فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هفدهم، شماره هفتاد، ص۲۲۰-۱۹۵، زمستان ۱۴۰۲
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 17, No. 70, P 195-220, Winter 2024

مقاله پژوهشی
Research Article

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی و باورهای فراشناختی در افراد وابسته به مواد مخدر

فرزین باقری شیخانگفشه[۱]، فروغ اسرافیلیان[۲]، وحید صوابی نیری[۳]، نازنین حقیقت بیان[۴]، راضیه دهقان[۵]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۱/۰۸

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی و باورهای فراشناختی در افراد وابسته به مواد مخدر بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری پژوهش شامل تمامی مردان وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. از این بین، ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان هر دو گروه پرسشنامه مقابله چندبعدی، مقیاس تحمل پریشانی و پرسشنامه باورهای فراشناختی را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. درمان پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با فراوانی دو جلسه در هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت و درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی و باورهای فراشناختی ناکارآمد و باعث افزایش سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و تحمل پریشانی در افراد وابسته به مواد مخدر شد. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود سلامت روانی افراد وابسته به مواد مخدر بود. از آنجایی که این افراد از نظر روانی آسیب‌پذیر هستند، لازم است تدابیری در جهت ارتقای سلامت روان‌شناختی آنها اتخاذ شود.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی، باورهای فراشناختی، مواد مخدر

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. پست الکترونیک: esrafilian.fo@modares.ac.ir
۳. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران.
۴. دکتری تخصصی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران
۵.. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، واحد کرج، کرج، ایران

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

مقدمه

وابستگی به مواد مخدر یک وضعیت پیچیده و مشکل‌ساز است که به عنوان یک بیماری رفتاری تشخیص داده می‌شود (اونائیمو، چیره، فاوهینمی و دارسی[1]، ۲۰۲۴). این وضعیت به معنای ناتوانی در کنترل مصرف مواد مخدر و داشتن تاثیرات منفی بر سلامت فرد است. وابستگی به مواد مخدر ممکن است جسمی یا روانی باشد و تأثیر گسترده‌ای بر زندگی افراد داشته باشد (یاداو، سینگ و سریواستاوا[2]، ۲۰۲۰). شیوع وابستگی به مواد مخدر موضوع پیچیده‌ای است که به عوامل مختلفی بستگی دارد، از جمله آنها می‌توان به جغرافیای مکانی (مثل کشور و منطقه)، عوامل فردی (مثل ویژگی‌های شخصیتی و سابقه خانوادگی)، اجتماعی (مثل محیط وابسته به مواد مخدر) و جنسیت (مثل مرد بودن) اشاره کرد (هارون رشیدی، ۱۴۰۲؛ اسمیت، لاکادی، میلیوجویک، فوگلمن و سینها[3]، ۲۰۲۳). یافته‌های پژوهش یاهایا و دانتسوهو[4] (۲۰۲۰) شیوع بالای مصرف مواد مخدر را در بین بزرگسالان مشخص کرد. پرخاشگری، رفتارهای پرخطر و مشکلات شناختی از جمله پیامدهای وابستگی به مواد مخدر است. آرناد، وارتبرگ، سیمون-کاتچر، توماسیوس و ایماک[5] (۲۰۲۳) شیوع ۱۱ درصدی اعتیاد به مواد مخدر را در بین جوانان آلمانی گزارش کردند. الکل و شیشه شایع‌ترین مواد مخدر مصرفی در جوانان بود که تحت تاثیر محیط اجتماعی و دوستان قرار داشت. نتایج پژوهش مرادی‌نظر و همکاران (۲۰۲۰) حاکی از شیوع ۱۱/۹ درصدی مصرف مواد مخدر در بین ایرانیان بود. سن، جنس، تحصیلات، محل سکونت، وضعیت اقتصادی و اجتماعی از جمله عوامل تشدیدکننده در وابستگی به مواد مخدر بود.

افراد وابسته به مواد مخدر ممکن است از سبک‌های مقابله‌ای مختلف برای مواجهه با زندگی و مشکلات استفاده کنند (سیابانو[6] و همکاران، ۲۰۲۰). سه سبک مقابله‌ای رایج شامل سبک‌های مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی هستند. البته باید توجه داشت که افراد

1. Onaemo, Chireh, Fawehinmi & D'Arcy
2. Yadav, Singh & Srivastava
3. Smith, Lacadie, Milivojevic, Fogelman & Sinha
4. Yahaya & Dantsoho
5. Arnaud, Wartberg, Simon-Kutscher, Thomasius & IMAC
6. Ciobanu

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

ممکن اســت در زمان‌ها مختلف از این ســبک‌ها اســتفاده کنند و همچنین ترکیبی از این سبک‌ها نیز ممکن است وجود داشته باشد (باتماز، یازیکی و آخان[1]، ۲۰۲۳). در راهبرد مسـئله‌مدار افراد وابسـته به مواد مخدر تلاش می‌کنند مسـتقیماً با مسـئله مواجه شـوند و راه‌حل‌های موثر برای آن پیدا کنند (برازکوویک، جلینسـیک و کوپیلاس[2]، ۲۰۲۲). این سبک معمولاً در مواقعی استفاده می‌شود که شناخته شده باشد که مسئله قابل‌حل است و افراد توانایی تغییر در موقعیت را داشته باشند. استفاده از راهبرد مسئله‌مدار به افراد وابسته به مواد مخدر کمک می‌کند که به صـورت فعال به حل مشـکلات وابسـتگی به مواد مخدر بپردازند و تغییرات مثبتی در زندگی‌شان ایجاد کنند. این رویکرد می‌تواند به ایجاد احساس کنترل و افزایش قدرت شخصیتی کمک کند، که در ترک وابستگی به مواد مخدر بسیار حائز اهمیت اسـت (هگینس، لیچنر و کیسـلا[3]، ۲۰۱۹). مقابله هیجان‌مدار با مشـکلات نیز باعث تشدید بیماری و گرایش به مصرف مواد مخدر می‌شود (چن، زنگ و چن[4]، ۲۰۲۰). توانایی مدیریت هیجانات بسـیار مهم اسـت، به ویژه برای افراد وابسـته به مواد مخدر که ممکن است هیجانات منفی و استرس، نقش مهمی در مصرف مواد داشته باشند. راهبردهای هیجانی می‌توانند به این افراد کمک کنند تا به بهترین شکل ممکن با هیجانات خود مقابله کنند و به جای مصـرف مواد مخدر، راهکارهای مثبت را انتخاب کنند (وان‌درهیجدن[5] و همکاران، ۲۰۲۲).

راهبرد اجتناب از مشکلات یکی از سبک‌های مقابله‌ای است که برخی افراد وابسته به مواد مخدر به آن تکیه می‌کنند. اما این سبک ممکن است به مدت کوتاهی تغییرات مثبتی در وضعیت فعلی ایجاد کند، اما به طور کلی به مدیریت مشکلات و ارتقاء زندگی کمک نخواهد کرد (بری، هادوک، باروکلاف و گریگ[6]، ۲۰۲۲). به عبارت دیگر، اجتناب از مشـکلات به معنای حل یا مقابله با آنها نیسـت؛ بلکه فرد تلاش می‌کند از مواجهه با مشکلات و چالش‌ها فرار کند. راهبرد اجتناب از مشکلات می‌تواند برای فرار از ناامیدی و

1. Batmaz, Yazici & Akhan
2. Brajković, Jelinčić & Kopilaš
3. Heggeness, Lechner & Ciesla
4. Chen, Zeng & Chen
5. Van Der Heijden
6. Berry, Haddock, Barrowclough & Gregg

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

فشـــارهای زندگی به کار رود؛ اما در طولانی‌مدت، این راهبرد می‌تواند به عواقب منفی منجر شود. مدیریت موثر مشکلات نیازمند مهارت‌های مقابله مثبت، حل مسائل و توانایی مدیریت هیجانات است (آسی‌کاراکاس و ارسوگوتگو[1]، ۲۰۲۳). در همین راستا، نتایج پژوهش چن و همکاران (۲۰۲۰) نشـــان داد افراد وابســـته به مواد مخدری که دارای خودپنداره مثبتی بودند و از سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه استفاده می‌کنند، از انگیزه پرهیز بالایی برخوردارند و بهتر می‌توانند مواد مخدر را ترک کنند. از طرفی دیگر، یافته‌های مطالعه وان‌درهیجدن و همکاران (۲۰۲۲) مشـــخص کرد افرادی که ســـبک‌های مقابله‌ای هیجانی و اجتنابی داشتند بیشتر به سمت دخانیات و الکل کشیده می‌شدند و از سلامت روانی پایینی نیز رنج می‌بردند.

یکی دیگر از متغیرهایی که در رابطه با گرایش به مصـــرف موادمخدر نقش مهمی ایفا می‌کند، تحمل پریشـانی اسـت (وایت‌فورد[2] و همکاران، ۲۰۲۴). تحمل پریشـانی در افراد وابســـته به مواد مخدر به این معنا اســـت که این افراد ممکن اســـت دچار یک ناتوانی در مواجهه با استرس و فشارهای زندگی شوند و به جای مقابله فعال با مشکلات، به مصرف مواد مخدر روی آورده و از آن به عنوان یک راه حل فوری استفاده کنند (ووجانویک[3] و همکاران، ۲۰۲۲). این مسئله می‌تواند یکی از عوامل تعدیل‌کننده در فرآیند اعتیاد باشد و به تدریج منجر به افزایش مصـــرف مواد مخدر یا افزایش تحمل به مواد شـــود (ریســـی، کانووی، آناند، بوئر و دافتر[4]، ۲۰۱۹). مصـــرف مواد مخدر ممکن اســـت به عنوان یک راه برای فرار از هیجانات ناخوشـــایند و اســـترس‌های روزمره به کار رود (آرنادووا و آمارو[5]، ۲۰۲۰). این افراد ممکن است نتوانند به طور مؤثر با احساسات منفی مقابله کرده و به دنبال راه‌حل‌های فوری باشـــند (تول[6] و همکاران، ۲۰۲۰). در این زمینه، ماتینگلی، یوســـف، مانینگ، گرائمی و هال[7] (۲۰۲۲) در پژوهشـــی فراتحلیل مشـــخص کردند افراد وابســـته به مواد مخدر به علت کمبود تحمل پریشانی به سمت مواد مخدر کشیده می‌شوند و پس از

1. Asi Karakaş & Ersöğütçü
2. Whiteford
3. Vujanovic
4. Reese, Conway, Anand, Bauer & Daughters
5. Arnaudova & Amaro
6. Tull
7. Mattingley, Youssef, Manning, Graeme & Hall

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

درمان نیز یکی از دلایل بازگشت به بیماری ناتوانی در کنترل هیجانات و کاهش تحمل پریشانی در این افراد است. یافته‌های مطالعه کیچتر[1] و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان داد مشکلات روان‌شناختی، عدم اعتماد به نفس، دشواری در تنظیم هیجان و عدم تحمل پریشانی در بلندمدت می‌توانند باعث گرایش به مواد مخدر در بین جوانان شوند.

بر اساس مطالعات انجام شده می‌توان اذعان داشت در افراد وابسته به مواد مخدر، باورهای فراشناختی ممکن است نقش مهمی در فرآیند اعتیاد و ترکیب آن با مواد مخدر ایفا کنند (مایرز[2] و همکاران، ۲۰۲۴). باورهای فراشناختی به افکارهایی اشاره دارد که افراد وابسته به مواد مخدر درباره خود، دیگران و دنیای پیرامونشان ترسیم می‌کنند (جیمز، لئون‌هارد و باک[3]، ۲۰۱۸). این باورها تأثیر بسیار زیادی بر رفتارها و تصمیمات افراد وابسته به مواد مخدر دارند (باسره، صفرزاده و هومن، ۱۴۰۲). بیمار فکر می‌کند نمی‌تواند به طور کامل بر کنترل مصرف مواد مخدر خود دست یابند، همین موضوع باعث می‌شود افراد وابسته به مواد مخدر احساس ناتوانی کنند و از تلاش برای ترک اعتیاد منصرف شوند (سوتسچیک، بولی و بوک[4]، ۲۰۲۲). افراد به دنبال ابتلا به اعتیاد باور می‌کنند ارزش شخصی و ارزش‌های زندگی‌شان کاهش یافته است. این باور ممکن است باعث شود که افراد از تلاش برای بهبود زندگی‌شان منصرف شوند و به مواد مخدر روی بیاورند (هامونیری و وارسکون[5]، ۲۰۱۸). از سوی دیگر، افراد وابسته به مواد مخدر معتقدند دیگران مسئول اعتیاد آنها هستند و خودشان قادر به کنترل نیستند، همین باور نادرست منجر به کاهش پذیرش مسئولیت و تعهد نسبت به خود و خانواده می‌گردد (اوتونلو، فیابانی، پیستارینی، اسپیگنو و تورسلی[6]، ۲۰۱۹).

افراد وابسته به مواد معتقدند پس از مصرف مواد مخدر توانایی بهتری در مقابله با استرس و مشکلات زندگی دارند. این باور ممکن است باعث شود که افراد به مواد مخدر روی آورده و از راه‌های سالم‌تر برای مقابله با استرس فرار کنند. همچنین افراد وابسته به

1. Kechter
2. Myers
3. James, Leonhardt & Buck
4. Soutschek, Bulley & Wittekind
5. Hamonniere & Varescon
6. Ottonello, Fiabane, Pistarini, Spigno & Torselli

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

مواد مخدر فکر می‌کنند تغییر و بهبود زندگی‌شان دشوار است و این باور ممکن است باعث شود که از تلاش برای ترک اعتیاد منصرف شوند (لام، فونگ، چان، لوئی و چان[1]، ۲۰۲۱). نتایج پژوهش مروری وینترز، برندون-فریدمن، ییپس و هینکلی[2] (۲۰۲۱) مشخص کرد عوامل شناختی، اجتماعی و روانی نقش تعیین‌کننده‌ای در وابستگی به مواد مخدر ایفا می‌کنند که از مهمترین آنها می‌توان به باورهای فراشناختی نادرست و اشتباه پیرامون اعتیاد اشاره کرد. از طرفی دیگر، یافته‌های مطالعه هامونیری، میلان و وارسکون[3] (۲۰۲۲) نشان داد زیرمقیاس‌های باورهای فراشناختی ارتباط مثبت و معناداری با گرایش به مصرف مواد مخدر داشتند. همچنین تحمل افسردگی، اضطراب و استرس نیز موجب تشدید بیماری و کاهش عملکرد شناختی افراد وابسته به مواد مخدر می‌شد.

وابستگی به مواد مخدر معمولاً نتیجه ترکیبی از عوامل ژنتیکی، محیطی، اجتماعی و روانی است؛ به همین دلیل درمان افراد وابسته به مواد مخدر، نیازمند یک رویکرد چندتخصصی است. یکی از درمان‌های روان‌شناختی قابل اتکا در این بیماران، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (آرچ، فیشبین، فینکلستین و لیوما[4]، ۲۰۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد روان‌درمانی است که به تازگی به عنوان یک روش مؤثر در درمان اعتیاد نیز مورد استفاده قرار گرفته است. این درمان تلاش می‌کند از طریق افزایش پذیرش در برابر تجربیات دردناک و تعهد به ارزش‌های زندگی، به افراد کمک کند تا با چالش‌های زندگی بهتر مقابله کنند (سانتیاگو-تورس، مول، سالیوان، ریگوتی و بریکر[5]، ۲۰۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اهمیت زیادی به پذیرش تجربیات ناخوشایند می‌دهد (تورستون، هال، تیمرمن و امریک[6]، ۲۰۱۷). در درمان اعتیاد، افراد با تجربیات دردناک مرتبط با اعتیاد خود مواجه می‌شوند و تمرکز بر پذیرش این تجربیات به جای مقاومت در برابر آنها قرار می‌گیرد (گلاستر، والدر، لوین، توهیگ و کارکلا[7]، ۲۰۲۰).

1. Lam, Fung, Chan, Louie & Chan
2. Winters, Brandon-Friedman, Yepes & Hinckley
3. Hamonniere, Milan & Varescon
4. Arch, Fishbein, Finkelstein & Luoma
5. Santiago-Torres, Mull, Sullivan, Rigotti & Bricker
6. Thurstone, Hull, Timmerman & Emrick
7. Gloster, Walder, Levin, Twohig & Karekla

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

این رویکرد به افراد وابسته به مواد مخدر آموزش می‌دهد که افکار خود را به عنوان تنها یک سری کلمات در نظر بگیرند؛ این تفکر کمک می‌کند تا افراد از گیر کردن در دام افکار منفی جلوگیری کنند (اسوانبرگ، مونک و لواندر[1]، ۲۰۱۷). این رویکرد تاکید دارد که حضور ذهنی در لحظه حال مهم است. افراد با آگاهی از تجربیات فوری خود و عدم گمانه‌زنی در آینده یا حسرت در گذشته، می‌توانند با بهترین شکل ممکن با مواجه شدن با چالش‌ها کنار بیایند (اودونوهیویی[2]، ۲۰۲۳). به عبارتی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد وابسته به مواد مخدر کمک می‌کند تا ارزش‌های زندگی‌شان را شناسایی کرده و به آنها تعهد پیدا کنند (گول و عقیل[3]، ۲۰۲۱). تعهد به ارزش‌های زندگی می‌تواند به عنوان یک محرک برای ترک اعتیاد عمل کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیماران را تشویق می‌کند تا زندگی‌شان را با معناگرایی پر کنند. یافتن معنا و هدف در زندگی می‌تواند افراد را از مسیر اعتیاد به مسیری با معناتر هدایت کند (برمن و کورلانچیک[4]، ۲۰۲۱). در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افراد وابسته به مواد مخدر نیز مطالعات گسترده‌ای انجام شده است. در این زمینه، نتایج پژوهش سانتیاگو-تورس و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد افرادی که درمان را دریافت کرده بودند در پس‌آزمون گرایش کمتری به مواد مخدر و نیکوتین داشتند. یافته‌های مطالعه مروری و فراتحلیل گلاستر و همکاران (۲۰۲۰) حکایت از اثربخشی معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی، درد و وابستگی به مواد مخدر داشت. نتایج پژوهش گول و عقیل (۲۰۲۱) مشخص کرد افراد وابسته به مواد مخدری که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرده بودند از شرم و انگ کمتری برخوردار بودند و بهتر می‌توانستند برای درمان بیماری خود کمک بگیرند.

وابستگی به مواد مخدر می‌تواند تأثیرات جدی بر سلامت عمومی افراد داشته باشد. این شامل آثار جسمانی ناشی از مصرف مواد، افت کیفیت زندگی و مشکلات روانی می‌شود. درمان و اقدامات پزشکی برای مدیریت وابستگی به مواد هزینه‌های زیادی را بر عهده

1. Svanberg, Munck & Levander
2. O'Donohue
3. Gul & Aqeel
4. Berman & Kurlancheek

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

می‌گیرد و این مسئله بر سیستم درمان و اقتصاد جامعه تأثیر می‌گذارد. از طرفی دیگر، وابستگی به مواد مخدر می‌تواند به خانواده و روابط اجتماعی فرد و خانواده‌اش آسیب بزند. این شامل اختلافات خانوادگی، تفرقه در روابط اجتماعی و ایجاد تنش‌های میان فردی می‌شود. کاهش توانایی در تحصیل، شغل و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی از جمله پیامدهای ممکن است. بر این اساس می‌توان اذعان داشت، بررسی وابستگی به مواد مخدر از اهمیت بالایی برخوردار است تا با توجه به نتایج به دست آمده، سیاست‌ها و برنامه‌های مناسبی برای پیشگیری از این مشکل و ارائه راهکارهای مؤثر در درمان و کاهش آسیب‌های مرتبط با این موضوع ایجاد شود. در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی و باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد مخدر انجام شد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل مردان وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد ناحیه ۸ شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. حجم نمونه با استفاده از نرم افزار **G*Power**، ۴۰ نفر برای دو گروه در نظر گرفته شد؛ بنابراین، با مراجعه به ۳ مرکز ترک اعتیاد، از میان افرادی که به تازگی وارد کلینیک شده بودند، نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری دردسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل عدم وجود مشکلات جسمانی و روان‌شناختی، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی، داشتن تحصیلات حداقل سیکل و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی بود. ملاک خروج از پژوهش نیز شامل عدم مشارکت منظم در جلسات، غیبت بیش از دو جلسه و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس تحلیل شدند.

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

ابزار

۱- آزمون مقابله چندبعدی[1]: این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر[2] (۱۹۹۰) طراحی شده است و شامل ۴۸ گویه و ۳ زیر مقیاس سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار (۱۶ سوال)، هیجان‌مدار (۱۶ سوال) و اجتنابی (۱۶ سوال) است. این مقیاس بر روی طیف لیکرت ۱ تا ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و حداقل و حداکثر نمرات در این مقیاس ۴۸ و ۲۴۰ است. در مطالعه‌ی اندلر و پارکر (۱۹۹۰) اعتبار این آزمون از طریق محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ برای سبک‌های سه گانه در دامنه‌ی ۰/۸۲ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. ضریب پایایی مقیاس به وسیله‌ی اندلر و پارکر (۱۹۹۰) برای سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب برای نمونه‌ی پسران ۰/۹۲، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و برای نمونه‌ی دختران ۰/۹۰، ۰/۸۵ و ۰/۸۲ به دست آمد. در ایران نیز باقری شیخانگفشه صوابی نیری، بریاجی، سعیدی و همکاران (۱۴۰۲) ضریب آلفای کرونباخ را برای سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۸ و ۰/۸۰ به‌دست آوردند. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای سبک‌های مقابله‌ای مسئله مدار (۰/۸۷)، هیجان‌مدار (۰/۸۶) و اجتنابی (۰/۸۲) مطلوب گزارش شد.

۲- مقیاس تحمل پریشانی[3]: مقیاس تحمل پریشانی توسط سیمونز و گاهر[4] (۲۰۰۵) طراحی شده است و ۱۵سؤال دارد. این مقیاس چهار خرده مقیاس تحمل (۳ سوال)، جذب (۶ سوال)، ارزیابی (۳ سوال) و تنظیم (۳ سوال) را مورد سنجش قرار می‌دهد و بر اساس مقیاس لیکرت از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ است که کسب نمرات بالاتر به معنای داشتن تحمل پریشانی مطلوب است. در پژوهش سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ به دست آمده است. در پژوهش باسره و همکاران (۱۴۰۲) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر ۰/۸۶ و خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۴، ۰/۷۸ و ۰/۸۹ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آمد.

1. multidimensional coping inventory (MCI)
2. Endler & Parker
3. distress tolerance scale (DTS)
4. Simons & Gaher

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

۳- پرسشنامه باورهای فراشناختی[1]: این پرسشنامه توسط ولز و کاترایت- هاتون[2] (۲۰۰۴) ساخته شده است و دارای ۳۰ گویه است که در مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (موافق نیستم= ۱، کمی موافقم= ۲، تقریباً موافقم= ۳ و کاملاً موافقم=۴) نمره‌گزاری می‌شود. این پرسشنامه حیطه‌های شناختی را در پنج مقیاس جداگانه باورهای مثبت در مورد نگرانی (۶سوال)، اطمینان شناختی (۶سوال)، نیاز به کنترل فکر (۶سوال)، کنترل‌ناپذیری (۶سوال) و خودآگاهی شناختی (۶سوال) اندازه می‌گیرد (ولز و کاترایت- هاتون، ۲۰۰۴). دامنه نمرات بین ۳۰ تا ۱۲۰ است که کسب نمرات بالاتر به معنای داشتن باورهای فراشناختی بیشتر است. ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ و برای حیطه‌های پنج گانه از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ محاسبه شده است. اعتبار بدست آمده به روش بازآزمایی نیز برای کل سؤالات ۰/۷۴ و برای حیطه‌های باورهای مثبت (۰/۷۹)، کنترل ناپذیری خطر افکار (۰/۵۹)، باورهای مربوط به کفایت شناختی (۰/۶۹)، باور درباره ضرورت کنترل افکار (۰/۷۴) و خودآگاهی شناختی (۰/۸۷) مطلوب گزارش شده است. اصولی، شریعتمدار، و کلانتر هرمزی (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای پنج مقیاس باورهای مثبت، کنترل ناپذیری خطر افکار، باورهای مربوط به کفایت شناختی، باور درباره ضرورت کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۸۴ و ۰/۸۹ گزارش شد.

روش اجرا

در این مطالعه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مبتنی بر پروتکل هیز، استروساهل و ویلسون[3] (۲۰۱۱) به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و با فراوانی دو جلسه در هفته انجام شد. همچنین ابزار پژوهش، قبل از شروع مداخله (پیش آزمون) و بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس آزمون) اجرا شد. پروتکل مراحل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

1. metacognition's questionnaire
2. Wells & Cartwright-Hatton
3. Hayes, Strosahl & Wilson

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

جدول ۱: محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۱۱)

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	برقراری رابطه درمانی	آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش	پیش‌آزمون و بستن قرارداد درمانی
۲	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار	ارزیابی میزان تأثیر درمان‌ها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل	دریافت بازخورد و ارائه تکلیف (واکاوی ارتباط ذهن و بدن)
۳	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آنها	پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل	دریافت بازخورد و ارائه تکلیف (تاب‌آوری داشتن)
۴	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن	آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی	دریافت بازخورد و ارائه تکلیف (تمرینات ذهن-آگاهی)
۵	معرفی مدل رفتاری سه بعدی	بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکردهای روان-شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن	دریافت بازخورد و ارائه تکلیف (برقراری تماس با لحظه حال)
۶	توضیح مفاهیم نقش و زمینه	مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند.	دریافت بازخورد و ارائه تکلیف (دقت در تمامی ابعاد وجودی خویشتن)
۷	توضیح مفهوم ارزش‌ها	ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی	دریافت بازخورد و ارائه تکلیف (شناسایی ارزش-های فرد در زندگی)
۸	جمع‌بندی جلسات	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها	اجرای پس آزمون

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن بیماران وابسته به مواد مخدر در گروه آزمایش ۸/۱۴±۲۹/۱۲ سال و در گروه گواه ۹/۵۳±۲۸/۹۴ سال بود. اطلاعات جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	سطوح	آزمایش تعداد (درصد)	گواه تعداد (درصد)	سطح معناداری
تحصیلات	سیکل	۱۲ (۶۰)	۱۲ (۶۰)	
	دیپلم	۶ (۳۰)	۵ (۲۵)	۰/۳۶۴
	دانشگاهی	۲ (۱۰)	۳ (۱۵)	
سابقه‌اعتیاد (سال)	۲ تا ۵	۱۴ (۷۰)	۱۳ (۶۵)	۰/۴۰۷
	۶ به بالا	۶ (۳۰)	۷ (۳۵)	
سن (سال)	۲۰ تا ۲۷	۹ (۴۵)	۹ (۴۵)	۰/۲۹۱
	۲۸ تا ۳۳	۸ (۴۰)	۷ (۳۵)	
	۳۴ به بالا	۳ (۱۵)	۴ (۲۰)	

براساس جدول ۲، نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که گروه‌های مداخله و گواه از نظر تحصیلات، سابقه اعتیاد و سن تفاوت معنی‌داری نداشتند. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شده است.

جدول۳: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره آزمون شاپیرو-ویلک	سطح معناداری
مسئله مدار	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۰/۸۰	۴/۴۱	۰/۱۰۸	۰/۰۶۷
		گواه	۴۰/۷۰	۴/۶۵	۰/۰۹۶	۰/۰۶۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۴/۰۱	۳/۷۲	۰/۰۹۷	۰/۰۵۸
		گواه	۴۰/۹۵	۴/۱۹	۰/۰۹۱	۰/۱۶۱
هیجان‌مدار	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۶/۲۵	۳/۰۴	۰/۰۸۲	۰/۰۵۶
		گواه	۴۶/۳۵	۳/۸۶	۰/۰۹۱	۰/۰۷۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۲/۳۵	۴/۴۲	۰/۰۹۵	۰/۰۷۴

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

جدول۳: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره آزمون شاپیرو-ویلک	سطح معناداری
اجتنابی	پیش‌آزمون	گواه	۴۶/۱۰	۴/۶۳	۰/۰۹۱	۰/۰۹۷
		آزمایش	۴۵/۳۵	۳/۱۴	۰/۰۹۱	۰/۰۹۷
	پس‌آزمون	گواه	۴۵/۲۰	۳/۷۸	۰/۰۹۵	۰/۰۷۳
		آزمایش	۴۱/۶۰	۳/۵۰	۰/۰۹۰	۰/۱۷۱
		گواه	۴۵/۵۰	۳/۴۹	۰/۰۹۵	۰/۰۷۱
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۱/۶۰	۲/۶۲	۰/۰۹۷	۰/۰۵۹
		گواه	۵۱/۷۵	۲/۸۴	۰/۰۹۴	۰/۰۷۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۵۵/۱۵	۱/۹۳	۰/۰۹۲	۰/۰۸۸
		گواه	۵۱/۴۵	۱/۷۷	۰/۰۹۵	۰/۰۷۳
باورهای مثبت در مورد نگرانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۳/۱۵	۱/۹۷	۰/۰۹۱	۰/۰۹۷
		گواه	۱۳/۰۱	۲/۸۳	۰/۰۹۵	۰/۰۷۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۰/۳۰	۲/۱۵	۰/۰۹۰	۰/۱۷۱
		گواه	۱۳/۳۰	۱/۹۳	۰/۰۹۵	۰/۰۷۱
اطمینان شناختی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۴/۴۰	۱/۴۲	۰/۰۹۷	۰/۰۵۹
		گواه	۱۴/۳۰	۱/۷۸	۰/۰۹۴	۰/۰۷۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۱/۵۰	۱/۳۰	۰/۰۹۲	۰/۰۸۸
		گواه	۱۴/۴۵	۲/۴۷	۰/۰۹۵	۰/۰۷۳
نیاز به کنترل فکر	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵/۳۵	۲/۶۰	۰/۰۸۹	۰/۰۵۵
		گواه	۱۵/۴۶	۲/۹۱	۰/۱۵۲	۰/۰۶۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۲/۱۵	۱/۷۴	۰/۰۹۶	۰/۰۵۷
		گواه	۱۵/۳۰	۱/۸۹	۰/۱۰۳	۰/۰۶۷
کنترل‌ناپذیری	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۳/۳۵	۱/۸۳	۰/۱۰۹	۰/۰۶۱
		گواه	۱۳/۲۵	۲/۴۹	۰/۰۸۵	۰/۰۵۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۰/۶۰	۱/۲۷	۰/۰۷۵	۰/۰۵۹
		گواه	۱۳/۴۰	۱/۹۶	۰/۱۷۵	۰/۰۸۶
خودآگاهی شناختی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۲/۴۵	۲/۰۴	۰/۱۶۳	۰/۰۸۵
		گواه	۱۲/۵۵	۱/۷۵	۰/۰۶۹	۰/۰۷۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۹/۹۰	۱/۹۳	۰/۰۸۹	۰/۰۶۲
		گواه	۱۲/۳۵	۱/۸۷	۰/۱۱۸	۰/۰۵۹

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

مندرجات جدول ۳ نشـــان می‌دهد که بین دو گروه پژوهش در متغیرهای پژوهش در مرحلهٔ پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش تغییرات محسوسی داشته است. برای تحلیل نتایج از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌ها مورد بررســـی قرار گرفتند. یکی از مفروضـــه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، نرمال‌بودن توزیع داده‌هاست. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای مورد بررســـی دارای توزیع نرمال بودند (p> ۰/۰۵). نتایج آزمون لوین برای بررســـی همگنی واریانس متغیرهای وابســـته در گروه‌ها نشـــان داد که واریانس ســـبک‌های مقابله‌ای ($F_{۱,۳۸}$=۱/۵۹، p=۰/۲۴۱>۰/۰۵)، تحمـل پریشـــانی ($F_{۱,۳۸}$=۱/۸۹، p=۰/۳۰۷>۰/۰۵) و باورهای فراشـناختی ($F_{۱,۳۸}$=۱/۸۶، p=۰/۱۹۶>۰/۰۵) در گروه‌ها برابر اسـت. نتایج آزمون باکس برای بررسـی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسـته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشـــان داد که ماتریس کوواریـانس متغیرهـای وابســـته دو گروه برابر اســـت (Box M=۲۴/۸۱ ،F=۰/۴۱ ،p=۰/۳۹۴>۰/۰۵). همچنین نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررســی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین ســبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشــانی و باورهای فراشــناختی نشـان داد که رابطه بین آن‌ها معنی‌دار اسـت (χ^2=۲۷۵/۸۴ df=۴۴،p <۰/۰۵). مفروضـه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضـرایب رگرسـیون اسـت. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مســـتقل (روش مداخله) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررســـی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها با متغیر مســـتقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی شـیب رگرسـیون اسـت؛ بنابراین این مفروضـه نیز برقرار اسـت. در ادامه پس از کنترل اثر پیش‌آزمون جهـت مقـایســـه گروه‌هـای آزمـایش و کنترل بر طبق نمره‌هـای پس‌آزمون، در تعیین اثربخشـــی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ســـبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشـــانی و باورهای فراشـــناختی افراد وابســـته به مواد مخدر از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. نتایج مرحله پس‌آزمون در جدول ۴ آمده است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

جدول٤: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	سطح‌معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۷۷۳	۷/۹۶۸	۲۱	۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۲۷	۷/۹۶۸	۲۱	۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱
آزمون اثر هتلینگ	۳/۴۱۵	۷/۹۶۸	۲۱	۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۴۱۵	۷/۹۶۸	۲۱	۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱

همان طوری که در جدول ۴ مشـاهده می‌گردد نتایج آزمون لامبدای ویکلز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشـان داد که بین نمره آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری در مرحله پس‌آزمون وجود داشت و ۷۷ درصد تغییرات مربوط به عضویت گروهی بود. در ادامه برای بررسی دقیق این تفاوت‌ها نتایج بررسی کوواریانس در نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس بر روی متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	خطای مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	خطای میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
مسئله‌مدار	۸۶/۶۲	۷۰/۱۰	۱	۸۶/۶۲	۲/۴۱	۳۵/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵
هیجان‌مدار	۱۳۲/۳۵	۷۲/۲۵	۱	۱۳۲/۳۵	۲/۴۹	۵۳/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴
اجتنابی	۱۶۷/۲۳	۷۶/۹۶	۱	۱۶۷/۲۳	۲/۶۵	۶۳/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸
تحمل پریشانی	۱۴۸/۴۰	۹۹/۰۶	۱	۱۴۸/۴۰	۳/۴۱	۴۳/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۰
باورهای مثبت در مورد نگرانی	۹۷/۷۲	۳۷/۵۶	۱	۹۷/۷۲	۱/۲۹	۷۵/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲
اطمینان شناختی	۹۱/۹۶	۳۷/۰۶	۱	۹۱/۹۶	۱/۲۷	۷۱/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱
نیاز به کنترل فکر	۹۵/۱۳	۴۸/۱۹	۱	۹۵/۱۳	۱/۶۶	۵۷/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۶۶
کنترل ناپذیری	۸۳/۰۴	۴۰/۰۴	۱	۸۳/۰۴	۱/۳۸	۶۰/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۶۷
خودآگاهی شناختی	۵۴/۷۹	۳۳/۷۳	۱	۵۴/۷۹	۱/۱۶	۴۷/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

همان‌طوری که در جدول ۵ مشـــاهده می‌گردد، در ســـبک‌های حل مســـئله، تحمل پریشـــانی و باورهای فراشـــناختی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به طوری که گروه آزمایش در تمامی مؤلفه‌های باورهای فراشـــناختی و ســـبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی نمرات کمتری را نســـبت به گروه کنترل و در ســـبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و تحمل پریشانی نمرات بیشتری را نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند. در نتیجه می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری باعث کاهش ســـبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی و باورهای فراشـــناختی؛ در مقابل باعث افزایش ســـبک‌های مقابله‌ای مســـئله‌مدار و تحمل پریشـــانی در افراد وابســـته به مواد مخدر شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضـــر به منظور بررســـی اثربخشـــی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ســـبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشـــانی و باورهای فراشـــناختی مردان وابســـته به مواد مخدر شـــهر تهران انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری باعث کاهش ســـبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی و افزایش ســـبک‌های مقابله‌ای مسـئله‌مدار در افراد وابسـته به مواد مخدر شـده اسـت. این یافته‌ها در راسـتای پژوهش‌های آسی کاراکاس و ارسوگوتگو (۲۰۲۳)، بری و همکاران (۲۰۲۲)، وان‌درهیجدن و همکاران (۲۰۲۲) و چن و همکاران (۲۰۲۰) قرار دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک روش نوین درمانی، اخیراً به‌طور گسـترده‌ای در حوزه درمان وابسـتگی به مواد مخدر مورد توجه قرار گرفته است. این روش درمانی بر اساس ایده‌هایی از روان‌شناسی رفتاری و مبتنی بر پذیرش اسـتوار اسـت و به افراد کمک می‌کند تا با تغییر در نگرش خود نسـبت به مواد مخدر و افزایش تعهد به اهداف زندگی‌شـان، از وابسـتگی خارج شـوند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معنی‌داری توانسته است سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی را کاهش دهد. این نتایج نشـــان می‌دهند که افراد پس از مشـــارکت در جلســـات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در مقابل مواجهه با احســـاســـات ناخواسـته و ناراحت‌کننده، به جای اسـتفاده از راه‌های اجتنابی و فراری، تمایل بیشـتری به

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

پذیرش این احساسات دارند. این تغییر در سبک مقابله‌ای می‌تواند به کاهش نیاز به مصرف مواد مخدر برای فرار از احساسات منفی کمک کند و از این طریق به درمان وابستگی کمک نماید. به‌طور همزمان، نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار در افراد وابسته به مواد مخدر می‌شود. سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار شامل استفاده از استراتژی‌های مقابله‌ای سازنده مثل حل‌مسئله، جستجوی پشتیبانی اجتماعی و ارتباط با دیگران برای حل مشکلات می‌باشد. افزایش این سبک‌های مقابله‌ای می‌تواند باعث افزایش توانمندی افراد برای مواجهه با مشکلات و چالش‌های زندگی و کاهش نیاز به استفاده از مواد مخدر به عنوان راهکار مقابله‌ای شود.

به عبارتی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیرگذاری خود را در کاهش سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و افزایش سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار در افراد وابسته به مواد مخدر از طریق مکانیسم‌های مختلفی اعمال می‌کند (باتماز و همکاران، ۲۰۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد که تجربیات ناخوشایند را با آگاهی و بدون انکار مشاهده کنند. این کمک می‌کند تا افراد نتوانند به سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار یا اجتناب پناه ببرند و به جای آن، با آگاهی از حالت حال خود، رفتارهای مؤثرتری را انتخاب کنند (چن و همکاران، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اهمیت زیادی به پذیرش وضعیت ذهنی حال فرد می‌دهد. این به افراد کمک می‌کند که با تمرکز بر روی زندگی حال، به جای گذشته یا آینده، به مشکلات بپردازند. در این حالت، نه تنها از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار کاسته می‌شود؛ بلکه همچنین افراد را ترغیب به ایجاد تغییرات مثبت در زندگی‌شان می‌کند (گول و عقیل، ۲۰۲۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد وابسته به مواد مخدر را به سمت تعهد به ارزش‌های زندگی‌شان هدایت می‌کند. این تعهد می‌تواند نقشی به عنوان الهام برای افراد در ترک اعتیاد و پیشرفت در زندگی ایفا کند (آرچ و همکاران، ۲۰۲۳).

با آموزش مهارت‌های مدیریت هیجان و توانمندسازی، افراد وابسته به مواد مخدر برای مقابله با فشارهای زندگی به سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار اعتماد نکرده و درمان

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به کاهش استفاده از این سبک‌ها کمک کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد مهارت‌های مقابله‌ای آموزش می‌دهد که بر مسائل و چالش‌های زندگی‌شان تمرکز دارند (برمن و کورلانچیک، ۲۰۲۱). این مهارت‌ها می‌توانند از جمله راه‌حل‌های خلاقانه و مؤثر برای حل مشکلات باشند. بنابراین، از طریق ترکیب این مکانیسم‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد وابسته به مواد مخدر کمک می‌کند تا با آگاهی از تجربیات، پذیرش وضعیت ذهنی، تعهد به ارزش‌های زندگی و توسعه مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار، سبک‌های مقابله خود را به سمت سازنده‌تری ببرند (آسی‌کاراکاس و ارسوگوتگو، ۲۰۲۳). یافته‌های پژوهش بری و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد افراد وابسته به مواد مخدری که دارای سبک‌های دلبستگی ناایمن بودند و در مقابل استرس از راهبردهای اجتنابی و هیجان‌مدار استفاده می‌کنند از مشکلات بسیار زیادی رنج می‌برند، تمرکز و خواب کافی ندارند و افسردگی قابل توجهی را متحمل می‌شوند. از سویی دیگر، نتایج مطالعه آسی‌کاراکاس و ارسوگوتگو (۲۰۲۳) مشخص کرد حمایت اجتماعی، مدیریت استرس و راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار موجب کاهش وابستگی به مواد مخدر می‌شود و انگیزه فرد را برای انجام فعالیت‌های مفید مضاعف می‌کند.

از سویی دیگر، یافته‌های این مطالعه مشخص کرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری باعث افزایش تحمل پریشانی در افراد وابسته به مواد مخدر شده است. نتایج به دست آمده با مطالعات ماتینگلی و همکاران (۲۰۲۲)، کیچتر و همکاران (۲۰۲۱)، تول و همکاران (۲۰۲۰) و آرنادووا و آمارو (۲۰۲۰) همسو است. این نتیجه نشان می‌دهد که شرکت در جلسات و فرآیند درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش توانایی افراد برای مواجهه با پریشانی‌ها و نگرانی‌های زندگی شده است. آن‌ها از طریق تمرکز بر پذیرش این احساسات و ادراک‌شان، می‌توانند این پریشانی‌ها را بهتر درک کرده و با آنها مواجه شوند. این امر باعث افزایش توانایی افراد برای مدیریت استرس‌ها و نگرانی‌های روزمره و در نتیجه، کاهش استفاده از مواد مخدر به عنوان راه‌حل موقت برای فرار از آنها می‌شود. از جنبه دیگر، این یافته نشان می‌دهد که افراد وابسته به مواد مخدر پس از شرکت در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهبود چشمگیری در میزان تحمل پریشانی‌های

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

زندگی‌شـــان تجربه می‌کنند. این افزایش توانایی مدیریتی باعث می‌شـــود که افراد بتوانند بهتر با موقعیت‌های فشـــارزا و اســـترس‌زا روبرو شـــوند و بدون توجه به مواد مخدر، به راهکارهای موثرتری برای مواجهه با آنها دســـت یابند. این روش درمانی نه‌تنها به کاهش وابســـتگی به مواد مخدر کمک می‌کند، بلکه با افزایش توانایی مدیریتی، بهبود عملکرد زندگی روزمره این افراد را نیز فراهم می‌کند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش می‌دهد که تجربیات ناخوشـــایند را با آگاهی و بدون انکار مشـاهده کنند (وایت‌فورد و همکاران، ۲۰۲۴). این درمان می‌تواند به افراد کمک کند تا با وضـــعیت‌های پریشـــان‌کننده‌تری که ممکن اســـت در زمان ترک وابستگی به مواد مخدر رخ دهد، بیشتر آشنا شوند. از افراد خواسته می‌شود که وضعیت‌های ذهنی خود را پذیرا باشند و از انکار و فرار از آن‌ها خودداری کنند (اودونوهیویی، ۲۰۲۳). این تغییر در نگرش می‌تواند توانمندی بیشـــتری را برای مواجهه با تحمل پریشـــانی ایجاد کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد را به ســـمت تعهد به ارزش‌های زندگی‌شـــان هدایت می‌کند. این تعهد می‌تواند به عنوان یک مرجع ثابت در مقابل تحمل پریشانی عمل کند و به افراد کمک کند که مسیر سازنده‌تری در زندگی‌شان انتخاب کنند (ووجانویک و همکاران، ۲۰۲۲). آموزش مهارت‌های مقابله با اســـترس و توانمندســـازی افراد برای مدیریت هیجانات منفی می‌تواند به افزایش تحمل پریشـــانی کمک کند. این مهارت‌ها شـــامل توانایی مدیریت هیجانات، تمرکز بر راه‌حل‌های مســـئله و اســـتفاده از راهبردهای ســـازنده می‌شـــوند (ماتینگلی و همکاران، ۲۰۲۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش می‌دهد که افکار و احساسات خود را با دورنگاهی جدید و فراشناختی مشاهده کنند. این ممکن است باعث شکل‌گیری یک رابطه جدید و سالم با فکرها و احساسات شود، که در نتیجه به افزایش تحمل پریشانی منجر می‌شود (سانتیاگو-تورس و همکاران، ۲۰۲۳). از طریق این فرایند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سعی دارد تا تغییراتی در نگرش و رفتار افراد ایجاد کند که به آنها در مواجهه با تحمل پریشـــانی کمک کند. با ایجاد آگاهی از موقعیت‌ها، پذیرش وضعیت ذهنی، تعهد به ارزش‌ها، و ارتقاء مهارت‌های مقابله با اســـترس، افراد ممکن اســـت در مقابل چالش‌ها و تغییرات زندگی بهتر مقاومت کنند

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

(کیچتر و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج پژوهش تول و همکاران (۲۰۲۰) مشـخص کرد ارتباط معناداری بین سـن، جنس، تحصـیلات و سـلامت روانی با گرایش به مصـرف مواد مخدر وجود داشـت. مردان در مقایسـه با زنان وابسـته به مواد مخدر از تحمل پریشـانی پایین‌تری رنج می‌بردند که موجب تشـدید علائم و تحمل در آنها می‌شـد. از طرفی دیگر، یافته‌های مطالعه آرنادووا و آمارو (۲۰۲۰) نشـان داد اسـترس پس از ضـربه، کمبود ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی از جمله عوامل تشدیدکننده وابستگی به مواد مخدر بود.

همچنین نتایج این پژوهش نشـان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری باعث کاهش باورهای فراشـناختی (باورهای مثبت در مورد نگرانی، اطمینان شـناختی، نیاز به کنترل فکر، کنترل ناپذیری و خودآگاهی شـناختی) در افراد وابسـته به مواد مخدر شـده اسـت. این یافته‌ها با مطالعات هامونیری و همکاران (۲۰۲۲)، سـوتسـچیک و همکاران (۲۰۲۲)، لام و همکاران (۲۰۲۱) و وینترز و همکاران (۲۰۲۱) در یک راستا قرار دارد. این روش درمانی با ارتقاء مهارت‌های پذیرش و تعهد، به افراد وابسـته به مواد مخدر کمک می‌کند تا از نگرانی‌ها و باورهای منفی دست بکشـند و به جای آن به رفتارهای سـازنده و مثبت تمرکز کنند. این تغییر در باورها می‌تواند به کاهش وابسـتگی به مواد مخدر کمک کند و زمینه را برای یک زندگی بهتر و سـالم‌تر فراهم کند. تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای فراشـناختی افراد وابسـته به مواد مخدر می‌تواند از طریق مکانیسـم‌های مختلفی اتفاق بیافتد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد را آموزش می‌دهد که با آگاهی و بدون انکار، تجربیات و احساسات خود را درک کنند (گلاستر و همکاران، ۲۰۲۰). این درمان می‌تواند به افراد وابسـته به مواد مخدر کمک کند تا با باورهای فراشـناختی منفی مانند احساس عدم ارزشیابی، بی‌انگیزگی یا تردید به خود، به صورت سازنده‌تری برخورد کنند. به جای تلاش برای تغییر یا کنترل فکرها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد را به پذیرش وضعیت ذهنی‌شان تشویق می‌کند (مایرز و همکاران، ۲۰۲۴). این می‌تواند باعث کاهش مقاومت نسبت به باورهای فراشـناختی منفی و افزایش توانایی مقابله با آنها شـود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد که تعهد به ارزش‌های زندگی‌شـان در مقابل باورهای فراشـناختی ناپسـند، به ویژه آنهایی که با اعتیاد مرتبط هستند را حفظ کنند.

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

این می‌تواند باعث تغییر در الگوهای نگرشی مثبت و سازنده در زندگی شود (هامونیری و همکاران، ۲۰۲۲). نتایج پژوهش لام و همکاران (۲۰۲۱) نشـــان داد درمان‌های متمرکز بر اصـلاح باورهای فراشـناختی توانایی بالایی در کاهش علائم پرهیز و تحمل افراد وابسـته به مواد مخدر دارد و روند بهبود آنها را تســـریع می‌بخشـــند. از طرفی دیگر، یافته‌های مطالعه ســوتســچیک و همکاران (۲۰۲۲) مشـخص کرد سـطوح بالای باورهای فراشـناختی باعث اختلال در تصمیم‌گیری و بازداری در پاسخ بیماران وابسته به موادمخدر می‌شود.

با آموزش مهارت‌های مقابله با افکار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند به افراد وابسـته به مواد مخدر کمک کند که با باورهای فراشـناختی مثبت و منفی به طور مؤثرتری برخورد کنند. این مهارت‌ها می‌توانند شـــامل توجه به فکرها به عنوان تصـــاویر یا ایده‌های ذهنی باشد (تورستون و همکاران، ۲۰۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به افراد یادآوری می‌کند که فکرها تنها افکار هســـتند و نه واقعیت‌های بیرونی. این آگاهی می‌توانند به افراد وابسته به مواد مخدر کمک کند تا باورهای فراشناختی خود را به چشم یکدیگر واقعی‌تر ببینند و آنها را با یک نگاه فراشـــناختی تازه مشـــاهده کنند (وینترز و همکاران، ۲۰۲۱). به طور کلی، با ایجاد آگاهی، پذیرش وضـــعیت‌های ذهنی، تعهد به ارزش‌ها، تقویت مهارت‌های مقابله با فکرها و تغییر روابط با افکار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است به افراد وابسته به مواد مخدر کمک کند تا باورهای فراشناختی منفی را کاهش دهند و به سمت باورهای سازنده و سالم‌تری حرکت کنند (اسوانبرگ و همکاران، ۲۰۱۷).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد کارآمد به نظر می‌رســـد که به‌طور قابل توجهی تأثیرات مثبتی بر ســبک‌های مقابله‌ای و باورهای فراشـــناختی افراد وابســـته به مواد مخدر دارد. نتایج نشان می‌دهند که این درمان به کاهش سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی منجر شده و به جای آن، سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار را افزایش داده است. نتایج این پژوهش نشـــان‌دهنده اثربخشـــی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشـــکلات مرتبط با وابســتگی به مواد مخدر اســت، اما پیشـنهاد می‌شـود که تحقیقات بیشـتری در این زمینه انجام شـود. مطالعات با اندازه نمونه بزرگتر، پیگیری‌های بلندمدت و ارزیابی تأثیر در زمینه‌های زندگی روزمره می‌توانند نتایج را تقویت کنند. در نهایت، با توجه به نتایج مثبت

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

به‌دست‌آمده از مطالعه، انتظار می‌رود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک گزینه مؤثر برای مداخله در وابستگی به مواد مخدر در نظر گرفته شود. این رویکرد می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد مخدر و کاهش آسیب‌های اجتماعی ناشی از این وابستگی کمک کند. تعداد نمونه‌های این پژوهش محدود بوده است که ممکن است قابلیت تعمیم یافتن نتایج به جامعه‌ی بزرگتر را محدود کند. نیاز به تعداد بیشتری از افراد در نمونه‌گیری و گسترش محدوده جغرافیایی مطالعه می‌تواند این محدودیت را تسهیل کند. این پژوهش از ابزارهای محدودی برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش استفاده کرده است. استفاده از ابزارهای متنوع و جامع‌تر می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری را فراهم کند. عواملی مانند محیط زندگی، شرایط اقتصادی، و ارتباطات اجتماعی نیز ممکن است بر اثربخشی درمان مؤثر باشند که در این پژوهش در نظر گرفته نشده‌اند. این عوامل می‌توانند تأثیر مستقیمی بر سلامت روانی افراد داشته باشند و لذا در پژوهش‌های آینده لازم است مورد بررسی قرار گیرند. مدت زمان مداخله در این پژوهش محدود بوده است. ممکن است این محدودیت توانایی تشخیص تغییرات طولانی‌مدت و پایداری اثرات درمانی را محدود کند. استفاده از مداخلات با مدت زمان بیشتر می‌تواند به تحلیل نتایج بهتر کمک کند. بررسی اثرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طولانی مدت می‌تواند اطلاعات مفیدی ارائه دهد. پژوهش‌های بلندمدت به تحلیل تغییرات زمانی و پایداری اثرات درمانی بر روی سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی و باورهای فراشناختی کمک می‌کند. بررسی عواملی که می‌توانند در اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نیز در تغییرات در سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی و باورهای فراشناختی وابستگان به مواد مخدر نقش داشته باشند می‌تواند اطلاعات بیشتری در این زمینه فراهم کند. همچنین آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و مدیریت استرس به عنوان بخشی از درمان می‌تواند اثربخشی روش درمانی را افزایش دهد. با توجه به این پیشنهادات، می‌توان به ارتقای اطلاعات و درک از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش وابستگی به مواد مخدر و ارتقای سلامت روانی افراد وابسته به مواد مخدر پیش برد.

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

منابع

اصولی، اعظم؛ شریعتمدار، آسیه و کلانتر هرمزی، آتوسا (۱۳۹۵). بررسی رابطه باورهای فراشناخت باخودتنظیمی تحصیلی و تعارض دانش‌آموزان و والدین. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۷(۲۷)، ۱۰۴-۸۳.

باسره، سکینه؛ صفرزاده، سحر و هومن، فرزانه (۱۴۰۲). اثربخشی درمان ساختارمند ماتریکس بر خودشیفتگی مرضی، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی در مصرف‌کنندگان مواد محرک. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۷(۶۸)، ۲۲۸-۲۰۱.

باقری شیخانگفشه، فرزین؛ صوابی نیری، وحید؛ بریاجی، شبنم؛ سعیدی، زهرا؛ کیانی، آرینا و فتحی آشتیانی، علی (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، راهبردهای مقابله‌ای و تحمل پریشانی کارمندان مبتلا به آرتریت روماتوئید. *مجله علوم پزشکی صدرا*، ۱۱(۴)، ۳۷۳-۳۶۰.

هارون رشیدی، همایون (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر تحمل ابهام و پریشانی روان‌شناختی زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۷(۶۸)، ۳۰۳-۳۲۶.

References

Arch, J. J., Fishbein, J. N., Finkelstein, L. B., & Luoma, J. B. (2023). Acceptance and commitment therapy processes and mediation: Challenges and how to address them. *Behavior Therapy*, 54(6), 971-988.

Arnaud, N., Wartberg, L., Simon-Kutscher, K., Thomasius, R., & IMAC-Mind Consortium. (2023). Prevalence of substance use disorders and associations with mindfulness, impulsive personality traits and psychopathological symptoms in a representative sample of adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2, 1-15.

Arnaudova, I., & Amaro, H. (2020). Acting with awareness and distress tolerance relate to PTSD symptoms among women with substance use disorder. *Mindfulness*, 11, 1460-1468.

Asi Karakaş, S., & Ersöğütçü, F. (2023). Examination of the relationship between family functionality and styles of coping with stress in individuals with substance use disorder. *Journal of Substance Use*, 28(1), 79-86.

Batmaz, M., Yazici, H. G., & Akhan, L. U. (2023). Trait anger–Anger expression style and coping with stress in alcohol and substance use disorders: A randomized and controlled study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 43, 43-49.

Berman, B. M., & Kurlancheek, K. (2021). The choice point model of acceptance and commitment therapy with inpatient substance use and co-occurring populations: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 12, 758-766.

Berry, K., Haddock, G., Barrowclough, C., & Gregg, L. (2022). The role of attachment, coping style and reasons for substance use in substance users with psychosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(2), 725-732.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

Brajković, L., Jelinčić, K., & Kopilaš, V. (2022). Relationship between dark triad, coping styles, sensation seeking and substance use among youth. *The Open Psychology Journal*, 15(1), 1-15.

Chen, M., Zeng, X., & Chen, Y. (2020). Self-concept and abstinence motivation in male drug addicts: Coping style as a mediator. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, 48(7), 1-15.

Ciobanu, I., Di Patrizio, P., Baumann, C., Schwan, R., Vlamynck, G., Bédès, A., & Bourion-Bédès, S. (2020). Relationships between coping, anxiety, depression and health-related quality of life in outpatients with substance use disorders: results of the SUBUSQOL study. *Psychology, Health & Medicine*, 25(2), 179-189.

Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-860.

Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192.

Gul, M., & Aqeel, M. (2021). Acceptance and commitment therapy for treatment of stigma and shame in substance use disorders: A double-blind, parallel-group, randomized controlled trial. *Journal of Substance Use*, 26(4), 413-419.

Hamonniere, T., & Varescon, I. (2018). Metacognitive beliefs in addictive behaviours: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 85, 51-63.

Hamonniere, T., Milan, L., & Varescon, I. (2022). Repetitive negative thinking, metacognitive beliefs, and their interaction as possible predictors for problematic cannabis use. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(2), 706-717.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. US: Guilford press.

Heggeness, L. F., Lechner, W. V., & Ciesla, J. A. (2019). Coping via substance use, internal attribution bias, and their depressive interplay: Findings from a three-week daily diary study using a clinical sample. *Addictive Behaviors*, 89, 70-77.

James, A. V., Leonhardt, B. L., & Buck, K. D. (2018). Metacognitive reflection and insight therapy for schizophrenia: Case study of a patient with a co-occurring substance use disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 71(4), 155-163.

Kechter, A., Barrington-Trimis, J. L., Cho, J., Davis, J. P., Huh, J., Black, D. S., & Leventhal, A. M. (2021). Distress tolerance and subsequent substance use throughout high school. *Addictive Behaviors*, 120, 106-123.

Lam, K. C., Fung, E. M., Chan, H. F., Louie, F. T., & Chan, F. (2021). Metacognitive-focused occupational therapy for substance abuse in medical-social service collaboration: A case report. *East Asian Archives of Psychiatry*, 31(1), 19-20.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

Mattingley, S., Youssef, G. J., Manning, V., Graeme, L., & Hall, K. (2022). Distress tolerance across substance use, eating, and borderline personality disorders: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 300, 492-504.

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. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15, 1-11.

Myers, E. J., Abel, D. B., Mickens, J. L., Russell, M. T., Rand, K. L., Salyers, M. P., & Minor, K. S. (2024). Meta-analysis of the relationship between metacognition and disorganized symptoms in psychosis. *Schizophrenia Research*, 264, 178-187.

O'Donohue, W. (2023). The scientific status of acceptance and commitment therapy: An analysis from the philosophy of science. *Behavior Therapy*, 54(6), 956-970.

Onaemo, V. N., Chireh, B., Fawehinmi, T. O., & D'Arcy, C. (2024). Comorbid substance use disorder, major depression, and associated disability in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*, 348, 8-16.

Ottonello, M., Fiabane, E., Pistarini, C., Spigno, P., & Torselli, E. (2019). Difficulties in emotion regulation during rehabilitation for alcohol addiction: correlations with metacognitive beliefs about alcohol use and relapse risk. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 32, 2917-2925.

Reese, E. D., Conway, C. C., Anand, D., Bauer, D. J., & Daughters, S. B. (2019). Distress tolerance trajectories following substance use treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(7), 645-660.

Santiago-Torres, M., Mull, K. E., Sullivan, B. M., Rigotti, N. A., & Bricker, J. B. (2023). Acceptance and commitment therapy-based smartphone applications for cessation of tobacco use among adults with high nicotine dependence: results from the iCanQuit randomized trial. *Substance Use & Misuse*, 58(3), 354-364.

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29, 83-102.

Smith, K., Lacadie, C. M., Milivojevic, V., Fogelman, N., & Sinha, R. (2023). Sex differences in neural responses to stress and drug cues predicts future drug use in individuals with substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 244, 109-124.

Soutschek, A., Bulley, A., & Wittekind, C. E. (2022). Metacognitive deficits are associated with lower sensitivity to preference reversals in nicotine dependence. *Scientific Reports*, 12(1), 197-207.

Svanberg, G., Munck, I., & Levander, M. (2017). Acceptance and commitment therapy for clients institutionalized for severe substance-use disorder: a pilot study. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 12, 45-51.

Thurstone, C., Hull, M., Timmerman, J., & Emrick, C. (2017). Development of a motivational interviewing/acceptance and commitment therapy model for

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]

adolescent substance use treatment. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 375-379.

Tull, M. T., Edmonds, K. A., Forbes, C. N., Richmond, J. R., Rose, J. P., Anestis, M. D., & Gratz, K. L. (2020). Examining relationships between gender, opioid dependence, and distress tolerance among patients in substance use disorder treatment. *Substance Use & Misuse*, 55(8), 1327-1334.

Van Der Heijden, H. S., Schirmbeck, F., Berry, L., Simons, C. J., Bartels-Velthuis, A. A., Bruggeman, R., & Vermeulen, J. (2022). Impact of coping styles on substance use in persons with psychosis, siblings, and controls. *Schizophrenia Research*, 241, 102-109.

Vujanovic, A. A., Webber, H. E., McGrew, S. J., Green, C. E., Lane, S. D., & Schmitz, J. M. (2022). Distress tolerance: prospective associations with cognitive-behavioral therapy outcomes in adults with posttraumatic stress and substance use disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 51(4), 326-342.

Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognition's questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385-396.

Whiteford, S., Quigley, M., Dighton, G., Wood, K., Kitchiner, N., Armour, C., & Dymond, S. (2024). Anxiety, distress tolerance, and the relationship between complex posttraumatic stress disorder symptoms and alcohol use in veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 80(1), 158-169.

Winters, D. E., Brandon-Friedman, R., Yepes, G., & Hinckley, J. D. (2021). Systematic review and meta-analysis of socio-cognitive and socio-affective processes association with adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 219, 108-129.

Yadav, P. K., Singh, N. K., & Srivastava, M. (2020). Medical Needs of Different Age Groups of Substance Dependent Subjects: A Cross-sectional Study. *Journal of Health Science Research*, 1, 62-68.

Yahaya, R. J., & Dantsoho, F. A. (2020). Prevalence of substance abuse, assessment of socio-economic and demographic determinants of commercial motorcyclists in Katsina State Nigeria. *African Journal of Health Sciences*, 33(1), 49-55.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.195]