فصلنامه روانشناسی و علوم رفتاری ایران، شماره ۳۳، بهار ۱۴۰۲

Iranian Journal of Psychology and Behavioral Sciences, (33), 2023

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش به مصرف مواد، عقاید وسوسه انگیز و تحمل پریشانی در زنان سوء مصرف کنندگان مواد

The interactive effect of experiential avoidance and difficulty in emotion regulation with distress tolerance in predicting craving among recovered opioid-addicts

مرضیه عظیمی*

کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی خمینی شهر، اصفهان، ایران.

Marzieh Azimi

Master's degree in Clinical Psychology, Khomeini Shahr Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Email: marziehazimi60@gmail.com

چکیده

هدف از پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش به مصرف مواد، عقاید وسوسه انگیز و تحمل پریشانی در زنان سوء مصرف کنندگان مواد بود. پژوهش حاضر نیمه تجربی و جامعه آماری کلیه ی معتادین کمپ آینده روشن بهار (در سال ۱۴۰۱) بود. نمونه به صورت در دسترس شامل ۳۰ نفر از زنان معتاد بود که به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده عقاید وسوسه انگیز بک (۱۹۹۳)، تحمل پریشان سیمونر و گاهر (۲۰۰۵) و گرایش به اعتیاد وید و همکاران (۱۹۹۲) بود. هشت جلسه درمانی بر اساس درمان مبتنی برپذیرش و تعهد ایزدی و عابدی،۱۳۹۳ و بیگی،۱۳۹۵) ارائه گردید. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۳نرم افزار SPSS و تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبودگرایش به مصرف مواد، عقاید وسوسه انگیز و تحمل پریشانی اثر بخش است (P<./۰۱). نتیجه گرفته میشود که این درمان برزنان سوء مصرف مواد تاثیرگذار است.

واژه‌های‌کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گرایش به مصرف مواد، عقاید وسوسه انگیز، تحمل پریشانی.

Abstract

The aim of the research was the effectiveness of the treatment based on acceptance and commitment on the tendency to use drugs, tempting beliefs and tolerance of distress in female drug abusers.The present research was semi-experimental and the statistical population was all drug addicts of Aindeh Roshan Bahar camp (year 2022).The available sample included 30 female addicts who were randomly assigned to two control and experimental groups. The instruments used were Beck's tempting beliefs (1993), stress tolerance, Simoner and Gaher (2005), and addiction tendency of Weed and colleagues (1992). Eight treatment sessions based on acceptance and commitment therapy (Yazidi and Abedi, 2013 and Beigi, 2015) were presented.Data were analyzed using SPSS software version 23 and analysis of covariance. The results showed that the treatment based on acceptance and commitment is effective in improving the tendency to use drugs, tempting thoughts and distress tolerance (P < .01). It is concluded that this treatment of drug abusers is effective.

Keywords: treatment based on acceptance and commitment, tendency to use drugs, tempting beliefs, distress tolerance.

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : بهمن ۱۴۰۱** **پذیرش: فروردین ۱۴۰۲**

مقدمه

نیمی از جمعیت هر جامعه‌ای را زنان تشکیل می‌دهند، که به واسطه ویژگی‌های خلقتی و سرشتی، نقش محوری در خانواده و جامعه ایفا می کنند. عوامل متعددی از جمله نامساعد بودن شرایط اجتماعی، مشکلات اقتصادی، اختلاف‌های خانوادگی و وجود رفتارهای پرخطر در همسر می‌تواند باعث گرایش به مصرف مواد مخدر، انحرافات اخلاقی و... در زنان شود. نکته اساسی این است که زنان معتاد در جامعه بسیار آسیب‌زا از مردان معتادند، چون مصرف مواد در زنان اغلب با آسیب‌های اجتماعی دیگری از جمله فرار از خانه، روسپیگری و فقر توام است. زمانی که یک زن معتاد می‌شود، تنها خود گرفتار پیامدهای فردی و اجتماعی آن نمی گردد، بلکه فرزندان و خانواده را نیز تحت‌تاثیر قرار خواهد داد و عوارض گسترده‌تری را به دنبال خواهد داشت (فروزانفر و همکاران، ۱۳۹۶).

بطور کلی آمارموجود حاکی از آن است که زنان نه درصد مصرف کنندگان موادمخدر در جامعه را تشکیل می‌دهند و البته وابستگی زنان به سوء مصرف مواد درطول یک دهه اخیر، بطور میانگین چهار برابر شده است(فروزانفر، وهمکاران،۱۳۹۶). براساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویژگی مهم اختلال سوء مصرف مواد را وجود یکی از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است. افراد، با وجود مشکلات قابل توجه مرتبط با سوءمصرف، هنوز به مصرف آن ادامه می‌دهند. همچنین این مجموعه تشخیصی مطرح می‌کندکه اختلال سوء مصرف مواد یک تغییر زیربنایی در مدارهای مغزی را به وجود می آوردکه ممکن است بعد از سم‌زدایی هم این تغییرات باقی بمانند (اختلالات روانشناختی آمریکا[1]،۲۰۱۳). با وجود پیشرفت‌هایی که در درمان اعتیاد انجام گرفته است، بازگشت دوره های سنگین و غیرقابل کنترل مصرف، همچنان به عنوان یک مشکل رایج باقی مانده است(ویتکویتز و مارلات[2]،۲۰۰۴).

که این بازگشت دوره‌های سنگین می‌تواند در نتیجه عقاید وسوسه انگیز در آنها باشد. در فرایند درمان معتادان، پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده موردنظر دیده می‌شود، این احساس ممکن است از چند ساعت پس از شروع درمان تا روزها و ماه‌ها پس از پایان آن دیده شود. در درمان و پیشگیری عود اعتیاد،حالت‌های هیجانی منفی و مثبت، میل و وسوسه از مهم‌ترین خطر اصلی عود می‌باشند(مارلات و ویتکویتز[3]،۲۰۰۵). سازمان بهداشت جهانی، وسوسه را به عنوان زیربنای شروع وابستگی به مواد، ازدست دادن کنترل عود دانسته است، در واقع وسوسه به عنوان پدیده مرکزی و عامل اصلی ادامه سوء مصرف و همچنین بازگشت به سوء مصرف مواد پس از دوره‌های درمانی شناخته شده است(اختیاری و همکاران، ۱۳۸۵).

در این راستا در سال‌های اخیر، درمان‌های مختلف پزشکی در بیمارستان‌ها و کلینیک‌های سرپایی برای درمان اعتیاد به مواد مخدر مورد استفاده قرارگرفته است. در موج سوم روان‌درمانی‌ها که به روان‌درمانی‌های پست مدرن معروف شده (مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، عقیده بر این است که شناخت‌ها و هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت؛ به بیمار آموزش داده می‌شود که در گام اول هیجانات خود را بپذیرد و زندگی در اینجا و اکنون از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری برخوردار شود(ویلاردگا[4] وهمکاران،۲۰۱۴). این درمان به جای از بین بردن آسیب‌شناسی، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که از طریق ۶ فرآیند اصلی پذیرش،گسلش، خود بعنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه صورت می پذیرد. در این درمان، فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی شان را آزاردهنده می‌یابند

---

1. American Psychiatric Association
2. Witkiewitz & Marlatt
3. Marlatt & Witkiewitz
4. Vilardaga

و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند اما این تلاش‌ها برای کنترل بی تأثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکار می‌شود(هان و مک کراکن[5]،۲۰۱۴).

ازبین بردن اجتناب تجربه ای و افزایش انعطاف پذیری روانشناختی از اهداف مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (نیلز[6] و همکاران،۲۰۱۴)، به نحوی که لی[7] و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله امیدبخش برای اختلالات مصرف مواد است. بنابراین می‌توان به اثربخشی این رویکرد درمانی امیدوار بود؛ ضمن اینکه زنان مصرف‌کننده مواد از لحاظ تاریخی، از نظر پیشگیری و درمان نادیده گرفته شده‌اند. درنتیجه پرکردن این فاصله در سطح مشترک پیشگیری و درمان برای زنان با اختلالات سوء مصرف مواد بسیار مهم است(لولیگر[8] و همکاران، ۲۰۱۶).

با عنایت به موارد مطروحه و کمبود تحقیقات داخلی و خارجی در این دوره، و نظر به این که اطلاعات حاصل از مطالعات دقیق علمی در مورد پدیده‌ی اعتیاد هنوز کافی نیست و خلاء پژوهشی مطالعه‌ی حاضر در حوزه‌ی اعتیاد زنان است که پژوهشگران قبلی به آن توجهی نکرده‌اند و هدف در این پژوهش بررسی زنان در حال ترک اعتیاد به دلیل غفلت پژوهشگران قبلی می‌باشد، بنابراین در این تحقیق پژوهشگر بر آن شد با انجام این پژوهش بسته آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان دارای سوء مصرف مواد انجام دهد.

روش[9]

این پژوهش، یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دو گروه آزمایش و کنترل می‌باشد. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی معتادین کمپ آینده روشن بهار تشکیل داد که از بین آنها ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵نفر) و کنترل (۱۵نفر) قرار گرفتند و گروه آزمایش تحت ۸ جلسه‌ی آموزشی مبتنی برپذیرش و تعهد قرار گرفتند. ملاک ورود شامل افراد کاملا ترک کرده، افراد با کسب میانگین نمره کمتر از ۴۵ (نقطه برش) در پرسشنامه ی تحمل پریشانی، نقطه برش بالاتر از ۳۲ در گرایش به مصرف مواد و نقطه برش بالاتر از ۸۰ در عقاید وسوسه انگیز،افراد تحت نظر کمپ آینده روشن بهار، زنان دارای مصرف مواد قبلی و عدم سابقه ترک و ملاک خروج با بررسی پرونده های افراد،کسانی انتخاب میشوند که دارای اختلالات روانی نباشند و عدم حضوردرجلسات درمانی حداکثر۲جلسه بود. ابزاراندازه گیری شامل پرسشنامه عقاید وسوسه انگیز (CBQ) دارای ۲۰ سوال بوده که توسط بک[10](۱۹۹۳) طراحی شده که هر کدام در یک مقیاس طیف لیکرت۷ درجه ای نمره گذاری میشود. دامنه این نمره از۲۰تا۱۴۰ قرار دارد. (بک و کلارک[11]، ۱۹۹۳). میرجعفری و همکاران (۱۳۸۴) پایایی این آزمون براساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش کرده است وضریب همسانی درونی این آزمون درپژوهشی برابر ۰/۷۷ به دست آمده است (محمدخانی، صادقی و فرزاد،۱۳۹۰). آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۳ به دست آمد. و پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونر و گاهر[12] (۲۰۰۵) که این پرسشنامه دارای ۱۵ سؤال و شیوه نمره‌گذاری سوالات به صورت طیف لیکرت پنج گزینه‌ای (موافقم تا کاملا مخافم) و نمره ۴۵ نقطه برش پرسشنامه است. همبستگی درون طبقه ای پس از گذشت شش ماه،۰/۶۱ بود همچنین مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است.این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس های راهبردهای مقابله ای استفاده از الکل و ماری جوانا و همچنین

---

5 . Hann & McCracken
6 .Niles
7 .Lee
8 . Loeloger
9. method
10 .Beck
11 .Beck & Clark
12. Simons & Gaher

استفاده از آنها برای بهبود، رابطه منفی دارد (سیمونز و گاهر،۲۰۰۵؛ به نقل از اسماعیلی نسب،۱۳۹۳) و آلفای کرونباخ در این پژوهش۰/۹۱ به دست آمد. همچنین پرسشنامه گرایش به اعتیاد IAPS وید[۱۳] و همکاران (۱۹۹۲) بود که این پرسشنامه از دو عامل تشکیل شده و دارای ۳۶ ماده به اضافه ۵ ماده (شامل گویه ای ۲۱،۱۵،۱۳،۱۲و ۳۳) دروغ سنج می باشد. این پرسشنامه ترکیبی از دو عامل آمادگی فعال و آمادگی منفعل می باشد. آمادگی فعال مربوط به رفتارهای ضد اجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد، افسردگی و هیجان خواهی می باشد و در عامل دوم (آمادگی منفعل) بیشترین ماده ها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی می باشد. نمره گذاری هر گویه بر روی پیوستار لیکرت از صفر(کاملا مخالفم) تا ۳ (کاملا موافقم) به جز گویه های ۱۵،۱۲،۶و۲۱ صورت میگیرد و اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد که در حد مطلوب می باشد (زرگر و همکاران، ۱۳۸۷).آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۶ بوده است. روش تجزیه تحلیل در دو سطح توصیفی واستنباطی(کوواریانس) به وسیله ی نرم افزارspss23 بود.

جدول۱.خلاصه درمان میتنی برپذیرش و تعهد ایزدی و عابدی،۱۳۹۳ و بیگی،۱۳۹۵).

جلسات	توضیحات
جلسه اول: آشنایی	معرفی آموزش دهنده و آشنایی با قواعد گروه وصحبت درباره ی اعتیاد، عقاید وسوسه انگیز
جلسه دوم: درماندگی خلاق	افزایش انگیزه ی اعضا نسبت به چرایی بی تاثیربودن تلاش‌ها جهت رفع رویدادهای بیرونی (استفاده از استعاره چاله) و مشخص کردن مواد تشکیل دهنده ی ذهن که عبارتند از ۱-افکار ۲-احساسات ۳-خاطرات ۴-امیال ۵-علائم بدنی، تکلیف برای جلسه ی بعد
جلسه سوم: کنترل مساله است	مروری برجلسه ی قبل، مرور تکلیف، معرفی کنترل بعنوان مساله و معرفی تمایل/پذیرش[۱۴] بعنوان راهی بجای کنترل تجارب ذهنی بنابراین یکی از دام هایی که در آن گیر افتاده ایم، کنترل است. کنترل یعنی اینکه ما می خواهیم ذهن نباشد، و هر کاری انجام می دهیم تا ذهن ما را اذیت نکند. هر کاری برای آرام کردن ذهن کنترل است. (استفاده از استعاره کیک شکلاتی و استعاره مهمان، تکلیف برای جلسه بعد).
جلسه چهارم: کنترل مساله است	مروری بر جلسه ی قبل و بررسی تکالیف ادامه ی مبحث پذیرش و پرسش به سوالات ذهن مراجعان. مثلا: اگر کنترل نکنم پس چکار کنم؟ احساسات پاک و ناپاک توضیح داده شد و تفاوتشان بیان گردید.
جلسه پنجم: گسلش شناختی	مروری برجلسه ی قبل، مرورتکالیف، کمک به افراد که به جای چسبیدن به رویدادهای ذهنی آنها را تنها به عنوان رویدادهای ذهنی ببینند نه چیز دیگری و این فرایند «آمیختگی [۱۵]» که از طریق آن، فرایندهای کلامی، شدیداً و بطور نامناسب بر روی انسان تأثیر دارند، منجر به این می شود که فرد به شیوه هایی رفتار کند که با شبکه های کلامی انعطاف ناپذیر هدایت می شود، نه با شرایط واقعی محیط،استفاده از استعاره اتوبوس، تکلیف برای جلسه ی بعد).
جلسه ششم: خودبعنوان زمینه	(مروری برجلسه ی قبل، مرور تکالیف، هدف رسیدن به آگاهی و زندگی در اینجا واکنون و مزیت اصلی این حس از خود، آن است که خود زمینه ای است که در آن محتوای هشیاری تهدید کننده نیست. استفاده از استعاره شطرنج).

[13] . Weed
[14] .Commitment
[15] .fusion

جلسات	توضیحات
جلسه هفتم: ارزش هاو ارتباط با زمان حال و تعهدبه عمل	مروری برجلسه ی قبل، مرور تکالیف، شناسایی ابعاد مهم زندگی اعضا و هدف گذاری و بررسی ارزشهای افراد وبازگو کردن اینکه ارزشها، جهت هایی کلی برای رفتار فردند و در حقیقت ارزشها مفاهیمی کلی و انتزاعی اند که جهت های مهم فرد در زندگی را نشان می‌دهند. تجربه آگاهانه رویدادهای درونی و بیرونی همانطور که رخ میدهند بدون چسبیدن به ارزیابی و قضاوت. تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه هشتم: مرور اجمالی	جلسه ی پرسش و پاسخ و رفع ابهامات افراد و جمع آوری پس آزمون از افراد.

یافته‌ها

شکل۲. یافته‌های جمعیت شناختی سن افراد نمونه به تفکیک گروه

گروه	شاخص		آماره	
	میانگین	انحراف معیار	**t-test**	معناداری
گروه آزمایش	۳۷/۷۳	۳/۶۹۳	۰/۵۴۴	۰/۵۹۱
گروه کنترل	۳۶/۶۰	۷/۱۶۹		

جدول ۴-۱- میانگین و انحراف معیار سن دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. میزان آماره تی مستقل بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین سنی دو گروه در متغیر سن برابر با **t-test**= ۰/۵۴۴ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد(**sig**=۰/۵۹۱) که نشان دهنده همتا بودن ۲ گروه از نظر سن می‌باشد.

جدول۳. میانگین و انحراف معیار گرایش به مصرف مواد در گروه آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته		گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
آمادگی فعال به اعتیاد	میانگین	۱۹/۷۳	۱۷/۵۳	۱۹/۲۷	۱۹/۱۳
	انحراف معیار	۱/۳۸۷	۱/۷۶۷	۱/۴۸۶	۱/۶۸۵
آمادگی منفعل	میانگین	۱۲/۷۳	۷/۸۷	۱۲/۸۰	۱۲/۴۰
	انحراف معیار	۰/۷۹۹	۰/۷۴۳	۰/۷۷۵	۱/۰۵۶
نمره کل گرایش به مصرف مواد	میانگین	۳۲/۴۷	۲۵/۴۰	۳۲/۰۷	۳۱/۵۳
	انحراف معیار	۱/۴۵۷	۱/۷۶۵	۱/۷۱۰	۲/۴۱۶
عقاید وسوسه انگیز	میانگین	۸۳/۰۰	۶۸/۶۰	۸۳/۶۷	۸۳/۴۰
	انحراف معیار	۳/۵۰۵	۵/۵۵۲	۱/۷۹۹	۱/۹۲۰
تحمل پریشانی هیجانی	میانگین	۷/۲۰	۸/۸۰	۷/۳۳	۷/۵۳
	انحراف معیار	۰/۶۷۶	۰/۷۷۵	۰/۶۱۷	۰/۶۴۰
جذب شدن توسط هیجانات	میانگین	۶/۱۳	۹/۴۰	۵/۹۳	۶/۲۰
	انحراف معیار	۰/۸۳۴	۰/۹۱۰	۰/۸۸۴	۱/۰۱۴
ارزیابی ذهنی پریشانی	میانگین	۱۵/۰۷	۱۸/۲۷	۱۵/۰۰	۱۵/۲۷
	انحراف معیار	۰/۷۹۹	۰/۸۸۴	۰/۵۳۵	۰/۸۸۴

تنظیم تلاش‌ها	میانگین	۵/۶۷	۸/۶۷	۵/۸۰	۶/۰۷
	انحراف معیار	۰/۸۱۶	۱/۱۱۳	۰/۸۶۲	۱/۰۳۳
نمره کل تحمل پریشانی	میانگین	۳۴/۰۷	۴۵/۱۳	۳۴/۰۷	۳۵/۰۷
	انحراف معیار	۱/۶۶۸	۱/۶۴۲	۱/۳۸۷	۱/۳۸۷

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پس آزمون گرایش به مصرف مواد، عقاید وسوسه انگیز و تحمل پریشانی

متغیرهای وابسته	میانگین مجذورات	درجه آزادی	آماره آزمون **F**	معنی‌داری	ضریب تاثیر	توان آماری
نمره کل گرایش به مصرف	۳۰۷/۷۹۰	۱	۱۲۷/۹۸۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	۰/۹۹۹
عقاید وسوسه انگیز	۱۴۹۶/۴۷۰	۱	۸۹/۳۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸۱	۰/۹۹۹
تحمل پریشانی	۷۳۹/۱۵۶	۱	۲۸۹/۸۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲۱	۰/۹۹۹

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین میانگین پس آزمون گرایش به مصرف مواد، عقاید وسوسه انگیز و تحمل پریشانی با کنترل اثر پیش آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری بر کاهش گرایش به مصرف مواد (Sig=۰/۰۰۱ و F=۱۲۷/۹۸۵)، کاهش عقاید وسوسه انگیز(Sig=۰/۰۰۱ و F=۸۹/۳۰۶) و افزایش تحمل پریشانی(Sig=۰/۰۰۱ و F=۲۸۹/۸۱۶) در مرحله پس آزمون موثر است. لذا فرضیه اصلی مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش به مصرف مواد، عقاید وسوسه انگیز و تحمل پریشانی در زنان سوء مصرف کنندگان مواد تاثیر دارد تایید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش به مصرف مواد، عقاید وسوسه انگیز و تحمل پریشانی در زنان سوء مصرف کنندگان مواد تاثیر دارد تایید شد. این پژوهش همسو با پژوهش های عسگری وهمکاران(۱۴۰۰)، درتاج و همکاران (۱۴۰۰)، کشاورز افشار و همکاران (۱۳۹۸)، زارعان وهمکاران (۱۳۹۹)، روحی وهمکاران (۱۳۹۸)، قدمپور وهمکاران (۲۰۲۰) و حاجی پور وهمکاران (۲۰۲۰) میباشد که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش به مصرف مواد، عقاید وسوسه انگیز و تحمل پریشانی در زنان سوء مصرف کنندگان مواد تاثیر دارد. درتبیین یافته ها میتوان گفت هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که این شش فرایند اساسی درمان که در همه ی آنها انعطاف پذیری روانشناختی را حمایت میکنند،تقویت نماید.زمانیکه فردشدیدا درچرخه ی اجتنابی تجربی،آمیختگی شناختی گیرکند،دچار انعطاف پذیری روانشناختی شده است.انعطاف پذیری ذهنی ذهنی میتواند فرد را از دام افکار ناکارآمد و وسوسه هایی برهاند که زمینه ساز لغزش و عود مصرف مواد و گرایش به مصرف مواد است.بدین ترتیب آموزش راهبردهایی چون ذهن آگاهی میتواند این افراد را از بندافکار ناکارآمد و وسوسه و گرایش به مصرف مواد برهاند و متعاقبا افراد دارای وابستگی به مواد بتوانند در مواجهه بااسترس های روزانه و مشکلات روزمره بهتر و معقولانه تر با وسوسه ها و لغزش و گرایش دوباره به مصرف مواد کنار آیند.درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش معنا در زندگی افراد و سرکوب افار منفی میزان تحمل پریشانی را افزایش دهد و انعطاف پذیری افراد را افزایش بخشد. ازدلایل دیگر مهم کاهش میزان وسوسه و احتمال لغزش میتوان به افزایش آگاهی بیماران نسبت به شرایط و نشانه های ایجاد کننده ولع مصرف،آگاهی از واکنش های تادرست قبلیبه این نشانه ها مانند واکنش سریع و عجولانه، بدون تفکر و بدن ارزیابی شرایط محیطی و یادگیری مقابله موثرتر بااین نشانه ها اشاره کرد. این درمان از طریق آموزش، فضایی را

برای مراجعان ایجاد میکند تا نگرشی مثبت به افکار، احساسات و خاطرات ناراحت کننده ی که میتواند زمینه وسوسه و عود را مهیا کند بوجود آورند. کاهش شدت وسوسه در این پژوهش می تواند از طریق افزایش آگاهی از احساسات، افکار و هیجانات همراه با وسوسه، پذیرش و عدم پاسخ به محرکهای همراه وسوسه، مواجهه مکرر با محرک راه انداز در طول جلساتی که شارکت کنندگان پذیرش و گسلش شناختی را تمرین می کنند، توجیه شود. درتبیین معناداری اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد تحمل پریشانی میتوان اینگونه استنباط که مداخله درمان مبتنی برپذیرش و تعهد به افراد دارای سوء مصرف موارد و درحال ترک کمک میکند تا باورها و راهبردهای ناکارآمدی که به تفسیر، قضاوت و عمل مطابق با هیجان ها می انجامد را شناسایی کنند و باورها و راهبردهای انطباقی تر و منعطف تری را در پاسخ به هیجانات خود اتخاذ کنند؛در نتیجه اعمال این تغییرات،انعطاف پذیری روانشناختی آنها افزایش یافته و جذب و پذیرش هیجانات منفی در آنها تسهیل می شود.

به دلیل اینکه نمونه ی آماری این پژوهش محدود به اصفهان بوده، بنابراین نتایج تحقیق نمیتواند به سایر مناطق جغرافیایی قابل تعمیم باشد. همچنین پیشنهاد می شود درمان مبتنی برپذیرش و تعهد توسط مشاوران و روانشناسان در مراکز درمانی بعنوان یکی از بهترین درمان ها بکار گرفته شود و همچنین پیشنهاد می‌شود کمپ های ترک اعتیاد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای کاهش مشکلات خانواده ها و افراد موردتوجه قرار دهند و پیشنهاد می‌شود این تحقیق بر مردان معتاد انجام گیرد.

سپاسگزاری

از همکاری کمپ آینده روشن درجهت انجام این پژوهش سپاسگزارم.

منابع

[۱] اختیاری حامد، بهزادی آرین, عقابیان محمدعلی, عدالتی هانیه, و مکری آذرخش.(۱۳۸۵). نشانه های تصویری القا کننده ولع مصرف در معتادان تزریقی هرویین.۸(۳):۴۳۵۱.

[۲] اسماعیلی نسب، مریم. اندامی خشک، علیرضا. آزرمی،هاله. ثمررخی،امیر. (۱۳۹۳). نقش پیش بینی کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیاد پذیری دانشجویان.فصلنامه اعتیادپژوهی.۸(۲۹):۴۹-۶۳.

[۳] بیگی.زهرا.(۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مبتنی برپذیرش و تعهد بر تعارض کار- خانواده و سلامت روان در کارکنان یکی از بانک های خصوصی شهراصفهان .پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه خوراسگان.رشته روانشناسی صنعتی سازمانی.

[۴] درتاج، افسانه. علی اکبری دهکرئی، مهناز. ناصر مقدسی،عبدالرضا. علیپور، احمد. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ادراک پریشانی، تحمل درد واینترلوکین۱۲در بیماران مبتلا به موتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی کاربردی.۱۵(۱):۴۹-۷۲.

[۵] درون متن: صالحی (۱۳۹۰)

[۶] روحی، رمینا. سلطانی، امان الله. زین‌الدینی میمند، زهرا. رضوی، ویدا.(۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به خود، تحمل پریشانی، و تنظیم هیجان در دانش‌آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی. فصلنامه سلامت روان کودک. ۶ (۳) :۱۷۳-۱۸۷

[۷] زارعان، فهیمه. لطیفی،زهره. میرمهدی، سید رضا.(۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل پریشانی و سردرد همسران معتادان. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی. ۱۴ (۵۵) :۲۱۲-۱۹۳

[۸] زرگر، یدالله. نجاریان، بهمن. نعامی، زهرا.(۱۳۸۷). بررسی ویژگی های شخصتی (هیجان خواهی، ابراز وجود، سرسختی روانشناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی اعتیاد به مواد مخدر در کارکنان یک شرکت صنعتی در اهواز. مجله علوم تربیتی و روانشناسی, ۱۵(۱ (ویژه نامه روان شناسی)), ۹۹-۱۲۰.

[۹] صالحی، محمد. (۱۳۹۰). عوامل مؤثر بر خودکارآمدی و انگیزش پژوهشی دانشجویان بر اساس نظریه شناختی ـ اجتماعی بندورا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.

[۱۰] عابدی، محمدرضا؛ ایزدی، راضیه. (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. انتشارات جنگل. ص ۱۶۰.

[۱۱] عسگری، محمد. علی محمد ملایری، الهام. شریفی درآمدی، پرویز. (۱۴۰۰). اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و چشم‌انداز زمان در مادران با کودک ناتوان هوشی. مطالعات روان شناسی بالینی، ۱۱(۴۲): ۵۱-۷۶

[۱۲] فراستخواه، مقصود. (۱۳۹۶). استقلال دانشگاهی در ایران؛ پیش برنده‌ها و بازدارنده‌ها، مجموعه مقالات همایش ملی استقلال دانشگاه‌ها: چالش‌ها و راهبردها، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.

[۱۳] فروزانفر، آزاده. غلامعلی لواسانی، مسعود. شعاع کاظمی،مهرانگیز.(۱۳۹۶) اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی زنان وابسته به سوء مصرف مواد.فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد.۱۱(۴۴):۱۳۵-۱۵۴.

[۱۴] کشاورز افشار، حسین؛ برابری، اصغر؛ قاضی‌نژاد، نیکو. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش به مصرف و کیفیت زندگی در سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر. فصلنامه علمی پژوهشی طب انتظامی, ۷(۱), ۱-۶.

[۱۵] محمدخانی، شهرام. صادقی، نگار. ولی‌الله، فرزاده. (۱۳۹۰). مدل روابط علّی هیجان منفی، باورهای مرکزی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید وسوسه‌انگیز و تنظیم هیجان با بازگشت به مصرف مواد. فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی۶(۲۳):۱۸۱-۱۵۵.

[16] American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th Edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

[17] Beck, A.T.,& Clark, D.A.(1993). An information processingmodel of anxiety: Automatic and strategic processes. Behav Res Ther,35,49-58.

[18] Ghadampour, E., Heidaryani, L., & Radmehr, F. (2020). The efficacy of acceptance and commitment therapy on distress tolerance dimensions of woman with epilepsy with three-month follow-up. Journal of Psychological Studies, 16(1), 123-140.
[19] Hajipoor, H., Bayazi, M. H., & Nejat, H. (2020). Comparison of the Effectiveness of Schema Group Therapy and Acceptance and Commitment Group Therapy on Substance Abusers' Temptation and Impulsivity. Research in Clinical Psychology and Counseling, 10(1), 39-55.
[20] Hann KE, McCracken LM. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of acceptance and commitment therapy for adults with chronic pain: outcome domains, design quality, and efficacy. J Context Behav Sci. 3(4):217-27.
[21] Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. Drug and alcohol dependence, 155, 1-7
[22] Loeloger,K.B.,Marcus,R.,Wickersham,J.A.Pillai,V.,Kamarulzaman,A.7 Altice,F L.(2016).The syndromic of HIV,KIV –related rosk and multiple comorbidities among women who use drugs in malaysia:important targets for intervention.addictive brhaviors.53,31-39.
[23] Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2005). Relapse prevention for alcohol and drug problems.
[24] Niles, A. N., Burklund, L. J., Arch, J. J., Lieberman, M. D., Saxbe, D., & Craske, M. G. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: Comparing acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy. Behavior therapy, 45(5), 664-677.
[25] Simons, J. S & Gaher, R.M. (2005). The distress tolerance scale: Development& validation of a self report measure. Motivation & emotion, 20(9), 83- 102.
[26] Vilardaga R, Heffner JL, Mercer LD, Bricker JB. (2014). Do counselor techniques predict quitting during smoking cessation treatment? A component analysis of telephonedelivered acceptance and commitment therapy. Behav Res Ther. 61:89-95.
[27] Weed, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T., & Ben-Porath, Y. S. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. Journal of personality assessment, 58(2), 389-404.
[28] Witkiewitz K, Marlatt GA. Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. Am Psychol. 2004;59(4):224-35.