفته می‌شود که نتیجه مشاهده کردن مجموعه‌ای از تجارب موفق خود و دیگران در پرهیز از مواد است (دولان، مارتین و روزنو[6]، ۲۰۰۸). یافته‌های پژوهشی حاکی از این اسـت که خودکارآمدی پایین سـوءمصـرف مواد را در افراد افزایش می‌دهد (دولان و همکـاران، ۲۰۰۸؛ تـات[7] و همکـاران، ۲۰۰۸؛ پینســـکر[8] و همکـاران، ۲۰۱۸؛

1. Phelps, Paniagua, Willcockson & Potter
2. Kolts
3. Bowen
4. self-efficacy
5. abstinence self-efficacy
6. Dolan, Martin & Rohsenow
7. Tate
8. Pinsker

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

هوهانیان، راسموسن، آدامی، ویکستروم و تونسن[1]، ۲۰۲۰). همچنین یافته‌های دیگر نشان دادند که افزایش خودکارآمدی پرهیز از مواد منجر به طولانی‌تر شدن دوره پرهیز از مواد و کاهش عود می‌گردد (مدرسی‌فرد و ماردپور، ۱۳۹۵؛ گنزالز- مندز، فرناندز، رودریگوز و ویلاگر[2]، ۲۰۱۴).

در دهه‌های اخیر کیفیت زندگی[3] نیز به عنوان یک عامل مهم در ارزیابی نتایج درمانی سوءمصرف مواد، مورد توجه قرار گرفته است. کیفیت زندگی یک مفهوم گسترده و چند بعدی است که شامل ارزیابی‌های ذهنی از جنبه‌های مثبت و منفی زندگی می‌باشد (لای، لیم، تانگ و لاو[4]، ۲۰۱۸). مفهوم کیفیت زندگی اغلب به عنوان درک شخصی رضایت از زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری، آداب معاشرت و سلامت روانی بیمار است (محمدی و رحیم زاده تهرانی، ۱۳۹۷). کیفیت زندگی به طور کلی به ادراک فرد از سلامت خود، مطابق با مقتضیات فرهنگی، سیستم ارزشی، اهداف، انتظارات و علایقش اشاره دارد و توضیح می‌دهد که چرا افراد با شاخص‌های عینی مشابه از کیفیت زندگی، می‌توانند شاخص‌های ذهنی کاملاً متفاوتی داشته باشند (کاسترو، پانسیانو، مینگتی، کرلینگ و چم[5]، ۲۰۱۲). سوء مصرف مواد با پیامدها و عواقب زیادی همراه بوده و شدیداً بر سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و زندگی روزمره فرد اثر می‌گذارد. علاوه بر این سبک نامناسب زندگی فرد از عوامل سوق دهنده فرد به سمت مصرف مواد می‌باشد (گنزالز- مندز و همکاران، ۲۰۱۴). از جمله عوامل مؤثر بر کیفیت‌زندگی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که یکی از درمان های مؤثر و مطرح در این زمینه، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است.

همان طور که اشاره شد عوامل مربوط به سبک‌زندگی می‌تواند انعطاف‌پذیری افراد را افزایش و خطرپذیری آن‌ها را نسبت به مواد کاهش داده و مقاومت فرد را در مرحله پیشگیری بیشتر کند. همچنین لویس و واتز[6] (۲۰۰۴) نشان دادند که موضوعات سبک

1. Hovhannisyan, Rasmussen, Adami, Wikström & Tønnesen
2. Gonzalez– Menendez, Fernandez, Rodriguez &Villagra
3. quality of life
4. Lai, Lim, Tang & Low
5. Castro, Ponciano, Meneghetti, Kreling & Chem
6. Lewis & Watts

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

زندگی آدلری، بیشتر از سایر متغیرها، تکرار رفتارهای مرتبط با الکل و مصرف الکل را پیش‌بینی می‌کند. فرد در زمان‌های استرس به جای آزمودن رفتارهای جدید، به نوعی الگوهایی رفتاری مبتنی بر عادت را به کار می‌برد که باعث می‌شود در فعالیت غیرقابل‌انعطاف و ترس از خارج شدن از دامنه معمول، گیر کند. همچنین فرد ممکن است برای رهایی از نگرانی، رنج و یا وسوسه به درمان بیاید ولی به ندرت پیش می‌آید که برای تغییر سبکی از فعالیت، به درمان بیاید. سبک زندگی، به دلیل ویژگی‌های خود تقویتی[1]، استرس یا فقدان آزادی درونی را ایجاد می‌کند که می‌تواند با توسل به هدف یا وسوسه یا هر دو در یک زمان تسکین یابد. علاقه اجتماعی پادزهر نگرانی، رنج و وسوسه یا فقدان آزادی درونی است و به معنای توانایی انعطاف‌پذیری برای همکاری با دیگران می‌باشد. بنابراین، علاقه اجتماعی و آزادی درونی می‌تواند یکی از اهداف فرایند درمانی شود. علاوه براین سبک زندگی می‌تواند تأثیر مهمی بر فعالیت‌های مختلف و در نهایت سلامت جسمی و روانی افراد داشته و خود را در خانه، خانواده، اهداف، سرگرمی‌ها، افکار و عقاید، اقدامات اجتماعی، تعلیم و تربیت، آینده، اقتصاد و نقش‌هایی که افراد بر عهده می‌گیرند، نشان دهد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیمار کمک می‌شود تا خود را از چرخه اجتناب و آمیختگی شناختی از طریق فرایندهای پذیرش و تعهد خارج کند و به این ترتیب باعث انعطاف‌پذیری شناختی و افزایش کیفیت زندگی در بیماران می‌شود. این رویکرد می‌تواند به طور مؤثری مشکلات روان‌شناختی مهم همراه با مصرف مواد، مانند افسردگی و اضطراب را هدف قرار دهد (لی و همکاران، ۲۰۱۵) ولی این درمان بعد هیجانی را مورد توجه قرار نمی‌دهند. از طرفی اگر چه در درمان مبتنی بر شفقت مواردی وجود خواهد داشت که از درمان‌های دیگر گرفته شده است، اما در مقایسه با درمان‌های دیگر، موردی که درمان مبتنی بر شفقت را متمایز می‌کند، تأکید بر شفقت و در نظر گرفتن مشکلات انسانی بر اساس نظریه تکامل است. این درمان بر این موضوع تأکید می‌کند که چگونه هیجان‌ها و انگیزه‌های اساسی در مغز و ذهن به وجود می‌آید و توضیح

1. self- reinforcing

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

می‌دهد که با چه شیوه‌هایی می‌توانیم به احساس امنیت برسیم و روی مواردی کار کنیم که ما را می‌ترساند و از این طریق منجر به درمان می‌گردد.

با توجه به مطالب ذکر شده و آمارهای موجود به نظر می‌سد که عوامل تأثیرگذار در انگیزه ترک و تداوم آن به طور دقیق شناسایی نشده و برنامه‌های درمانی و روش‌های کنترل از اثربخشی بالایی برخوردار نیستند. در این راستا شناسایی روش‌های درمانی اثربخش‌تر و متغیرهای روان‌شناختی مؤثر یکی از ضروریات این زمینه می‌باشد. از آن‌جا که پژوهشی که سه روش درمانی ذکر شده را مقایسه کند و نشان دهد که کدام یک از مداخلات، بیشترین اثر را بر خودکارآمدی پرهیز از مواد و کیفیت زندگی دارد، انجام نشده است؛ بنابراین در مطالعه حاضر این سئوال بررسی شده است که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت درمانی بر خودکارآمدی‌پرهیز از مواد و کیفیت‌زندگی در افراد وابسته به مواد تفاوتی وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری (سه ماهه) بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران وابسته به مواد افیونی در مراکز اقامتی میان‌مدت ترک اعتیاد شهرستان نجف‌آباد در سال ۱۳۹۹ بودند. از این جامعه، ۲ مرکز ترک اعتیاد (بانیان جوان و راه صداقت) انتخاب شدند. سپس از هر مرکز دو گروه ۱۰ نفری به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در چهار گروه (سه گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) گماشته شدند. سپس هر یک از گروه‌ها (به جز گروه کنترل) به صورت تصادفی یک نوع درمان را دریافت کردند. ملاک‌های ورود به پژوهش وابستگی به مواد افیونی بر اساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، پرهیز از مصرف مواد حداقل به مدت یک هفته قبل از ورود به برنامه درمان، داشتن سن۱۸ تا ۴۰ سال و دارا بودن حداقل سطح تحصیلات سیکل بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش داشتن وابستگی بلند مدت به چند ماده مخدر به طور همزمان، ابتلا به اختلالات روانی و داشتن بیماری جسمانی بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مکرر در نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس تحلیل شدند.

پژوهش حاضر، در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی لرستان با شناسه اخلاق IR.LUMS.REC.1398,276 مصوب گردیده است.

ابزار

۱- مقیاس خودکارآمدی‌پرهیز از مواد: این پرسشنامه توسط مارتین و ویلکینسون[1] (۱۹۹۵) تهیه شده است و ۲۰ سئوال دارد. آزمودنی هر سئوال را بر طبق یک مقیاس پنج درجه‌ای (ازکاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ می‌دهد و دارای سه خرده مقیاس هیجانی- درون‌فردی، اجتماعی ـــ سرگرمی و سوگ- فقدان می‌باشد. نمرات در این پرسشنامه در دامنه ۲۰ تا ۱۰۰ قرار می‌گیرند و منعکس‌کننده بعضی احساس‌ها و موقعیت‌های هیجانی است که افراد به طور معمول مواد را برای سرگرمی و خوش‌گذرانی در جشن‌ها مصرف می‌کنند. همچنین نشان‌دهنده واکنش‌های موادطلبانه افراد در موقعیت‌های سوگواری یا فقدان عزیزان نیز می‌باشد. مارتین و ویلکینسون (۱۹۹۵) روایی این مقیاس را در ارتباط با زیرگروه‌هایی از نمونه‌های مورد مطالعه ارزیابی کرده و آن را برای سنجش خودکارآمدی پرهیز از مواد، معتبر گزارش کرده‌اند. همچنین آن‌ها پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به‌دست آوردند. در بررسی جعفری و همکاران (۲۰۰۹) ضریب همبستگی بین ارزیاب‌ها ۰/۷۸ و پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شد (به نقل از جعفری، ۱۳۹۴). پایایی بر اساس آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۹۱ به‌دست آمد.

۲- پرسشنامه کیفیت‌زندگی: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) شامل ۲۶ سئوال بوده و چهار خرده مقیاس سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سئوال مورد سنجش قرار می‌دهد. به عبارت دیگر دو سؤال اول هیچ زیرمقیاسی را مورد سنجش قرار نمی‌دهد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می‌کند. نحوه پاسخگویی به سئوالات از نوع لیکرت ۵

1. Martin & Wilkinson

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

درجه‌ای از اصلاً (۱) تا خیلی زیاد(۵) است. سئوالات ۳، ۴ و ۲۶ نیز به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پس از انجام محاسبه‌های لازم در هر خرده مقیاس، نمره‌ای معادل ۴-۲۰ (برای هر زیرمقیاس به طور جداگانه) به‌دست می‌آید و دامنه نمره برای کل مقیاس بین ۱۸ تا ۱۲۰ است. در پژوهش نجات، منتظری، هلاکویی نائینی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵)، مشخصات روانسنجی این مقیاس با ۱۱۶۷ شرکت‌کننده در چهار گروه نشان داد، که این ابزار از پایایی و روایی رضایت بخشی در گروه‌های سالم و بیمار برخوردار است. همچنین سازمان بهداشت جهانی ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس را بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش نموده است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). در ایران نیز برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی با فاصله سه هفته‌ای، تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده شد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۴ بود (نصیری، ۱۳۸۵). پایایی بر اساس آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۹۴ به‌دست آمد.

روش اجرا

در این مطالعه، برنامه‌های درمانی سبک زندگی آدلری بر اساس کتاب ارزیابی و درمان سبک زندگی اکستین و کرن[1] (۲۰۰۸؛ ترجمه علیزاده، یوسفی و کرمی، ۱۳۸۹)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس راهنمای درمانی ایزدی و عابدی (۱۳۹۴) و کتاب بزرگ استعاره‌های اکت استودارد و آفری (۱۳۹۶) و شفقت‌درمانی براساس ساختار جلسات درمانی راسل کولتز (۱۳۹۸) و برنامه درمانی شفقت به خود نف و گرمر[2] (۱۳۹۸) برای هر گروه (به جز گروه کنترل) به صورت مجزا در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت دو بار در هفته انجام شد. همچنین اجرای آزمون‌های پژوهش، قبل از شروع مداخله (پیش آزمون)، بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس آزمون) و پیگیری (سه ماهه) اجرا شد. محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Eckstin & Kern
2. Neff & Germer

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

جدول ۱: خلاصه محتوای طرح درمان مبتنی بر سبک‌زندگی، پذیرش و تعهد و شفقت

جلسات	سبک‌زندگی	درمان مبتنی بر شفقت	جلسات	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش
اول	آشنایی با مراجعین و درمانگر، گرفتن پیش‌آزمون، ارائه کلیات بحث و آماده نمودن افراد جهت ورود به درمان.	برقراری ارتباط اولیه، اجرای پیش‌آزمون، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت، مروری بر ساختار جلسات.	اول	آشنایی با مراجعین و درمانگر، گرفتن پیش‌آزمون و آموزش در خصوص اختلال وابستگی به مواد و مفاهیم درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد.
دوم	مرور موارد مطرح شده در جلسه گذشته، آگاهی از شیوه زندگی روزانه افراد و مفهوم سبک زندگی.	مرور موارد مطرح شده در جلسه قبل؛ تفاوت شفقت به خود با مفاهیم مشابه، مزایای شفقت به خود، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، مرور مهارت‌های لازم برای پرورش اسنادهای شفقت ورزی.	دوم و سوم	مرور موارد مطرح شده در جلسه گذشته، آشنایی با فهرست ناراحتی‌ها و مشکلاتی که مراجع تلاش می‌کند از آن‌ها رهایی یابد و آموزش ناامیدی خلاقانه، بررسی راهبردهای کنترلی، هزینه، خسارات و فوایدی که این راهبردها تا کنون داشته است، معرفی راهبردهای کنترل به عنوان مشکل.
سوم	مرور موارد مطرح شده در جلسه گذشته، داستان زندگی و مؤلفه‌های آن از قبیل تغییرات مهم زندگی، تجربه اوج، تجربه افت، اولین خاطره زندگی، مهم‌ترین خاطره دوران کودکی، نوجوانی و جوانی، چند خاطره دیگر و ساختار اتفاقات مهم داستان زندگی.	مرور موارد مطرح شده در جلسه قبل؛ درک شفقت ورزی و این که تکامل چگونه مغز ما را شکل داده است، فیزیولوژی خود سرزنشگری و شفقت به خود، الگوی سه حلقه‌ای هیجان‌ها.		
چهارم	مرور موارد مطرح شده در جلسه گذشته، آفرینش داستانی دیگر و اولویت‌های زندگی، مسائل اساسی زندگی و نحوه برخورد با آن‌ها و اثرگذاری مثبت و منفی در زندگی.	مرور جلسه قبل؛ آموزش توجه-آگاهی و تنفس محبت آمیز، نحوه برخورد با موانع ذهن‌آگاهی و رها کردن مقاومت، آموزش پرورش مهربانی نسبت به خود و مفهوم بازافروختگی.	چهارم و پنجم	مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسه گذشته، ایجاد تمایل (پذیرش) و توجه‌آگاهی از طریق رها کردن تلاش برای کنترل و ایجاد گسلش شناختی: پذیرش و زندگی بر اساس

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

جدول ۱: خلاصه محتوای طرح درمان مبتنی بر سبک‌زندگی، پذیرش و تعهد و شفقت

جلسات	سبک‌زندگی	درمان مبتنی بر شفقت	جلسات	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش
پنجم	مرور موارد مطرح شده در جلسه گذشته، بررسی اشتباهات اساسی زندگی، علایق اجتماعی و تأثیر آن بر روابط بین فردی.	مرور موارد مطرح شده در جلسه گذشته، آموزش تفکر و استدلال شفقت ورزانه و تفاوت آن با تفکر متمرکز بر تهدید، پیوند دادن فکر با درک شفقت با استفاده از استعاره کوره راه جنگلی، آموزش پرورش عشق ورزی – مهربانی و مهربانی نسبت به خود و مفهوم بازافروختگی.		ارزش‌ها، توجه به کنترل به عنوان راهبردی بی‌فایده، کنترل دنیای بیرون به جای دنیای درونی، آموزش پذیرش افکار بر اساس توجه‌آگاهی، بررسی ارزش‌ها، اهداف در برابر ارزش‌ها.
ششم	مرور موارد مطرح شده در جلسه گذشته، تشویق و ترغیب بینش و خود شناسی، چالش با منطق خصوصی، ارزیابی مجدد هدف‌های زندگی جهت تقویت علاقه اجتماعی.	مرور جلسه قبل؛ آموزش همدردی و همدلی نسبت به دیگران و خود، مدیریت هیجان‌ها و احساسات، آموزش بخشیدن و آموزش پذیرش مسائل: پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط چالش‌برانگیز و سخت با توجه به تغییرپذیر بودن زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف.	ششم و هفتم	مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسه گذشته، آموزش انواع خود شامل خود به عنوان زمینه در مقابل خود به عنوان محتوا، زندگی ارزش‌مدار و انتخاب:حرکت به سمت زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده‌گر، استعاره صفحه شطرنج، تمرین خود مشاهده‌گر.
هفتم	مرور موارد مطرح شده در جلسه گذشته، شناسایی موانع موجود در تحقق اهداف، جهت‌گیری مجدد برای به عمل در آوردن بینش‌ها.	مرور جلسه قبل؛ آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت در روابط، آموزش شفقت به خود و احساس خشم در روابط، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، توجه به جنبه‌های خوب زندگی و قدردانی از خود.		
هشتم	جمع بندی مقوله‌ها و مطالب جلسات قبل و پس‌آزمون.	مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته، آموزش خودهای چندگانه، جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و اجرای پس‌آزمون.	هشتم	مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسه گذشته، اهداف اعمال و موانع آن ها و ایجاد الگوهای منعطف رفتار، بررسی مجدد اهداف و ارزش‌ها، آشنایی با تعهد و اشتیاق، شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شـــناختی نمونه مورد مطالعه به تفکیک چهارگروه مورد بررســـی قرار گرفت که در جدول ۲، گزارش شده است.

جدول۲: متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروه‌ها

متغیرهای جمعیت شناختی		گروه سبک زندگی		گروه پذیرش و تعهد		گروه شفقت		گروه کنترل	
سن	میانگین	۳۳/۳		۳۱/۲		۳۱/۳		۳۳/۱	
	انحراف معیار	۶/۸۵		۶		۵/۶		۵/۳	
مدت زمان مصرف	میانگین	۱۴/۷		۱۲		۸/۷		۱۴/۷	
مواد (به سال)	انحراف معیار	۷/۶		۵/۲		۴/۲		۶/۷	
فراوانی/ درصد		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
میزان تحصیلات	سیکل	۶	۶۰	۶	۶۰	۴	۴۰	۷	۷۰
	دیپلم	۲	۲۰	۴	۴۰	۵	۵۰	۳	۳۰
	فوق دیپلم	۲	۲۰	–	–	۱	۱۰	–	–
وضعیت اشتغال	بیکار	۲	۲۰	۲	۲۰	۱	۱۰	۱	۱۰
	آزاد	۷	۷۰	۶	۶۰	۷	۷۰	۷	۷۰
	کارگر	۱	۱۰	–	–	–	–	۱	۱۰
	کارمند	–	–	–	–	–	–	–	–
	سایر	–	–	۲	۲۰	۲	۲۰	۱	۱۰

بر اساس نتایج جدول ۲، دامنه سنی نمونه مورد مطالعه افراد ۱۹ تا ۴۰ ساله بودند. علاوه بر این، کمترین مدت زمان مصـرف مواد ۲ سـال و بیشـترین آن ۲۵ سـال گزارش شـد. در متغیر تحصـیلات به جز گروه شـفقت که بیشـتر افراد مدرک دیپلم داشـتند، در سـه گروه دیگر اکثر افراد دارای سـیکل بودند. همچنین از نظر وضـعیت اشـتغال در تمامی گروه‌ها اکثر افراد در شغل آزاد فعالیت داشتند. در ادامه شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های چهارگانه مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۳ ارائه شده است.

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

جدول۳: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش چهارگروه در سه مرحله ارزیابی

متغیر پژوهش		درمان مبتنی بر سبک‌زندگی		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		درمان مبتنی	بر شفقت	کنترل	
	مراحل	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی خودکارآمدی‌پرهیز از مواد	پیش‌آزمون	۵۲/۵۰	۱۶/۲۷	۴۷	۱۷/۴۷	۵۱/۴۰	۲۰/۳۶	۴۳/۲۰	۱۹/۸۸
	پس‌آزمون	۷۰/۸۰	۲۳/۳۱	۷۷/۳۰	۲۱/۴۷	۸۳/۵۰	۱۱/۳۸	۵۱/۲۰	۱۷/۷۰
	پیگیری	۷۶	۱۴/۷۷	۷۹	۱۶/۳۹	۷۴	۲۲/۲۳	۴۷/۴۰	۱۸/۸۷
	پیش‌آزمون	۷۶/۵۰	۲۱/۹۳	۷۳/۴۰	۲۲/۷۶	۷۵/۵۰	۲۰/۶۸	۷۶/۱۰	۲۵/۷۵
	پس‌آزمون	۸۰/۸۰	۲۴/۵۰	۸۵/۴۰	۱۷/۷۹	۸۸/۵۰	۱۴/۳۹	۷۸/۶۰	۱۹/۲۰
	پیگیری	۸۹/۳۰	۱۸/۷۰	۸۱/۱۰	۱۶/۱۲	۸۶/۸۰	۹/۴۶	۷۷/۶۰	۲۵/۵۶

طبق نتایج جدول ۳، میانگین نمرات خودکارآمدی پرهیز از مواد در گروه‌های درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری و پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش یافته است؛ در حالی که در گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت و کنترل میانگین نمرات در این متغیر در مرحله پس‌آزمون افزایش و در مرحله پیگیری کاهش داشته است. با این حال میانگین نمرات گروه شفقت در مرحله پیگیری بالاتر از گروه کنترل می‌باشد. همچنین، طبق نتایج جدول ۳ میانگین نمرات کیفیت‌زندگی همه گروه‌ها (به جز گروه درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری) در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش و در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است. ولی میانگین نمرات این متغیر در گروه درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است.

برای تجزیه نتایج اصلی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. یکی از مفروضه‌های این تحلیل نرمال بودن توزیع نمرات است. نتایج غیرمعنادار در آزمون شاپیرو- ویلک در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مختلف نشان می‌دهد که توزیع فراوانی کلیه متغیرها منطبق با توزیع نرمال است ($p > ۰/۰۵$). بررسی داده‌های پرت از طریق نمودار جعبه‌ای، حاکی از عدم وجود داده‌های پرت در متغیرهای خودکارآمدی‌پرهیز از مواد و کیفیت‌زندگی گروه‌های آزمایشی و کنترل در مراحل

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. از مفروضه‌های دیگر، آزمون کرویت موخلی[1] است که همزمان برقراری دو مفروضه را بررسی می‌کند. این آزمون ابتدا همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس (همگنی واریانس) را در طرح درون گروهی و سپس مقایسه‌پذیری همبستگی بین سطوح متغیر درون گروهی را بررسی می‌کند. معنادار نبودن این آزمون برای متغیرهای خودکارآمدی‌پرهیز از مواد و کیفیت‌زندگی نشان دهنده رعایت این مفروضه می‌باشد (p >۰/۰۵). برای بررسی برابری و همگنی واریانس بین گروه‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج غیر معنادار این آزمون برای متغیر خودکارآمدی پرهیز از مواد در مرحله پیش‌آزمون (F = ۰/۲۹)، پس‌آزمون (F = ۱/۷۹) و پیگیری (F = ۰/۴۹) و همچنین در متغیر کیفیت زندگی در مرحله پیش‌آزمون (F = ۰/۳۱)، پس‌آزمون (F = ۱/۱۱) و پیگیری (F = ۲/۲۷) تاییدکننده همگنی واریانس‌ها بود. برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس متغیرهای وابسته بین گروه‌ها از آزمون ام‌باکس استفاده شد که نتایج آن برای متغیر کیفیت زندگی غیرمعنادار (F = ۱/۰۱، Box's M= ۲۹/۵۹، p>۰/۰۵)، ولی برای متغیر خودکارآمدی پرهیز از مواد معنادار شد (F = ۲/۱۲، Box's M= ۴۵/۱۸، p <۰/۰۵)؛ به عبارت دیگر فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس در متغیر خودکارآمدی‌پرهیز از مواد رعایت نشده است. بنابراین در این متغیر با استفاده از اثر پیلایی، F چند متغیری ارزیابی می‌گردد.

جدول ٤: نتایج آزمون چند متغیری تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر خودکارآمدی‌پرهیز از مواد و کیفیت زندگی

متغیر	اثر	شاخص آماری	مقدار	F	درجه آزادی درون گروهی	درجه آزادی بین گروهی	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
خودکارآمدی پرهیز از مواد	آزمون	اثر پیلای	۰/۴۵۷	۱۴/۷۱	۲	۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱
		لامبدای ویلکز	۰/۵۴۳	۱۴/۷۱	۲	۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱
		اثرهاتلینگ	۰/۸۴۱	۱۴/۷۱	۲	۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱
		بزرگترین ریشه روی	۰/۸۴۱	۱۴/۷۱	۲	۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱

1. Mauchly's Test of Sphericity

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

جدول ٤: نتایج آزمون چند متغیری تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر خودکارآمدی‌پرهیز از مواد و کیفیت زندگی

متغیر	اثر	شاخص آماری	مقدار	F	درجه آزادی درون گروهی	درجه آزادی بین گروهی	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
کیفیت زندگی	آزمون	اثر پیلای	۰/۱۱۸	۲/۳۵	۲	۳۵	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۴۴
		لامبدأ ویلکز	۰/۸۸۲	۲/۳۵	۲	۳۵	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۴۴
		اثرهاتلینگ	۰/۱۳۴	۲/۳۵	۲	۳۵	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۴۴
		بزرگترین ریشه روی	۰/۱۳۴	۲/۳۵	۲	۳۵	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۴۴

طبق نتایج جدول ۴، در متغیرکیفیت‌زندگی عامل آزمون معنادار نیست. به این معنا که تفاوت معناداری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر کیفیت‌زندگی وجود ندارد. به عبارت دیگر درمان‌های ارائه شده در این پژوهش تأثیر معناداری بر متغیر کیفیت زندگی در سه مرحله (پیش‌آزمون،پس‌آزمون وپیگیری) ندارند. همچنین مطابق نتایج جدول ۴، تمام آزمون‌های تحلیل واریانس اندازگیری‌های مکرر در متغیر خودکار آمدی پرهیز از مواد معنی‌دار است (P< ۰/۰۰۱). به عبارت دیگر درمان‌های ارائه شده بر خودکارآمدی پرهیز از مواد در پژوهش حاضر مؤثر بود. جهت بررسی تفاوت میانگین‌ها از آزمون تعقیبی شیداک استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ٥: نتایج آزمون تعقیبی شیداک تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر بر متغیر خودکارآمدی پرهیز از مواد

مراحل		تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی‌داری	فاصله اطمینان ٪۹۵	
					حد پایین	حد بالا
پیش آزمون	پس‌آزمون	-۲۲/۱۸	۴/۴۶	۰/۰۰۰۱	-۳۳/۳۳	-۱۱/۰۲
	پیگیری	-۲۰/۵۸	۴/۱۹	۰/۰۰۰۱	-۳۱/۰۶	-۱۰/۰۹
پس آزمون	پیش‌آزمون	۲۲/۱۸	۴/۴۶	۰/۰۰۰۱	۱۱/۰۲	۳۳/۳۳
	پیگیری	۱/۶۰	۳/۷۹	۰/۹۷	-۷/۸۹	۱۱/۰۹
پیگیری	پیش‌آزمون	۲۰/۵۸	۴/۱۹	۰/۰۰۱	۱۰/۰۹	۳۱/۰۶
	پس‌آزمون	-۱/۶۰	۳/۷۹	۰/۹۷	-۱۱/۰۹	۷/۸۹

طبق نتایج جدول ۵ بین میانگین نمرات خودکارآمدی پرهیز از مواد در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با آزمون پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

(P< ۰/۰۰۱)؛ اما بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در نتیجه اثر مداخلات درمانی در طول زمان پایدار بود. به عبارت دیگر می‌توان گفت که پروتکل‌های درمانی بر خودکارآمدی پرهیز از مواد در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) تأثیر معناداری دارد. جهت بررسی تفاوت میانگین‌ها بین گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ٦: نتایج تحلیل واریانس برای متغیرهای خودکارآمدی پرهیز از مواد در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
خودکارآمدی پرهیز از مواد	گروه	۳۲۵۸/۴۵	۳	۱۰۸۶/۱۵	۹/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹
	خطا	۴۲۱۶/۷۴	۳۶	۱۱۷/۱۳				

طبق نتایج جدول ۶ در متغیرخودکارآمدی‌پرهیز از مواد بین گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۱). به عبارت دیگر پروتکل‌های درمانی مبتنی برسبک‌زندگی آدلری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر شفقت تأثیر معناداری بر متغیرخودکارآمدی‌پرهیز از مواد در افراد وابسته به مواد افیونی داشته‌اند. جهت بررسی تفاوت میانگین گروه‌ها از آزمون تعقیبی شیداک در جدول ۷ استفاده شد.

جدول ۷: آزمون تعقیبی شیداک جهت مقایسه‌های زوجی چهار گروه پژوهشی در متغیر خودکارآمدی پرهیز از مواد

گروه‌ها		تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵٪	
					حد پایین	حد بالا
درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری	پذیرش و تعهد	-۱/۳۳	۴/۸۴	۱	-۱۴/۸۱	۱۲/۱۴
	شفقت	-۳/۲۰	۴/۸۴	۰/۹۹	-۱۶/۶۷	۱۰/۲۷
	کنترل	۱۹/۱۷	۴/۸۴	۰/۰۰۲	۵/۶۹	۳۲/۶۴
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	سبک زندگی	۱/۳۳	۴/۸۴	۱	-۱۲/۱۴	۱۴/۸۱
	شفقت	-۱/۸۷	۴/۸۴	۰/۹۹	-۱۵/۳۴	۱۱/۶۰
	کنترل	۲۰/۵۰	۴/۸۴	۰/۰۰۱	۷/۰۳	۳۳/۹۷

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

جدول ۷: آزمون تعقیبی شیداک جهت مقایسه‌های زوجی چهار گروه پژوهشی در متغیر خودکارآمدی پرهیز از مواد

گروه‌ها		تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵٪	
					حد پایین	حد بالا
درمان مبتنی بر شفقت	سبک زندگی	۳/۲۰	۴/۸۴	۰/۹۹	-۱۰/۲۷	۱۶/۶۷
	پذیرش و تعهد	۱/۸۷	۴/۸۴	۱	-۱۱/۶۰	۱۵/۳۳
	کنترل	۲۲/۳۷	۴/۸۴	۰/۰۰۰۱	۸/۸۹	۳۵/۸۴
کنترل	سبک زندگی	-۱۹/۱۷	۴/۸۴	۰/۰۰۲	-۳۲/۶۴	-۵/۶۹
	پذیرش و تعهد	-۲۰/۵۰	۴/۸۴	۰/۰۰۱	-۳۳/۹۷	-۷/۰۳
	شفقت	-۲۲/۳۷	۴/۸۴	۰/۰۰۰۱	-۳۵/۸۴	-۸/۸۹

طبق نتایج جدول ۷ بین میانگین خودکارآمدی‌پرهیز از مواد در گروه کنترل با میانگین گروه‌های آزمایشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P< ۰/۰۵)؛ اما بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایشی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. به عبارت دیگر می‌توان گفت که پروتکل‌های درمانی باعث افزایش خودکارآمدی‌پرهیز از مواد در گروه‌های آزمایش (سبک زندگی آدلری، پذیرش و تعهد و شفقت) نسبت به کنترل شده است. در مجموع نتایج نشان داد بین اثر بخشی درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر شفقت در متغیر خودکارآمدی‌پرهیز از مواد افراد وابسته به مواد افیونی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. علاوه بر این، هر سه پروتکل درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت باعث افزایش خودکارآمدی‌پرهیز از مواد در افراد وابسته به مواد افیونی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شد، ولی بر متغیر کیفیت زندگی تأثیر معناداری نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر سبک‌زندگی، پذیرش و تعهد و شفقت‌درمانی بر خودکارآمدی‌پرهیز از مواد و کیفیت‌زندگی در افراد وابسته به مواد افیونی شهرستان نجف‌آباد بود. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش با میانگین نمرات گروه کنترل در متغیر خودکارآمدی‌پرهیز از مواد در افراد وابسته به مواد

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

افیونی شهرستان نجف‌آباد در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر مداخلات درمانی در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل منجر به افزایش خودکارآمدی پرهیز از مواد شد و در مرحله پیگیری نیز این نتیجه پایدار باقی ماند. این یافته همسو با مبانی نظری سبک‌زندگی آدلری (آدلر، ۱۹۲۷، ۱۹۲۹)، و یافته‌های موساک و مانیچی (۲۰۱۳)، مهدی‌زاده زارع اناری و حاج حسینی (۲۰۱۲)، هوپلی و برونل (۲۰۱۲)، نرویانو وگروس (۱۹۸۳)، هوهانیان و همکاران (۲۰۲۰) و مدرسی‌فرد و ماردپور (۱۳۹۵) است. نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهدکه سبک زندگی افراد و تغییر آن در جهت مثبت و منفی موجب افزایش یا کاهش خودکارآمدی پرهیز از مواد در افراد مورد مطالعه می‌شود. سبک زندگی از طریق تأثیرگذاری بر شیوه ادراک از محیط پیرامون و برداشت ذهنی از خود، نحوه مقابله با مسائل عمده زندگی، شیوه‌های حل مسئله، مؤلفه معنویت و استفاده از مقابله معنوی، مواجهه با مشکلات پیش‌رو و در مجموع افرایش پاسخ مقابله‌ای سازگارانه موجب بالا رفتن خودکارآمدی پرهیز از مواد در افراد می‌شود. آدلر معتقد است که علاقه اجتماعی می‌تواند عاملی انگیزشی برای دست‌یابی به قدرت باشد (موساک و مانیچی، ۲۰۱۳). از طرف دیگر، مؤلفه معنوی به عنوان یکی از تکالیف سبک زندگی به واسطه تأثیرگذاری بر رویاها و اهداف، غایت و معنی در زندگی، اعتقاد به یکتایی خود شخص، امید و خوشبختی، ایجاد پشتکار و مرجع کنترل درونی موجب افزایش خودکارآمدی پرهیز از مواد در افراد ترک‌کننده شده و در نهایت تسهیل‌کننده فرایند پیشگیری از عود در افراد تحت درمان می‌شود.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های آبراموویتز و همکاران (۲۰۰۱)، استودارد و آفری (۱۳۹۶)، باتن (۲۰۱۱)، کمپل-سیلز و همکاران (۲۰۰۶)، هیز و استروسال (۲۰۰۴)، هیز و همکاران (۱۹۹۹)، گنزالز-مندز و همکاران (۲۰۱۴)، خاکباز و همکاران (۲۰۱۶)، ملک‌زاده، موحدزاده و حقیقی (۱۳۹۹)، مرتضایی و همکاران (۱۳۹۸)، صادقی، سودانی و غلامزاده جفره (۱۴۰۰) و قلی‌زاده، قمری گیوی و صدری دمیرچی (۱۴۰۰)، در ارتباط با تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی پرهیز از مواد همخوانی دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، که شامل

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

عقب‌نشینی و تماشای آگاهانه تجربیات درونی (مثلاً افکار، احساسات و احساسات بدنی) و توانایی بهتر درگیر شـــدن در یک زندگی کاربردی‌تر و متمرکز بر ارزش می‌باشـــد، از ترکیبی از روش‌های پذیرش، ذهن‌آگاهی و فرآیندهای درمانی مبتنی بر ارزش اســـتفاده می‌کند (هیز و لوین[1]، ۲۰۱۲). همانطور که در مورد اختلالات مصرف مواد به کار می‌رود، مراجعان به جای درگیر شـدن در مصـرف مواد (مثلاً در پاسـخ به هوس یا فرار از تأثیرات منفی)، روش‌های پذیرنده و آگاهانه‌تری برای ارتباط با تجارب درونی را یاد می‌گیرند و در ایجاد الگوهای معنادار فعالیت که با مصرف مواد مغایرت بیشتری دارند، به جلو حرکت می‌کنند. علاوه بر این، به دلیل ماهیت فراتشـــخیصـــی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، این درمان می‌تواند به طور موثر مشـکلات کلیدی روان‌شـناختی را که معمولاً با مصـرف مواد همراه اسـت، از جمله افسـردگی، اضـطراب و شـرم به خود را هدف قرار دهد (باتن و هیز، ۲۰۰۵). مطابق با این رویکرد، تحقیقات نشـان داده اسـت که انعطاف‌پذیری روان‌شـناختی ضـعیف‌تر، طیفی از مشـکلات روان‌شـناختی از جمله اختلالات مصـرف مواد را پیش‌بینی می‌کند (لوین و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین زمانی که فردی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت می‌کند، احساس استقلال و کارآیی بیشتری می‌کند و می‌تواند بر اساس افکار، احساسات و باورهای شخصی خود تصمیم بگیرد. این روش درمانی بر آگاهی از ارزش‌های شـخصـی و عمل بر اسـاس ارزش‌های درونی تأکید دارد (هیز و اسـتروسـال، ۲۰۰۴). ارزش‌های شخصی به عنوان معیاری برای هدف قرار دادن جلسات درمانی استفاده می‌شود، بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند هدف در زندگی و هدف‌گذاری را بر اساس ارزش‌های شـخصـی بهبود بخشـد. در مطالعات مشابه فورمن و هربرت، مویترا، یومانس و گلر [2] (۲۰۰۷) نشـان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف و عملکرد را با توجه به ارزش‌های شـخصـی بهبود می‌بخشـد؛ از این طریق می‌تواند بر خودکارآمدی پرهیز از مواد مؤثر واقع شـــود. همچنین این نوع درمان با رویکردهای دوازده مرحله‌ای،

1. Levin

2. Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

مدل‌های مصاحبه انگیزشی و پیشگیری از عود/ کاهش آسیب، زمینه‌های مشترک دارد که می‌تواند منجر به افزایش خودکارآمدی پرهیز از مواد شود.

از طرف دیگر یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های برنارد و کوری (۲۰۱۱)، کولتز (۱۳۹۸)، لی و جیمز (۲۰۱۳)، حسین خانزاده، طاهر، فلاح مرتضی‌نژاد و سید نوری (۱۳۹۵)، فروغی، خانجانی، رفیعی و طاهری (۱۳۹۸)، بشرپور و همکاران (۲۰۱۴) و فلپس و همکاران (۲۰۱۸)، صادقی، سودانی و غلامزاده جفره (۱۳۹۹) و رحمتی، خدابخشی کولایی و جهانگیری (۱۴۰۰) درباره تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر وابستگی به مواد همخوانی دارد. از آنجا که در شفقت به خود، از هیجانات خود به صورت هشیارانه آگاهی پیدا می‌کنیم، به جای اجتناب از آن‌ها با مهربانی، درک و احساس مشترک انسانی، به آن‌ها نزدیک می‌شویم. بنابراین، هیجانات منفی به حالت احساس مثبت‌تری تبدیل می‌شوند و به ما فرصت درک دقیق‌تر شرایط و انتخاب کارهای مؤثر برای تغییر خود یا شرایط را، به صورتی اثربخش و مناسب می‌دهند. همچنین درمان مبتنی بر شفقت به فعال‌سازی نظام تسکین خود کمک می‌کند و به کاهش احساس ترس و کناره‌گیری در افراد منجر می‌شود (گیلبرت و آیرونز، ۲۰۰۵). لذا از این طریق باعث افزایش تاب‌آوری و توانایی افراد برای چالش با اعتیاد شده و در نهایت منجر به افزایش خودکارآمدی پرهیز از مواد می‌شود.

در کل خودکارآمدی‌پرهیز از مواد نیز همانند سایر ابعاد خودکارآمدی به برداشت فرد از توانایی خویش در انگیزش، دانش و رفتار لازم برای کنترل استفاده از مواد بستگی دارد (دیکلمنته و پروچاسکا، ۱۹۸۲؛ به نقل از جعفری، ۱۳۹۴). طبق دیدگاه بندورا (۱۹۹۱)، خودکارآمدی ادارک شده یک موضوع اکتسابی است و بر مراحل مختلف تغییر رفتار سوءمصرف مواد نیز تأثیر می‌گذارد. به این معنا که با ترک مصرف انتظار می‌رود خودکارآمدی‌پرهیز از مواد افزایش یابد. بنابراین چون متغیر خودکارآمدی‌پرهیز از مواد بیشتر موضوعی اکتسابی است، جنبه آموزشی پروتکل‌های درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، پذیرش و تعهد و شفقت‌درمانی می‌تواند موجب افزایش خودکارآمدی‌پرهیز از مواد در افراد وابسته به مواد افیونی گردد.

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

همچنین نتایج حاکی از این بود که بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش با میانگین نمرات گروه کنترل در متغیر کیفیت‌زندگی در افراد وابسته به مواد افیونی شهرستان نجف‌آباد در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد. در وهله‌ی نخست این یافته‌ها بیشتر حاکی از اهمیت عوامل زیستی به منزله زمینه‌های آسیب‌پذیری نسبت به مواد افیونی می‌باشد که در مطالعات زیادی مورد تأیید قرار گرفته است (کندلر[1] و همکاران، ۲۰۱۲، نیلسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ به نقل از بارلو و مارک دیورند[2]، ۱۳۹۶؛ ری[3]، ۲۰۱۲). از آنجا افراد وابسته به مواد افیونی به طور ژنتیکی در برابر سوءمصرف داروها آسیب‌پذیرند، طبیعی است که درمان اصلی بایستی با رویکردهای زیستی آغاز شود و قابل انتظار است که درمان‌های روان شناختی نظیر درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی‌پرهیز از مواد وکیفیت‌زندگی افراد وابسته به مواد افیونی، بیشتر نقش جانبی و نگهدارنده داشته باشند. همچنین مصرف مداورم مواد از طریق فرایند انعطاف‌پذیری عصبی، طرز کار مغز را تغییر می‌دهد. منظور از انعطاف‌پذیری عصبی همان گرایش مغز به سازماندهی مجدد خود از طریق تشکیل پیوندهای عصبی جدید است که مغز به دنبال مصرف مداوم مواد، خود را برای انطباق، دوباره سازماندهی می‌کند. متأسفانه این تغییر مغزی، سائق به‌دست آوردن دارو را افزایش می‌دهد و میل به تجربه‌های غیر دارویی دیگر را کاهش می‌دهد که هر دو در عدم تأثیرپذیری درمان‌های روانشناختی سهیم‌اند (روسو و همکاران، ۲۰۱۰؛ به نقل از بارلو و مارک دیورند، ۱۳۹۶). همان‌گونه که روزنهان و سلیگمن (۱۳۸۴)، باکر، پیپر، مک‌کارتی ماجسکی و فیور[4] (۲۰۰۴) و خوخر، فرگوسن، زهو و تایندال[5] (۲۰۱۰) نشان داده‌اند، در واقع آسیب‌پذیری ژنتیکی در برابر سوءمصرف داروهای افیونی می‌تواند تحت تأثیر تکرار همایندی با حالت‌ها و موقعیت‌های مرتبط با مواد با فرایند محرک‌های شرطی و الگوی تقویت مثبت به گونه‌ای ادامه یابد که با

1. Kendler
2. Barlow & Durand
3. Ray
4. Baker, Piper, McCarthy, Majeskie & Fiore
5. Khokhar, Ferguson, Zhu & Tyndale

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

روش‌های روان‌درمانی به سهولت قابل تغییر نباشد. به عبارت دیگر، دستگاه شبه افیونی (شامل انکفالین‌ها، اندروفین‌ها و دینورفین‌ها) در مغز منجر به تقویت زیستی و عاطفی در فرد معتاد می‌شود (واکارینو، بلوم و کوب[1]، ۱۹۸۵) و نقش این مواد شبه افیونی میانجی در پاسخ به استرس هیجانی و جسمانی با درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر شفقت در کیفیت زندگی به شکل متفاوت قابل تغییر نیست، چون به نظر می‌رسد که مؤلفه کیفیت زندگی تا حد زیادی متأثر از جهان اجتماعی و عناصر مرتبط با آن همانند خانواده، دوستان، الگوهای اجتماعی و قابلیت دسترسی به مواد می‌باشد. بدیهی است این موارد زیستی-اجتماعی با پروتکل‌های درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر شفقت قابل تغییر نیستند. همان‌گونه که طارمیان (۱۳۷۸) و آجزن[2] (۱۹۸۵) تأکید کرده‌اند احتمالاً اثربخشی درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر شفقت به عواملی همانند آگاهی، استدلال و اراده بستگی دارد که عناصر زیستی-اجتماعی دخیل در مصرف مواد افیونی، مانع اثربخشی متفاوت این درمان‌ها در متغیر کیفیت‌زندگی این افراد می‌شود. در راستای نظریه باکر و همکاران (۲۰۰۴) و الگوی پردازش‌شناختی با تأکید بر رفتار غیرارادی در اعتیاد (تیفانی[3]، ۱۹۹۰) به نظر می‌رسد اعتیاد طولانی موجب کاهش عملکرد شناختی-عاطفی اساسی می‌شود و در نهایت نقش استدلال و تفکر منطقی و همین طور اراده و انگیزش را برای پاسخدهی به درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر شفقت مختل می‌سازد. در واقع، بی‌ارادگی و بی‌انگیزشی مانع اثربخشی متفاوت پروتکل‌های درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی در افراد مبتلا به مصرف مواد افیونی می‌شود. همچنین طبق نظریه‌های روان پویایی نیز آسیب‌پذیری زیستی به مواد افیونی اغلب به تثبیت در مرحله دهانی بستگی دارد (احمدوند، ۱۳۸۳)، ولی تغییر این تثبیت رشدی در دوره کودکی با روش‌های روان‌درمانی کوتاه‌مدت همانند درمان

1. Vaccarino, Bloom & Koob
2. Ajzen
3. Tiffany

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر شفقت ممکن نیست.

افزون بر این، نتایج حاکی از این بود که بین درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر شفقت در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایشی در دو متغیر خودکارآمدی پرهیز از مواد و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر هیچ یک از درمان‌های ذکر شده درمان ترجیحی نیستند. همچنین هدف در هر سه درمان معرفی شده داشتن زندگی غنی، معنادار و در عین حال پذیرش رنجی است که زندگی با خود دارد. با توجه به هماهنگی و شباهت مبانی درمان‌های ذکر شده از این جهت که در درمان مبتنی بر شفقت به مراجعان کمک می‌شود با خردمندی و مهربانی زندگی کنند؛ در برابر شرایط واقعاً ترسناک شهامت هیجانی پیدا کنند و روی این موقعیت‌ها کار کنند. همانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این باور وجود دارد که دوری از هیجان‌ها و تجربه‌های ناراحت کننده، رنج انسان را کم نمی‌کند و به جای تغییر محتوای شناخت‌ها و هیجان‌های مشکل‌ساز، نوع نگاه به تجربه‌های ذهنی را تغییر می‌دهند. همچنین همانند درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری در اولویت دادن به زندگی سازش‌پذیر و معنادار و خاطرات مراجع از اتفاقات مهم زندگی، تجربه‌های دلبستگی، پیشینه یادگیری و تأکید در زمینه خاطرات هیجانی مرتبط با مراقبت‌کننده‌ها از جمله احساس تهدید، کم توجهی، بدرفتاری، تنهایی، شرم و موارد دیگری که تأثیری شدیدی بر شکل‌گیری برداشت مراجع از خودش و دیگران گذاشته است (گیلبرت، ۲۰۱۰)، وجود دارد و چیزی که ممکن است در این درمان‌ها تغییر کند، نحوه اجرای آن است. بنابراین، می‌توان انتظار داشت که بین درمان مبتنی بر سبک‌زندگی آدلری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر شفقت در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو متغیر خودکارآمدی پرهیز از مواد و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود نداشته باشد. در مجموع به نظر می‌رسد هیچ کدام از این سه درمان برای بهبود خودکارآمدی‌پرهیز از مواد و کیفیت‌زندگی در افراد مبتلا به مصرف مواد افیونی درمان انتخابی نیستند، بلکه درمان‌های عمومی هستند و به همین دلیل شاید شیوه زندگی پذیرش خود یا سطح

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

خودنوازشـــگری را تغییر دهند ولی بر متغیرهای خودکارآمدی پرهیز از مواد وکیفیت زندگی در افراد مبتلا به مصـرف مواد افیونی اثربخشـی متمایز ندارند. از طرف دیگر اکثر اعضـــای گروه‌های مورد مطالعه دارای اعتیاد طولانی مدت بوده و به طور مکرر در مراکز اقامتی میان مدت تحت نظر بهزیســـتی بســـتری شـــده بودند و از آنجایی که در این مراکز جلسات گروهی معتادان گمنام به طور مستمر برگزار می‌شود و نمونه مورد مطالعه نیز این جلســـات را گذارنده بودند، این عدم تفاوت در درمان‌ها توجیه می‌گردد. همچنین با توجه به این که محتوای این جلسـات با محتوای درمان‌های ارائه شـده در این پژوهش همپوشـی دارد، لذا می‌توان یکی دیگر از دلایلی که مانع از ترجیح و اثرگذاری درمان‌های به کار رفته در این پژوهش شده را به این موضوع ربط داده و تبیین نمود.

کوتاه بودن مدت پیگیری،کم بودن تعداد آزمودنی‌های پژوهش و عدم اســـتفاده از افراد وابســـته به ســـایر اختلالات مصـرف مواد از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضـر به شـــمار می‌روند. همچنین از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به اســـتفاده از پرســـشـــنامه‌های خودگزارش‌دهی که ممکن است منجر به تحریف، سوگیری و یا اثرات ناشی از خستگی و غیره در اطلاعات دریافتی شـود، اشـاره کرد. از این‌رو پیشـنهاد می‌شـود در پژوهش‌های آینده، آزمودنی‌های بیشتر و افراد وابسته به سایر مواد روانگردان مورد بررسی قرار گیرند. همچنین پیشـنهاد می‌شـود متخصـصـین بهداشـت روانی این پژوهش را در سـایر اسـتان‌ها و شهرستان‌های دیگر با زمینه‌های مختلف فرهنگی و نیز با رویکرد بین‌فرهنگی در نمونه‌های ایرانی و غیرایرانی مورد بررســـی قرار دهند تا از طریق به‌کارگیری گروه‌های مختلف و تکرار پژوهش قابلیت تعمیم‌پذیری افزایش یابد.

منابع

احمدوند، محمدعلی (۱۳۸۳). *اعتیاد (سبب‌شناسی و درمان آن) (رشته روان‌شناسی)*. تهران: دانشگاه پیام نور.

ارجمندقجور، کیومرث؛ محمودعلیلو، مجید؛ خانجانی، زینب و بخشی‌پور، عباس (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیشگیری از عود در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۲۱ (۱۹)، ۵۱- ۳۸.

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

استودارد، جیل ای و آفری، نیلوفر (۱۳۹۶). *کتاب بزرگ استعارهای ACT (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)*. {ترجمه: حسن‌زاده، رمضان؛ مصلحی‌جویباری، میترا؛ مهدی‌نژاد گرجی، گلین و مهرابی پری، سحر}. تهران: نشر ویرایش. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۱۴).

اکستین، دنیل و کرن، روی (۱۳۸۹). *ارزیابی و درمان سبک زندگی: رویکرد روانشناسی فردی آدلر*. {ترجمه: علیزاده، حمید؛ یوسفی، محسن و کرمی، فروزان}. اهواز: رسش. (سال انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۸).

ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۴). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: جنگل، کاوشکار.

بارلو، دیویداچ و مارک دیورند، وی (۱۳۹۶). *آسیب شناسی روانی (DSM-5)*. چاپ دوم. {ترجمه: فیروزبخت، مهرداد}. تهران: انتشارات رسا. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۱۸).

توصیفیان، نگین؛ کاوه‌قادری، بگه‌جان؛ خالدیان، محمد و فرخی، نورعلی (۱۳۹۶). مدل یابی ساختار کارکرد خانواده و ولع مصرف مواد در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون با تأکید بر نقش واسطه‌ای خود شفقت‌ورزی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۴)، ۲۲۶-۲۰۹.

جعفری، مصطفی (۱۳۹۴). *اثربخشی درمان مبتنی بر مراحل تغییر و سرپایی عمقی بر خودتنظیمی، خودکارآمدی پرهیز از مواد و تداوم تغییر در مردان وابسته به آمفتامین*. پایان‌نامه دکترای تخصصی، چاپ نشده، دانشگاه شهید چمران اهواز.

حسین خانزاده، عباسعلی؛ طاهر، محبوبه؛ فلاح مرتضی‌نژاد، سیده زینت و سید نوری، سیده زهرا (۱۳۹۵). پیش‌بینی خودکارآمدی و حرمت خود بر اساس خوددلسوزی. *دوفصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۴(۱)، ۴۲-۳۳.

رحمتی، زهرا؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا و جهانگیری، محمد مهدی (۱۴۰۰). بررسی نقش تعدیل کننده شفقت به خود در رابطه بین تاب آوری در برابر استرس و وسوسه مصرف مواد در مردان وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۲۷۶-۲۵۳.

رضاپور، یاسر و نصوحی، مینا (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله تلفیقی امید درمانی و درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری بر خودکارآمدی، حس انسجام و شفقت در زنان معلول جسمی- حرکتی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۹(۳۳)، ۱۸۵- ۱۶۳.

روزنهان، دیوید ال و سلیگمن، مارتین ای. پی. (۱۳۸۴). *روانشناسی نابهنجاری- آسیب شناسی روانی*. جلد دوم. {ترجمه: سید محمدی، یحیی}. تهران: نشر ساوالان. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۸۹).

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

صادقی، رضا؛ سودانی، منصور و غلامزاده جفره، مریم (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۱۵۰-۱۳۱.

صادقی، رضا؛ سودانی، منصور و غلامزاده جفره، مریم (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۲)، ۸۴-۶۱.

طارمیان، فرهاد (۱۳۷۸). *سوءمصرف مواد مخدر در نوجوانان*. چاپ اول. تهران: انتشارات تربیت.

فروغی، علی اکبر؛ خانجانی، سجاد؛ رفیعی، سحر و طاهری، امیر عباس (۱۳۹۸). شفقت به خود: مفهوم‌بندی، طبقات و مداخلات (مروری کوتاه). *مجله روان‌شناسی و روانپزشکی شناخت*، ۶(۶)، ۸۷- ۷۷.

فولادوند، خدیجه؛ برجعلی، احمد؛ حسین ثابت، فریده و دلاور، علی (۱۳۹۵). نقش افسردگی روابط خانواده و خودکارآمدی در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد در نوجوانان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۰(۳)، ۸۰-۷۰.

فیست، جس و فیست، گریگوری جی (۱۳۹۴). *نظریه های شخصیت*. {ترجمه: سید محمدی، یحیی}. تهران: نشر روان. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۸۵).

قلی‌زاده، بهزاد؛ قمری گیوی، حسین و صدری دمیرچی، اسماعیل (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و ولع مصرف در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۵ (۵۹)، ۲۰۵-۲۲۶.

کاظمیان، سمیه (۱۳۹۳). اثر بخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان سلامت عمومی معتادان خوددرمانجو. *فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش های علوم شناختی و رفتاری دانشگاه اصفهان*، ۴(۱)، ۱۹۲- ۱۸۱.

کولتز، راسل ال. (۱۳۹۸). *درمان متمرکز بر شفقت (راهنمای گام به گام کمک به مراجعان روان-درمانی). چاپ اول*. {ترجمه: خلعتبری، جواد؛ تمدنی، مجتبی و برغندان، سپیده}. تهران: دانژه. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۱۶).

محمدی، سید یونس و رحیم‌زاده تهرانی، کتایون (۱۳۹۷). اثربخشی معنادرمانی بر سلامت معنوی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری ایدز در شهر تهران. *فصلنامه علمی پژوهشی سلامت*، ۷ (۲۵)، ۱۲۰-۱۰۶.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

محمدی، لیلا؛ صالح زاده ابرقویی، مریم و نصیریان، منصوره (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجانی در مردان تحت درمان با متادون. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۳(۹)، ۸۶۱- ۸۵۳.

مدرسی‌فرد، فاطمه و ماردپور، علیرضا (۱۳۹۵). رابطه ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی پرهیز از مواد در جوانان آلوده به اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۹)، ۲۳۰- ۲۱۳.

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

ملک‌زاده، محمد؛ موحدزاده، بهرام و حقیقی، صادق (۱۳۹۹). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک به شیوه گروهی بر خودکارآمدی مقابله با مشکلات در افراد سوء مصرف کننده مواد. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*، ۲۵(۲)، ۲۸۶-۲۷۵.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نائینی، کورش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، سید رضا (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، ترجمه و روان- سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱۲- ۱.

نصیری، حمید (۱۳۸۵). *بررسی پایایی و روایی مقاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و تهیه نسخه ایرانی آن*. سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان تهران. دانشگاه علم و صنعت.

نف، کریستین و گرمر، کریستوفر کی (۱۳۹۸). شفقت به خود (خلق سلاح سرزنش‌گر درون) برنامه درمانی شفقت به خود توجه آگاهانه روشی معتبر برای پذیرش خویش، توانمندسازی درون و شادکامی. {ترجمه: فروغی، علی اکبر؛ همتیان، مجاهد و محمدپور، محسن}. تهران: انشارات ابن سینا. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۱۸).

References

Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical psychology review*, 21(5), 683-703.

Adler, A. (1927). *Understanding human nature*.(WB Wolfe, Trans.) New York: Greenberg. Original work published.

Adler, A. (1929). *Problems of neuroses: A book of case histories*. London: Kegan Paul, Trench, Treubner.

Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: A theory of planned behavior*. *In Action control* (pp. 11-39). Berlin, Heidelberg: Springer.

Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychological review*, 111(1), 33-51.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

Bandura, A. (1991). *Anticipatory and self-reactive mechanisms.* In Nebraska symposium on motivation, perspectives on motivation (Vol. 38). Lincoln: university of Nebraska press.

Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general psychology*, 15(4), 289-303.

Basharpoor, S., Khosravinia, D., Atadokht, A., Daneshvar, S., Narimani M., & Massah, O. (2014). The role of self-compassion, cognitive self-control, and illness perception in predicting craving in people with substance dependency. *Practice in clinical psychology*, 2(3), 155-164.

Batten, S. (2011). *Essentials of acceptance and commitment therapy*. New York: Sage Publications.

Batten, S. V., & Hayes, S. C. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder: A case study. *Clinical case studies*, 4(3), 246-262.

Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1251-1263.

Carroll, K. M., Nich, C., Sifry, R. L., Nuro, K. F., Frankforter, T. L., Ball, S. A., & Rounsaville, B. J. (2000). A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addictions. *Drug and alcohol dependence*, 57(3), 225-238.

Castro, E. K., Ponciano, C., Meneghetti, B., Kreling, M., & Chem, C. (2012). Quality of life, self-efficacy and psychological well-being in brazilian adults with cancer: a longitudinal study. *Social sciences & humanities*, 3(4), 304-309.

Dolan, S. L., Martin, R, A., & Rohsenow, D, J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive behaviors*, 33(5), 675-688.

Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior modification*, 31(6), 772-799.

Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International journal of cognitive therapy*, 3(2), 97-112.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British journal of clinical psychology*, 53(1), 6-41.

Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263–325). England, UK: Routledge.

González-Menéndez, A., Fernández, P., Rodríguez, F., & Villagrá, 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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

Hayes, S. C., & Levin, M. E. (Eds.). (2012). *Mindfulness and acceptance for addictive behaviors: Applying contextual CBT to substance abuse and behavioral addictions*. Oakland, California: New Harbinger Publications.

Hayes, S. C., & Lillis, J. (2012). *Acceptance and commitment therapy: Theories of psychotherapy*. Washington DC: The American Psychological Association.

Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer-Verlag.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy:An experientioal approach to behavior change.* New York: Gilford Press.

Hernández-López, M., Luciano, M. C., Bricker, J. B., Roales-Nieto, J. G., & Montesinos, F. (2009). Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: a preliminary study of its effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. *Psychology of addictive behaviors*, 23(4), 723–730.

Hopley, A. A., & Brunelle, C. (2012). Personality mediators of psychopathy and substance dependence in male offenders. *Addictive behaviors*, 37(8), 947-955.

Hovhannisyan, K., Rasmussen, M., Adami, J., Wikström, M., & Tønnesen, H. (2020). Evaluation of Very Integrated Program: Health Promotion for Patients With Alcohol and Drug Addiction—A Randomized Trial. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 44(7), 1456-1467.

https://www.unodc.org/islamicrepublicofiran/fa/world-drug-report-2019_-35-million-people-worldwide-suffer-from-drug-use-disorders-while-only-1-in-7-people-receive-treatment.html

Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian clinical psychologist*, 3(1), 47-54.

Kendler, K. S., Chen, X., Dick, D., Maes, H., Gillespie, N., Neale, M. C., & Riley, B. (2012). Recent advances in the genetic epidemiology and molecular genetics of substance use disorders. *Nature neuroscience*, 15(2), 181- 189.

Khakbaz, H., Farhoudian, A., Azkhosh, M., Dolatshahi, B., Karami, H., & Massah, O. (2016). The effectiveness of group acceptance and commitment therapy on emotion regulation in methamphetamine-dependent individuals undergoing rehabilitation. *International journal of high risk behaviors and addiction*, 5(4), 1-9.

Khokhar, J. Y., Ferguson, C. S., Zhu, A. Z., & Tyndale, R. F. (2010). Pharmacogenetics of drug dependence: role of gene variations in susceptibility and treatment. *Annual review of pharmacology and toxicology*, 50, 39-61.

Lai, S. T., Lim, K. S., Tang, V., & Low, W. Y. (2018). Positive psychological interventions for people with epilepsy: An assessment on factors related to intervention participation. *Epilepsy & behavior*, 80, 90-97.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

Lee, D. A., & James, S. (2013). *The compassionate-mind guide to recovering from trauma and PTSD: Using compassion-focused therapy to overcome flashbacks, shame, guilt, and fear*. Oakland, California: New Harbinger Publications.

Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta - analysis of acceptance and commitment therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence.* 155, 1–7.

Levin, M. E., Lillis, J., Seeley, J., Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2012). Exploring the relationship between experiential avoidance, alcohol use disorders, and alcohol-related problems among first-year college students. *Journal of American college health*, 60(6), 443-448.

Lewis, T. F., & Watts, R. E. (2004). The predictability of Adlerian lifestyle themes compared to demographic variables associated with college student drinking. *Journal of individual psychology*, 60(3), 245-264.

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2007). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

Martin, G. W., & Wilkinson, D. A. (1995). The drug avoidance self-efficacy scale.(DASES). *Journal of substance abuse*, 7(2), 151-163.

Mehdizadeh Zare Anari, A, & Hajhoseini, F. (2012). The relation between emotional intelligence and instable personality in substance abusers. *European journal of psychiatry*, *36*(3-4), 229-234.

Moeller, S. J., & Crocker, J. (2009). Drinking and desired self-images: path of self-image goals, coping motives, heavy episodic drinking, and alcohol problem. *Psychology of addictive behaviour,* 23(2), 334–340.

Mosak, H., & Maniacci, M.(2013). *Primer of Adlerian psychology: The analytic-behavioural-cognitive psychology of Alfred Adler*. London: Routledge.

Neff, K. D. (2008). *Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of a separate self-concept*. In H. A. Wayment & J. J. Bauer (Eds.), *Transcending self-interest: Psychological explorations of the quiet ego* (pp. 95–105). United State: American Psychological Association

Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and personality psychology compass*, 5(1), 1-12.

Nerviano, V. J., & Gross, H. W. (1983). Personality types of alcoholics on objective inventories. A review. *Journal of studies on alcohol*, 44(5), 837-851.

Phelps, C. L., Paniagua, S. M., Willcockson, I. U., & Potter, J. S. (2018). The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder. *Drug and alcohol dependence*, 183, 78-81.

Pinsker, E. A., Hennrikus, D. J., Erickson, D. J., Call, K. T., Forster, J. L., & Okuyemi, K. S. (2018). Trends in self-efficacy to quit and smoking urges among homeless smokers participating in a smoking cessation RCT. *Addictive behaviors*, 78, 43-50.

Ray, L. A. (2012). Clinical neuroscience of addiction: applications to psychological science and practice. *Clinical psychology: science and practice*, 19(2), 154-166.

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]

Rendon, K. P. (2006). *Understanding alcohol use in college students: A study of mindfulness, self-compassion, and psychological symptoms*. United State: The University of Texas at Austin.

Richman, J. (2001). Humor and creative life styles. *American journal of psychotherapy*, 55(3), 420-428.

Roozen, H. G., De Waart, R., Van Der Windt, D. A., Van Den Brink, W., De Jong, C. A., & Kerkhof, A. J. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European neuropsychopharmacology*, 16(5), 311-323.

Tate, S. R., Wu, J., McQuaid, J. R., Cummins, K., Shriver, C., Krenek, M., & Brown, S. A. (2008). Comorbidity of substance dependence and depression: role of life stress and self-efficacy in sustaining abstinence. *Psychology of addictive behaviors*, 22(1), 47-57.

Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological review*, 97(2), 147- 168.

Twohig, M. P., Shoenberger, D., & Hayes, S. C. (2007). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of applied behavior analysis*, 40(4), 619-632.

Vaccarino, F. J., Bloom, F. E., & Koob, G. F. (1985). Blockade of nucleus accumbens opiate receptors attenuates intravenous heroin reward in the rat. *Psychopharmacology*, 86(1-2), 37-42.

World Health Organization Quality of Life Questionnaire. (WHOQOL Group). (1996). *WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment: field trial version, December 1996* (No. WHOQOL-BREF). Switzerland, Genève: World Health Organization..

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.145]