

A Comparison of The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Training and Acceptance and Commitment Therapy on Stress and Psychological Cohesion in Addicts Treated with Methadone

Saleh Ghiasinegad¹, Alireza Manzaritavakoli^{2*}, Ali Darekordi³

1- PhD Student, Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran,

ORCID: 0009-0001-4513-5289

2- Associate professor, Department of Psychology, Kerman Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran

ORCID: 0000-0002-1573-7748. Email: a.manzari@iauk.ac.ir

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Kerman Branch, Kerman, Iran, ORCID: 0000-0003-2349-3840

*Corresponding Author: Alireza Manzaritavakoli, Associate professor, Department of Psychology, Kerman Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran. Email: a.manzari@iauk.ac.ir

Received: 7 Jul 2024

Revised: 10 Aug 2024

Accepted: 7 Sep 2024

Abstract

Introduction: Stress and psychological cohesion are related to the tendency to addiction and threaten the physical, mental, and social health of humans. The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy training and acceptance and commitment therapy on stress coping strategies and psychological cohesion in addicts treated with methadone in Kerman City.

Methods: The current research was semi-experimental, with a pre-post test design, and a control group. The statistical population of the study was addicts treated with methadone who were referred to addiction treatment clinics in Kerman City in 2023. Based on the selection criteria, 60 drug addicts were randomly assigned to three groups cognitive behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, and control group (20 people in each group). The experimental groups underwent 8 sessions of 90 minutes of intervention. The participants were evaluated with questionnaires: Endler and Parker's (1990) stress coping strategies and Flensburg-Madsen's (2006) psychological coherence. The data were evaluated by multivariate covariance analysis at a significance level of $P < 0.05$.

Results: The average score of strategies for dealing with stress and psychological integration were not significantly different in the groups: Cognitive Behavioral Therapy, acceptance and commitment therapy, and control in the pre-test ($P < 0.05$). After the intervention, the average stress management strategies and psychological integration scores in the cognitive behavioral therapy group and avoidance strategy in the acceptance and commitment therapy were significant ($P < 0.001$). The highest effect size was related to the avoidance strategy (0.40) and the lowest was related to the emotional strategy (0.13) of the stress components.

Conclusion: The results indicate the effect of cognitive behavioral therapy intervention on stress management strategies and psychological cohesion, acceptance, and commitment-based therapy on improving avoidance strategies. According to the requirements of the conditions, the mentioned treatments can be used.

Keywords: Addiction, Stress, Psychological coherence, Cognitive behavioral therapy, Acceptance and commitment therapy

How to cite this article: Ghiasinegad S, Manzaritavakoli A, Darekordi A. A comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy training and acceptance and commitment therapy on stress. and psychological cohesion in addicts treated with methadone

Journal of Nursing Education (JNE). May 2024. p1-12 (in Persian)

ISSN/ © 2024 The Authors. Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



مقایسه اثربخشی آموزش درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس و انسجام روانی معنادان تحت درمان با متادون

صالح غیائی نژاد^۱، علیرضا منظری توکلی^{۲*}، علی دره‌کردی^۳

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد زرنده، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنده، ایران ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۴۵۱۳-۵۲۸۹
 ۲- نویسنده مسئول، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۱۵۷۳-۷۷۴۸
 ۳- استادیار گروه روانشناسی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۲۳۴۹-۳۸۴۰

*نویسنده مسئول: علیرضا منظری توکلی، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

ایمیل: a.manzari@iauk.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۶/۱۷

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۳/۵/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۴/۱۷

چکیده

مقدمه: استرس و انسجام روانی با گرایش به اعتیاد ارتباط دارد و تهدید کننده سلامت جسمی، روانی، اجتماعی بشر است. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر راهبردهای مقابله با استرس و انسجام روانی معنادان تحت درمان با متادون شهر کرمان بود. روش کار: پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش معنادان تحت درمان با متادون مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر کرمان در سال ۱۴۰۱ بودند. با روش نمونه‌گیری در دسترس ۶۰ نفر معناد بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۲۰ نفر). گروه‌های آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه مداخله قرار گرفتند. مشارکت کنندگان با پرسشنامه‌های راهبردهای مقابله با استرس اندلر و پارکر (۱۹۹۰) و انسجام روانی فلنسبرگ-مدسن (۲۰۰۶) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با تحلیل کوواریانس چندمتغیره در سطح معناداری $P < 0.05$ مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمرات پیش‌آزمون راهبردهای مقابله با استرس و انسجام روانی در گروه‌های درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0.05$). پس از مداخله میانگین نمرات راهبردهای مدیریت استرس و انسجام روانی در گروه درمان شناختی رفتاری و راهبرد اجتنابی استرس در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معنادار بود ($P < 0.001$). بیش‌ترین اندازه اثر به ترتیب مربوط به راهبرد اجتنابی (۰/۴۰) و کمترین مربوط به راهبرد هیجان مدار (۰/۱۳) از مؤلفه‌های استرس بود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از تأثیر مداخله درمان شناختی رفتاری بر راهبردهای مدیریت استرس، انسجام روان و تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود راهبرد اجتنابی دارد. با توجه به اقتضای شرایط می‌توان از درمان‌های مطرح شده استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: معنادان، استرس، انسجام روانی، درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

مقدمه

اعتیاد یکی از مشکلات تهدید کننده سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جوامع است. این بیماری ویرانگر سبب تخریب عمل کرد مغز و ایجاد آسیب‌های روان‌شناختی متعدد می‌گردد [۱]. یک اصل مهم برای درک تفاوت‌های افراد معتاد در آسیب‌پذیری نسبت به سایر مشکلات روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای فرد در برابر مشکلات است [۲]. مقابله به عنوان یک فرآیند روان‌شناختی، به مجموع کوشش‌های شناختی و رفتاری شخص برای غلبه بر شرایط استرس‌زا گفته می‌شود که ارتباط نزدیکی با احساس انسجام روانی افراد دارد. مطالعه مروری نشان داد که معتادان دارای زمینه روان‌شناختی ناتوانی در مقابله با استرس و سطح پایین احساس انسجام روانی هستند که این موضوع زمینه‌ساز وابستگی به مواد افیونی و ناتوانی در ترک آن می‌تواند باشد [۳]. بسیاری از افراد برای فرار از فشارهای روانی - اجتماعی استرس، دست به دامن مصرف مواد افیونی می‌شوند. نادیده گرفتن و نه‌پرداختن به درمان فشار روانی ناشی از استرس در معتادین به مصرف مواد افیونی می‌تواند زمینه‌ساز عود مصرف و مانع از دستیابی به ترک پایدار در آنان شود که این مهم می‌تواند سلامت روانی و اجتماعی، فرد، خانواده و جامعه را تهدید کند [۱].

به کارگیری سبک‌های مقابله‌ای کارآمد و موثر می‌تواند اثرات مخرب استرس بر افراد معتاد تحت درمان را تقلیل داده و پیامدهای سودمندی در پی داشته باشد [۴]. احساس انسجام روانی یکی از متغیرهای دخیل در ترک اعتیاد است مطالعات انجام شده بر روی این متغیر نشان می‌دهد که حس انسجام روانی مطلوب، تمایل به کنترل بهتر و مؤثرتر اضطراب را افزایش داده و فرد بهزیستی روان‌شناختی بیش‌تری را احساس می‌کند که می‌تواند فاکتوری ضروری در ایجاد اراده و باور به خویش‌تن در اقدام برای سلامت باشد [۵]. احساس انسجام روانی، به معنای احساسی نافذ، پایدار و پویا از رویدادهای زندگی قابل درک، ساختار یافته و قابل توضیح می‌باشد [۶]. راهبردهای مقابله با استرس را می‌توان شیوه‌های رویارویی افراد برای تغییر شرایط، یا تفسیر شناختی شرایط که رویدادها و استرس‌های زندگی را مطلوب‌تر و کمتر تهدیدآمیز تلقی شود تعریف کرد. زمانی که احساس رویارویی با شرایط سخت، مؤثر تلقی شود فرد با موقعیت سازگارتر رفتار کرده و استرس او کاهش می‌یابد [۳].

علیرضا منظری توکلی و همکاران

تأثیر آموزش‌های روان‌شناختی بر درمان اختلالات روانی از جمله اعتیاد مشهود است. برای نمونه معینی و همکاران در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که آموزش فراشناخت درمانی منجر به کاهش استرسی و بهبود انسجام‌روانی در خانواده افراد معتاد می‌گردد [۷]. همچنین جهانگیری و همکاران در مطالعه‌ای دیگر به بررسی مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر روایت درمانی و درمان شناختی رفتاری بر احتمال لغزش بیماران وابسته به مواد افیونی پس از سم‌زدایی پرداختند که نتایج نشان داد، احتمال لغزش بیماران وابسته به مواد افیونی، با آموزش‌های مورد استفاده کاهش می‌یابد [۸].

حمایت تجربی قوی درباره کاربرد آموزش درمان شناختی رفتاری (therapy; CBT Cognitive behavioral) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy; ACT) بر بهبود مشکلات روان‌شناختی شایع در معتادان وجود دارد [۹]. رویکرد شناختی رفتاری از رفتار درمانی سنتی برآمده و تأکید آن بر افزایش مهارت‌های شناختی و تغییر رفتار مبتنی بر بازسازی شناختی است [۱۰]. درمان شناختی رفتاری، درمانی مؤثر به جهت ارتقاء انگیزه، تعدیل هیجان، کاهش اضطراب و افسردگی است [۱۱]. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش کیفیت زندگی و کاهش تأثیر راهبردهای مهارگری نامؤثر و حمایت از تغییر رفتار مبتنی بر ارزش‌هاست. نظریه‌پردازان این رویکرد بر این باور هستند که، آسیب روانی با تلاش برای مهار کردن یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است [۱۲].

با وجود شواهد معتبر در رابطه با اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی استاندارد و معتبر مانند درمان شناختی و رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان اختلالات روانی از جمله اعتیاد [۱۳]، اما نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد، به‌کارگیری برخی از آن‌ها برای تعداد زیادی از درمانگران و مبتلایان به اختلالات روان‌شناختی دشوار است و اغلب این مداخلات، با پاسخ مناسب درمانی روبه رو نمی‌شوند [۹، ۱۴]. بنا بر این با توجه به ضرورت مقایسه درمان‌های استاندارد روان‌شناختی مانند ACT, CBT پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی این دو درمان بود تا مشخص شود که کدام از این دو شیوه درمانی رایج، تأثیر بهتری بر افزایش راهبردهای سازگار مقابله با استرس و

احساس انسجام روانی در معتادان به مواد افیونی دارد. چراکه این عوامل می‌تواند تاثیر به سزایی بر انتخاب روش مناسب درمانی و به تبع آن پای‌بندی به درمان و بهبود کیفیت زندگی فرد معتاد و خانواده‌های افراد وابسته به مواد افیونی داشته باشد. لذا این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر راهبردهای مقابله با استرس و احساس انسجام روانی در معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون شهر کرمان انجام گردید

روش کار

مطالعه حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمون و یک گروه کنترل انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس و گمارش تصادفی در گروه‌ها انجام شد. در این پژوهش تأثیر آموزش درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان متغیر مستقل و راهبردهای مقابله با استرس، احساس انسجام روانی و مؤلفه‌های آن‌ها به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر کرمان در ۶ ماه دوم سال ۱۴۰۱ بود.

حجم نمونه بر اساس فرمول زیر با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد (آلفای ۰/۰۵) و توان ۸۰ درصد، مقدار $\sigma=0/3$ (انحراف معیار مشترک نمره راهبردهای سازگارانه) در معتادان به مواد افیونی، بر طبق نتایج پژوهش Ahmadi Roghabadi و همکاران [۱۵] و مقدار $d=0/5$ (حداقل اختلاف در میانگین نمره راهبردهای سازگارانه در معتادان)، برای هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در نهایت برای اطمینان از حجم نمونه مناسب و با توجه به احتمال ریزش مشارکت کنندگان، پرسشنامه‌های ناقص و یا داده‌های پرت برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد و به صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در گروه درمان شناختی رفتاری، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل تخصیص یافتند

$$n = \frac{2\sigma^2(z_\beta + z_\alpha)^2}{d^2}$$

معیارهای ورود به این پژوهش عبارت بود از: سابقه

سوءمصرف مواد و مراجعه داوطلبانه به مراکز مشاوره درمانی و مصرف متادون در شهر کرمان، عدم ابتلا به اختلالات روان‌شناختی و شخصیتی شدید، عدم شرکت همزمان در سایر مداخلات روان‌شناختی، دامنه سنی بین ۱۸ الی ۵۴ سال، داشتن حداقل مدرک تحصیلی متوسطه برای پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها و انجام تکالیف مربوطه بود. معیارهای خروج از مطالعه، انصراف از ادامه درمان، وقوع حوادث پیش‌بینی نشده (مانند بستری و مرگ) غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، تغییرات در مصرف متادون و یا مصرف سایر داروها، ابتلا به شرایط جسمی یا روانی نامناسب برای اتمام پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها و نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها

به گونه‌ای که در نتیجه کار تأثیر منفی بگذارد بود در این مطالعه کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان IR.IAU.KERMAN.REC.1400.030 و کد کارآزمایی بالینی IRCT20220520054933N1 اخذ گردید. رضایت آگاهانه، توجیه مشارکت کنندگان در مورد روش و هدف انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه داشتن اطلاعات به دست آمده، آزادی مشارکت کنندگان در ترک مطالعه و ارائه آموزش به گروه کنترل بلافاصله بعد از اتمام پژوهش از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در مطالعه حاضر بود

برای جمع‌آوری داده‌ها از چک لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه مقابله با موقعیت‌های فشارزا و احساس انسجام روانی استفاده گردید. آزمودنی‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به صورت خودگزارشی به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. با رعایت اصول اخلاقی ذکر شده، پس از اجرای پیش‌آزمون و آشنایی اولیه با مشارکت کنندگان و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن پرسشنامه‌ها و اطلاعات جمعیت شناختی، به گروه‌های آزمایشی (ACT, CBT) مداخلات مرتبط ارائه گردید

گروه درمان شناختی رفتاری (گروه آزمایش ۱) تحت، ۸ جلسه ۹۰ بر اساس پیشنهاد Dobson و Dobson [۱۰] و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (گروه آزمایش ۲) تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس پیشنهاد Kalbasi و همکاران [۱۶] با فراوانی ۱ بار در هفته از اسفند ۱۴۰۱ الی اردیبهشت ماه سال بعد در مرکز ترک اعتیاد رازی شهر کرمان توسط نویسنده اول که دانشجوی دکتری روانشناسی

علیرضا منظری توکلی و همکاران

شده و تجربه مشارکتی انجام گردید. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر پذیرش و انعطاف‌پذیری روانی و ارتقای ارزش‌ها انجام گردید. در ضمن در هر جلسه تکالیفی به مشارکت‌کنندگان ارائه گردید (جدول ۱)

بوده، به‌صورت جداگانه در عصر روزهای ۵ شنبه برای گروه آزمایش ۱ و جمعه صبح برای گروه آزمایش ۲ مداخلات آموزشی ارائه گردید. گروه کنترل در انتظار دریافت مداخله (رعایت اخلاق پژوهشی) تا اتمام مراحل پژوهش بودند. درمان شناختی رفتاری با تاکید بر بازسازی شناختی با به‌کارگیری تکنیک‌های: دیالوگ سقراطی، اکتشاف هدایت

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به معنادان تحت درمان با متادون

جلسه	محتوای جلسه
پیش جلسه	<p>درمان شناختی رفتاری [۱۰]</p> <p>درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد [۱۶]</p> <p>مطرح کردن روند و هدف جلسات درمان شناختی رفتاری برای موفقیت پایدار در ترک مواد، آشنایی اولیه با مراجعان و ایجاد رابطه مناسب و اعتماد و پر کردن پرسشنامه‌ها بود.</p>
اول	<p>تشریح اهداف آموزش و معرفی درمان شناختی رفتاری به اعضا؛ تشریح چرخه فکر، احساس و رفتار، تجزیه و تحلیل الگوهای رفتاری ناپه‌نجان، رفتار ایمنی‌های مخرب مثل وسواس فکری و نگرانی‌های مربوط به نتیجه درمان و سلامتی مشارکت‌کنندگان بود. تکلیف: نوشتن و بررسی چرخه موقعیت، افکار منفی اتوماتیک بود.</p> <p>تشریح اهداف آموزش و آشنایی با اعضا، برقراری رابطه مناسب، ارزیابی و ناامیدی خلاقانه، معرفی درمان پذیرش و تعهد به اعضا، بنیان اتحاد درمانی، ارائه اطلاعات درباره ترک اعتیاد؛ استعاره: لجن در لیوان، دو کوهستان، مردی در حفرة چاه و مدیتیشن ذهن آگاهی بود. تکلیف: تفسیرشان از بیل‌ها، ارزیابی و تفسیر حواس‌پرتی آزمودنی‌ها در زمان مدیتیشن بود.</p>
دوم	<p>بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها از چرخه افکار، احساس و رفتار؛ مطرح کردن مؤلفه‌های: باورهای بنیادین، میانجی (فرض مشروط، بایدها، قواعد)، افکار خودآیند منفی، مثلث شناختی و اسنادها (خود، دنیا و آینده) بود. تکلیف: نوشتن و دقت کردن به افکار خودآیند منفی که به صورت اتوماتیک بر فرد عارض می‌شود.</p>
سوم	<p>بررسی تکالیف و معرفی خطاهای شناختی رایج مانند: پیش‌گویی، فاجعه‌سازی، برجسپ‌زدن به خود، فیلتر منفی، تعمیم افراطی، شخصی‌سازی، مقصر دانستن، همیشه پشیمان بودن، و استدلال هیجانی بود. تکلیف: نوشتن خطاهای شناختی بیماران با توجه به وضعیت آن‌ها و ارزیابی پیامد احساسی و رفتاری آن بود.</p>
چهارم	<p>معرفی توجه انتخابی به بیماران درخصوص آینه، رصد و بررسی افکار خودآیند منفی، احساسات و رفتار و ربط آن به خطاهای شناختی رایج، آموزش تمدد اعصاب (-Progressive Muscle Relaxation; PMR). تکلیف: شناسایی افکار خودآیند منفی و نوشتن آن‌ها، انجام PMR در زمان استرس و اضطراب داشتند.</p>
پنجم	<p>آموزش روش حل مسئله برای مقابله با چالش‌های پیش‌رو در زندگی و درمان، آموزش آزمایش رفتاری بر شناسایی توالی‌های شناخت، هیجان و رفتارها مجدد و به‌کارگیری روش مناسب حل مسئله در مورد مشکلات مسئله محور بود. تکلیف: انجام روش حل مسئله با تمرکز خاص بر تراوش ذهنی در ترک اعتیاد بود.</p>
ششم	<p>ارزیابی خلق مشارکت‌کنندگان، مروری بر مشکلات بیماران و شیوه پردازش شناختی و به تبع آن وضعیت هیجانی و رفتاری آن‌ها، ارزیابی شناختی و باورهای بنیادین مثل «چرا برای من» و بازسازی شناختی آن با توجه به شواهد بود. تکلیف: انجام PMR و مرور موضوع جلسه، ارزیابی شناختی خود نسبت به قبل از شروع آموزش بود.</p>

<p>بررسی مجدد ارزش‌ها و ارزیابی مفاهیم قبلی، بررسی تفاوت ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها، موانع درونی و بیرونی احتمالی پیش‌رو برای تقویت ارزش‌ها بود. بررسی اهداف مرتبط با ارزش‌ها و ویژگی‌های اهداف (اختصاصی، قابل ارزیابی، واقع‌گرایانه بود). تکلیف: تکمیل کاربرگ ارزیابی ارزش‌ها، انجام مدیتیشن‌های و تمام آموزش داده شده قبلی بود.</p>	<p>بررسی عملکرد مشارکت‌کنندگان از چرخه فکر، احساس و رفتار و تمرین عملی در کلاس، ارزیابی تصویر خودآیند منفی، مرور خطاهای شناختی، ارزیابی روش حل مسئله و فعال‌سازی رفتاری به جهت ارتقاء خلق و کاهش افسردگی بود. تکلیف: تکمیل کاربرگ موقعیت و افکار منفی، انجام مدیتیشن‌های و تمام آموزش داده شده بود.</p>
<p>مهم‌ترین ارزش‌هایشان را مشخص و اهدافی که مایل بودند در راستای هر یک از آن ارزش‌ها دنبال کنند را تعیین کردند. استعاره‌ها: ولگرد کنار در، گذر از باطلاق، مدیتیشن با تمرکز بر ارزش بود. تکلیف: بکارگیری مهارت‌های آموخته شده و هماهنگی برای پر کردن پرسشنامه‌های پژوهش بود.</p>	<p>مرور موضوع جلسات قبل و جمع‌بندی آن‌ها به صورت خلاصه، پاسخ‌گویی به سؤالات، اجرای گروهی PMR، ارزیابی فعال‌سازی رفتاری و تأکید بر افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش، هماهنگی برای پر کردن پرسشنامه‌های پژوهش و تذکر به پای‌بندی به فنون آموزشی بود.</p>

می‌باشد. Endler و Parker (۱۹۹۴) روایی سازه این مقیاس را تایید کرده‌اند. همچنین آنان ضریب آلفای کرونباخ برای سبک مقابله مسئله مدار ۰/۹۲، سبک هیجان مدار ۰/۸۲، سبک اجتنابی ۰/۸۵ را گزارش کردند که حاکی از اعتبار ابزار است [۱۷]. در ایران روایی سازه این ابزار در پژوهش هاشمی و همکاران با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در زیر مقیاس مسئله مدار ۰/۷۵، مقابله هیجان مدار ۰/۸۲ و مقابله اجتنابی ۰/۷۳ گزارش کردند [۱۸]. در پژوهش حاضر همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای سبک‌های: مساله مدار، هیجان مدار و اجتنابی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۴ و ۰/۹۱ به‌دست آمد

پرسش‌نامه احساس انسجام روانی (Sense of Coherence and Physical Health; SOC II) این ابزار توسط Flensburg-Madsen و همکاران ساخته شد. پرسش‌نامه شامل ۳۵ سؤال به صورت ۳ یا ۵ گزینه‌ای طراحی شده است. این پرسش‌نامه متشکل از سه زیر مقیاس فهم‌پذیری، توانایی مدیریت و معناداری است که در نسخه ترجمه شده زیر مقیاس‌ها مشخص نشده است. نمره ابزار بر اساس مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید. لذا دامنه نمرات از ۳۲ تا ۱۰۵ بوده و نمره بیشتر به معنای احساس انسجام روانی بالاتر است. سازندگان ابزار روایی سازه ابزار را تأیید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند [۱۹]. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش هلاکوئی و همکاران ۰/۸۲ گزارش شده است [۲۰]. در پژوهش حاضر همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای احساس انسجام روانی ۰/۸۷ به‌دست آمد داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ گردید و مورد تحلیل با روش‌های آزمون مجذور کای (در مورد داده‌های جمعیت شناختی)، آزمون آنوا-یک‌طرفه در

چک‌لیست ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: شامل جنسیت، دامنه سنی، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل بود. **پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا (Coping Inventory Stressful Situation; CISS):** پرسش‌نامه مقابله با موقعیت استرس‌زا برای اولین بار توسط Endler و Parker ساخته شده است [۱۷]. این ابزار در ایران توسط اکبرزاده، ترجمه و هنجاریابی و برای سبک‌های مقابله با استرس نوجوانان شهر تهران انجام شده است (به نقل از سیدهاشمی و همکاران) [۱۸]. این آزمون شامل ۴۸ ماده می‌باشد که در هنجار ایرانی شامل ۴۵ ماده است. پاسخ به هر عبارت به روش لیکرت از هرگز تا خیلی زیاد مشخص شده و نمره‌گذاری از این قرار می‌باشد: هرگز: نمره ۱، گاهی: نمره ۲، معمولاً: نمره ۳، بیشتر اوقات: نمره ۴، همیشه: نمره ۵، پس از به دست آوردن نمره هر عبارت، نمرات راهبردهای مقابله با استرس بر اساس گویه‌های مرتبط استخراج می‌گردد. آزمون مقابله با استرس چند زمینه اصلی رفتارهای مقابله‌ای را در بر می‌گیرد که عبارتند از مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی (شامل حاصل جمع گویه‌های: حواس‌پرتی و مشغولیت). در این پرسش‌نامه عامل مسئله‌مدار (گویه‌های: ۱، ۲، ۵، ۹، ۱۴، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۳۳، ۳۶، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۳، ۴۴)، هیجان مدار (گویه‌های: ۶، ۷، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۲۱، ۲۳، ۲۶، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵، ۴۲)، حواس‌پرتی (گویه‌های: ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۷، ۱۹، ۳۷، ۴۱، ۴۵) و مشغولیت اجتماعی (گویه‌های: ۲۷، ۲۹، ۳۲، ۳۴) مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. سبک مقابله‌ای غالب فرد، با توجه به نمره‌های که در آزمون کسب می‌کند مشخص می‌شود، یعنی در هر کدام که نمره بالاتری دریافت نماید، سبک غالب دفاعی فرد را تشکیل می‌دهد. دامنه نمرات در سبک‌های: مساله مدار و هیجان مدار بین ۱۶ الی ۸۰، اجتنابی ۱۳ الی ۶۵

علیرضا منظری توکلی و همکاران

شناختی رفتاری $5/98 \pm 33/50$ ، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $7/54 \pm 35/57$ و کنترل $6/89 \pm 34/50$ سال بود. نتایج آزمون آنوا-یکطرفه نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین سنی گروه‌ها وجود نداشت ($P=0/659$). آزمون مجذور کای اسکور در خصوص جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و دامنه سنی آزمودنی‌های مورد مطالعه نشان داد که بین گروه‌های مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P>0/05$). در ضمن در خصوص میزان مصرف متادون و یا تغییر دارویی در آنان گزارشی نگردید (ملاک خروج از پژوهش)

شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمون و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه گردیده است. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمرات گروه‌های آزمون از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون در متغیر راهبرد مسئله‌مدار و انسجام روانی با افزایش و در متغیرهای راهبردهای هیجان‌مدار و اجتنابی با کاهش روبه‌رو بوده است. البته در گروه کنترل از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون تغییرات چندانی در میانگین نمرات به وجود نیامده است

مورد مقایسه میانگین سنی گروه‌ها انجام شد. همچنین در ابتدا برای ارزیابی فرضیه‌های مطالعه با روش آماری تحلیل کوواریانس پیش‌فرض‌ها آن مورد بررسی قرار گرفت: برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن نمرات متغیرهای وابسته (راهبردهای مدیریت استرس و احساس انسجام‌روانی) از آزمون Kolmogorov-Smirnov استفاده شد که فرض نرمال بودن در گروها تایید گردید ($P>0/05$); پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها با آزمون Levene بررسی شد که این پیش‌فرض نیز مورد تایید قرار گرفت ($P>0/05$); برای بررسی همگنی ماتریس کوواریانس در دو گروه آزمون، از آزمون ام باکس (Box's M) استفاده شد که از لحاظ آماری معنی‌دار نبود که نشان از برقراری مفروضه تساوی ماتریس کوواریانس چندمتغیره داشت ($F=1/07, P=0/374$ و $F=23/84$ = Box's M). از آنجایی که پیش‌فرض‌های مهم تحلیل کوواریانس چندمتغیره برقرار بودند، از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره در سطح معناداری $0/05$ استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه میانگین و انحراف معیار سنی گروه درمان

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات راهبردهای مقابله با استرس و احساس انسجام روانی معتادان تحت درمان با متادون (تعداد هر گروه ۲۰ نفر)

گروه	متغیر	پیش‌آزمون میانگین \pm انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین \pm انحراف معیار
آزمایش ۱ (درمان شناختی رفتاری)	راهبرد مسئله‌مدار	۸/۶۰ \pm ۴۷/۹۰	۱۳/۳۷ \pm ۵۸/۰۵
	راهبرد هیجان‌مدار	۸/۶۹ \pm ۴۸/۵۵	۱۱/۴۹ \pm ۴۲/۶۵
	راهبرد اجتنابی	۸/۱۸ \pm ۳۸/۸۵	۹/۲۵ \pm ۳۴/۶۰
	انسجام روانی	۷/۵۹ \pm ۶۱/۸۵	۱۱/۷۸ \pm ۷۳/۵۰
آزمایش ۱ (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)	راهبرد مسئله‌مدار	۸/۶۵ \pm ۴۸/۷۰	۹/۸۵ \pm ۵۶/۱۰
	راهبرد هیجان‌مدار	۸/۸۴ \pm ۴۷/۶۵	۱۱/۶۰ \pm ۴۳/۱۵
	راهبرد اجتنابی	۷/۴۵ \pm ۳۹/۶۰	۸/۵۷ \pm ۳۵/۳۵
	انسجام روانی	۸/۰۳ \pm ۶۱/۲۰	۱۳/۷۷ \pm ۶۹/۷۰
گروه کنترل	راهبرد مسئله‌مدار	۹/۴۵ \pm ۴۸/۰۵	۹/۶۹ \pm ۴۸/۰۱
	راهبرد هیجان‌مدار	۷/۴۴ \pm ۴۷/۶۰	۹/۹۸ \pm ۴۸/۸۵
	راهبرد اجتنابی	۶/۵۲ \pm ۳۹/۸۰	۸/۴۸ \pm ۳۹/۷۵
	انسجام روانی	۸/۲۸ \pm ۶۲/۶۰	۱۲/۴۸ \pm ۶۱/۴۰

معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می‌دهد که ۳۳ درصد از تفاوت مشاهده شده در دو گروه آزمایشی، مربوط به اثر مداخله‌های آزمایشی است.

نتایج جدول ۳، بیانگر آن است که شاخص لامبدای ویلکز ($F=6/14, P<0/001$) در مورد متغیرهای مورد مطالعه بین گروه‌های آزمون و کنترل تفاوت معنادار است. نتایج مؤید آن است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ نمرات پس‌آزمون مولفه‌های راهبردهای مدیریت استرس و احساس انسجام‌روانی با کنترل مقادیر پیش‌آزمون تفاوت

جدول ۳. خلاصه نتایج آنالیز کوواریانس چندمتغیره تأثیر درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله با استرس و انسجام‌روانی در معتادان تحت درمان با متادون

منبع	مقدار	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلائی	۰/۵۶	۵/۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۸
لامبدای ویلکز	۰/۴۵	۶/۱۴	< ۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۸
اثر هتلینگ	۱/۱۹	۷/۳۱	< ۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۸
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۱۷	۱۴/۸۹	< ۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۹۸

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره در متن چند متغیره در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل در هر سه مؤلفه راهبردهای مقابله با استرس و انسجام‌روانی بین گروه‌های آزمون و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد

($P<0/05$). بیش‌ترین اندازه اثر به ترتیب مربوط به راهبرد اجتنابی (۰/۴۰)، انسجام‌روانی (۰/۱۷)، راهبرد مسئله‌مدار (۰/۱۵) و راهبرد هیجان‌مدار (۰/۱۳) بوده است

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره در متن چند متغیره بر راهبردهای مقابله با استرس و انسجام‌روانی در معتادان تحت درمان با متادون

متغیرها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
راهبرد مسئله‌مدار	۱۱۰۸/۶۵	۲	۵۵۴/۳۲	۴/۶۳	< ۰/۰۱۴	۰/۱۵
راهبرد هیجان‌مدار	۴۲۹/۴۲	۲	۲۱۴/۷۱	۴/۰۹	< ۰/۰۲۲	۰/۱۳
راهبرد اجتنابی	۲۲۱/۵۴	۲	۱۱۰/۷۷	۱۷/۴۰	< ۰/۰۰۱	۰/۴۰
انسجام‌روانی	۱۶۵۲/۸۲	۲	۸۲۶/۴۱	۵/۱۲	< ۰/۰۰۹	۰/۱۷

بحث

نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل تأثیر معناداری بر متغیرهای مورد مطالعه داشته است، البته بین دو روش درمانی نسبت به هم تفاوت معناداری وجود نداشت. درمان شناختی رفتاری بر هر ۴ متغیر مورد مطالعه و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فقط بر راهبرد اجتنابی تأثیر معنادار داشت.

در نهایت برای مشخص شدن تفاوت معناداری بین میانگین نمرات متغیرهای مورد مطالعه در بین گروه‌های آزمایش ۱، ۲ و کنترل از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. بر اساس نتایج به‌دست آمده بین گروه درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری با یکدیگر وجود نداشت. همچنین درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه کنترل بر هر ۴ متغیر وابسته مورد مطالعه تأثیر معناداری داشته ($P<0/026$) در حالی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فقط بر راهبرد اجتنابی تأثیر داشته است ($P<0/001$).

علیرضا منظری توکلی و همکاران

نظر می‌رسد که احساس انسجام‌روانی به عنوان منبعی درونی موجب می‌شود تا شخص جهان و رویدادهای پیرامون خویش را ساختار یافته، قابل مدیریت و معنادار تلقی کند [۲۵]. این در حالی است که افراد برای انجام فرایند خودتنظیمی در ابعاد مختلف زندگی خویش، نیاز به باور و نگرشی مثبت دارند، فرد آموزش دیده درمان شناختی رفتاری با این تفکر که محرک‌ها و رویدادهای بیرونی یا درونی، قابلیت کنترل و اداره شدن دارند و او می‌تواند آن‌ها را به گونه‌ای که در نظر دارد، تحت اختیار و کنترل خویش بگیرد منجر به ارتقای احساس انسجام‌روانی در او می‌گردد

نتایج حاصل از تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبرداجنبی مقابله با استرس با پژوهش Fang و همکاران (۲۰۲۳) که یک مطالعه تحلیل محتوا است [۹] و مطالعه ارجمندینیا و همکاران (۲۰۲۳) [۲۸] هم‌خوانی دارد. در تبیین تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش راهبرد اجتنابی می‌توان با توجه به دیدگاه نظری رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)) چنین بیان کرد [۱۲]، افراد اجتناب کردن را به دو طریق مجزا در زندگی تنظیم می‌کنند، یکی از طریق تلاش برای فکر نکردن به موضوعاتی که ایجاد کننده استرس و ترس در آنان هست (درونی) و دیگری انجام رفتارهای که کناره‌گیری از موقعیت‌های استرس‌زاد در زندگی را به دنبال دارد (بیرونی). درمان پذیرش و تعهد با به‌کارگیری استعاره‌های مناسب، فرد را به این منطق می‌رساند که، فرار از افکار و رفتار ناکارآمد مضرتر است (ناامیدی خلاقانه)، از سوی دیگر از طریق افزایش تمایل بیماران به پذیرش رنج خود و یافتن معنا در آن و تمرکز منطقی (قصد متناقض) بر شرایط کنترل یافته و مدیریت هیجان در آنان راهبرد اجتنابی کاهش می‌یابد [۲۹]. استعاره‌ها ACT با ایجاد بازخورد ارزش‌مند به زندگی منجر به تغییر بازخورد فرد نسبت اجتناب آنان می‌گردد، که از فرد درگیر به فرد نظاره‌گر بیرونی تبدیل می‌شود. درمان پذیرش و تعهد با کمک به مراجع برای پذیرش افکار و باورها خود به عنوان یک فکر (بعد شناختی)، منجر به پذیرش هیجانات و کاهش به‌کارگیری راهبرداجنبی در آنان شده و از سوی دیگر با ارتقاء ارزش‌ها، تحمل رنج ترک اعتیاد در آنان را هموارتر می‌کند

نتایج حاصل از تاثیر درمان شناختی بر راهبردهای مقابله با استرس (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی) این پژوهش با نتایج و مطالعه Magill و همکاران (۲۰۲۳) [۲۱]، باقری و همکاران (۲۰۱۹) [۲۲]، متقی و همکاران (۲۰۲۳) [۲۳] و مطالعه سالاپور و همکاران (۲۰۲۴) که به بررسی تاثیر ذهن‌آگاهی مبتنی بر استرس در بزرگسالان مبتلا به لکنت زبان پرداختند [۲۴] هم‌خوان و همسو می‌باشد. در تبیین تاثیر مداخله درمان شناختی رفتاری بر راهبردهای مدیریت استرس می‌توان با توجه به دیدگاه نظری چنین استنباط کرد که، سازوکار اصلی درگیر در تاثیر درمان شناختی رفتاری بر راهبردهای (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی) به تأثیری است که این درمان بر نگرش، تغییر افکار اتوماتیک منفی، باورهای میانجی و بنیادین فرد دارد دانست. برای مثال فرد معتاد در فرایند ترک با متادن ممکن است این باور بنیادین را داشته باشد که من بدبخت هستم و نمی‌توانم از این شرایط رهاسوم و اسناد (درونی، کلی، پایدار) به خودش دهد که قبلاً بدبخت بودم، حالا هم بدبخت هستم و به آینده هم امیدی نیست [۲۵]. درمان شناختی رفتاری با آموزش شناختی (توجه غیر انتخابی) در مورد موضوع و کمک به بیمار در یافتن نشانه‌های که تأیید می‌کند که فرد به صورت واقعی در همه موارد و همیشه بدبخت محسوب نمی‌شود منجر به بازسازی شناختی در او می‌گردد که در اصل بیمار دنیا را از پنجره جدیدی می‌بیند و تفسیر غیر سوگیرانه نسبت به خود و بیماری‌اش را کنار می‌گذارد. بهبود عمل کرد شناختی فرد تحت درمان، منجر به پاسخ‌های سازگارانه به خودش و شرایطاش می‌شود و این موضوع منجر به به‌کارگیری راهبرد مسئله‌مدار شده و به تبع آن راهبرد هیجان‌مدار در او مدیریت می‌یابد و در نهایت با اجتناب نکردن از شرایط، راهبرد هیجان‌مدار در او تعدیل شده و رفتار مناسب را انجام خواهد داد

نتایج حاصل از تاثیر درمان شناختی رفتاری بر انسجام‌روانی با پژوهش پرنیدی و سیدی (۲۰۲۳) [۲۶] و رضوی‌نژاد و همکاران (۲۰۲۳) [۲۷] هم‌خوانی دارد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان چنین گفت که احساس انسجام‌روانی دارای ارتباط مستقیم با استنباط شناختی فرد دارد. هرچه احساس انسجام‌روانی فرد بالاتر باشد، میزان خطاهای شناختی فرد کمتر و تنظیم هیجان او بالاتر خواهد بود [۲۰]. بر اساس عقیده Antonoski، به نقل از روحی و همکاران به

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده تأثیر آموزش درمانی شناختی رفتاری بر راهبردهای مقابله با استرس (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار، اجتنابی) و احساس انسجام روانی می‌باشد اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فقط بر راهبرد اجتنابی مقابله با استرس تأثیر داشت. این نتایج می‌تواند برای مسئولان و برنامه‌ریزان گروه‌های درمانی مرتبط با معتادان، مدیران، مشاوران، درمان‌گران، متخصصان سلامت مراکز و کلینیک‌های روان‌شناختی مرتبط با ترک اعتیاد با متادون تلویحات کاربردی داشته باشد. بنابراین به مدیریت‌های مراکز مرتبط توصیه می‌گردد با به‌کارگیری متخصصان بهداشت روان، روان‌پرستاران، روان‌شناسان و پرستاران دوره دیده جهت بهبود راهبردهای مدیریت استرس و احساس انسجام روانی معتادان تحت ترک اعتیاد با داروی نگهدارنده متادون با توجه به اقتضای شرایط از درمان شناختی رفتاری برای بهبود راهبردهای مدیریت استرس، انسجام روان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کاهش راهبرد اجتنابی مدیریت استرس استفاده نمایند

سپاسگزاری

پژوهش‌گران این مطالعه مراتب قدردانی خود را از تمامی معتادان تحت درمان با متادون شهر کرمان مشارکت‌کننده در مطالعه و همچنین مسئولین محترم سازمان بهزیستی کرمان به ویژه بخش ترک اعتیاد که شرایط محیطی و امکانات لازم برای حضور و انجام آموزش به مشارکت‌کنندگان را فراهم آوردند، اعلام می‌نمایند.

تضاد منافع

بین نویسندگان این مقاله هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد

نتایج حاصل از عدم تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبرد مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و احساس انسجام روانی با پژوهش رستمی و همکاران (۲۰۲۳) که بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حس انسجام معتادین پرداختند ناهمسو است [۳۰]. مهم‌ترین علت ناهمخوانی این نتیجه را می‌توان به تفاوت جامعه آماری این پژوهش و مطالعات مورد مقایسه را مد نظر داشت، البته برای اظهار نظر قطعی در رابطه با این نتیجه نیاز به تحقیقات با پی‌گیری طولانی‌تر است چون در مواردی از مطالعات درمان پذیرش و تعهد در مرحله پی‌گیری طولانی تأثیرگذار گردیده بوده است [۳۱]

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر را می‌توان به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی، منحصر بودن نمونه‌ها به معتادان تحت درمان با متادون شهر کرمان، استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای جمع‌آوری داده‌ها و عدم امکان برگزاری مرحله پی‌گیری به علت محدودیت زمانی (برای فارغ‌التحصیل شدن یکی از نویسندگان) و کمبود منابع مالی برشمرد، لذا پیش‌نهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در شهرها و فرهنگ‌های دیگر با روش نمونه‌گیری تصادفی (برای کاهش خطای نمونه‌گیری)، مطالعات با پی‌گیری بلندمدت (به منظور بررسی تداوم و ماندگاری تأثیر مداخلات مطرح شده)، ارزیابی گسترده‌تر شاخص‌های جمعیت‌شناختی، بررسی و مقایسه تأثیر درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر رویکردهای روان‌شناختی مانند رفتار درمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی انجام شود تا بتوان بهترین و مناسب‌ترین روش بر اساس کوتاه مدت، کم هزینه، لذت بخش، آموزش آسان، پایداری تأثیر درمان، را با توجه به ظرفیت روان‌شناختی معتادان در فرایند ترک به آنان ارائه داد

References

1. Wang D, Liu X, Chen K, Gu C, Zhao H, Zhang Y, et al. Risks and protection: a qualitative study on the factors for internet addiction among elderly residents in Southwest China communities. *BMC Public Health*. 2024; 24(1):531. DOI:10.1186/s12889-024-17980-6
2. Asi Karakas S, Ersogutcu F. Examination of the relationship between family functionality and styles of coping with stress in individuals with

substance use disorder. *Journal of Substance Use*. 2023; 28(1):79-86. DOI:10.1080/14659891.2021.2010137

3. Landwehr E, Roberts L, Garratt-Reed D, Maxwell-Smith C. Stalkers and substance use: A scoping review. *Aggression and Violent Behavior*. 2024; 77:101927. DOI:https://doi.org/10.1016/j.avb.2024.101927

4. Oancea C, Cernamoriti A, Gherman DM, Popescu FG. Social Insurance Physician Burnout—Stress

- Factors and Coping Strategies. *Medicina*. 2023; 59(3):436.
5. Bargehr B, Fischer von Weikersthal L, Junghans C, Zomorodbakhsch B, Stoll C, Prott FJ, et al. Sense of coherence and its context with demographics, psychological aspects, lifestyle, complementary and alternative medicine and lay aetiology. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*. 2023; 149(11):8393-402. DOI:10.1007/s00432-023-04760-9
 6. Hockin S. *Survivism: An attitude movement with managerial intelligences toward existential change*: Page Publishing Inc; 2023.
 7. Moeini P, Malihi Alzakerini S, Asadi J, Khajvand Khosheli A. The comparison of the effectiveness of metacognitive education and treatment and cognitive-behavioral stress management on feeling of cohesion and depression in the spouses of substance-dependent men. *Research on Addiction*. 2021; 15(59):173-204. DOI:10.52547/etiadpajohi.15.59.173
 8. Jahangiri R, Ghasemi Mutlaq M, Bakhshipour A. Comparing the effectiveness of psychotherapy based on narrative therapy and cognitive behavioral therapy on the possibility of relapse in opioid-dependent patients after detoxification. *Research on Addiction*. 2023; 17(69):161-80. DOI:10.61186/etiadpajohi.17.69.161
 9. Fang S, Ding D. The differences between acceptance and commitment therapy (ACT) and cognitive behavioral therapy: A three-level meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023; 28:149-68. DOI:https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.03.015
 10. Dobson D, Dobson KS. *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*: Guilford publications; 2018.
 11. Javadi S, Golparvar M, Izadi R. Comparison of the effectiveness of three methods of family mode deactivation treatment, cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on quality of life of mothers and aggression of female adolescents with behavioral problems. *Journal of Nursing Education*. 2020; 8(3):79-92.
 12. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*. 2012; 40(7):976-1002. DOI:10.1177/0011000012460836
 13. Robinson L, Delgadillo J, Kellett S. The dose-response effect in routinely delivered psychological therapies: A systematic review. *Psychotherapy Research*. 2020; 30(1):79-96. DOI:10.1080/10503307.2019.1566676
 14. Låver J, McAleavey A, Valaker I, Castonguay LG, Moltu C. Therapists' and patients' experiences of using patients' self-reported data in ongoing psychotherapy processes—A systematic review and meta-analysis of qualitative studies. *Psychotherapy Research*. 2024; 34(3):293-310. DOI:10.1080/10503307.2023.2222896
 15. Ahmadi Roghabadi A, Bagherzadeh Golmakani Z, Akbarzade M, Mansouri A, Khodabakhsh M. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and metacognitive therapy on adaptive and maladaptive strategies of cognitive emotion regulation in patients with substance use disorder undergoing methadone maintenance treatment. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2022; 12(1):60-78. DOI:10.22067/tpccp.2022.70654.1118
 16. Kalbasi R, Hatami M, Seyrafi M, Hakemi M, Sabet M. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and process emotion regulation training in quality of life among hemodialysis patients. *Nurse and Physician within War*. 2020; 8(27):7-15. DOI:10.29252/npwjm.8.27.7. [In Persian]
 17. Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of personality and social psychology*. 1990; 58(5):844
 18. Hashemi SGS, Ahmadabadi ZF, Yaghoubi H, Khanmiri BH, Hashemi SGS. Explaining hypersexual behaviors based on attachment styles, psychological dysregulation, and coping strategies in Iranian adolescents. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2020; 2(23):169-79. DOI:10.30486/jsrp.2020.1892094.2278. [In Persian]
 19. Flensburg-Madsen T, Ventegodt S, Merrick J. Sense of coherence and physical health. A cross-sectional study using a new scale (SOC II). *ScientificWorld Journal*. 2006; 6:2200-11. DOI:10.1100/tsw.2006.350
 20. Holakoie A, Mahmoodi A, Maredpour A.

- Predicting psychological well-being and psychological cohesion based on mindfulness and emotion regulation strategies with the mediating role of resilience of the women on the verge of divorce in isfahan city in 2023: A descriptive study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2024; 22(10):1053-70. DOI:10.61186/jrums.22.10.1053. [In Persian]
21. Magill M, Kiluk BD, Ray LA. Efficacy of cognitive behavioral therapy for alcohol and other drug use disorders: Is a one-size-fits-all approach appropriate? *Substance Abuse and Rehabilitation*. 2023; 14(null):1-11 [DOI:10.2147/SAR.S362864]
 22. Bagheri T, Fatemi MJ, Payandan H, Skandari A, Momeni M. The effects of stress-coping strategies and group cognitive-behavioral therapy on nurse burnout. *Ann Burns Fire Disasters*. 2019; 32(3):184-9. [In Persian]
 23. Mottaghi S, Rahimian Boogar I, Moradi S, Sotodehasl N. The effectiveness of online cognitive-behavioral stress management training on blood glucose control and problems in sexual function of married women with diabetes during the coronavirus pandemic: a quasi-experimental study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2023; 22(4):333-48. [In Persian]
 24. Salehpour A, Yousefi Z, Golparvar M. Comparing the effectiveness of mindfulness-based on stress reduction and acceptance and commitment therapy on emotion regulation dimensions in adults who stutter: a quasi-experimental study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2023; 22(5):494-79. DOI:10.61186/jrums.22.5.494. [In Persian]
 25. Rouhi M, Manzari Tavakoli A, Tajrobehkar M. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on coherent self-knowledge, emotion regulation, and quality of life of hemodialysis patients: a quasi-experimental study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2023; 21(10):1055-70. DOI:10.52547/jrums.21.10.1055. [In Persian]
 26. Parandin S, Seyedi P. The effectiveness of self-regulatory education on psychological cohesion and marital turmoil in families with differences in Kermanshah. *Scientific Journal of Social Psychology*. 2021; 9(59):115-29. [In Persian]
 27. Razavinejhad M, Ziaeirad M, Torkashvand R. The effect of group narrative therapy on the mental coherence in patients with traumatic spinal cord injury. *Journal of Nursing Education*. 2023; 11(3):14-23. DOI:10.22034/ijpn.11.3.2. [In Persian]
 28. Arjamandnia N, Hasanzadeh R, Abbasi G. Effectiveness of emotion regulation strategies treatment on avoidance and arousal behavior in women with post-traumatic stress disorder due to COVID-19. *Journal of Applied Family Therapy*. 2023; 4(5):50-521. DOI:10.22034/aftj.2023.348043.1657. [In Persian]
 29. Hamedi Rostami FZ, Mohammadian Akerdi E, Dehrouyeh S, Andalib Sahnesarace M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on body deformity and psychological well-being in women seeking cosmetic surgery: a quasi-experimental study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2022; 20(12):1323-38. DOI:10.52547/jrums.20.12.1323. [In Persian]
 30. Rostami 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. *Journal of Health Promotion Management*. 2023; 12(6):98-109. DOI:10.22034/jhpm.12.6.98. [In Persian]
 31. Zhao C, Lai L, Zhang L, Cai Z, Ren Z, Shi C, et al. The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients: A meta-analysis with trial sequential analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2021; 140:110304. DOI:https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110304