



The efficacy of acceptance and commitment therapy on the life expectancy and decision-making of recovering addicts

Noshin Kashfi¹, Mohammad Hasan Ghanifar², Maryam Nasri³, Ghasem Dastjerdi⁴

1. Ph.D Candidate in Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. E-mail: Noushinkashfi@yahoo.com
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. E-mail: Ghanifar@iaubir.ac.ir
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. E-mail: Maryam_nasri_59@yahoo.com
4. Assistant Professor, Department of Psychiatry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. E-mail: ghasemdastgerdi@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 23 January 2023
Received in revised form 20 February 2023
Accepted 25 March 2023
Published Online 23 September 2023

Keywords:
Addiction, acceptance and commitment therapy, life expectancy, decision making

ABSTRACT

Background: Drug addiction has many negative consequences. It is substantial to use methods that lead to increasing the life expectancy and decision-making of drug addicts. In addition to the treatment methods used for addiction, no study has investigated the effect of treatment based on acceptance and commitment to improving the life expectancy and decision-making of drug addicts.

Aims: The present study was conducted with the aim of investigating the efficacy of treatment based on acceptance and commitment to life expectancy and decision-making in recovered drug addicts.

Methods: This research was a quasi-experimental study with pre-test, post-test and control group. The statistical population of the study included recovering addicts in Yazd in 1400. By purposive sampling method, 40 people were selected and randomly assigned to the experimental and control groups (20 in the experimental group and 20 in the control group). For the experimental group, acceptance and commitment treatment was performed weekly in the form of 8 sessions of 90 minutes, and for the control group, no treatment was performed. The General decision making styles and Snyder's Hope Scale were completed by the participants in the pre-test and post-test stages. Analysis of covariance was used to analyze the data.

Results: According to the results, acceptance and commitment based treatment significantly increased life expectancy scores and rational and intuitive decision-making style and significantly decreased scores of instant decision-making style and dependence in the experimental group ($P < 0.05$).

Conclusion: Based on the results of this study, it seems that acceptance and commitment therapy can be effective in improving life expectancy and decision making of recovering addicts. Therefore, in the treatment and prevention of addiction, an intervention based on acceptance and commitment can be used to improve and strengthen life expectancy and decision-making in addicts and help them overcome the harm caused by addiction, especially relapse.

Citation: Kashfi, N., Ghanifar, M.H., Nasri, M., & Dastjerdi, Gh. (2023). The efficacy of acceptance and commitment therapy on the life expectancy and decision-making of recovering addicts. *Journal of Psychological Science*, 22(127), 1397-1414. [10.52547/JPS.22.127.1397](https://doi.org/10.52547/JPS.22.127.1397)

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 127, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.127.1397](https://doi.org/10.52547/JPS.22.127.1397)



✉ **Corresponding Author:** Mohammad Hasan Ghanifar, Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
E-mail: Ghanifar@iaubir.ac.ir, Tel: (+98) 9151614783

Extended Abstract

Introduction

Today, Drug addiction is one of the basic problems of human life. According to United Nations reports, more than 220 million people in the world are addicted to drugs. Life expectancy and decision-making skills are two important and determining factors in the tendency to use drugs. Life expectancy is one of the important variables in substance addiction or relapse prevention in addicted people (Meters et al., 2015). Low life expectancy can increase the level of depression and psychosocial injuries. Drug addiction is one of the things that is mostly seen in people who live a meaningless life and do not have any lofty goals in their lives. In other words, people with low life expectancy are more likely to use drugs. Decision-making is also one of the variables that play a role in drug addiction. Decision-making is a complex and holistic process that involves many parts of the brain and occurs at a high speed (Brach & Feinberg, 2017). Decision-making can be effective in preventing high-risk behaviors and help people face daily stress and make correct decisions against stressful factors and learn how to solve problems (Debari et al., 2013). Relapse means the inability and failure to continue a behavioral change and the initiation of the behavior following a period of abandoning that action (Ahmadinejad et al., 2020). About 20 to 80 percent of addicts relapse within the first year of addiction treatment. Drug addiction is a chronic and recurrent disease, in which various individual and environmental factors interact with each other in the initiation, continuation and recurrence of this disease. Based on this, reducing the tendency to addiction and the desire to use drugs, considering its repeatable and recurrent nature in addicted people, requires the use of interventions that focus on strengthening protective factors against addiction, such as life expectancy and decision-making skills and in this regard, treatment based on acceptance and commitment seems appropriate. Drug addiction has many negative consequences. It is substantial to use methods that lead to increasing the life expectancy and decision-making of drug addicts. In addition to the treatment methods used for

addiction, no study has investigated the effect of treatment based on acceptance and commitment to improving the life expectancy and decision-making of drug addicts. The present study was conducted with the aim of investigating the efficacy of treatment based on acceptance and commitment to life expectancy and decision-making in recovered drug addicts.

Method

This research was a quasi-experimental study with pre-test, post-test and control group. The statistical population of the study included recovering addicts in Yazd in 1400. By purposive sampling method, 40 people were selected and randomly assigned to the experimental and control groups (20 in the experimental group and 20 in the control group). For the experimental group, acceptance and commitment treatment was performed weekly in the form of 8 sessions of 90 minutes, and for the control group, no treatment was performed. The General decision making styles and Snyder's Hope Scale were completed by the participants in the pre-test and post-test stages. Analysis of covariance was used to analyze the data. The inclusion criteria included the following: at least 6 months have passed since not using any drugs, people should not be under methadone treatment, at least 25 years old, The level of literacy is a high school diploma, they don't have a history of major depression and other acute mental disorders before addiction, and people have perfect physical health. Exclusion criteria included not attending more than two treatment sessions, any physical illness preventing the continuation of treatment sessions, and slipping and using any drugs. The research data collection tool included the following:

Scott and Bruce's (1995) decision-making style questionnaire consists of 25 questions with a 5-point Likert scale. Snyder's hope scale, created in 1991 to measure hope, has 12 statements and is implemented as a self-report. The treatment process based on acceptance and commitment was carried out during 8 sessions of 90 minutes for the experimental group.

Results

The participants in the experimental and control groups were 12 and 11 single people, respectively; the duration of addiction of the experimental group was 4.96 years and the control group was 7.08 years; the duration of drug abstinence was 11 months in the

experimental group and 9.5 months in the control group. In order to compare the difference in scores of decision-making styles and life expectancy according to the source of effects related to the group, an analysis of covariance was used. All assumptions were checked and confirmed.

Table 1. The results of the multivariate test of decision-making subscales

Effect	Test	Value	F	Df h	Df e	P	Effect size
Group	Pilay effect	0.62	6.71	5	20	0.001	0.62
	Wilks Lambda	0.37	6.71	5	20	0.001	0.62
	Hoteling effect	1.67	6.71	5	20	0.001	0.62
	The largest root on	1.67	6.71	5	20	0.001	0.62

The results of the multivariate covariance analysis test showed that there is a significant difference between the two groups in terms of the linear combination of the created decision-making styles (Wilks Lambda=0.37, F=0.05, p<6.71). The results of the covariance analysis show that by controlling the pre-test scores, the effect of the group on the post-test scores of life expectancy is significant (P=20.16, P=0.00). So that after the treatment based on acceptance and commitment, life expectancy scores in the intervention group increased significantly compared to the control group. The effect size of the group on the life expectancy variable is 35%, and therefore the group effect (intervention) has been able to explain 35% of the changes in life expectancy. Univariate covariance analysis statistics were also calculated for each decision-making style separately. The results show that after controlling the effect of the pre-tests on the post-test score, the group effect in the post-test scores of decision-making styles, including rational, intuitive, immediate, and dependent decision-making styles, became significant. In other words, there is a significant difference between the averages of the treatment group based on acceptance and commitment and the control group in the post-test scores of rational, intuitive, immediate, and dependent decision-making style. After controlling the effect of the pre-tests on the post-test score, the group effect was not significant in the post-test scores of the avoidant decision-making style. In other words, there is no significant difference between the averages of the treatment groups based on acceptance and commitment and the control group in the post-test

scores of the avoidant decision-making style (P>0.05).

Conclusion

The present study was conducted with the aim of investigating the efficacy of treatment based on acceptance and commitment to life expectancy and decision-making in recovering addicts. The results showed that treatment based on acceptance and commitment improved life expectancy and decision-making in recovering addicts. In explaining this finding, it can be stated that based on the therapeutic approach based on acceptance and commitment, most psychological, cognitive and emotional injuries are related to the fact that people take their negative thoughts seriously and consider these thoughts to be an accurate reflection of reality (Filosaler et al., 2018). Also, several authors have proposed that therapy based on commitment and acceptance can cause changes in thought patterns, or a person's attitudes about his thoughts. In this regard, Kotolzem et al. (2020) showed in their study that treatment based on acceptance and commitment plays a significant role in reducing the severity of depression and anxiety symptoms in the general population. Arjmand et al. (2020) showed in their study on methamphetamine addicts that treatment based on acceptance and commitment is effective in reducing the intensity of craving and relapse in these people. Keshavarz Afshar et al. (2018) in their study on drug addicts showed that treatment based on acceptance and commitment is effective in improving the attitude towards drug use and quality of life. One of the limitations faced by the researchers in this research is

the difficult access to recovering addicts and getting their cooperation and consent to participate in the research due to the Corona epidemic. Also, the recovering addicts who participated in the research, especially in the initial sessions, did not have enough motivation to participate in the treatment sessions, and it was difficult to strengthen their motivation to continue these sessions. The smallness of the statistical population to one of the treatment centers in Yazd was another limitation of this research, which limits the generalization of the results to other addicted people. The effect of disturbing variables such as age, duration of addiction and recovery, type of substance consumed, duration and social and economic class has not been controlled and this can affect the obtained results. Based on the mentioned limitations, it is suggested that the next researches should be carried out according to the individual differences of the people under study, including the duration of addiction, the duration of recovery, and the type of substance consumed, and considering these variables, and in the data analysis and the explanation of the results should also include these items.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral thesis of the first author in the field of psychology. At first, the design of this research was approved by the Research Ethics Committee of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, with code IR.SSU.REC.1400.173.. In order to maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the consent of the participants. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: We hereby express our gratitude to the participants in the research who made its implementation possible.



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و تصمیم‌گیری معنادین در حال بهبودی

نوشین کشفی^۱، محمدحسن غنی فر^۲، مریم نصری^۳، قاسم دستجردی^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند، ایران.

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

۴. استادیار، گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۰۳

بازنگری: ۱۴۰۱/۱۲/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۰۵

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۷/۰۱

کلیدواژه‌ها:

اعتیاد،

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،

امید به زندگی،

تصمیم‌گیری،

افراد مبتلا به اعتیاد

زمینه: اعتیاد به عنوان یکی از معضلات اساسی زندگی بشری، با پیامدهای منفی زیادی همراه است. کاربست روش‌هایی که منجر به افزایش امید به زندگی و کیفیت تصمیم‌گیری بهبودیافتگان مواد مخدر گردد از اهمیت فراوانی برخوردار است؛ در کنار شیوه‌های درمانی بکار رفته برای اعتیاد، تاکنون مطالعه‌ای به بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقای امید به زندگی و تصمیم‌گیری بهبودیافتگان مواد مخدر نپرداخته است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و تصمیم‌گیری در افراد مبتلا به اعتیاد در حال بهبودی صورت گرفت.

روش: این تحقیق از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه معتادین در حال بهبودی شهر یزد در سال ۱۴۰۰ بود. با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۰ نفر انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه گواه). برای گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هایز و همکاران، ۲۰۱۲) به صورت هفتگی و در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و برای گروه گواه، درمانی صورت نگرفت. پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری اسکات و بروس (۱۹۹۵) و مقیاس امید اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. از آزمون تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: طبق نتایج، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش معنادار نمرات امید به زندگی و سبک تصمیم‌گیری عقلانی و شهودی و کاهش معنادار نمرات سبک تصمیم‌گیری آبی و وابستگی در گروه آزمایش شده است ($P < ۰/۰۵$). در نمرات پس‌آزمون سبک تصمیم‌گیری اجتنابی، بین میانگین گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه، تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$). با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون امید به زندگی معنادار است ($F = ۲۰/۱۶, P = ۰/۰۰$). به طوری که بعد از درمان پذیرش و تعهد، نمرات امید به زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معنادار داشته است.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در بهبود امید به زندگی و تصمیم‌گیری معنادین در حال بهبودی مؤثر باشد. بنابراین در حوزه درمان و پیشگیری از اعتیاد می‌توان از مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود و تقویت امید به زندگی و تصمیم‌گیری در معتادین استفاده کرد و آن‌ها را در غلبه بر آسیب‌های ناشی از اعتیاد به ویژه عود یاری رساند.

استناد: کشفی، نوشین؛ غنی فر، محمدحسن؛ نصری، مریم؛ و دستجردی، قاسم (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و تصمیم‌گیری معنادین در حال بهبودی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۷، ۱۳۹۷-۱۴۱۴.

DOI: [10.52547/JPS.22.127.1397](https://doi.org/10.52547/JPS.22.127.1397). ۱۴۰۲، شماره ۱۲۷، دوره ۲۲، شماره ۱۲۷، ۱۳۹۷-۱۴۱۴.



مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر، امروزه یکی از معضلات اساسی زندگی بشری به شمار می‌رود. افزایش مصرف مواد مخدر طی قرن گذشته، نگرانی روزافزونی را برای همه جوامع در پی داشته است (لاسکر و جاناک، ۲۰۲۱). بر اساس گزارش سازمان ملل متحد بیش از ۲۲۰ میلیون نفر در جهان مبتلا به سوء مصرف مواد هستند که مصرف روزانه انواع مواد مخدر مانند تریاک، هرویین، کراک، شیشه، حشیش، کوکاین را دارند (وانگ، ۲۰۱۹). طبق گزارش‌ها، در ایران حداقل یک میلیون و ۳۲۵ هزار نفر وابسته به مصرف مواد هستند (هایز و همکاران، ۲۰۲۲). به نظر می‌رسد که عود و بازگشت رفتارهای اعتیادی مانند سوء مصرف مواد و الکل در افراد وابسته به مواد نسبتاً رایج است (لاسکر و جاناک، ۲۰۲۱). امید به زندگی و مهارت تصمیم‌گیری دو عامل مهم و تعیین‌کننده در گرایش به مصرف مواد هستند. امید به زندگی از متغیرهای مهم در گرایش به مواد یا پیشگیری از عود در افراد معتاد است (مترز و همکاران، ۲۰۱۵). امید داشتن باور به نتیجه مثبت اتفاق‌ها یا شرایط، در زندگی است. امید شامل ادراک فرد از توانایی‌های خود در ایجاد اهداف روشن تهیه طرحی برای دستیابی به این اهداف و شناسایی و حفظ انرژی و انگیزش لازم برای دنبال کردن اهداف می‌باشد (رم و پرابست، ۲۰۱۸). نظریه امید فرض می‌کند که هیجانات از فکاری پیروی می‌کنند که افراد با توجه به اهداف آن‌ها را دنبال می‌کند. هیجانات مخصوصاً توسط افکار هدفمند ایجاد می‌گردند و هیجانات مثبت منعکس‌کننده موفقیت‌های به دست آمده در پیگیری اهداف و هیجانات منفی منعکس‌کننده شکست‌های درک شده می‌باشند (بلتران-سنکر و همکاران، ۲۰۱۵). سطح امید به زندگی بالاتر با طیف گسترده‌ای از شاخص‌های سلامتی رابطه دارد (خرمی و همکاران، ۲۰۲۲). تحقیقات نشان‌دهنده این است که افراد با امید به زندگی بالا، افکار مثبت بیشتر و افکار منفی کمتری دارند و خود را در مقایسه با افرادی که امید کمتری دارند به صورت مطلوب‌تر می‌بینند (مترز و همکاران، ۲۰۱۵). به علاوه افراد با امید بالا در مقایسه با افرادی که امید پایین‌تری دارند اعتماد به نفس بالاتر، انرژی و اطمینان بیشتری را گزارش و چالش بیشتری را توسط اهدافشان تجربه می‌کنند (ایمتاز و همکاران، ۲۰۱۸). افرادی با امید پایین‌تر به تفکر به شیوه منفی در مورد پیگیری اهدافشان گرایش دارند و احساس می‌کنند به وسیله آن‌ها از پای درآمده‌اند، اغلب خود را کم اهمیت جلوه می‌دهند و به

خصوص متمایل به یادآوری ضعف‌های خویش هستند (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۶). افرادی که از سطح بالایی از امید به زندگی برخوردارند، اهدافشان را به طور مشخص در ذهن خود حفظ می‌کنند و دائماً درباره مسیرهایی که آن‌ها را به اهدافشان می‌رساند، می‌اندیشند. آن‌ها روی اهدافشان تمرکز زیادی دارند و برای تسهیل دستیابی به آن آزادانه از یک اندیشه و اندیشه دیگر حرکت می‌کنند (رم و پرابست، ۲۰۱۸). افراد با سطح امید به زندگی بالا در اندیشیدن و تفکر کردن بسیار فعال‌اند و تقریباً همواره بر این باورند که گزینه‌ها و انتخاب‌هایی برای دستیابی آن‌ها به اهدافشان در دسترس هستند (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۶). اعتیاد از مواردی است که بیشتر در افرادی دیده می‌شود که زندگی بی‌معنایی دارند و هیچ هدف والایی در زندگی خود ندارند. امید به زندگی پایین می‌تواند سطح افسردگی و آسیب‌های روانی اجتماعی را افزایش دهد.

تصمیم‌گیری نیز از جمله متغیرهایی است که در ابتلا به اعتیاد نقش دارد. تصمیم‌گیری فرآیندی پیچیده و کل‌گرایانه است که بخش‌های زیادی از مغز را درگیر می‌کند و با سرعت زیادی رخ می‌دهد (براج و فینبرگ، ۲۰۱۷). برخی تصمیم‌گیری را فرآیند حل مسئله‌ای مطرح کرده‌اند که با به دست آمدن یک راه‌حل ارضاکنده به پایان می‌رسد (سریام و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع، تصمیم‌گیری می‌تواند به عنوان نتیجه فرآیندهای ذهنی در نظر گرفته شود که منجر به انتخاب یک دوره عمل بین گزینه‌های متعدد می‌شود؛ به عبارت دیگر، فرآیند تصمیم‌گیری یک فعالیت شناختی درگیر در هنگام مواجهه فرد با مشکل یا موقعیتی یا ارائه مجموعه‌ای از گزینه‌ها برای انتخاب است (دبری و همکاران، ۲۰۱۳). سبک تصمیم‌گیری الگوی فردی تفسیر و پاسخ به تکالیف تصمیم‌گیری است و به واسطه این سبک هاست که درک تصمیم‌های متفاوت افراد در موقعیت‌های یکسان امکان پذیر می‌شود (برند و همکاران، ۲۰۱۹). سبک‌های تصمیم‌گیری عبارتند از منطقی، وابسته و شهودی، اجتنابی و سبک آتی. سبک تصمیم‌گیری منطقی، بیانگر تمایل تصمیم‌گیرنده به شناسایی تمامی راه‌کارهای ممکن، ارزیابی نتایج هر راه‌کار از تمامی جنبه‌ها و در نهایت انتخاب راهکار بهینه و مطلوب در هنگام مواجهه با شرایط تصمیم‌گیری است (اسکات و بروس، ۱۹۹۵). سبک تصمیم‌گیری وابسته، بیانگر عدم استقلال فکری تصمیم‌گیرنده در عمل و تکیه بر حمایت‌ها و راهنمایی‌های دیگران در هنگام اتخاذ تصمیم است (کوزنزا و همکاران، ۲۰۱۹). در سبک تصمیم‌گیری

تمرکز دارد (فیلسالر و همکاران، ۲۰۱۸). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فراوانی یا تغییر محتوای خاص تجربه‌های درونی تمرکز نمی‌شود، بلکه بر تغییر رابطه فرد با رفتار تمرکز می‌شود (کوتولزمز و همکاران، ۲۰۲۰؛ پورنقاش تهرانی و همکاران، ۱۴۰۱؛ نیک‌پور و همکاران، ۱۴۰۱). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یافته و متقابلاً اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد (گلاستر و همکاران، ۲۰۲۰). این درمان به دلیل استفاده از تکنیک‌های مختلف و توجه به مفاهیمی مانند پذیرش، ذهن آگاهی، زندگی در لحظه اکنون، گسلش شناختی، ارزش‌ها و عمل متعهدانه که باعث انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شود، می‌تواند ضمن کاهش وسوسه، علائم و پیامدهای قطع مصرف مواد، اثربخشی درمان و جلوگیری از لغزش و عود بیمار را بالا ببرد (فیروزکوهی برنج‌آبادی و همکاران، ۲۰۲۱). فرآیندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به افراد مختلف از جمله بیماران وابسته به مواد بیاموزد چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه از افکار مزاحم بگسلند و چگونه هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کنند تا بتوانند با وسوسه مصرف مواد مقابله کرده و به دنبال آن میزان لغزش و عود را پایین بیاورند (کشاورز افشار و همکاران، ۲۰۱۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی معلوم شده است. نتایج مطالعات متعدد بیانگر این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله امیدبخش برای اختلالات مصرف مواد است و در ترکیب درمان‌های نگهدارنده می‌تواند احتمال موفقیت پاسخ درمانی را افزایش دهد (ارجمند و همکاران، ۲۰۲۰؛ کشاورز افشار و همکاران، ۲۰۱۸). رویکرد پذیرش و تعهد که روی پذیرش پریشانی اجتناب‌ناپذیر همراه با ترک مواد مخدر تمرکز می‌کند، می‌تواند نتایج سم‌زدایی را بهبود بخشد و همچنین به بهبود افسردگی، اضطراب و نشانه‌های ولع در افراد معتاد کمک کند (کشاورز افشار و همکاران، ۲۰۱۸).

مصرف مواد مخدر با گستره وسیعی از پدیده‌های اجتماعی منفی از قبیل خانواده‌های از هم پاشیده، فعالیت‌های تبهکارانه، فساد و جنایت همراه است و سالیانه میلیاردها دلار برای مبارزه با مواد مخدر و جرم‌های مرتبط با آن هزینه می‌شود (هایز و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین اعتیاد به عنوان عامل بروز بسیاری از آسیب‌های اجتماعی و نابسامانی‌های خانوادگی و فردی، تهدیدی برای سلامت روانی، اخلاقی و اجتماعی، خانواده و جامعه محسوب

اجتنابی، فرد لزوم تصمیم‌گیری را انکار می‌کند و یا امیدوار است که همه چیز خودبه‌خود درست شود و یا به تکنیک‌های به تأخیر انداختن مانند امروز و فردا کردن متوسل می‌شود. در سبک تصمیم‌گیری شهودی، مبنای انتخاب فرد آن است که احساس وی، چه چیز را درست می‌داند. در این سبک تأکید بر حس درونی است و ملاک نهایی این است که فرد چه حس می‌کند، نه اینکه چه فکر می‌کند (برند و همکاران، ۲۰۱۹). سبک تصمیم‌گیری آنی، به اخذ تصمیمات آنی و بی‌مقدمه، بلافاصله در لحظه مواجه شدن با مسئله، اشاره دارد (اسکات و بروس، ۱۹۹۵). تشخیص مشکل، ارزیابی موقعیت و مدنظر قرار دادن اهداف، جستجوی گزینه‌ها و انتخاب بهترین گزینه برای عمل، عملی کردن تصمیم اتخاذ شده و ارزیابی نتایج می‌تواند از نگرش مثبت افراد نسبت به مواد افیونی بکاهد (کوزنزا و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین مهارت تصمیم‌گیری می‌تواند در پیشگیری از رفتارهای پرخطر اثربخش باشد و به افراد در مقابل استرس‌های روزمره و اتخاذ تصمیمات صحیح در برابر عوامل استرس‌زا و فراگیری حل مشکلات کمک کند (دبری و همکاران، ۲۰۱۳).

عود به معنای ناتوانی و شکست در تداوم یک تغییر رفتاری و آغاز رفتار به دنبال یک دوره ترک آن عمل می‌باشد (احمدی‌نژاد و همکاران، ۲۰۲۰). حدود ۲۰ تا ۸۰ درصد از معتادان ظرف یک سال اول درمان اعتیاد، دچار عود می‌شوند (ویمن و سینها، ۲۰۱۹). محققان احتمال بازگشت به مواد را در خوش‌بینانه‌ترین شکل تا ۵۰ درصد پیش‌بینی کرده‌اند؛ به نظر آنان این احتمال تا ۹۰ درصد نیز متغیر است (کوب، ۲۰۲۱). به طور معمول، در افرادی که درگیر عود می‌شوند، نشانه‌هایی از تغییر در افکار، نگرش‌ها، هیجانات و اعمالشان دیده می‌شود (ویمن و سینها، ۲۰۱۹). اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است که عوامل مختلف فردی و محیطی در تعامل با یکدیگر در شروع و تداوم و عود این بیماری نقش دارند (دونادیو-ریگالو و همکاران، ۲۰۱۷). بر این اساس کاهش گرایش به اعتیاد و میل مصرف مواد، با توجه به ماهیت تکرارپذیر و عودکننده آن در افراد معتاد مستلزم کاربرد مداخلاتی است که بر تقویت عوامل محافظتی در برابر اعتیاد از جمله امید به زندگی و مهارت تصمیم‌گیری تمرکز دارند و در این رابطه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مناسب به نظر می‌رسد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوعی از رفتار درمانی است که با استفاده از راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی، به جای تمرکز بر انواع نشانه‌ها بر تغییر عملکرد

تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و تصمیم‌گیری بهبودیافتگان موادمخدر چه میزان است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: این تحقیق از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل معتادین در حال بهبودی شهر یزد در سال ۱۴۰۰ بود. از بین معتادین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره باوری نو با روش نمونه‌گیری هدفمند و با لحاظ کردن معیارهای ورود به مطالعه، تعداد ۴۰ نفر انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ نفر در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۲۰ نفر در گروه گواه). معیارهای ورود شامل موارد زیر بود: گذشت دست‌کم ۶ ماه از زمان عدم مصرف هرگونه مواد مخدر، افراد نباید تحت درمان متادون باشند، حداقل سن ۲۵ سال، میزان سواد دیپلم به بالا، قبل از اعتیاد سابقه افسردگی عمده و سایر اختلالات حاد روانی نداشته باشند و افراد از سلامت جسمی کامل برخوردار باشند. معیارهای خروج شامل عدم حضور در بیش از دو جلسه درمانی، رخ دادن هرگونه بیماری جسمی که مانع ادامه جلسات درمانی شود و لغزش و استفاده از هرگونه موادمخدر بود. ابزار گردآوری داده‌های تحقیق شامل موارد زیر بود:

ب) ابزار

پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری (General decision making styles): پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری توسط اسکات و بروس (۱۹۹۵) مشتمل بر ۲۵ پرسش با طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز = ۱، به‌ندرت = ۲، گاهی = ۳، بیشتر = ۴، همیشه = ۵) طراحی شده است. این پرسشنامه ۵ سبک تصمیم‌گیری عقلانی، شهودی، وابستگی، آنی و اجتنابی را می‌سنجد. به منظور سنجش هریک از سبک‌های تصمیم‌گیری در این پرسشنامه ۵ پرسش اختصاص داده شده است و دامنه نمرات از ۲۵ تا ۱۲۵ متغیر است. اسکات و بروس (۱۹۹۵) محاسبه‌روایی این پرسشنامه را بالا گزارش کردند و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس سبک عقلانی ۰/۸۵، سبک شهودی ۰/۸۴، سبک وابستگی ۰/۸۶، سبک آنی ۰/۹۴ و سبک اجتنابی ۰/۸۷ گزارش کردند. پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری توسط هنزایی (۲۰۱۱) در ایران هنجاریابی شده است که با تحلیل عامل اکتشافی چهار

شده و به رفتارهای آسیب‌زایی مانند تنش در نقش‌های خانوادگی، ولگردی، تکدی‌گری، رفتارهای ناسالم منجر می‌شود (وانگ، ۲۰۱۹). در عین حال شیوه‌ای که بتوان اعتیاد را به صورت دائمی و قطعی درمان کرد، یافت نشده است و لذا بهبودی فرد معتاد با قطع مصرف موادمخدر حاصل نمی‌شود. از این جهت، عود مصرف مواد یکی از معضلات اصلی درمان افراد دچار سوءمصرف مواد است و به نظر می‌رسد که عود و بازگشت رفتارهای اعتیادی در معتادان نسبتاً رایج است به طوری که حتی پس از ترک مواد تا ۸۰ درصد از افراد، در کمتر از ۶ ماه دوباره عود را نشان می‌دهند (ویمن و سینها، ۲۰۱۹). اعتیاد یک بیماری که عوامل مختلف روانشناختی در شروع و تداوم و عود این بیماری دخیل هستند و بنابراین درمان‌های روانشناختی و مداخلات اجتماعی عنصر مهمی در درمان اعتیاد هستند. ارجمندقجور و همکاران (۱۳۹۸) مطالعه‌ای با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیشگیری از عود در بیماران وابسته به مت‌آفتماین انجام دادند. در مطالعه حاضر از طرح تجربی تک‌موردی از نوع خط‌پایه چندگانه ناهمزمان استفاده شد. نتایج به دست آمده به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا، فرمول درصد بهبودی، بهبود بالینی معنادار و سنجش عملیاتی مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های به دست آمده نشان داد کاهش احتمال عود در بیماران از لحاظ آماری، بالینی و سنجش عملیاتی معنادار بود. محمدی و همکاران (۱۳۹۶) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان معتاد تحت درمان با متادون انجام دادند. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد روش درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش میزان سرزنش خود، نشخوار ذهنی، فاجعه‌آمیز پنداری و سرزنش دیگران تأثیر مثبت و معنی‌دار داشته است و بر افزایش میزان پذیرش، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت، اتخاذ دیدگاه تأثیر مثبت و معنی‌دار داشته است. با توجه به مطالعات پیشین در این حوزه به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله مداخلاتی است که احتمالاً می‌تواند در کمک به افراد معتاد در بهبود امید به زندگی و تصمیم‌گیری کمک کند. با توجه به اثربخشی کم روش‌های مداخله‌گزارش شده در متون منتشر شده، اهمیت شناسایی مداخلات مناسب در کاهش آسیب‌های فردی و اجتماعی در افراد معتاد اهمیت دارد و مطالعه حاضر درصدد پاسخ‌دادن به این سؤال است که

آوردند که نشان دهنده ثبات درونی پرسشنامه بود و به روش بازآزمایی به فاصله ۳ هفته ۰/۸۵ گزارش کردند. شگفتی و سامانی (۲۰۱۱) در بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس امید شنایدر، روایی سازه آن را با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی در یک نمونه بررسی کردند و نشان دادند که مقیاس دارای ساختاری ۲ عاملی است. همچنین روایی همزمان مقیاس امید شنایدر را از طریق محاسبه همبستگی این مقیاس با مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی درک شده بررسی کردند که نتایج بیانگر همبستگی مثبت بین نمرات این دو مقیاس با مقدار ۰/۴۳ بود. آن‌ها ضریب پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آوردند که در سطح مطلوبی قرار دارد (قربانخانی و همکاران، ۱۳۹۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای اعای گروه آزمایش انجام شد. محتوای جلسات در جدول ۱ خلاصه شده است.

عامل سبک تصمیم‌گیری منطقی، شهودی وابسته و اجتنابی استخراج شد و در مجموع ۳۸٪ واریانس کل را تبیین کردند. آلفای کرونباخ برای سبک‌های مختلف از ۰/۲۶ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. مقیاس امید شنایدر (Snyder's Hope Scale): مقیاس امید شنایدر که توسط شنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ برای سنجش امیدواری ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خودگزارشی اجرا می‌شود. این مقیاس دارای دو خرده مقیاس تفکر عاملی و تفکر راهبردی است. نمره‌دهی در قالب لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً مخالف با نمره ۱ تا کاملاً موافق با نمره ۴ صورت می‌گیرد و دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۴۸ است و نمره بیشتر نشان دهنده امیدواری بالاتر در فرد است. شنایدر و همکاران (۱۹۹۱) در روایی سازه به روش تحلیل عاملی، سازه ۲ عاملی این مقیاس را شامل تفکر عاملی و تفکر راهبردی مورد تأیید قرار داده و روایی سازه آن را تأیید کردند. همچنین آن‌ها پایایی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ را ۰/۷۴ به دست

جدول ۱. پروتکل درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (هایز و لیلیس، ۲۰۱۲)

جلسات	اهداف و محتوا	تکالیف
جلسه اول	معرفی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرآیند درمان مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان‌پذیر است و توضیح فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد معرفی درماندگی خلاق که در این شرایط می‌توان بر نادیده گرفتن ارزش‌ها، قطع ارتباط، واکنش، اجتناب و در ذهن بودن مطالب ارائه کرد	از درمانجویان خواسته می‌شود آنچه را تا کنون برای رفع مشکلاتش استفاده کرده‌اند را بیان کنند و این که کارهای انجام داده چقدر مؤثر بوده است. (توضیح استعاره گودال؛ فرد افتاده در چاه) تکلیف فرم خود بازمینی و یادداشت روزانه؛ یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک رساندن به ناامیدی خلاق
جلسه دوم	آموزش این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است. بررسی سنجش اولیه ارزش‌ها و آغاز تمرینات مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها.	تکلیف تمرکز ذهن و ذهن آگاهی
جلسه سوم	بررسی ابعاد ذهن آگاهی و اثرات آن و آغاز تمرین ذهن آگاهی، استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا	تکلیف تمرکز ذهن و ذهن آگاهی
جلسه چهارم	تمایز خود مفهوم‌سازی در برابر خود مشاهده‌گری سنجش توانایی درمانجو برای گسست از افکار و احساسات، استعاره همسایه مزاحم و کاربرد ایجاد انگیزه بررسی می‌شود.	تمرین ذهن آگاهی؛ تمرین تغییر کنترل به تمایل
جلسه پنجم	بررسی اهمیت ارزش‌های فردی و بررسی مفهوم "پذیرش" و بحث پیرامون سازگاری و صمیمیت نسبت به رنج‌های زندگی	تمرین دارت ارزش‌ها و کاربرد ایجاد تغییرات
جلسه ششم	بحث در مورد شناسایی حوزه‌های زندگی که مطابق با ارزش‌های فردی نیست و اهمیت شناسایی ارزش‌ها به عنوان منشأ تعهد و پذیرش، به تعیین هدف و اقدام متعهدانه پرداخته شد.	تمرین ذهن آگاهی با تمرکز بر آگاهی از محیط اطراف
جلسه هفتم	بررسی ارتباط بین اهداف و فعالیت‌ها و افکار و شناسایی عوامل گسلس شناختی برای دستیابی به اهداف رفتاری و متعهد شدن به فعالیت‌های خاص مبتنی بر این اهداف و ارزش‌ها. خلق الگوهای بزرگتر عمل متعهدانه.	تمرین روزانه مهارت‌ها و مرور ذهنی قبل خواب
جلسه هشتم	آمادگی برای مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از اتمام درمان و شناسایی راهبردهای ممکن و آماده‌سازی درمانجو برای پایان جلسات.	

پژوهش زمانی که فرآیند درمان موجب سلب آسایش روانی فرد را ایجاد می‌کند، لحاظ شد. در ابتدا در طی یک جلسه توجیهی در رابطه با اهداف و روند پژوهش و نحوه برگزاری جلسات و تعداد آن‌ها برای شرکت

ج) روش اجرا

جهت رعایت اخلاق در پژوهش شرط اساسی رضایت آگاهانه، حفظ اطلاعات و اسرار شخصی شرکت‌کنندگان و خروج در هر مرحله از

یافته‌ها

مشارکت کنندگان در گروه آزمایش و گواه به ترتیب ۱۲ و ۱۱ نفر مجرد و مابقی متأهل بودند؛ مدت زمان اعتیاد افراد گروه آزمایش ۴/۹۶ سال و گروه گواه ۷/۰۸ سال بود؛ مدت زمان عدم مصرف مواد در گروه آزمایش ۱۱ ماه و گروه گواه ۹/۵ ماه بود. میانگین و انحراف استاندارد نمرات سبک‌های تصمیم‌گیری و امید به زندگی در دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

کنندگان توضیحاتی داده شد. همچنین از شرکت کنندگان گروه مداخله و گواه خواسته شد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. در ادامه از گروه‌های مداخله در خواست شد در درمان مبتنی بر پذیرش شرکت کنند و از گروه گواه خواسته شد تا پایان این دوره در لیست انتظار بمانند. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت هفتگی و در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در مرکز مشاوره باوری نو برگزار شد. شرکت کنندگان در ابتدا و پس از اتمام مداخله پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در ادامه به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه

متغیر	موقعیت	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سبک تصمیم‌گیری عقلانی	پیش‌آزمون	۱۰/۸۹	۳/۵۴	۱۲/۹۵	۳/۳۳
	پس‌آزمون	۱۵/۸۹	۲/۸۸	۱۳/۹۵	۲/۷۶
سبک تصمیم‌گیری شهودی	پیش‌آزمون	۱۴/۲۵	۵/۱۴	۱۵/۲۳	۴/۴۴
	پس‌آزمون	۱۷/۰۰	۳/۰۶	۱۵/۵۲	۳/۵۸
سبک تصمیم‌گیری وابستگی	پیش‌آزمون	۱۳/۶۶	۵/۱۹	۱۶/۵۲	۴/۶۷
	پس‌آزمون	۱۷/۸۹	۲/۱۸	۱۵/۹۵	۴/۵۹
سبک تصمیم‌گیری آبی	پیش‌آزمون	۱۷/۸۹	۵/۷۹	۱۷/۴۷	۴/۴۳
	پس‌آزمون	۱۱/۸۹	۳/۵۷	۱۷/۶۱	۴/۲۹
سبک تصمیم‌گیری اجتنابی	پیش‌آزمون	۱۶/۲۱	۴/۸۹	۱۷/۳۸	۳/۵۵
	پس‌آزمون	۱۴/۲۷	۳/۲۵	۱۸/۰۰	۳/۳۱
امید به زندگی	پس‌آزمون	۳۱/۷۵	۴/۷۱	۳۳/۳۸	۵/۱۲
	پیش‌آزمون	۴۴/۴۱	۷/۳۸	۳۴/۳۳	۷/۶۵

(گروه‌ها) همگن یا برابر است. بنابراین مانعی برای انجام تحلیل‌های کوواریانس چند متغیری وجود نداشت که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است. این تحلیل در ابتدا ترکیب خطی خرده مقیاس‌های سبک‌های تصمیم‌گیری را در بین گروه‌ها، بر حسب اثرات گروه مورد مقایسه قرار می‌دهد.

به منظور مقایسه تفاوت نمرات سبک‌های تصمیم‌گیری و امید به زندگی بر حسب منبع اثرات مربوط به گروه، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای آزمون نرمال بودن متغیرها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد و با توجه به اینکه سطح معناداری متغیرهای مورد بررسی در این آزمون بالاتر از مقدار آلفا به دست آمد، می‌توان گفت که توزیع داده‌ها نرمال است. جهت سنجش برابری واریانس خطای متغیر مورد بررسی از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به نتایج، از آنجا که سطح معناداری آماره F بزرگ‌تر از مقدار آلفا به دست آمد، می‌توان گفت که واریانس خطای گروه‌ها با همدیگر برابر بوده و تفاوتی بین آن‌ها مشاهده نشده است. نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد که برای مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، ماتریس کوواریانس سبک‌های تصمیم‌گیری در تمام سطوح متغیر مستقل

جدول ۳. نتایج آزمون چندمتغیره خرده مقیاس‌های تصمیم‌گیری

اثر	آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	P	اندازه اثر
گروه	اثر پیلایی	۰/۶۲	۶/۷۱	۵	۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	لامبدای ویکلز	۰/۳۷	۶/۷۱	۵	۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	اثر هتلینگ	۱/۶۷	۶/۷۱	۵	۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	بزرگترین ریشه روی	۱/۶۷	۶/۷۱	۵	۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲

مقایسه دو گروه در هر یک از این متغیرها به عنوان یک متغیر وابسته از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در متن آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری در جدول ۳ نشان داد بین دو گروه از جهت ترکیب خطی سبک‌های تصمیم‌گیری ایجاد شده تفاوت معناداری وجود دارد ($F= ۶/۷۱, p < ۰/۰۵$ ، ویکلز، $\lambda= ۰/۳۷$) برای

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت نمرات بین دو گروه در سبک‌های تصمیم‌گیری

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
پیش‌آزمون	سبک عقلانی	۰/۰۴	۱	۰/۰۴	۰/۰۰۶	۰/۹۳۷	۰/۰۰
	سبک شهودی	۵۶/۹۵	۱	۵۶/۹۵	۸/۵۸	۰/۰۰۷	۰/۲۶
	سبک اجتنابی	۸/۳۹	۱	۸/۳۹	۱/۲۶	۰/۲۷۲	۰/۰۵
	سبک آنی	۹/۲۴	۱	۹/۲۴	۱/۳۹	۰/۲۴۹	۰/۰۵
	سبک وابستگی	۱۶/۱۴	۱	۱۶/۱۴	۲/۴۳	۰/۱۳۲	۰/۰۹
	سبک عقلانی	۵۱/۹۸	۱	۵۱/۹۸	۷/۳۹	۰/۰۱۲	۰/۲۳
	سبک شهودی	۴۳/۲۴	۱	۴۳/۲۴	۶/۵۱	۰/۰۱۷	۰/۲۱
	سبک اجتنابی	۱۱۹/۳۵	۱	۱۱۹/۳۵	۳/۹۶	۰/۰۵۸	۰/۱۴
	سبک آنی	۲۵۱/۷۱	۱	۲۵۱/۷۱	۲۵/۱۷	۰/۰۰	۰/۵۱
	سبک وابستگی	۴۴/۲۰	۱	۴۴/۲۰	۱۰/۲۵	۰/۰۰۴	۰/۲۹
خطا	سبک عقلانی	۱۶۸/۶۹	۲۴	۷/۰۲	-	-	-
	سبک شهودی	۱۵۹/۲۷	۲۴	۶/۶۳	-	-	-
	سبک اجتنابی	۲۶۷/۶۹	۲۴	۱۱/۱۵	-	-	-
	سبک آنی	۲۳۹/۹۹	۲۴	۱۰/۰۰	-	-	-
	سبک وابستگی	۲۷۹/۲۶	۲۴	۱۱/۶۳	-	-	-
	سبک عقلانی	۳۱۶/۷۷	۳۰	-	-	-	-
کل	سبک شهودی	۳۹۸/۱۹	۳۰	-	-	-	-
	سبک اجتنابی	۴۶۳/۳۵	۳۰	-	-	-	-
	سبک آنی	۸۷۳/۵۴	۳۰	-	-	-	-
	سبک وابستگی	۵۱۸/۷۷	۳۰	-	-	-	-

گیری عقلانی، شهودی، آنی و وابستگی، بین میانگین‌های گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اندازه اثر گروه بر این متغیرها به ترتیب ۲۳، ۲۱، ۵۹ و ۲۹ درصد می‌باشد. طبق نتایج جدول داده‌های خام می‌توان متوجه شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش سبک تصمیم‌گیری عقلانی و شهودی و کاهش سبک تصمیم‌گیری آنی و وابستگی در گروه آزمایش شده است ($P < ۰/۰۵$).

آماره‌های تحلیل کواریانس تک‌متغیری نیز در مورد هر سبک تصمیم‌گیری به صورت جداگانه محاسبه گردید تا منبع معنی‌داری آماری اثر چند متغیره، تعیین شود. جدول ۳ نشان می‌دهد که بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها بر روی نمره پس‌آزمون، اثر گروهی در نمرات پس‌آزمون سبک‌های تصمیم‌گیری شامل سبک تصمیم‌گیری عقلانی، شهودی، آنی و وابستگی معنی‌دار شده است. به عبارت دیگر، در نمرات پس‌آزمون سبک تصمیم

و گواه، تفاوت معنی دار وجود ندارد ($P > 0/05$). برای مقایسه دو گروه در متغیر امید به زندگی به عنوان یک متغیر وابسته از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در متن آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۴ نشان می‌دهد که بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها بر روی نمره پس‌آزمون، اثر گروهی در نمرات پس‌آزمون سبک تصمیم‌گیری اجتنابی معنی‌دار نشده است. به عبارت دیگر، در نمرات پس‌آزمون سبک تصمیم‌گیری اجتنابی، بین میانگین‌های گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت نمرات بین دو گروه در امید به زندگی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
امید به زندگی	پیش‌آزمون	۶۴/۸۳	۱	۶۴/۸۳	۱/۱۶	۰/۲۸	۰/۰۳
	گروه	۱۱۲۲/۷۰	۱	۱۱۲۲/۷۰	۲۰/۱۶	۰/۰۰	۰/۳۵
	خطا	۲۰۵۹/۷۶	۳۷	۵۵/۶۶	-	-	-
	کل	۳۱۸۵/۵۰	۳۹	-	-	-	-

پذیرش و تعهد در بهبود نگرش به مصرف مواد و کیفیت زندگی اثربخش است.

همان‌طور که نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود امید به زندگی معنادار در حال بهبودی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود امید به زندگی معنادار در حال بهبودی شده است. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که بر اساس رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد اغلب آسیب‌های روانی و شناختی و هیجانی مربوط به این است که افراد افکار منفی خود را جدی می‌گیرند و این افکار را بازتابی دقیق از واقعیت تلقی می‌کنند (فیلسالر و همکاران، ۲۰۱۸). در چنین شرایطی فرد به افکار منفی خود می‌چسبد و آن را با هویتش یکی می‌داند که این با انعطاف‌ناپذیری افکار و رفتار همراه است چرا که فرد دچار درهم آمیزی شناختی شده است و قادر به تفکیک واقعیت از افکار ساخته ذهن خود نیست (کشاورز افشار و همکاران، ۲۰۱۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق گسلسن شناختی به بیماران کمک کرد تا به‌طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی ناامید کننده خود نباشند و به جای آن، شیوه‌هایی را برای زندگی خود بیابند که بر اساس ارزش‌ها و اهداف آنهاست و می‌تواند به زندگیشان معنا و امید بدهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به معنادار در حال بهبودی نوع دیگری از خود به نام خود به عنوان زمینه یا حس متعالی از خود را معرفی کرد که منظور از آن، ایجاد معنا و حس از خود به صورت متعالی است که می‌تواند با برخوردی متفاوت نسبت به رویدادهای درونی مثل افکار، هیجانات، خاطرات و حس‌های بدنی ظاهر

نتایج تحلیل کواریانس در جدول ۵ نشان دهنده آن است که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون امید به زندگی معنادار است ($F = 20/16, P = 0/00$). به طوری که بعد از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات امید به زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه گواه افزایش معنادار داشته است. اندازه اثر گروه بر متغیر امید به زندگی ۳۵٪ می‌باشد و بنابراین اثر گروه (مداخله) توانسته است ۳۵ درصد از تغییرات امید به زندگی را تبیین نماید.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و تصمیم‌گیری در معنادار در حال بهبودی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود امید به زندگی و تصمیم‌گیری در معنادار در حال بهبودی شده است. در همین راستا، کوتولزمز و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش میزان شدت علائم افسردگی و اضطراب در جمعیت عمومی نقش معناداری دارد. فیلسالر و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود بر روی مبتلایان به درد مزمن نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش شدت درد و بهبود نمرات سلامت عمومی نقش دارد. ارجمند و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود بر روی معنادار به متاآنالیز نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش شدت و لغ به مصرف و عود در این افراد مؤثر است. کشاورز افشار و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود بر روی افراد معتاد نشان دادند که درمان مبتنی بر

شود (گلاستر و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر آن، این روش مشاهده و توصیف تجربه‌های درونی را بدون قضاوت و در زمان حال تشویق کرد و مشاهده بدون قضاوت تجارب درونی به بیماران کمک کرد تا تغییرات دنیا را به طور واقعی تجربه کنند، نه آن‌گونه که ذهن آن‌ها را می‌سازد (کوتولزمز و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین در این درمان به معنادین در حال بهبودی آموزش داده شد تا به جای تلاش برای گریز از تجارب فرآیندهای درونی ناخوشایند و یا تغییر و کاهش نشانه‌ها، با پذیرش و مشاهده بدون قضاوت افکار، احساسات، هیجان‌ها و حس‌های بدنی می‌توانند خود را از چالش دفاع در برابر این تجارب درونی نجات دهند و در عوض بر ایجاد یک زندگی ارزشمند متمرکز شوند. در نتیجه، این عوامل می‌توانند به بیماران برای شناسایی ارزش‌ها و اهداف اصیل خود و پایبندی به یک سبک زندگی مبتنی بر ارزش‌های فردی کمک کنند تا آن‌ها به یک زندگی هدفمند و با معنا دست یابند که نتیجه آن افزایش حس امید به زندگی است. اجتناب تجربه‌ای و هم‌آمیزی زمانی مسلط می‌شود که رفتار کلامی فرد را از زمان حال بیرون می‌آورد. در حالی که نمادهای کلامی و رویدادهای محیطی با هم ترکیب شده‌اند، افراد نمی‌توانند بین مسائل و توصیف آن‌ها تمایز قائل شوند و در نتیجه به جای تجربه مستقیم با دنیا، توسط محتوای کلامی افکارشان هدایت می‌شوند و این می‌تواند فرآیندهای شناختی از جمله تصمیم‌گیری را مختل سازد. در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تکنیک ناهم‌آمیزی و زبان وصفی ارزیاب کاملاً برجسته می‌شود و باورهای فرد درباره انطباق واژه‌های قضاوت‌گرانه با واقعیت عینی تضعیف می‌شود (کوتولزمز و همکاران، ۲۰۲۰). این شیوه درمانی از طریق گسلسن شناختی به دنبال آن است که به افراد کمک کند تا به طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نباشند و به جای آن، شیوه‌هایی برای تعامل مؤثر با دنیای درون و بیرون بیابند (فیلسالر و همکاران، ۲۰۱۸). در فرآیند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش درمانگر سعی دارد تا با بکارگیری یک سری استعاره و فنون دیگر، بیمار را به سمت ناهم‌آمیزی شناختی و شکستن قواعد زبانی سوق دهد به طریقی که باعث شود کلمات مشکل‌آفرین، معنای خود را از دست بدهند و افکار فقط به عنوان یک فکر دیده شوند نه امور واقعی (کشاورز افشار و همکاران، ۲۰۱۸). تکنیک‌های ناهم‌آمیزی شناختی به جای تغییر محتوای افکار و احساسات یا حساسیت نسبت به آن‌ها، سعی در تغییر کارکردهای نامطلوب آن‌ها دارند تا نحوه ارتباط مراجع با افکار و

احساساتش تغییر یابد و با ارتباط با زمان حال و پذیرش فرآیندهای درونی به انسجام دست یابد و عملکرد خود را بهبود بخشد (گلاستر و همکاران، ۲۰۲۰). درمانگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق فرآیند ناهم‌آمیزی شناختی به مراجع می‌آموزد که رویدادهای درونی را همان‌طور که واقعاً هستند، ببینند تا با ایجاد ناهم‌آمیزی از افکار و احساسات فرآیند پذیرش رویدادهای درونی بهتر رخ دهد و این روند با بهبود تصمیم‌گیری نیز همراه است (کوتولزمز و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع این روش، مشاهده و توصیف را بدون قضاوت تجارب در زمان حال تشویق می‌کند و این تجربه به مراجعان کمک می‌کند تغییرات واقعی دنیا و نه ساخته‌های ذهنی خود را تجربه کنند و این می‌تواند با بازسازی دنیای ذهنی و شناختی و در نتیجه بهبود عملکرد از جمله تصمیم‌گیری همراه باشد. در نتیجه، این عوامل می‌توانند از طریق بهبود سلامت و کیفیت زندگی نقش مؤثری در افزایش امید به زندگی داشته باشند. همچنین مؤلفین متعددی مطرح کرده‌اند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند باعث ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری، یا نگرش‌های فرد در مورد افکارش شود؛ برای مثال، کبات زین توصیه می‌کند که مشاهده بدون قضاوت درد و افکار مرتبط با احساس ناامیدی و یاس، ممکن است منجر به فهم و درک این نکته شود که این‌ها فقط افکارند و نمایانگر حقیقت یا واقعیت نیستند و نباید باعث فرار یا رفتار اجتنابی و ایجاد حس ناامیدی شوند (ارجمندقجور و همکاران، ۱۳۹۷). لیهان نیز خاطر نشان می‌کند که مشاهده افکار و احساسات و به کار گرفتن برچسب‌های توصیفی اغلب ناامید کننده برای آن‌ها، این درک و فهم را به وجود می‌آورد که آن‌ها همیشه نمایانگر صحیحی از واقعیت نیستند. با توجه به این تعاریف از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، اثربخشی مؤلفه‌های درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش ناامیدی قابل توضیح و تبیین خواهد بود (رجب‌پور و همکاران، ۱۳۹۹).

از محدودیت‌های پیش‌روی محققان در این پژوهش می‌توان به دسترسی دشوار به معنادین در حال بهبودی و جلب همکاری و رضایت آن‌ها برای شرکت در پژوهش به دلیل همه‌گیری بیماری کرونا اشاره کرد؛ همچنین معنادین در حال بهبودی شرکت‌کننده در پژوهش، به خصوص در جلسات اولیه انگیزه کافی برای شرکت در جلسات درمانی نداشتند و تقویت انگیزه آن‌ها برای ادامه این جلسات با دشواری همراه بود. کوچک بودن جامعه آماری و محدود بودن آن به یکی از مراکز درمانی در شهر یزد از دیگر

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی است. در ابتدا طرح این پژوهش با کد IR.SSU.REC.1400.173 در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد به تصویب رسید. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی و مشاوره نویسنده دوم و سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از شرکت کنندگان در پژوهش که زمینه اجرای آن را فراهم ساختند، تشکر و قدردانی می گردد.

محدودیت های این پژوهش بود که تعمیم نتایج را به سایر افراد معتاد محدود می سازد. اثر متغیرهای مزاحم همچون سن، مدت زمان اعتیاد و بهبودی، نوع ماده مصرفی مدت و طبقه اجتماعی و اقتصادی کنترل نشده است و این می تواند نتایج به دست آمده را متأثر ساخته باشد؛ همچنین ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه های خود گزارش دهی بوده است که می تواند با دخیل ساختن گرایش پاسخ دهندگان به ارائه پاسخ های دلخواه و مطلوب، پاسخ آن ها را با سوگیری همراه ساخته باشد. بر مبنای محدودیت های ذکر شده پیشنهاد می شود تا پژوهش های بعدی با توجه به تفاوت های فردی افراد تحت مطالعه از جمله مدت زمان اعتیاد، مدت زمان بهبودی و نوع ماده مصرفی و در نظر گرفتن این متغیرها انجام شوند و در تحلیل داده ها و تبیین نتایج این موارد را نیز لحاظ کنند. همچنین پیشنهاد می شود تا پژوهش های بعدی در ابتدا، به طور خاص به شناسایی مشکلات روانی و آسیب های شایع در افراد معتاد و معتادین در حال بهبودی پرداخته و سپس به طراحی مداخلات مبتنی بر این آسیب های شناسایی شده و بررسی اثر بخشی آن ها در کاهش مشکلات روانی این گروه هدف بپردازند. یافته های این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود امید به زندگی و تصمیم گیری معتادین در حال بهبودی اثر بخشی مناسبی دارد. بنابراین در حوزه درمان و پیشگیری از اعتیاد می توان از مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود و تقویت امید به زندگی و تصمیم گیری در معتادین استفاده کرد و آن ها را در غلبه بر آسیب های ناشی از اعتیاد به ویژه عود یاری رساند.

منابع

- کاهش ولع و افسردگی پس از ترک در افراد وابسته به متامفتامین. اعتیادپژوهی، ۱۱، ۱۳۷-۱۲۴.
- سیفی، معصومه؛ معنوی پور، داود. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی مداخلات روان‌درمانی پوششی کوتاه مدت فشرده دوانلو و تنظیم هیجانی شناختی، در درمان اختلال یادگیری ریاضی دانش آموزان سال چهارم و پنجم ابتدایی. سبک زندگی اسلامی سلامت محور، ۴، ۸۴-۷۷.
- ایزدی، راضیه؛ عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. انتشارات: جنگل.
- برجعلی، احمد، اعظمی، یوسف، چوپان، حامد، و قهستانی، داود. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر اساس مدل گراس بر میزان پرخاشگری در افراد وابسته به مواد. پژوهش توان‌بخشی در پرستاری، ۲(۱): ۶۵-۵۳.
- بشروپور، سجاد. (۱۳۹۲). ارتباط نظم‌جویی شناختی هیجان و کنترل هوشمند با شدت وابستگی و ولع مصرف در افراد با وابستگی به مواد. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۷(۲۸): ۱۳۱-۱۴۶.
- بهبهانی، لیلا؛ سرداری، باقر. (۱۳۹۸). اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر بر کاهش ولع مصرف و پیشگیری از عود معتادان به مواد افیونی. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۳(۵۴): ۹۱-۱۰۸.
- پورفرج عمران، مجید، رضازاده، حلیمه. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر بر شادکامی و امید به زندگی بیماران سرطانی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۹(۳۳): ۱۳۶-۱۱۹.
- حسینی، جعفر. (۱۳۹۰). پایایی و روایی فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۹، ۲۲۰-۲۴۰.
- حسینی، مریم؛ ابراهیمی، فرشید؛ طباطبائی، سید سجاد. (۱۳۹۸). تحلیل ساختاری تأثیر سبک‌های تصمیم‌گیری بر آمادگی اعتیاد دانشجویان با میانجی‌گری تنظیم شناختی هیجان. اعتیادپژوهی، ۵، ۲۵۸-۲۳۵.
- جعفری، جواد؛ معتمدی، عبدالله؛ مهرداد صدر، محمد؛ علمایی، مرضیه؛ هاشمیان، سپهر. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری سالمندان. مجله روانشناسی پیری، ۳، ۲۹-۲۱.
- جعفری، عیسی. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر مدل مارلات در پیشگیری از عود و افزایش تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد. روان‌شناسی بالینی، ۱۱(۳): ۷۷-۸۷.
- جعفری، الهه؛ دهقانی، اکرم. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و رضایت زناشویی همسران جانبازان مرد. فصلنامه پژوهش‌های نوین در روانشناسی، ۱۳، ۸۲-۶۳.
- آقامحمدی، زهرا. (۱۳۹۷). بررسی رابطه نگرش معنوی، امید به زندگی و اعتیاد به اینترنت با نگرش به دوستی دختر و پسر در دانشجویان دختر دانشگاه صنعتی اصفهان (به روش مدل معادلات ساختاری). دانش انتظامی، ۴، ۱۶۰-۱۴۴.
- اعظمی، یوسف؛ سهرابی، فرامرز، برجعلی، احمد، چوپان، حمید. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر کاهش تکانشگری در افراد وابسته به مواد مخدر. اندیشه و رفتار، ۳، ۴۳-۵۱.
- ترخان، مرتضی. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و معناداری زندگی زنان افسرده. مطالعات روانشناختی، ۴، ۹۶-۸۴.
- اکبری، محمد؛ گل‌پرور، محسن، لعلی، مصطفی. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری و رویکرد آموزش مدیریت والدین بر افسردگی و اضطراب نوجوانان پسر مبتلا به سوء استفاده جنسی. مجله علوم پزشکی جیرفت، ۱۵، ۲۷۳-۲۶۶.
- ارجمندقجور، کیومرث، محمود، علیلو، مجید، خانجانی، زینب، بخشی پور، اباس. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیشگیری از عود در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین. یافته، ۲۱، ۵۱-۳۸.
- ارجمندقجور، کیومرث، محمود علیلو، مجید، خانجانی، زینب، بخشی پور رودسری، اباس. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی بیماران وابسته به مت‌آمفتامین. اعتیادپژوهی، ۱۱، ۱۵۳-۱۴۳.
- برادران، مجید؛ زارع، حسین؛ علی پور، احمد و ولی‌اله، فرزاد. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر همجوشی شناختی و شاخص‌های سلامت جسمانی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی. فصلنامه روانشناسی شناختی، ۴(۱ و ۲): ۹-۱.
- بهرامی، فرزانه؛ معاضدیان، آمنه و حسینی‌المدنی، سیدعلی. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مهارت حل مساله و تصمیم‌گیری بر کاهش نگرش مثبت وابستگان به مواد افیونی. مجله روانشناسی، ۷، ۱۵۸-۱۴۶.
- تقوایی، داود؛ جهانگیری، محمد مهدی و زارع بیدکی، زهرا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ارتقای سلامت مادران دارای کودک مبتلا به اختلال اوتیسم. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۶، ۱۵۳-۱۴۳.
- ترکمن، مهدیس؛ ذوقی پایدار، محمدرضا؛ گنجی، حمزه؛ یارمحمدی واصل، مسیب. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر

خلیل‌زاده، نوراله؛ میکائیلی، منیع فرزانه؛ عیسی‌زادگان، علی. (۱۳۹۶). رابطه مشکلات تنظیم هیجانی و عاطفه منفی با ولع مصرف با توجه به میانجی‌گری افسردگی. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۱ (۴۲): ۱۹۷-۲۱۲.

حسنی، جعفر. (۱۳۹۰). پایایی و روایی فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۹، ۲۲۰-۲۴۰.

سلیمانی، اسماعیل؛ زاهد بابلان، عادل؛ فرزانه، جبرائیل و ستوده، محمدباقر. (۱۳۹۹). مقایسه نارسایی هیجانی و مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری و بهنجار. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۳، ۱۱۹-۱۱۰.

ذاکری، م. م، حسنی، ج، اسماعیلی، ن. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش نظم‌جویی فرآیندی هیجان بر پریشانی روانشناختی افراد مبتلا به بیتلیگو. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۶، ۵۶-۳۹.

رضائی میرقائد، ملیحه، کریمی، رضا، رهروی، مهشید، مصدق، کبری، آبی پور، جابر. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی افراد مبتلا به اعتیاد. *مجله مطالعات ناتوانی. مطالعات ناتوانی*، ۳، ۲۸۴-۲۷۷.

رضوی، بابک و ابولقاسمی، شهنام. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس امیدواری و مدیریت درد در زنان مبتلا به درد مزمن. *مجله توانبخشی*، ۱۲، ۴۶-۳۴.

رضوی، ریحانه، عرب، علی، شیرازی، محمود. (۱۳۹۹). مقایسه امید به زندگی، احساس گناه و اختلالات روان‌تنی در معتادان متجاهر زن تحت درمان اجباری و زنان معتاد خودمعرّف. *نشریه طب انتظامی*، ۵، ۱۵۲-۱۴۰.

رحمتی، سوسن و صابر، طاهر. (۱۳۹۷). مقایسه تنظیم شناختی هیجان و تاب‌آوری در دانش‌آموزان معتاد به اینترنت و دانش‌آموزان عادی. *مجله علوم روانشناختی*، ۳، ۳۹-۲۷.

رنجبر توتویی، علی‌اصغر؛ خانجانی، نرگس؛ میرزاییگی، محمدرضا. (۱۳۹۴). بررسی وضعیت هوش هیجانی در افراد وابسته به مصرف مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز درمان سوء مصرف مواد دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. *پژوهش‌های سلامت محور*، ۱ (۳)، ۱۷۷-۱۸۷.

زمانی، عزت‌اله. (۱۳۹۷). بررسی رابطه‌ی بین سلامت‌روان با امید به زندگی در زنان دارای همسر معتاد. *دانش انتظامی*، ۶، ۳۵-۲۱.

رجب‌پور، مجتبی؛ نریمانی، محمد؛ میکائیلی، نیلوفر؛ حاجلو، نادر. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیشگیری از عود اعتیاد: مرور سیستماتیک و فراتحلیل. *کومش*، ۲۲ (۲): ۲۰۳-۲۰۸.

رحمتی، سوسن و صابر، طاهر. (۱۳۹۷). مقایسه تنظیم شناختی هیجان و تاب‌آوری در دانش‌آموزان معتاد به اینترنت و دانش‌آموزان عادی. *مجله علوم روانشناختی*، ۳، ۳۹-۲۷.

زمستانی، مهدی؛ بابامیری، محمد؛ سپیانی، علیرضا. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سوء مصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب هم‌آیند در معتادان مرکز اجتماع درمان‌مدار. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۰ (۳۹): ۱۷۹-۱۹۴.

زمانی، عزت‌اله. (۱۳۹۷). بررسی رابطه‌ی بین سلامت‌روان با امید به زندگی در زنان دارای همسر معتاد. *فصلنامه علمی دانش انتظامی گلستان*، ۹، ۶۸-۵۷.

سلیمانی، مریم، رحیمیان، اسحاق، فائزه، جهان. (۱۴۰۰). نقش سبک‌های تصمیم‌گیری دانشجویان در اعتیاد به اینترنت با واسطه‌گری سبک‌های مقابله‌ای. *مطالعات ناتوانی*، ۱۵، ۱۴۷-۱۳۳.

سلگی، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر دل‌بستگی ناایمن، ترس از صمیمیت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی. *روانشناسی کاربردی*، ۴، ۸۰-۶۸.

سلطانی‌فر، عاطفه؛ مشهدی، علی. (۱۳۹۹). بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده هیجان‌خواهی و سیستم‌های مغزی-رفتاری در ابتلا به اعتیاد اینترنتی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی مشهد. *اصول بهداشت روانی*، ۶، ۱۱۸-۱۰۴.

References

- Ahmadinejad, M., Ahmadipour, M., & Sohrevardi, S. M. (2020). Comparison of Prevalence of Nosocomial Infections in Opioid Addicts and Non-addicts Admitted to Intensive Care Units. *Int. J. Life Sci. Pharma Res*, 10(2), 40-45. <http://dx.doi.org/10.22376/ijpbs/lpr.2020.10.2.P40-45>
- Arjmand Ghujur, K., Mahmood-Aliloo, M., Khanjani, Z., & Bakhshipour, A. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Reduction of Craving and lapse in Methamphetamine Addict Patients. *Quarterly Journal of health Psychology*, 8(32), 41-56. <https://doi.org/10.30473/hpj.2020.42661.4173>
- Beltrán-Sánchez, H., Soneji, S., & Crimmins, E. M. (2015). Past, Present, and Future of Healthy Life Expectancy. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 5(11), a025957. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a025957>

- Brand, M., Rumpf, H. J., Demetrovics, Z., King, D. L., Potenza, M. N., & Wegmann, E. (2019). Gaming disorder is a disorder due to addictive behaviors: Evidence from behavioral and neuroscientific studies addressing cue reactivity and craving, executive functions, and decision-making. *Current Addiction Reports*, 6(3), 296-302. <https://doi.org/10.1007/s40429-019-00258-y>
- Bruch, E., & Feinberg, F. (2017). Decision-Making Processes in Social Contexts. *Annual review of sociology*, 43, 207-227. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-060116-053622>
- Cosenza, M., Ciccirelli, M., & Nigro, G. (2019). Decision-Making Styles, Negative Affectivity, and Cognitive Distortions in Adolescent Gambling. *Journal of gambling studies*, 35(2), 517-531. <https://doi.org/10.1007/s10899-018-9790-y>
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of affective disorders*, 263, 107-120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154>
- Dewberry, C., Juanchich, M., & Narendran, S. (2013). Decision-making competence in everyday life: The roles of general cognitive styles, decision-making styles and personality. *Personality and Individual Differences*, 55(7), 783-788. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.06.012>
- Donnadieu-Rigole, H., Olive, L., Nalpas, B., Winter, A., Ursic-Bedoya, J., Faure, S., Pageaux, G. P., & Perney, P. (2017). Follow-Up of Alcohol Consumption After Liver Transplantation: Interest of an Addiction Team?. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 41(1), 165-170. <https://doi.org/10.1111/acer.13276>
- Feliu-Soler, A., Montesinos, F., Gutiérrez-Martínez, O., Scott, W., McCracken, L. M., & Luciano, J. V. (2018). Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: a narrative review. *Journal of pain research*, 11, 2145-2159. <https://doi.org/10.2147/JPR.S144631>
- Firouzkouhi Berenjabadi, M., Pourhosein, M., & Ghasemi Arzene, M. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Interpersonal Difficulties and Internet Addiction among High School Students. *Journal of Applied Psychological Research*, 12(2), 283-301. <https://doi.org/10.22059/japr.2021.310151.643639>
- Ghorbankhani, M., Salehi, K., & Moghaddamzadeh, A. (2020). Construction of a Standardized Questionnaire to Detect the Pseudo Evaluation in Elementary Schools. *Journal of Educational Sciences*, 27(2), 91-116. (Persian) <https://doi.org/10.22055/edus.2020.35053.3114>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Hanzaee, K. H. (2011). Influence of family structure on consumer decision-making style in Iran. *International Journal of Business and Management*, 6(11), 297. <http://dx.doi.org/10.5539/ijbm.v6n11p297>
- Hayes, C. J., Cucciare, M. A., Martin, B. C., Hudson, T. J., Bush, K., Lo-Ciganic, W., Yu, H., Charron, E., & Gordon, A. J. (2022). Using data science to improve outcomes for persons with opioid use disorder. *Substance abuse*, 43(1), 956-963. <https://doi.org/10.1080/08897077.2022.2060446>
- Hayes, S. C., Lillis, S. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy*. American Psychological association publication. <https://www.apa.org/pubs/books/4317286>
- Imtiaz, S., Probst, C., & Rehm, J. (2018). Substance use and population life expectancy in the USA: Interactions with health inequalities and implications for policy. *Drug and alcohol review*, 37 Suppl 1, S263-S267. <https://doi.org/10.1111/dar.12616>
- Keshavarz Afshar, H., Barabari, A., Ghazinejad, N., & Amiri, A. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the attitude of abuse and the quality of life in substance abusers. *Journal of Police Medicine*, 7(1), 1-6. <http://dx.doi.org/10.30505/7.1.1>
- Khorrani, M., Pordelan, N., Vakili, S., & Taghian, F. (2022). Prediction of Coronavirus Anxiety based on Attachment Styles, Resilience, and Life Expectancy in Drug Users. *Modern Care Journal*, 19(1), e121174. doi: 10.5812/modernc-121174.
- Koob G. F. (2021). Drug Addiction: Hyperkatifeia/Negative Reinforcement as a Framework for Medications Development. *Pharmacological reviews*, 73(1), 163-201. <https://doi.org/10.1124/pharmrev.120.000083>
- Lüscher, C., & Janak, P. H. (2021). Consolidating the Circuit Model for Addiction. *Annual review of*

- neuroscience*, 44, 173–195.
<https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-092920-123905>
- Mathers, C. D., Stevens, G. A., Boerma, T., White, R. A., & Tobias, M. I. (2015). Causes of international increases in older age life expectancy. *Lancet (London, England)*, 385(9967), 540–548.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60569-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60569-9)
- Nikpour, F., Khalatbari, J., Rezaei, O., & Jomehri, F. (2021). Comparison of the effectiveness of schema therapy approach and acceptance and commitment based therapy Psychological well-being of divorced women. *Monthly Journal of Psychological Science*, 20(101), 741-751.
<https://doi.org/20.1001.1.17357462.1400.20.101.1.6>
- Purnaghash Tehrani, S., Ghasemi Morodi, S., & Rezazadeh, M. (2021). Emotional characteristics of personality, cognitive problems, emotional regulation strategies and marital adjustment: a comparative study in women with high and low fear of infidelity. *Monthly Journal of Psychological Science*, 20(104), 1313-1329. Doi: [10.52547/JPS.20.104.1313](https://doi.org/10.52547/JPS.20.104.1313)
- Rajabpour, M., Narimani, M., Mikaeili, N., & Hajloo, N. (2020). Effectiveness of mindfulness-based treatment on addiction relapse prevention: A systematic review and meta-analysis. *Koomesh*, 22(2), 203-208.
<http://dx.doi.org/10.29252/koomesh.22.2.203>
- Rehm, J., & Probst, C. (2018). Decreases of Life Expectancy Despite Decreases in Non-Communicable Disease Mortality: The Role of Substance Use and Socioeconomic Status. *European addiction research*, 24(2), 53–59.
<https://doi.org/10.1159/000488328>
- Scott, S. G., & Bruce, R. A. (1995). Decision-making style: The development and assessment of a new measure. *Educational and Psychological Measurement*, 55(5), 818–831.
<https://doi.org/10.1177/0013164495055005017>
- Shegefti, N. S., & Samani, S. (2011). Psychometric properties of the academic hope scale: Persian form. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1133-1136.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.221>
- Snyder, C. R., Simpson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A., & Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of personality and social psychology*, 70(2), 321–335. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.70.2.321>
- Sriram, S., Ramachandran, M., Chinnasamy, S., & Mathivanan, G. (2022). A Review on Multi-Criteria Decision-Making and Its Application. *REST Journal on Emerging trends in Modelling and Manufacturing*, 7(4), 101-107.
<http://dx.doi.org/10.46632/7/4/1>
- Wang S. (2019). Historical Review: Opiate Addiction and Opioid Receptors. *Cell transplantation*, 28(3), 233–238. <https://doi.org/10.1177/0963689718811060>
- Wemm, S. E., & Sinha, R. (2019). Drug-induced stress responses and addiction risk and relapse. *Neurobiology of stress*, 10, 100148.
<https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2019.100148>