



The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Delayed Reward Discounting, Experiential Avoidance and Sense of Coherence in Substance Abusers under Methadone Maintenance Treatment

Sonia Azadiasr¹, Toktam Amanalikhani², Fatemeh Zamani Samani^{3*},
Masoumeh Kamandloo⁴

1. Bachelor of Social Work, University of Applied Science Raad, Tehran, Iran.
2. PhD student in health psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Iran.
3. Master of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
4. Master of Clinical Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.

Corresponding Author: Fatemeh zamani samani, Master of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

E-mail: fatemezamanisamani@gmail.com

Received: 5 Jan 2025

Accepted: 20 May 2025

Abstract

Introduction: Despite the efforts made in the treatment of substance abuse, this phenomenon is still growing, and therefore it is necessary to try to understand the psychological mechanisms involved in the phenomenon of addiction and then target them by adopting a suitable therapeutic approach. The present study was conducted to investigate the effect of acceptance and commitment therapy on delayed reward discounting, experiential avoidance, and sense of coherence in substance abusers under methadone maintenance treatment.

Methods: The current study was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. Among the people referred to the addiction treatment center of Qazvin City, 30 people were selected as a sample using the convenience sampling method. They were randomly assigned to an experimental group and a control group. The experimental group participated in acceptance and commitment therapy as a group during 8 sessions of 90 minutes, but the control group did not receive any intervention. The research tools were: The monetary-choice Questionnaire, Acceptance and Action Questionnaire-II, and Antonovsky's Sense of Coherence Scale. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance test.

Results: The results showed that the scores of delayed reward discounting and experiential avoidance in the experimental group decreased significantly in the post-test phase. Also, the sense of coherence scores in the experimental group increased significantly in the post-test phase ($P < 0.05$).

Conclusions: Acceptance and commitment therapy, using its six main processes, can be used as an effective intervention to reduce delayed reward discounting and experiential avoidance and improve the sense of coherence in people suffering from substance abuse. According to the results of the present study, the use of acceptance and commitment therapy in psychological clinics is recommended as an effective intervention method.

Keywords: Substance abuse, Delayed reward discounting, Experiential avoidance, Sense of coherence, Acceptance, commitment therapy.



تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نادیده انگاری پاداش تاخیری، اجتناب تجربی و حس انسجام در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگر دارنده با متادون

سونیا آزادی عصر^۱، تکتیم امانعلی خانی^۲، فاطمه زمانی سامانی^{۳*}، معصومه کمندلو^۴

۱. کارشناسی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علمی کاربردی رعد، تهران، ایران.

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

نویسنده مسئول: فاطمه زمانی سامانی، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
ایمیل: fatomezamanisamani@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۲/۳۰

چکیده

مقدمه: علی رغم تلاش های صورت گرفته در درمان سوء مصرف مواد، این پدیده همچنان رو به رشد است و لذا تلاش جهت شناخت مکانیسم های روان شناختی دخیل در پدیده اعتیاد و سپس هدف قرار دادن آنها با اتخاذ یک رویکرد درمانی مناسب ضرورت دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نادیده انگاری پاداش تاخیری، اجتناب تجربی و حس انسجام در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگر دارنده با متادون انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. از بین افراد مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر قزوین، ۳۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و با رعایت معیارهای ورود گزینش و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل کاربندی شدند. گروه آزمایش به صورت گروهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند ولی گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه انتخاب پولی، پرسشنامه پذیرش و عمل- نسخه دوم و مقیاس حس انسجام آنتونووسکی. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد نمرات نادیده انگاری پاداش تاخیری و اجتناب تجربی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون به طور معناداری کاهش یافته است. همچنین نمرات حس انسجام در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون به طور معناداری افزایش یافته است ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بهره گیری از شش فرایند اصلی خود، می تواند به عنوان مداخله ای موثر برای کاهش نادیده انگاری پاداش تاخیری و اجتناب تجربی و بهبود حس انسجام در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد استفاده شود. با توجه به نتایج مطالعه حاضر، استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کلینیک های روان شناسی به عنوان یک روش مداخله ای مؤثر توصیه می شود.

کلیدواژه ها: سوء مصرف مواد، نادیده انگاری پاداش تاخیری، اجتناب تجربی، حس انسجام، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

مقدمه

سوءمصرف مواد یکی از مهمترین چالش‌های بهداشتی، روانی، اجتماعی است که بیشتر کشورهای جهان با آن درگیرند و مشکلات گسترده‌ای بر جوامع تحمیل می‌نماید (۱). ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) اختلالات مرتبط با سوءمصرف مواد را در طبقات جداگانه‌ای همچون الک، کافئین، شاهدانه، توهم زا، مواد استنشاقی، مواد افیونی، آرام بخش یا ضد اضطراب، محرک‌ها، تنباکو و مواد دیگر یا ناشناخته قرار داده است (۲). ویژگی اصلی هر یک از انواع اعتیادها و اختلالات مرتبط با مواد عبارت است از مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک که نشان می‌دهند فرد، به‌رغم مشکلات مهمی که برایش به وجود می‌آید، به مصرف ماده ادامه می‌دهد (۳). پژوهش‌ها نشان داده است که در سراسر جهان حدود ۳۵ میلیون نفر از اختلالات مصرف مواد مخدر رنج می‌برند و به خدمات درمانی نیاز دارند (۴). در ایران نیز شمار مصرف‌کنندگان نزدیک ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون تن برآورد شده که مواد افیونی بیشترین مواد مصرفی است (۵). با توجه به روند روبه رشد اعتیاد، مدل‌های و درمان‌های زیستی و روان شناختی مختلفی به اعتیاد به وجود آمده‌اند. به عنوان مثال درمان نگه دارنده با متادون یک درمان دارویی موثر برای اعتیاد به مواد مخدر است که به افراد کمک می‌کند تا میزان ماده مخدر را در بدن خود تا حدودی ثابت نگه دارند که نتیجه آن ایجاد ثبات جسمی و روانی فرد تحت درمان است (۶). علی‌رغم تلاش‌های صورت گرفته در درمان اعتیاد، این پدیده در عصر حاضر هم چنان رو به رشد است و لذا تلاش جهت شناخت مکانیسم‌های روان شناختی دخیل در پدیده اعتیاد و سپس هدف قرار دادن آنها به هنگام مداخله ضرورت دارد.

یکی از مکانیسم‌های روان شناختی و از ابعاد مهم شخصیتی در ارتباط با پدیده اعتیاد می‌توان به نادیده انگاری پاداش تاخیری اشاره نمود. نادیده انگاری پاداش تاخیری یک شاخص اقتصادی-رفتاری برای تصمیم‌گیری تکانشی است. این مولفه یکی از تغییرهایی است که در افراد دارای سوءمصرف مواد مخدر بالاست. این مفهوم بدین معنی است که فرد مصرف‌کننده برای پاداش‌های فوری کوچک‌تر نسبت به پاداش‌های تاخیری بزرگ‌تر اولویت بیشتری قائل است (۷). در واقع افراد مبتلا به سوءمصرف مواد در نادیده گرفتن و چشم‌پوشی از پاداش‌های آنی و فوری دچار

نقص هستند و پاداش‌های بزرگ‌تر و بیشتر که در آینده قرار است دریافت کنند را فدای پاداش‌های کوچک‌تر آنی و فوری می‌کنند (۸). مطالعات نشان داده که نرخ نادیده انگاری تاخیری در افراد معتاد به‌طور فزاینده‌ای نسبت به افراد غیرمعتاد بالاتر است (۹). به علاوه پژوهش‌ها نشان داده است که هر چه سطح نادیده انگاری پاداش تاخیری بالاتر باشد، گرایش افراد به سمت مصرف مواد بیشتر است (۸). درواقع سطح نادیده انگاری پاداش تاخیری بالا با ضعف پاسخ درمانی و عدم ترک اعتیاد مرتبط است. در زمینه نادیده انگاری پاداش تاخیری پژوهش‌های مختلفی صورت گرفته است و نشان داده شده که کاهش این مولفه ممکن است عامل مهمی در روند درمان اعتیاد است (۷). بنابراین با توجه به اینکه نادیده انگاری پاداش تاخیری یک شاخص برای میزان تمایل به تکانشگری، خودکنترلی، بازداری زدایی، سطح برانگیختگی و میزان تجربه و یا به تأخیر انداختن هیجان‌ها است. کاهش مداخلاتی در درمان مصرف مواد که نادیده انگاری پاداش تاخیری را کاهش دهد، ضروری است.

یکی از مولفه‌های مهم دیگر که نقش مهمی در ایجاد و تداوم مصرف مواد دارد، اجتناب تجربی است (۱۰). اجتناب تجربی به صورت نوعی عدم تمایل نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری) و تلاش برای اجتناب از تجربه‌های دردناک و یا وقایعی که موجب فراخواندن این تجارب می‌شوند، تعریف می‌گردد (۱۰). در واقع اجتناب تجربی حالتی است که فرد توانایی سازگاری با احساسات درونی خود را ندارد و برای گریز از احساسات ناخوشایند رفتارهای اجتنابی همچون مصرف مواد و رفتارهای خودزنی را بروز می‌دهد (۱۱). مدل اجتناب بیان می‌کند که وقتی اجتناب به عنوان یک راهکار مقابله‌ای جهت سازگاری با رویدادهای ناخوشایند استفاده می‌شود، اجتناب می‌تواند شکل‌های مختلفی از جمله رفتارهای پرخاشگرانه یا گرایش به مصرف مواد به خود بگیرد (۱۲). به طور کلی فردی که درگیر رفتار اجتنابی است در کوتاه مدت ممکن است با فرار یا اجتناب از موقعیت‌ها، فعالیت‌ها و افراد به افکار و احساسات ناراحت‌کننده خود خاتمه دهد و یا با استفاده از مصرف مواد برخی از این احساسات طاقت‌فرسا را کنترل نماید. به علاوه همبستگی مثبت بین اجتناب تجربی با سوء مصرف مواد توسط بسیاری از درمان‌های مبتنی بر

ذهن آگاهی جهت درمان سوء مصرف مواد، مورد حمایت واقع شده است، به گونه ای که امروزه این درمان ها برای سوء مصرف مواد محبوبیت فزاینده ای یافته اند (۱۰، ۱۳، ۱۴).

حس انسجام یکی دیگر از مولفه های مهم است که در مصرف مواد نقش دارد. نظریه حس انسجام با هدف توصیف چگونگی توانایی انسان ها در مواجهه با عوامل استرس زا در زندگی روزمره است (۱۵). درواقع حس انسجام به توانایی فرد در مدیریت و استفاده مؤثر از منابع درونی و بیرونی در هنگام مواجهه با عوامل استرس زا در زندگی و حل تنش ها به گونه ای که سلامتی را حفظ کند، اشاره دارد (۱۶). مفهوم اصلی این نظریه از سه مؤلفه فرعی تشکیل شده است: ادراک پذیری (آمادگی فرد برای ادراک جهان)، مهارپذیری (ادراک کافی از منابع درونی و بیرونی محرک های خارجی) و معناداری (ادراک چالش) (۱۷). حس انسجام یک منبع مقاومت تعمیم یافته ای است که اثرات استرس را بر سلامتی تعدیل می کند. در واقع این مولفه یک عامل محافظت در برابر تضعیف روحیه در زمینه بیماری های جدی است و با کاهش خطر ابتلا به بیماری های روانی همراه است (۱۸). مطالعات نشان داده است که حس انسجام پایین رابطه معناداری با مشکلات روان شناختی نظیر اضطراب (۱۹)، افسردگی (۲۰) و مصرف مواد (۲۱) دارد. به علاوه مطالعات صورت گرفته گزارش داده اند که احساس انسجام بیشتر منجر به مصرف کمتر مواد می شود و احتمال درگیر شدن افراد را در رفتارهای اعتیادی نظیر مصرف سیگار و الکل کاهش می دهد (۲۲). به طور کلی افرادی که دارای احساس انسجام قوی تر هستند سازگاری و انعطاف پذیری بیش تری با شرایط پیرامون خود دارند، در حالی که افراد دارای احساس انسجام ضعیف دنیای اطراف خود را به گونه ای درک می کنند که برای آن ها مشکلاتی را به دنبال خواهد داشت؛ آن ها وقایع زندگی را بی ارزش و بی معنی می دانند (۲۳). بنابراین افرادی که حس انسجام پایین و ضعیفی دارند در تحلیل و درک موقعیت های چالش برانگیزی که برایشان به وجود می آید ناتوان بوده و از مصرف مواد مخدر به عنوان راه حلی برای رو به رو شدن با مشکل خود استفاده می کنند. بنابراین شناسایی مداخلات مؤثر در بهبود حس انسجام نقش مهمی در درمان مشکلات روان شناختی مختلف از جمله مصرف مواد دارد (۲۴، ۲۵).

درگیر در پدیده اعتیاد مانند نادیده انگاری پاداش تاخیری، اجتناب تجربی و حس انسجام را مورد هدف قرار می دهد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این مدل روان درمانی جدید، بخشی از موضوعی محسوب می شود که امروزه موج سوم درمان شناختی- رفتاری نامیده می شود (۲۶). امروزه درمان های موج سوم در روان درمانی به جای چالش با شناخت ها، بر آگاهی و پذیرش افراد از احساسات، هیجان ها، شناخت ها و رفتارها تاکید دارند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این فرض استوار است که انسان ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی شان را آزاردهنده می یابند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن ها رهایی یابند. این تلاش ها برای کنترل بی تاثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می شوند که فرد در ابتدا سعی در اجتناب از آن ها داشته است (۲۵). بنابراین این شیوه اجتناب را مشکل اصلی بیماران می داند که به ناتوانی و انواع مشکلات روان شناختی و رفتاری از جمله مصرف مواد و پرخاشگری منجر می شود (۲۶). برخلاف ذهن آگاهی و پذیرش، اجتناب زمانی اتفاق می افتد که افکار و هیجانات منفی اثری مفرط و نامناسب بر رفتار می گذارند. به این ترتیب روش اصلی درمان ACT این است که بیمار را با موقعیت های بیشتر اجتناب شده مواجه کند. ACT شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی می شود (پذیرش، گسلش، خود به عنوان بافتار، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهد). مداخلات ACT افزایش معناداری در تمایل به مشارکت در فعالیت های دشوار در عین تجربه هیجانات دشوار را نشان داده اند (۱۹). این درمان به افراد آموزش می دهد تا به جای تغییر و کاهش نشانه ها بر ایجاد زندگی ارزشمند متمرکز شوند و افکار، احساس ها، خاطره ها و احساس های بدنی خود را بدون قضاوت و نیاز به دفاع در برابر آنها بپذیرند. در مجموع مطالعات گوناگونی به بررسی رویکرد ACT در درمان اختلال مصرف مواد پرداخته اند (۲۷، ۲۸)، اما ضروری است که مکانیسم های روان شناختی (مانند نادیده انگاری پاداش تاخیری، اجتناب تجربی و حس انسجام) که در شروع و حفظ اعتیاد نقش مهمی دارند، شناسایی شده و با استنباط از پژوهش ها نیز می توان گفت که ACT این مکانیسم ها را احتمالاً می تواند در روند درمان مورد هدف قرار دهد (۲۶، ۲۷، ۲۸). به علاوه با توجه به اینکه اعتیاد، یکی از مسائل مهم

است (۳۱). ویژگی های روان سنجی و سودمندی بالینی و پژوهشی این ابزار آن را به یکی از پرکاربردترین مقیاس کاهش اهمیت تبدیل کرده است (۳۱). کربای و همکاران (۲۹) برای اهداف استانداردسازی روان سنجی، روایی و پایایی این پرسشنامه را در یک پیش آزمون و پس آزمون یک ساله موردبررسی قرار دادند دامنه آلفای کرنباخ بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ بود که بیانگر پایایی این مقیاس می باشد. همچنین کربای و همکاران نشان دادند که نمرات پرسشنامه انتخاب پولی با دیگر ابزارهای اندازه گیری تکانشگری مانند مقیاس تکانشگری بارت، همبستگی دارد (۳۲). ویژگی های روان سنجی این مقیاس در ایران توسط جبرائیلی و همکاران (۳۳) مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان داد که همسانی درونی مقیاس با استفاده از آلفای کرنباخ ۰/۸۹، پایایی تصنیف آن ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی آن برای یک دوره زمانی سه هفته‌گی ۰/۷۸ می باشد. قبل از تحلیل عاملی اکتشافی نتایج حاصل از این آزمونهای کفایت نمونه گیری و کرویت باتلت، ($KMO = 0.91$; $P < 0.001$; $X^2 = 4962$) نشان دهنده مناسب بودن داده ها برای تحلیل عاملی اکتشافی بود. نتایج حاصل از تحلیل نیز حاکی از راه حل سه عاملی با تبیین حدود ۵۲ درصد از کل واریانس پرسشنامه، در مقایسه با راه حل تک عاملی که حدود ۳۰ درصد از کل واریانس پرسشنامه را تبیین نمود. درواقع نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که هم ساختار تک عاملی و هم ساختار سه عاملی پرسشنامه معتبر است. ما از این ابزار برای برآورد نادیده انگاری پاداش تأخیری استفاده می کنیم. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۷ به دست آمد.

۲- پرسشنامه پذیرش و عمل- نسخه دوم (Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II): این پرسشنامه توسط باند (Bond) و همکاران (۳۴) تدوین شده است و یک نسخه ۱۰ سوالی از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) که به وسیله هیز (Hayes) و همکاران (۳۵) ساخته شده بود. پرسشنامه پذیرش و عمل- نسخه دوم، همسو با نظریه زیربنایی‌اش، برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربه‌ای و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و براساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر در یک مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربه‌ای بالاتر است. یافته‌های پژوهشی پایایی، روایی و اعتبار سازه

موردتوجه سازمان بهداشت جهانی است و با مشکلات روان شناختی، زیست شناختی و اجتماعی گوناگونی همراه است، لذا بررسی مکانیسم های روان شناختی مذکور و درمان های موثر برای این اختلال ضروری است از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نادیده انگاری پاداش تأخیری، اجتناب تجربی و حس انسجام در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگه دارنده با متادون انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل تمامی معتادین تحت درمان با نگهدارنده متادون در مرکز ترک اعتیاد شهر قزوین در سال ۱۴۰۲ بودند. ۳۰ تن از مراجعان به شیوه نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و با رعایت معیارهای ورود گزینش و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل کاربندی شدند. میانگین سه پژوهش پیشین، حجم نمونه مطالعه حاضر را تعیین نموده است (۷، ۱۴، ۲۴). ملاک های ورود عبارت است از اعتیاد داشتن براساس پرونده ای که در مرکز ترک اعتیاد داشتند و به تشخیص پزشک معالج و به علاوه انجام مصاحبه نیمه ساختاریافته (SCID-II)، تحت درمان با نگهدارنده متادون باشند، عدم استفاده از داروهای روان پزشکی در گذشته یا در طول جلسات آموزشی، سن بالای ۱۸ سال. ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل: عدم تمایل به ادامه درمان و غیبت بیش از دو جلسه. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش شامل موارد زیر است.

۱- پرسشنامه انتخاب پولی (Monetary-Choice Questionnaire (MCQ): این پرسشنامه توسط کربای (Kirby) و همکاران (۲۹) ساخته شده است؛ و یک ابزار معتبر خود گزارشی برای اندازه‌گیری نادیده انگاری پاداش تأخیری است. افراد باید به ۲۷ ماده دوگزینه‌ای به صورت پاداش فوری کوچک‌تر و پاداش‌های با تأخیر بزرگ‌تر پاسخ دهند (۳۰). پاداش های فوری در دامنه ای از ۱۱ تا ۷۸ دلار و پاداش های همراه با تأخیر در دامنه از ۲۵ تا ۸۵ دلار با تأخیر ۷ تا ۱۸۶ روز قرار دارند. در واقع چهار اندازه به دست می آید که شامل سه میزان مجرای کاهش اهمیت برای پاداش های کوچک (۳۵-۱۱ دلار)، متوسط (۶۰-۲۰ دلار) و بزرگ (۸۵-۳۱ دلار) و نیز میزان کلی نادیده انگاری تأخیری

رضایت بخشی را برای این ابزار گزارش دادند: میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماهه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹، به دست آمد (۳۴). عباسی و همکاران (۳۶) نیز در پژوهشی، همسانی درونی و روایی همگرایی قابل قبولی را برای نسخه فارسی نشان دادند. به این ترتیب، از این پرسشنامه جهت سنجش گرایش به اجتناب تجربه ای در افراد استفاده می‌شود. پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۸۲ به دست آمد.

۳-مقیاس حس انسجام آنتونوفسکی (فرم ۱۳ سوالی) (Antonovsky's Sence of Coherence Scale (SOC13): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۷ در یک فرم بلند (۲۹ سوالی) و یک فرم کوتاه تر (۱۳ سوالی) تنظیم و از سه زیرمقیاس قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن و معنادار بودن تشکیل شده است. پاسخ به پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۱ تا ۷ صورت می‌گیرد. روایی صوری مقیاس حس انسجام در فرهنگ های مختلف به شکل تجربی آزمون شده است. روایی پیش بین این پرسشنامه با مرور مطالعات طولی به طور نسبی خوب گزارش شده است (۳۶). در ۲۶ مطالعه با استفاده از مقیاس حس انسجام ۲۹ سوالی آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تا ۰/۹۵ و آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ برای پرسشنامه حس انسجام فرم ۱۳ سوالی به دست آمده است (۳۷). در پژوهش محمدزاده و همکاران آلفای کرونباخ در دانشجویان دختر و پسر به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۸ و روایی هم زمان این

مقیاس با پرسشنامه ۴۵ سوالی سرسختی روان شناختی را ۰/۵۴ به دست آوردند (۳۸). همچنین ضریب پایایی بازآزمایی کل مقیاس ۰/۶۶ به دست آمده است. همچنین این پژوهشگران به منظور بررسی اعتبار پرسشنامه، ارتباط خرده مقیاس های ادراک پذیری، کنترل پذیری و معناداری با نمره کل پرسشنامه را بررسی کردند که به ترتیب این نتایج به دست آمد: ۰/۸۶، ۰/۸۱ و ۰/۷۶، نتایج به دست آمده نشان از اعتبار و پایایی مطلوب مقیاس است. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۲ به دست آمد.

شیوه اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب آزمودنی‌ها و جایگزین کردن آن‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل، ابتدا پرسشنامه‌های پژوهش اجرا گردیدند. سپس گروه آزمایش به صورت گروهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، تحت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تهدد براساس بسته آموزشی پذیرش هیز و همکاران قرار گرفتند. ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند و در نهایت از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس آزمون به عمل آمد. پژوهشگران ایرانی این بسته آموزشی را بارها در زمینه متغیرهای مختلف بکار گرفته‌اند و روایی آن تایید شده است (۳۹). داده‌های به دست آمده با استفاده از کوواریانس چند متغیره تحلیل شد. محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تهدد در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه اجرای فنون درمانی ACT

جلسات	عنوان جلسه‌ها
اول	هدف: آشنایی با قوانین گروه و کلیاتی از روش ACT. محتوا: آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره ACT. تغییر رفتار مورد انتظار: کسب اطلاعات در باره ACT. تکلیف خانگی: -.
دوم	هدف: آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی ACT از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی. محتوا: سنجش مشکلات درمانجویان از نگاه ACT، استخراج تجربه اجتناب آمیختگی و ارزش‌های فرد. تهیه فهرستی از مزایا و معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات. تغییر رفتار مورد انتظار: عدم تلاش جهت اجتناب از هیجان‌های منفی. تکالیف خانگی: شناسایی موقعیت‌های اجتناب و اجازه دادن به رفت و آمد افکار منفی بدون اینکه با آنها مبارزه با عمدا از آنها جلوگیری شود.
سوم	هدف: اجرای فنون درمانی ACT مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خودتجسمی. محتوا: بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی. تغییر رفتار مورد انتظار: پذیرش رفتار و هیجان منفی. تکالیف خانگی: آگاهی از اینجا و اکنون، علاقه‌مندی به جای فرار از آنچه که هم اکنون در جریان است.
چهارم	هدف: آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود). محتوا: بررسی تکالیف خانگی، جداکردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجانات مثبت منجر شود. تغییر رفتار مورد انتظار: توجه به تجارب کنونی و لحظه به لحظه. تکالیف خانگی: تمرکز بر تمام حالات روانی، افکترو رفتار در لحظه بدون هیچ‌گونه قضاوتی.
پنجم	هدف: آموزش فنون درمانی خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن‌آگاهی و آموزش تحمل پریشانی. محتوا: بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی به منظور پذیرش هیجان‌های منفی. تغییر رفتار مورد انتظار: پذیرش هیجان‌ها و افکار منفی بدون پیش‌داوری و قضاوت. تکالیف خانگی: تلاش در جهت کسب حس تعالی‌یافته با استفاده از فنون آموزش‌دیده.

ششم	هدف: آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعاره فنانج بد). محتوا: بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمانجویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آنها. تهیه فهرستی از موانع پیش رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت. تغییر رفتار مورد انتظار: تلاش در جهت انعطاف‌پذیری روانشناختی. تکالیف خانگی: شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح‌ریزی اهداف براساس ارزش‌ها.
هفتم	هدف: آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین‌فردی (ستعاره صفحه شطرنج). محتوا: بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی. تغییر رفتار مورد انتظار: کسب انعطاف‌پذیری روانشناختی. تکالیف خانگی: تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح‌ریزی شده براساس فنون آموزش‌دیده.
هشتم	هدف: مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی. محتوا: بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها، درخواست از درمانجویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش‌دیده در دنیای واقعی زندگی به منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت. تغییر رفتار مورد انتظار: رهایی از هیجان‌ها و افکار منفی و کسب انعطاف‌پذیری روانشناختی. تکالیف خانگی: -.

یافته ها

جدول ۲. ویژگیهای توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل		آماره	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	chi-square	معناداری
جنسیت	زن	۸	۵۳/۳۳	۶	۴۰	۰/۴۶۴
	مرد	۷	۴۶/۶۷	۹	۶۰	
	کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	
وضعیت تاهل	مجرد	۵	۳۳/۳۳	۷	۴۶/۶۷	۰/۴۵۶
	متاهل	۱۰	۶۶/۶۷	۸	۵۳/۳۳	
	کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	
تحصیلات	راهنمایی	۳	۲۰	۳	۲۰	۰/۹۵۲
	دیپلم	۶	۴۰	۶	۴۰	
	فوق دیپلم	۳	۲۰	۴	۲۶/۶۷	
	لیسانس و بالاتر	۳	۲۰	۲	۱۳/۳۳	
	کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	
میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش: ۳۷/۶۷ و ۲/۶۶۴						میانگین و انحراف سن معیار گروه کنترل: ۳۵/۱۳ و ۴/۷۱۹

بر اساس جدول ۲ در گروه آزمایش ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) زن و ۷ نفر (۴۶/۶۷ درصد) مرد و همچنین در گروه کنترل ۶ نفر (۴۰ درصد) زن و ۹ نفر (۶۰ درصد) مرد بودند که میزان آماره Chi-Square بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های ۲ گروه در متغیر جنسیت برابر با $\chi^2 = 0/536$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نیست ($P = 0/456$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر جنسیت می‌باشد. در نهایت در گروه آزمایش ۳ نفر (۲۰ درصد) راهنمایی، ۶ نفر (۴۰ درصد) دیپلم، ۳ نفر (۲۰ درصد) فوق دیپلم، ۳ نفر (۲۰ درصد) لیسانس و بالاتر بودند. در گروه کنترل ۳ نفر (۲۰ درصد) راهنمایی، ۶ نفر (۴۰ درصد) دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) فوق دیپلم، ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) لیسانس و بالاتر بودند که میزان آماره Chi-Square بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های ۲ گروه در متغیر تحصیلات برابر با $\chi^2 = 0/343$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($P = 0/952$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر تحصیلات می

باشد. بر اساس جدول ۲ در گروه آزمایش ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) زن و ۷ نفر (۴۶/۶۷ درصد) مرد و همچنین در گروه کنترل ۶ نفر (۴۰ درصد) زن و ۹ نفر (۶۰ درصد) مرد بودند که میزان آماره Chi-Square بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های ۲ گروه در متغیر جنسیت برابر با $\chi^2 = 0/536$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نیست ($P = 0/464$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر جنسیت است. افزون بر این در گروه آزمایش ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) مجرد و ۱۰ نفر (۶۶/۶۷ درصد) متاهل و همچنین در گروه کنترل ۷ نفر (۴۶/۶۷ درصد) مجرد و ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) متاهل بودند که میزان آماره Chi-Square بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های ۲ گروه در متغیر جنسیت برابر با

($P=0/081$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر سن می‌باشد. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نادیده انگاری پاداش تاخیری، اجتناب تجربی و حس انسجام در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگه دارنده با متادون به تفکیک گروه و مرحله سنجش آمده است.

باشد. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۳۷/۶۷ و ۲/۶۶۴ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۳۵/۱۳ و ۴/۷۱۹ بود که بر اساس میزان آماره t -test بدست آمده حاصل از مقایسه ۲ گروه در متغیر سن برابر با $t=1/811$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نادیده انگاری پاداش تاخیری، اجتناب تجربی و حس انسجام در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگه-دارنده با متادون به تفکیک گروه و مرحله سنجش

متغیرهای وابسته		گروه آزمایش				گروه کنترل
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پس آزمون
نادیده‌انگاری پاداش تاخیری	میانگین	۴۰/۴۷	۳۶/۰۰	۴۱/۰۷	۴۰/۹۳	
	انحراف معیار	۰/۹۹۰	۲/۵۹۱	۱/۰۳۳	۱/۱۶۳	
اجتناب تجربی	میانگین	۳۶/۲۷	۳۱/۶۷	۳۵/۷۳	۳۵/۶۰	
	انحراف معیار	۱/۱۰۰	۱/۲۳۴	۱/۰۳۳	۱/۰۵۶	
قابل درک بودن-حس انسجام	میانگین	۱۴/۱۳	۱۶/۹۳	۱۳/۷۳	۱۳/۸۷	
	انحراف معیار	۰/۹۱۵	۱/۳۸۷	۱/۱۶۳	۱/۳۰۲	
قابل مدیریت بودن-حس انسجام	میانگین	۱۲/۱۳	۱۳/۸۰	۱۲/۸۰	۱۲/۸۷	
	انحراف معیار	۰/۸۳۴	۱/۲۰۷	۰/۸۶۲	۰/۹۹۰	
قابل معنی‌دار بودن-حس انسجام	میانگین	۱۳/۲۷	۱۶/۲۷	۱۳/۱۳	۱۳/۲۷	
	انحراف معیار	۰/۸۸۴	۱/۶۶۸	۰/۹۱۵	۰/۹۶۱	
نمره کل حس انسجام	میانگین	۳۹/۵۳	۴۷/۰۰	۳۹/۶۷	۴۰/۰۰	
	انحراف معیار	۱/۳۵۶	۳/۵۶۶	۱/۹۵۲	۲/۳۶۰	

($P=0/201$) و معنی دار بودن ($Z=0/690$, $P=0/162$) نرمال بودند. پیش فرض همگنی واریانس ها با آزمون Levene بررسی شد، این پیش فرض در مرحله پس آزمون ($P>0/05$) مورد تأیید قرار گرفت. جهت بررسی پیش فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی ماتریس کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که از لحاظ آماری معنی دار نبود و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس‌های واریانس و کوواریانس می‌باشد ($F=25/473$, $P=0/154$). از آنجایی که پیش فرض ها برقرار بودند، لذا می‌توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد و نتایج آن قابل اطمینان می‌باشد که نتایج آن در جدول ۴ و ۵ آمده است.

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نادیده انگاری پاداش تاخیری، اجتناب تجربی و حس انسجام در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگه دارنده با متادون به تفکیک گروه و مرحله سنجش در گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد. در ادامه برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش فرض های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش فرض توزیع طبیعی بودن (نرمال بودن) از آزمون shapiro-wilk استفاده شد که براساس نتایج داده ها برای نادیده انگاری پاداش تاخیری ($Z=0/752$, $P=0/101$)، اجتناب تجربی ($Z=0/780$, $P=0/176$)، قابل درک بودن ($Z=0/615$, $P=0/182$)، قابل مدیریت بودن ($Z=0/571$, $P=0/182$)، قابل معنی‌دار بودن-حس انسجام

سونیا آزادی عصر و همکاران

جدول ۴. نتایج آزمون های چند متغیره پس آزمون نادیده انگاری پاداش تاخیری، اجتناب تجربی و حس انسجام در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگه دارنده با متادون

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
اثر پیلاپی	۰/۶۶۱	۲۳/۳۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۶۱	۰/۹۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۱۴۰	۲۳/۳۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۶۱	۰/۹۹۹
اثر هتلینگ	۶/۱۳۷	۲۳/۳۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۶۱	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۶/۱۳۷	۲۳/۳۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۶۱	۰/۹۹۹

شده است و ضریب تاثیر نشان می دهد که ۶۶/۱ درصد تفاوت دو گروه مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هریک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

نتایج جدول ۴ بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($P=0/001$) و $F=23/320$) معنادار است. نتایج موید آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون نادیده انگاری پاداش تاخیری، اجتناب تجربی و حس انسجام در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگه دارنده با متادون با کنترل (حذف یا کووریت) پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد

جدول ۵. نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کواریانس چندمتغیره نادیده انگاری پاداش تاخیری، اجتناب تجربی و حس انسجام در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگه دارنده با متادون

متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
نادیده انگاری پاداش تاخیری	۱۳۶/۴۶۵	۱	۲۸/۵۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲۶	۰/۹۹۹
اجتناب تجربی	۹۰/۰۶۶	۱	۶۳/۲۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۳	۰/۹۹۹
قابل درک بودن-حس انسجام	۳۰/۰۴۱	۱	۲۰/۳۴۴	۰/۰۰۱	۰/۴۶۹	۰/۹۹۱
قابل مدیریت بودن-حس انسجام	۸/۷۲۵	۱	۱۰/۴۲۶	۰/۰۰۴	۰/۳۱۲	۰/۸۷۱
قابل معنی دار بودن-حس انسجام	۲۸/۴۸۰	۱	۱۶/۰۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱۱	۰/۹۶۹

در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگه دارنده با متادون داشت. نتایج این مطالعه به صورت مستقیم و غیر مستقیم با پژوهش های احمدی و همکاران (۷)، پیویانی (Peviani) و همکاران (۹) و ارجمند قجور و همکاران (۴۰) هم سو است. اثربخشی این روش درمانی بر نادیده انگاری پاداش تاخیری را می توان به واسطه ی فرایندهای حاکم بر آن تبیین کرد. گسلش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به معنی یک گام به عقب برداشتن و نظاره گر بودن است که موجب می شود افکار فقط فکر و نه واقعیت محض پنداشته شوند (۲۶). بنابراین، واقعیت مطلق فرض نشدن معانی کلامی کمک شایانی در کاهش واکنش های شدید از جمله نادیده انگاری پاداش تاخیری و تکانشگری می کند. نادیده انگاری پاداش تاخیری یک شاخص اقتصادی- رفتاری برای تصمیم گیری تکانشی است. بیماران وابسته به مواد نیز به دلیل تکانشگری و با وجود آگاهی از

چنانچه در جدول ۵ مشاهده می شود استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نادیده انگاری پاداش تاخیری، کاهش اجتناب تجربی و افزایش حس انسجام در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگه دارنده با متادون در مرحله پس آزمون تاثیر دارد.

بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نادیده انگاری پاداش تاخیری، اجتناب تجربی و حس انسجام در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگه دارنده با متادون بود.

نتایج نشان داد نمرات نادیده انگاری پاداش تاخیری در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون به طور معناداری کاهش یافته است. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر معناداری در کاهش نادیده انگاری پاداش تاخیری

پیامدهای بلندمدت استفاده از مواد، پاداش کوتاه مدت آن را انتخاب می کنند (نادیده انگاری پاداش تاخیری). لذا گیر نیفتادن در چرخه آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه ای به واسطه ACT می تواند فرد را از دام افکار ناکارآمد و وسوسه هایی مبنی بر انتخاب پاداش ها در کوتاه مدت برهاند که زمینه ساز تکانشگری و گرایش به مصرف مواد است (۴۰). همچنین آموزش راهبردهای چون ذهن آگاهی در این روش می تواند این افراد را از بند افکار ناکارآمد و وسوسه ها برهاند و متعاقبا افراد دارای وابستگی به مواد بتوانند در مواجهه با استرس های روزانه و مشکلات روزمره بهتر و معقولانه تر با نادیده انگاری پاداش تاخیری و گرایش به مصرف مواد کنار بیایند. فرض ذهن آگاهی در این روش، آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه که اکنون در حال وقوع است، می باشد. در واقع افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه های مثبت ذهن آگاهی است و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت های روان شناختی مثبت و کاهش نادیده انگاری پاداش تاخیری خواهد شد. به طور کلی، فرایندهای بنیادین حاکم بر ACT مانند پذیرش، گسلش، خود به عنوان بافتار، ارتباط با زمان حال، تصریح ارزش ها و مشارکت در فعالیت ارزشمند، همگی انعطاف پذیری روان شناختی را تقویت می نمایند. انعطاف پذیری ذهنی نیز می تواند فرد را از دام افکار ناکارآمد و وسوسه هایی برهاند که زمینه ساز نادیده انگاری پاداش تاخیری و سوء مصرف مواد هستند.

نتایج نشان داد نمرات اجتناب تجربی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون به طور معناداری کاهش یافته است. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر معناداری در کاهش اجتناب تجربی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگه دارنده با متادون داشت. این نتایج با پژوهش های شوری (Shorey) و همکاران (۱۰)، نا (Na) و همکاران (۱۴) و قلی زاده و همکاران (۴۱) هم سو است. در تبیین یافته های این مطالعه می توان به جنبه های مختلف این درمان اشاره کرد. اجتناب تجربی یکی از جنبه های مهم ACT است. اجتناب تجربی به معنای سعی بر اجتناب از خلاص شدن، سرکوب کردن یا فرار از تجربه های درونی ناخواسته می باشد. بیشتر افراد مصرف کننده مواد سعی دارند که از افکار و احساسات ناخواسته رهایی یابند. مصرف مواد به افراد کمک می کند به طور موقت از این احساسات خلاص گردند اما در بلندمدت منجر به مقدار

زیادی از درد و رنج می شود. اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل افکار و احساسات مقابله می کند و با تاثیر بر توانایی فرد در جهت تنظیم هیجانات خود، منجر به کاهش اجتناب تجربی می گردد. درواقع در این درمان فرد یاد می گیرد که خود را میزبان افکار و احساسات منفی در نظر بگیرد و لزوما این تجارب را بخشی از خود نداند. بنابراین فرد در مقابل تجربیات مختلف، نگرش باز و پذیرایی خواهد داشت و در عین آگاهی و درک و پذیرش تمامی تجارب خود در هر لحظه، به جای سرمایه گذاری شناختی، رفتاری و هیجانی بر کنترل مفرط تجارب منفی یا اجتناب از آن ها، در جهت ارزش ها و اهداف مشخص خود گام برخواهد داشت (۱۰). بدین ترتیب می توان گفت که اجتناب تجربی شکل های مختلفی از جمله گرایش به مصرف مواد به خود نمی گیرد. به طور کلی این درمان موقعیتی را فراهم می آورد که طی آن مراجع نسبت به راهکارهای کنترلی خود مبنی بر تلاش در جهت حذف افکار و احساسات منفی و به نوعی اجتناب و فرار کامل از این افکار و احساسات، احساس درماندگی کند. این حالات زمینه را برای معرفی پذیرش به عنوان یک راه حل جایگزین فراهم کند. لذا این پذیرش مجالی برای مراجع ایجاد می کند تا به جای تمرکز مداوم بر افکار و احساسات منفی و رفتار اجتنابی از طریق مصرف مواد، به امور مهم و ارزشمند زندگی خود از جمله سلامت بپردازد.

نتایج نشان داد نمرات حس انسجام در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون به طور معناداری افزایش یافته است. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر معناداری در افزایش حس انسجام در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگه دارنده با متادون داشت. این یافته ها با نتایج پژوهش های گارسیا-مویا (García-Moya) و همکاران (۲۲)، درخشانجان و همکاران (۲۴) و رستمی و همکاران (۲۵) هم سو است. در تبیین این یافته ها می توان به برخی از فرایندهای بنیادین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مثل «عمل متعهدانه» تکیه نمود. ترغیب افراد به روشن کردن ارزش ها، تعیین اهداف، پیش بینی موانع و درنهایت تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در راستای ارزش ها باعث می شود ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن، بر رضایت زندگی افزوده شود تا فرد از حلقه ای از افکار و احساسات منفی مثل اضطراب، افسردگی و ناامیدی رهایی یابد، این کار به نوبه خود باعث ارتقا تحمل فشار روانی می شود و موجبات افزایش انسجام روانی را در

شوند. درواقع افراد مصرف کننده مواد به واسطه ACT می توانند با گیر نیفتادن در چرخه آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه ای از دام افکار و احساسات ناکارآمد و وسوسه هایی مبنی بر انتخاب پاداش ها در کوتاه مدت رهایی یابند (کاهش نادیده انگاری پاداش تاخیری)، خود را میزبان افکار و احساسات منفی در نظر بگیرد و لزوماً این تجارب را بخشی از خود نداند و با کنترل افکار و احساسات مقابله کنند (کاهش اجتناب تجربی). در نهایت با عمل متعهدانه و زندگی هدفمند مبتنی بر ارزش های تصریح شده قدرت مقابله ای و تاب آوری خود را بهبود بخشند (افزایش حس انسجام). به صورت کلی به نظر می رسد ACT رویکرد مناسبی برای بهبود مکانیسم های شروع و حفظ کننده در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد باشد.

این مطالعه دارای محدودیت هایی می باشد که عبارتند از: ۱. عدم دوره پیگیری ۲. نمونه گیری در دسترس ۳. عدم بررسی نقش تعدیلی برخی متغیرهای مزاحم مثل جنسیت، تحصیلات، وضعیت اجتماعی و اقتصادی و دیگر متغیرهای جمعیت شناختی در اثربخشی مداخله. ۴. نمونه محدود به مراجعه کنندگان به مراکز درمانی بوده است و قابلیت تعمیم پذیری را دشوار می کند. پیشنهاد می شود پژوهشگران در پژوهش های آتی با لحاظ کردن این محدودیت ها پژوهش را تکرار کنند. همچنین پژوهش حاضر یک پژوهش کمی بوده است و پیشنهاد می شود برای فهم اثربخشی بهتر ACT بر سوء مصرف مواد از روش های کیفی در پژوهش استفاده شود. در نهایت پیشنهاد می شود که مشاوران و روان شناسان جلسات کارگاه های آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درمان مصرف مواد را در برنامه کاری خود قرار دهند.

سپاسگزاری

از تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت داشته اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می کنیم.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

فرد فراهم می آورد (۲۵). بنابراین افرادی که به سبب این درمان، احساس انسجام قوی تر کسب می نمایند، سازگاری و انعطاف پذیری بیشتری با شرایط پیرامون خود اتخاذ می کنند، در حالی که افرادی که حس انسجام پایین و ضعیفی دارند در تحلیل و درک موقعیت های چالش برانگیزی که برایشان به وجود می آید ناتوان بوده و از مصرف مواد مخدر به عنوان راه حلی برای روبه رو شدن با مشکل خود استفاده می کنند (۲۳). همچنین می توان گفت که بهره گیری از تکنیک های گسلش و پذیرش در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب می شود افراد مبتلا به مصرف مواد در موقعیت های تنیدگی زا و ناخوشایند، احساس رنج کمتری ببینند. بر این اساس افراد مصرف کننده مواد با بکارگیری از فنون ذهن آگاهی و مدیریت افکار، چگونگی کاهش احساس انسجام روانی را در فرایند شناختی خود می شناسد و تلاش می کنند با شکل دهی افکار و احساسات مثبت و پی جویی ارزش های جدید زندگی، احساس انسجام بیشتری را تجربه کنند. همچنین زندگی هدفمند مبتنی بر ارزش های تصریح شده نیز می تواند قدرت مقابله ای و تاب آوری مصرف کنندگان مواد را بهبود بخشد. در نهایت شکل دهی ارزش های جدید، مشخص کردن اهداف سازنده در زندگی، عمل متعهدانه در جهت نیل به اهداف مشخص شده در جریان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند احساس انسجام روانی را در مصرف کنندگان مواد تقویت کند (۲۴).

نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که ACT درمان مناسبی برای کاهش بر نادیده انگاری پاداش تاخیری، اجتناب تجربی و افزایش حس انسجام در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگه دارنده با متادون بود. به طور کلی ACT به واسطه راهکارهایی که برای پذیرش، رهایی از اجتناب و ارتباط با هیجانات، گسلش و عمل متعهدانه مطابق با ارزش ها دارد، درمان موثری برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد است؛ زیرا سازه هایی چون نادیده انگاری پاداش تاخیری و اجتناب تجربی احتمالاً می توانند به عنوان یکی از هسته های اصلی این اختلال محسوب

References

1. Kimmel SD, Gaeta JM, Hadland SE, Hallett E, Marshall BD. Principles of harm reduction for young people who use drugs. *Pediatrics*. 2021 Jan 1; 147(Supplement 2):S240-8. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-023523G>
2. Nestler EJ. Cellular basis of memory for addiction. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2022.
3. Wei L. Substance abuse as an unexplored comorbidity affecting mental health in epileptic patients. *Epilepsy & Behavior*. 2023 Nov 1; 148. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2023.109449>
4. Akerele E, editor. Substance and Non-Substance Related Addictions: A Global Approach. Springer Nature; 2022 Jan 3. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-84834-7>
5. Fakhrpour R, Yavari Y, Saberi Y. The effect of eight weeks of pilates training on total antioxidant capacity and c-reactive protein in the blood in men addicted to methamphetamine who are quitting. *Journal of Health Promotion Management*. 2021 Jan 1; 10(2):46-52.
6. Sheybani F, Sh A, Talaei A, Salimi Z, Emran R. Effect of Mobile-based Combined Working Memory and Attention Control Training on Craving, Impulsivity, and Working Memory of Male Opioid Addicts Under Methadone Therapy: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2024; 29(4):438-59. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.29.4.4643.1>
7. ahmadi F, Kazemi Rezaei A, Parhoon K. The Effectiveness of Delayed Discounting Model of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Delayed Reward Discounting, Impulsivity and Sensation Seeking in Individuals with Substance Use Disorders. *etiadpajohi* 2020; 14(56):225-246. <https://doi.org/10.29252/etiadpajohi.14.56.225>
8. ahmadi F, hasani J, saeidpoor S. The Diagnostic Role of Delayed Reward Discounting and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Individuals with Stimulant Abuse, Opiate Abuse, and Smoking Disorders. *etiadpajohi* 2018; 12 (45) :71-90.
9. Peviani KM, Clinchard C, Bickel WK, Casas B, Kim-Spoon J. Longitudinal Pathways From Maltreatment to Substance Use Through Delay Discounting During Adolescence and Into Young Adulthood. *JAACAP Open*. 2024 Mar 13. <https://doi.org/10.1016/j.jaacop.2024.02.003>
10. Shorey RC, Gawrysiak MJ, Elmquist J, Brem M, Anderson S, Stuart GL. Experiential avoidance, distress tolerance, and substance use cravings among adults in residential treatment for substance use disorders. *Journal of addictive diseases*. 2017 Jul 3; 36(3):151-7. <https://doi.org/10.1080/10550887.2017.1302661>
11. Brereton A, McGlinchey E. Self-harm, emotion regulation, and experiential avoidance: A systematic review. *Archives of suicide research*. 2020 Feb 3; 24(sup1):1-24. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1563575>
12. Ahmadi F, Goodarzi MA, Taghavi MR, Imani M. Modeling the structural relationships between trauma exposure with substance use tendency, depression symptoms, and suicidal thoughts in individuals with earthquake trauma experience: the mediatory role of peritraumatic dissociation and experiential avoidance. *BMC psychiatry*. 2024 Mar 1; 24(1):171. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05595-5>
13. Cavicchioli M, Ramella P, Vassena G, Simone G, Prudenziati F, Sirtori F, Movalli M, Maffei C. Dialectical behaviour therapy skills training for the treatment of addictive behaviours among individuals with alcohol use disorder: the effect of emotion regulation and experiential avoidance. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 2020 May 3; 46(3):368-84. <https://doi.org/10.1080/00952990.2020.1712411>
14. Na E, Lee K, Jeon BH, Jo C, Kwak UH, Jeon Y, Yang K, Lee EJ, Jeong J. Acceptance and Commitment Therapy for destructive experiential avoidance (ACT-DEA): A feasibility study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 Dec 7; 19(24):16434. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416434>
15. Akbari T, Javidpour M, Shabanian AH. Path analysis model of tendency to addiction based on a sense of coherence with the mediation of emotion regulation difficulties in male adolescents: A descriptive study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2022 Feb 10; 20(11):1209-22. <https://doi.org/10.52547/jrums.20.11.1209>
16. Urakawa K, Yokoyama K, Itoh H. Sense of coherence is associated with reduced psychological responses to job stressors among Japanese factory workers. *BMC*

- research notes. 2012 Dec; 5(1):1-6.
<https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-247>
17. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco. 1987; 175.
18. Kouvonen AM, Väänänen A, Vahtera J, Heponiemi T, Koskinen A, Cox SJ, Kivimäki M. Sense of coherence and psychiatric morbidity: a 19-year register-based prospective study. Journal of epidemiology & community health. 2010 Mar 1; 64(3):255-61.
<https://doi.org/10.1136/jech.2008.083352>
19. Henje Blom EC, Serlachius E, Larsson JO, Theorell T, Ingvar M. Low Sense of Coherence (SOC) is a mirror of general anxiety and persistent depressive symptoms in adolescent girls-a cross-sectional study of a clinical and a non-clinical cohort. Health and quality of life outcomes. 2010 Dec; 8:1-3.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-58>
20. Kikuchi Y, Nakaya M, Ikeda M, Okuzumi S, Takeda M, Nishi M. Sense of coherence and personality traits related to depressive state. Psychiatry journal. 2014 Oct 9; 2014.
<https://doi.org/10.1155/2014/738923>
21. Grevenstein D, Bluemke M, Nagy E, Wippmann CE, Kroeninger-Jungaberle H. Sense of coherence and substance use: Examining mutual influences. Personality and individual Differences. 2014 Jul 1; 64:52-7.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.02.017>
22. García-Moya I, Jiménez-Iglesias A, Moreno C. Sense of coherence and substance use in Spanish adolescents. Does the effect of SOC depend on patterns of substance use in their peer group? Adicciones. 2013; 25(2):109-17.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.58>
23. Liukkonen V, Virtanen P, Kivimäki M, Pentti J, Vahtera J. Sense of coherence and attrition during four-year follow-up in cohorts of permanent and non-permanent Finnish employees. BMC public health. 2008 Dec; 8:1-7.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-88>
24. Derakhshanjan A, Haghayegh SA, Afshar Zanjani H, Adibi P. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on the Perceived Stress and Sense of Coherence in the Patients with Ulcerative Colitis. Journal of Applied Psychological Research. 2023 Oct 28; 14(3):273-88.
25. roštami F, Khazaei A, Eslahi Farashmi F. The Effectiveness of “Acceptance and Commitment Therapy” on The Sense of Coherence of Addicts Undergoing Treatment with Methadone Maintenance. JHPM 2023; 12 (6):98-109.
26. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior therapy. 2004 Sep 1; 35(4):639-65.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
27. Krotter A, Aonso-Diego G, González-Menéndez A, González-Roz A, Secades-Villa R, García-Pérez Á. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Addictive Behaviors: A Systematic Review and Meta-analysis. Journal of Contextual Behavioral Science. 2024 May 8:100773.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100773>
28. Osaji J, Ojimba C, Ahmed S. The use of acceptance and commitment therapy in substance use disorders: a review of literature. Journal of clinical medicine research. 2020 Oct; 12(10):629.
<https://doi.org/10.14740/jocmr4311>
29. Kirby KN, Petry NM, Bickel WK. Heroin addicts have higher discount rates for delayed rewards than non-drug-using controls. Journal of Experimental psychology: general. 1999 Mar; 128(1):78.
<https://doi.org/10.1037//0096-3445.128.1.78>
30. ahmadi F, hasani J, saeidpoor S. The Diagnostic Role of Delayed Reward Discounting and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Individuals with Stimulant Abuse, Opiate Abuse, and Smoking Disorders. etiadpajohi 2018; 12 (45) :71-90
31. Kirby KN, Finch JC. The hierarchical structure of self-reported impulsivity. Personality and individual differences. 2010 Apr 1; 48(6):704-13.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.019>
32. Kirby KN, Maraković NN. Delay-discounting probabilistic rewards: Rates decrease as amounts increase. Psychonomic bulletin & review. 1996 Mar; 3:100-4.
<https://doi.org/10.3758/BF03210748>
33. Jebraeili H, Felehgari M, Seydi T. Psychometric properties and factor structure of Persian version of Delay Discounting Scale. Advances in Cognitive Science. 2020 Jun 10; 22(2):12-21.
<https://doi.org/10.30699/icss.22.2.12>
34. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle

- RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*. 2011 Dec 1; 42(4):676-88. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
35. Hayes SC, Follette VM, Linehan M, editors. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press; 2004 Aug 31.
36. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-II. *Psychological Methods and Models*. 2012 Dec 21; 3(10/Winter 2013):65-80.
37. Eriksson M, Mittelmark MB. The sense of coherence and its measurement 12. *The handbook of salutogenesis*. 2017; 97. https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_12
38. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science & medicine*. 1993 Mar 1; 36(6):725-33. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)
39. Dabiri S, Eynypour J. Structural Model of the Relationship between Emotion Management and Sense of Cohesion with the Mediating Role of Ambiguity Tolerance in Nurses in Tehran. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2022 Oct 10; 17(4):0-.
40. Al Yassin, S., Davoodi, H., Nematollahi, M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Psychological Well-Being and Resilience of Type 2 Diabetic Women. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 2020; 62(5.1): -.
41. Arjmand Ghujur K, Mahmoud Alilou M, Khanjani Z, Bakhshipour Roodsari A. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Reducing Total, Cognitive, Motor, and Nonplanning Impulsiveness among Methamphetamine-dependent Patients. *etiadpajohi* 2019; 12 (49) :99-122
42. Gholizadeh B, Ghamari Givi H, Sadri Damirchi E. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive flexibility and craving in substance-dependent individuals. *Scientific Quarterly Research on Addiction*. 2021 Apr 10; 15(59):205-26. <https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.15.59.205>