

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودتنظیمی و خودکارآمدی زنان دارای اعتیاد به

مواد محرک

لیلا عبدالرحیمی نوشاد^۱

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره پنجم، شماره چهل و نهم، آبان ماه ۱۳۹۹، صفحات ۱۲-۱

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۳/۲۷

چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودتنظیمی و خودکارآمدی زنان دارای اعتیاد به مواد محرک انجام شد. پژوهش حاضر در قالب یک طرح نیمه تجربی پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمام زنان دارای اعتیاد به مواد محرک مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد منطقه تبریز در نیمه اول سال ۱۳۹۸ بودند که از این میان ۲۴ نفر با لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوه انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند و سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای) تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت، هر دو گروه در آغاز و پایان درمان با پرسشنامه خودکارآمدی عمومی و پرسشنامه خودتنظیمی بوفارد مورد ارزیابی قرار گرفتند، از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و استنباطی شامل آزمون تحلیل کواریانس توسط نرم‌افزار آماری SPSS-22 برای تجزیه تحلیل اطلاعات استفاده گردید. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بهبود معنادار خودتنظیمی و خودکارآمدی گروه آزمایش همراه است. با توجه به اثربخشی مناسب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودتنظیمی و خودکارآمدی زنان دارای اعتیاد به مواد محرک، پیشنهاد می‌شود از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود وضعیت روان‌شناختی زنان دارای اعتیاد استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد، خودتنظیمی، خودکارآمدی زنان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مواد محرک.

مقدمه

اعتیاد اختلالی با عود مزمن که با رفتارهای تکانشی جستجوی مواد علی‌رغم پیامدهای منفی آن همراه است تعریف شده است (میلتون و اوریت^۱، ۲۰۱۲). در اختلالات اعتیادی نیز عود به‌عنوان برگشت دوباره به مصرف ماده اعتیادآور بعد از یک دوره پرهیز تعریف شده است، عود حتی بعد از سال‌ها پرهیز نیز امکان وقوع دارد به همین دلیل مهم‌ترین مانع درمانی در اختلالات اعتیاد به حساب می‌آید (اوبرین^۲، ۲۰۰۶). با وجود تمام پیشرفت‌هایی که در درمان نشانگان جسمانی ترک صورت گرفته اما هنوز ولع مصرف که مهم‌ترین عامل عود می‌باشد، پیشرفت چندانی در درمان آن صورت نگرفته است که این موضوع در اعتیاد به مواد محرک پررنگ‌تر می‌باشد (فیلیپس، اپستین و پترسون^۳، ۲۰۱۴)، درمان اعتیاد به مواد محرک از چالش‌های بزرگ نظام پزشکی و سلامت و به‌ویژه درمانگران حوزه اعتیاد می‌باشد، درمان اعتیاد به مواد افیونی با رشد درمان‌های نگره‌دارنده مانند متادون، بوپره نورفین و نالتروکسان رشد مناسبی داشته است اما در درمان مواد محرک هنوز درمان نگره‌دارنده‌ای وجود ندارد و تمرکز عمده بر درمان‌های روان‌شناختی می‌باشد (فیلیپس و همکاران، ۲۰۱۴). از طرفی می‌توان مشاهده نمود که امروزه دیگر جنسیت مرد، قشر معتادین را تشکیل نمی‌دهد، زنان نیز متأسفانه به‌سوی این اختلال گرایش پیدا کرده‌اند، متأسفانه جنسیت در آسیب‌های اعتیاد نقش معناداری دارد، زنان در این بین با آسیب‌های بیشتری در مقایسه با مردان روبه‌رو هستند، از وابستگی‌های جسمانی سریع‌تر زنان که بگذریم می‌توانیم با پیامدهای منفی بسیاری مانند خشونت، سوءاستفاده‌های جنسی، بیماری‌های مقاربتی، فرار از خانه و اختلالات روان‌پزشکی محور یک و دو روبه‌رو شویم، جنسیت زنان به‌عنوان موضوعی کمتر پرداخته‌شده در ادبیات اعتیاد به شمار می‌رود، لذا شناخت هر چه بیشتر و بررسی ابعاد گوناگون اعتیاد زنان اهمیتی دوچندان می‌یابد (لواندوفسکی، تراکتنبرگ، دآزردو، دناردی، رواریس^۴ و همکاران، ۲۰۱۶).

یکی از عواملی که در عدم مصرف دوباره و ماندگاری در ترک آن‌ها مؤثر است، خودکارآمدی می‌باشد بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی بندورا، مصرف ماده‌ی مخدر ناشی از الگوگیری فرد از افرادی است که انتظارات مثبتی در زمینه مصرف مواد دارند؛ به‌عبارت‌دیگر، الگوهای موجود در محیط زندگی، فرد را به دلیل مصرف مواد تشویق و تقویت می‌کنند (کادان و لیت^۵، ۲۰۱۱). بسیاری از درمان‌جویان دچار مصرف مواد، الگوهای تفکر خاصی دارند که موجب تداوم اختلال آن‌ها می‌شود و ممکن است مانع ایجاد تغییر شوند. این الگوهای تفکر را باورهای مرتبط با انتظارات، باورهای مرتبط با اجازه مصرف، باورهای انتظار و باورهای فرد درزمینه‌ی مصرف مواد تشکیل می‌دهند. این باورها شامل افکار و ایده‌هایی درباره لذت طلبی، حل مسئله، برجسته بودن و فرار است (مارتینز، تاتوم، گلاس، برنات، فریس^۶ و همکاران، ۲۰۱۰). خودکارآمدی، قضاوت شخصی فرد از توانایی‌های خود برای سازماندهی و انجام یک فعالیت می‌باشد. حس خودکارآمدی بالا باعث تلاش، مقاومت و انعطاف بیشتری می‌شود؛ همچنین در مقدار استرس و اضطرابی که افراد هنگام اجرای یک فعالیت تجربه می‌کنند تأثیر دارد و بر طبق نظریه شناختی اجتماعی، قضاوت

1. Milton & Everitt

2. O'Brien

3. Phillips, Epstein & Preston

4. Levandowski, Tractenberg, de Azeredo, De Nardi, Rovaris

5. Kadden & Litt

6. Martinez, Tatum, Glass, Bernath, Ferris

افراد از توانایی‌هایشان برای موفقیت در یک تکلیف خاص به‌طور قوی برانگیزش و رفتار انسانی تأثیر دارد (دولان، مارتین و روسنوو^۱، ۲۰۰۸). عملکرد افراد به‌شدت متأثر از عقاید خودکارآمدی آنان است. یک فرد توانمند ممکن است به دلیل عدم اعتماد به توانایی و شایستگی خود از توانایی خود به‌نحو مطلوبی استفاده نکند؛ بنابراین هم مهارت و هم باورهای خودکارآمدی جهت تدوین برنامه‌های ترک اعتیاد موردنیاز می‌باشد و از عوامل مهم درمانی در فرایند اعتیاد می‌باشد (امیر افضلی و شیرازی، ۱۳۹۴؛ دهقانی، قاسمی، صفری، ابراهیمی، اعتمادی، ۱۳۹۲).

از دیگر عوامل مهم در فرایند اعتیاد، خودتنظیمی می‌باشد (کاری، غفاری، موسی‌زاده، ۱۳۹۳). خودتنظیمی فرایندی است که طی آن فرد رفتار خود را پیش نموده، مطابق با استانداردها، اهداف و معیارهایی که دارد در مورد رفتار خود قضاوت کرده و با توجه به نتیجه قضاوت، رفتار خود را تنظیم می‌نماید. خودتنظیمی در بهبود و کنترل سلامتی اهمیت دارد. افراد به‌طور پیوسته از طریق رفتار خود هدایت می‌شوند؛ بنابراین، پیش و تنظیم درست رفتار در راستای رسیدن به سلامتی می‌تواند مؤثر باشد و کمبود آن منجر به بروز مشکلات بهداشتی گردد. انسان‌ها رفتار خود را از طریق کنترل و تنظیم اهداف چالش‌برانگیز خود و پس‌از آن بسیج منابع و تلاش برای انجام آن‌ها، هدایت می‌کنند (مکدونالد و پالفای^۲، ۲۰۰۸). خودتنظیمی پایین می‌تواند در اعتیاد به مصرف داروها و الکل دخیل باشد و در واقع یکی از مهم‌ترین علل آن در نظر گرفته می‌شود، زیرا خودداری از مصرف مواد بعد از اینکه فرد جریان تنظیم مصرف را تثبیت کرد، بسیار مشکل است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد وابسته به مواد نسبت به دیگر افراد از خودتنظیمی پایین‌تری برخوردار هستند (کول، لوگان و والکیر^۳، ۲۰۱۱؛ کاری و همکاران، ۱۳۹۳). خودتنظیمی پایین فرد را در جهت مقابله با مصرف مواد آسیب‌پذیر می‌سازد؛ زیرا افرادی که از خودتنظیمی ضعیفی برخوردارند، فاقد مهارت‌های لازم برای تنظیم هیجانات خود هستند و برای تنظیم رفتارهای هیجانی خود عمدتاً بر ساختارهای بیرونی تکیه می‌کنند. افرادی که می‌توانند رفتار خود را تنظیم نمایند، وابستگی کمتری به مواد پیدا می‌کنند (کاری و همکاران، ۱۳۹۳). ورد جوگارسیا، ریواس، ویلار و پرز^۴ (۲۰۰۷) معتقدند، افرادی که به انواع مواد وابستگی دارند اغلب علائم پردازش هیجان معیوب، خودتنظیمی و تصمیم‌گیری پایینی از خود به نمایش می‌گذارند و مهارت‌های خودتنظیمی هیجانی پایین با رفتارهای خطرناک مانند مصرف سیگار رابطه معناداری دارد و خودتنظیمی شناختی پایین منجر به افزایش ارزیابی نادرست شناختی رفتارهای خطرناک می‌شود.

خودتنظیمی و خودکارآمدی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر عملکرد هستند که می‌توانند بر عملکرد و انگیزه روانی فرد مبتلا بیشترین تأثیر را داشته باشد و به افزایش بهره‌وری کمک کند. به‌طور کل، از همین رو در سال‌های اخیر به تقویت و بهبود این متغیرها در افراد دارای اعتیاد به‌عنوان یکی از پیش‌آگهی‌های درمان نگاه شده است (میلر و رالینیک^۵، ۲۰۰۲). در این در میان انواع رویکردهای درمانی روان‌شناختی، در بین نسل سوم روان‌درمانی‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۶ توجه زیادی را به خود جلب نموده است

1. Dolan, Martin & Rohsenow

2. Macdonald & Palfai

3. Cole, Logan, Walker

4. Verdejo-García, Rivas, Vilar & Pérez

5. Miller & Rollnick

6. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

(هیز، پیستوریلو و لوین^۱، ۲۰۱۲). ACT بر روی یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی مبتنی است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. ACT شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود این شش فرایند عبارت‌اند از پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد (بومیستر، سیفرت، نوسزین، لوکینگ و ابرت^۲، ۲۰۱۵). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش پیدا کند. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت، در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد، در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند، چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی (مانند ربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است؛ پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). این درمان در طیف وسیعی از اختلالات روان‌پزشکی و بیماری‌های پزشکی از برای کاهش مشکلات روان‌شناختی استفاده شده است (گراهام، گیلاندرز، استارت و گوئیسک^۳، ۲۰۱۴).

با توجه به مطالب ارائه شده که نشان‌دهنده نقش خودتنظیمی و خودکارآمدی به‌عنوان عوامل مهم در تشدید و درمان اعتیاد می‌باشند و همچنین افت محسوس این افراد در این حوزه‌های روان‌شناختی و توجه هر چه بیشتر به مداخلات روان‌شناختی در اعتیاد با توجه به عود بالای این اختلال و همچنین لزوم بررسی کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حوزه‌های روان‌شناختی افراد مبتلابه اعتیاد که مختل شده‌اند، پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودتنظیمی و خودکارآمدی زنان دارای اعتیاد به مواد محرک تأثیر دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر در قالب یک شبه آزمایشی می‌باشد که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمام زنان دارای اعتیاد به مواد محرک مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد تبریز در نیمه اول سال ۱۳۹۸ بودند که از این میان ۲۴ نفر با لحاظ کردن ملاک‌های ورود شامل عدم بیماری جسمی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، گذراندن دوره سم‌زدایی و دارای سابقه مصرف انواع مواد محرک با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به شیوه انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند و سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای) تحت درمان ACT توسط دو درمانگر کارشناس ارشد روانشناسی بالینی قرار گرفت (خلاصه پروتکل درمان در جدول ۱ آمده است). در این مدت گروه کنترل

1. Hayes, Pistorello & Levin

2. Baumeister, Seiffert, Nowoczin, Luking & Ebert

3. Graham, Gillanders, Stuart & Gouick

هیچ‌گونه مداخله‌ی روان‌شناختی را دریافت نکرد، هر دو گروه در آغاز و پایان درمان مورد ارزیابی قرار گرفتند، لازم به ذکر است. از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و استنباطی شامل آزمون تحلیل واریانس مختلط توسط نرم‌افزار آماری SPSS-22 برای تجزیه تحلیل اطلاعات استفاده گردید.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی: این ابزار یک پرسشنامه شناخته‌شده و معتبر است که بارها در سراسر جهان و ایران مورد استفاده قرار گرفته و روایی و اعتبار آن مورد تأیید متخصصان است. حسینی نسب، احمدیان و روان‌بخش (۱۳۸۷) روایی این پرسشنامه را از طریق روایی محتوا و نظر متخصصان و اعتبار این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۲ گزارش کردند. روایی ملاکی آن نیز از طریق همبستگی با «مسند مهار گذاری درونی راتر» برابر با $r = 0.34$ به دست آمده که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. این پرسشنامه شامل ۱۷ سؤال است و پاسخ‌ها به صورت پنج گزینه‌ای و با استفاده از مقیاس لیکرت کاملاً مخالف تا کاملاً موافق انجام می‌شود. نمرات این پرسشنامه نیز بین ۱۷ تا ۸۵ است.

پرسشنامه خودتنظیمی بوفارد: این پرسش‌نامه توسط بوفارد و همکارانش (۱۹۹۵) به نقل از کدیور، (۱۳۸۰) بر اساس نظریه شناختی بندورا طراحی شده و توسط کدیور در ایران هنجاریابی شده است. سؤال‌ها در مقیاس لیکرت بوده و دو خرده مقیاس راهبردهای شناختی و فراشناختی داشته است. برای تعیین روایی سازه آن نتایج تحلیل عاملی نشان داده است که این ابزار قادر است ۰/۵۲ از واریانس خودتنظیمی را تبیین نماید. همچنین کدیور (۱۳۸۰) ضریب پایایی کلی پرسش‌نامه را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش کرده است. پایایی خرده مقیاس راهبردهای شناختی ۰/۷۰ و خرده مقیاس راهبردهای فراشناختی ۰/۶۸ بوده است.

روش اجرا

پس از آنکه آزمودنی‌ها با انتخاب و در دو گروه قرار داده شدند، در جلسه‌ای منطبق و فرایند درمان توضیح داده شده و از افراد گروه آزمایش تعهدنامه‌ی مبنی بر شرکت کامل در جلسات و پایبندی به درمان اخذ گردید، سپس ارزیابی پیش‌آزمون برای هر دو گروه اجرا گردید و گروه آزمایش تحت ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (خلاصه از پروتکل استفاده‌شده در جدول ۱ ارائه شده است) قرار گرفتند، در مرحله پس‌آزمون نیز هر دو گروه مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جدول ۱. پروتکل اجرایی جلسات ACT

جلسه اول	آشنایی و معارفه‌ی اعضای گروه؛ بیان انتظارات از جلسه درمانی؛ بیان اصل رازداری؛ اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	ایجاد امید و انتظار درمان؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار؛ ارائه‌ی تکلیف در زمینه‌ی پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری
جلسه سوم	بررسی تکالیف؛ آموزش و شناخت هیجان‌ها و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات و تفکر غیر قضاوتی؛ ارائه‌ی تکلیف
جلسه چهارم	بررسی تکالیف؛ ارائه‌ی تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارائه‌ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ ارائه‌ی تکالیف
جلسه پنجم	بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی؛ ارائه‌ی تکنیک ذهن آگاه بودن؛ ارائه‌ی تکلیف
جلسه ششم	آموزش تعهد به عمل؛ ارائه‌ی تکنیک توجه انتخابی برای افکار خودآیند منفی؛ ارائه‌ی تکلیف
جلسه هفتم	جستجوی مسائل حل‌نشده؛ شناسایی طرح‌های رفتاری و تعهد برای عمل؛ ایجاد توانایی عمل در بین گزینه‌ها
جلسه هشتم	بررسی تکالیف؛ جمع‌بندی مطالب؛ ارائه‌ی بازخورد به اعضای گروه، قدردانی؛ اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

دامنه‌ی سنی گروه آزمایش با میانگین ۲۶/۵۴ و انحراف استاندارد ۵/۶۰ بود و در گروه کنترل نیز دامنه‌ی سنی با میانگین ۲۸/۲۹ و انحراف استاندارد ۶/۳۲ بود. هر دو گروه سابقه مصرف مواد محرک شامل کواکین و امفتاین در یک سال گذشته بودند، برای بررسی اثربخشی مداخله از تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس لازم است نرمال بودن توزیع داده‌ها، همسانی واریانس، همبستگی متعارف متغیر مستقل و همپراش و همگنی شیب خطوط رگرسیون مورد بررسی قرار گیرد.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیر خودتنظیمی و خودکارآمدی

زمان اندازه‌گیری	گروه	تعداد آزمودنی‌ها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	کالموگروف-اسمیرنوف	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	آزمایش	۲۰	۲۵/۳۰	۶/۵۲	-۰/۰۶۷	-۱/۵۹۱	۰/۷۸۳	۰/۶۱۲
	کنترل	۲۰	۲۴/۸۸	۴/۷۳	۰/۶۱۲	-۰/۲۱۳	۰/۵۴۸	۰/۹۱۷
	آزمایش	۲۰	۳۱/۶۵	۵/۶۳	-۰/۳۴۷	-۱/۲۴۴	۰/۶۴۰	۰/۸۶۹
	کنترل	۲۰	۲۵/۰۷	۶/۵۷	۰/۴۷۳	-۱/۱۳۸	۰/۷۷۰	۰/۶۵۱
پس‌آزمون	آزمایش	۲۰	۲۷/۹۰	۵/۰۹	-۰/۱۹۲	-۱/۰۹۹	۰/۶۳۳	۰/۸۱۸
	کنترل	۲۰	۲۸/۲۵	۶/۶۱	۰/۱۲۷	-۱/۰۰۷	۰/۴۲۰	۰/۹۹۴
	آزمایش	۲۰	۳۵/۰۵	۶/۰۲	-۰/۳۷۵	-۰/۹۰۹	۰/۶۴۶	۰/۷۹۸
	کنترل	۲۰	۲۹/۳۰	۶/۳۲	-۰/۴۶۹	-۰/۸۹۸	۰/۷۶۵	۰/۶۰۳

جدول ۱ آماره‌های توصیفی مرتبط با متغیر خودتنظیمی و خودکارآمدی را در دو گروه نشان می‌دهد. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف نیز نشان می‌دهد توزیع متغیر خودتنظیمی و خودکارآمدی در دو گروه نرمال است.

جدول ۲. بررسی مفروضه‌های همبستگی متغیر مستقل و همپراش و همگنی بودن شیب‌های رگرسیون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
متغیر وابسته: خودتنظیمی	پیش‌آزمون	۷۲۳/۳۴۰	۱	۷۲۳/۳۴۰	۲۴/۵۳۸	۰/۰۰۰
	تعامل گروه×پیش‌آزمون	۹۸۷/۰۳	۱	۹۸۷/۰۳	۲/۰۵۲	۰/۱۱۷
	خطا	۴۳۶/۲۸۴	۳۷	۱۴/۹۱۶		
متغیر وابسته: خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۴۷۱/۷۴۶	۱	۴۷۱/۷۴۶	۱۵/۸۹۵	۰/۰۰۰
	تعامل گروه×پیش‌آزمون	۱۳۷/۵۰۶	۱	۱۳۷/۵۰۶	۳/۳۸۲	۰/۰۷۳
	خطا	۳۷۷/۶۴۰	۳۷	۹/۷۴۷		

سطح معنی‌داری آزمون لوین به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها، معنی‌دار نشده، بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. سطح معنی‌داری مربوط به اثر پیش‌آزمون معنی‌دار شده است؛ براین اساس می‌توان گفت پیش‌فرض همبستگی متغیر مستقل و همپراش نیز رعایت شده است. سطح معنی‌داری مربوط به تعامل گروه و پیش‌آزمون معنی‌دار نشده است؛ و این نتیجه بدان معنی است که مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار است.

جدول ۳. آزمون اثرات بین آزمودنی (متغیر وابسته: خودتنظیمی)

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
خودتنظیمی	پیش آزمون	۱	۱۰۵۹/۴۷۲	۳۲/۸۶۴	۰/۰۰۰	۰/۵۱۲
	گروه	۱	۶۷۵/۲۵۲	۱۶/۴۹۲	۰/۰۰۰	۰/۳۴۴
	خطا	۳۷	۱۴۸/۵۳۶	۴/۰۶۲		
خودکارآمدی	پیش آزمون	۱	۵۴۴/۱۹۵	۱۷/۵۳۲	۰/۰۰۰	۰/۳۱۹
	گروه	۱	۹۶۸/۷۵۶	۳۰/۲۰۹	۰/۰۰۰	۰/۴۸۸
	خطا	۳۷	۳۱۲/۱۹۱	۱۱/۷۴۲		

نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی نشان می‌دهد پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، مقدار F مربوط به گروه معنی‌دار شده است؛ به عبارت دیگر پس از خارج کردن اثرات پیش‌آزمون، اختلاف معنی‌داری بین نمرات کل آزمودنی‌ها در پس‌آزمون وجود داشته است و ۰/۳۴ درصد واریانس متغیر خودتنظیمی و ۰/۴۸ درصد واریانس متغیر خودکارآمدی توسط گروه‌های آزمودنی تبیین می‌شود.

جدول ۴. مقایسه نمره خودتنظیمی و خودکارآمدی آزمودنی‌ها در دو گروه

متغیر	(I) گروه	(J) گروه	اختلاف میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی داری	فاصله اطمینان ۹۵٪
خودتنظیمی	آزمایش	کنترل	۶/۳۵۰***	۲/۰۸۱	۰/۰۰۰	حد بالا: ۰/۶۷۲، حد پایین: ۷/۱۱۲
خودکارآمدی	آزمایش	کنترل	۵/۸۶۹**	۱/۸۲۳	۰/۰۰۳	حد بالا: ۲/۱۷۶، حد پایین: ۷/۵۶۱

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمره خودتنظیمی و خودکارآمدی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش با میانگین نمره خودتنظیمی و خودکارآمدی گروه کنترل معنی‌دار است؛ بنابراین می‌توان گفت مداخله پژوهش حاضر به صورت معناداری در خودتنظیمی و خودکارآمدی زنان دارای سابقه مصرف مواد محرک مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی معناداری در بهبود خودتنظیمی و خودکارآمدی زنان دارای اعتیاد به مواد محرک دارد، این نتایج همسو با یافته‌های موزی، آتیه مغانلو، آتیه مغانلو و پیشوایی^۱ (۲۰۱۵)، موفیت و موهر^۲ (۲۰۱۵)، برکرات، مینکاواسگار، بارهام و هادزیپادلویچ^۳ (۲۰۱۶)، نوریان، آقای، قربانی (۱۳۹۴) می‌باشد.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که افکار فرآورده یک ذهن طبیعی‌اند. آنچه افکار را تبدیل به باور می‌کند، آمیخته شدن فرد به محتوای افکار است و حاصل این آمیختگی، باورهای ناکارآمدی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق مداخلات مربوط به گسلش شناختی در پی آن است که به مراجعان کمک کند تا به‌طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی‌شان نباشند و در عوض، شیوه‌هایی برای تعامل مؤثرتر با دنیایی که مستقیماً تجربه می‌شود، بیابند (کلارک، کینگستون، ویلسون،

1. Moazzezi, Ataie Moghanloo, Ataie Moghanloo & Pishvaei

2. Moffitt & Mohr

3. Burckhardt, Manicavasagar, Batterham & Hadzi-Pavlovic

بولدرستون و رمنگتون^۱، ۲۰۱۲). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مداخلات مربوط به گسلش شناختی شامل تمریناتی می‌شود که معنای لفظی رویدادهای درونی را می‌شکنند. هدف این تمرینات آن است که به مراجعان بیاموزد افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و احساسات بدنی را تنها احساسات بدنی ببینند. هیچ‌یک از این رویدادهای درونی هنگامی که تجربه می‌شوند، ذاتاً برای سلامتی انسان مضر نیستند. آسیب‌زا بودن آن‌ها از این ناشی می‌شود که آن‌ها، تجارب آسیب‌زا، ناسالم و بدی دیده می‌شوند که آنچه را که ادعا می‌کنند، هستند و بنابراین باید کنترل و حذف شوند (تویگ^۲، ۲۰۱۲). تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آمیختگی شناختی تأکید زیادی دارند. وقتی که آمیختگی شناختی کاهش یابد، یعنی گسلش شناختی رخ داده و فرد از محتوای افکار گسلیده شده است و به این معنی است که فرد توانسته یک فکر را فقط یک فکر ببیند (پذیرش) و نه یک حقیقت و در نتیجه طبق آن فکر عمل نمی‌کند (گسلش). تمرینات گسلش به مراجع کمک می‌کند که با باورهای خودکارآمدی به شیوه متفاوت تعامل داشته باشد که باعث افزایش خزانه رفتاری مراجع می‌شود. هنگامی که مراجع با وجود افکار، مطابق آن‌ها رفتار نمی‌کند و رفتاری را در راستای ارزش‌های فردی‌اش (نه افکار) انجام می‌دهد (نوریان، ۱۳۹۴). کسانی که اطمینان کمتری به توانایی خود در انجام رفتارهایی مانند پرهیز از مواد دارند، ممکن است در برای تغییر فرایند اعتیاد خود دچار مشکلاتی شوند و از بابت احتمال تغییر احساس ناامیدی کنند. برای اینکه فرد وابسته به مصرف مواد از مرحله عزم و آمادگی به مرحله اقدام و ابقاء برسد، باید خودکارآمدی و اطمینان به خود، در او تقویت شود. یکی از مراحل مهم در اکثریت مشاوره‌ها، به‌خصوص مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر عهده گرفتن مسئولیت درمان توسط مراجع می‌باشد. خودکارآمدی به نحوی پاسخ به این سوال است که آیا من می‌توانم از عهده انجام کار برآیم یا نه. مشاوره پذیرش و تعهد با دادن تکالیف مناسب و کار روی ارزش‌ها می‌تواند خودکارآمدی را در افراد افزایش می‌دهد (خدا یاری فرد، حجازی، حسینی نژاد، ۱۳۹۴). مؤلفه‌های درمانی ACT پیش‌بینی کننده رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت می‌باشد، پذیرش، بحث‌های غیرمنطقی را به سمت بازگشایی در خلوص و تغییرات اساسی هدایت می‌نماید و فضایی را برای فرد مهیا می‌کند تا افکار و احساساتشان را بدون تلاش برای تغییر بپذیرند و بتوانند بدون قضاوت به تفکر پردازند، احساس کنند و تعارضات خود را کاهش دهند. در تبیین نتایج به‌دست آمده می‌توان اضافه کرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند پردازند. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به‌علاوه بر تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود، عدم قضاوت و انعطاف‌پذیری می‌تواند در فرایند بهبودی به اشکال مختلفی مفید واقع گردد (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). خودتنظیمی فرایندی است که در آن از طریق تغییر و بهبود ساختار و اجرا شناختی، رفتاری، هیجانی و زیستی فرد به سوی بهبود عملکرد و بازده هدایت می‌شود. در فرایند خودتنظیمی با بهبود اجرا انگیزشی در فرد روبه‌رو هستیم، به صورتی که فرد از انگیزش‌های بیرونی که محیط برای وی فراهم می‌آورد به سمت انگیزش‌های درونی رو می‌آورد و منجر به خودانگیزخته

1. Clarke, Kingston, Wilson, Bolderston & Remington

2. Twohig

شدن کارها و مدیریت درونی می‌شود، همچنین با بهبود توانایی‌های شناختی مانند توانایی برنامه‌ریزی، حل مسئله، یادگیری، دنبال کردن اهداف کوچک و در نهایت رسیدن به هدف بزرگ می‌تواند منجر به بهبود خودتنظیمی شود، چراکه خودتنظیمی نیازمند عملکرد مناسب توانمندی‌های شناختی مان می‌باشد (راب، فرس و بهر^۱، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودتنظیمی و خودکارآمدی زنان دارای اعتیاد به مواد محرک با اثربخشی معناداری همراه است، با توجه به تأثیرات مهم خودتنظیمی و خودکارآمدی در فرایند بهبود و همچنین تشدید اعتیاد، پیشنهاد می‌شود از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود خودتنظیمی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به اعتیاد استفاده گردد از محدودیت پژوهش حاضر می‌توان به عدم مرحله پیگیری، تک جنسیتی بودن نمونه‌ها و ابزار خودگزارشی داده‌ها اشاره نمود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش آتی موردبررسی قرار گیرد.

منابع

- امیرافضلی، زهرا؛ شیرازی، محمود (۱۳۹۵). نقش سلامت معنوی، خودکارآمدی و استعداد اعتیاد برای پیش بینی افراد معتاد و غیر معتاد. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی، ۱۰ (۳۹)، ۷۹-۹۳.
- حسینی نسب، سید داوود؛ احمدیان، فاطمه؛ روان بخش، محمدحسین (۱۳۸۷). بررسی رابطه شیوه‌های فرزندپروری با خودکارآمدی و سلامت روانی دانش آموزان. مطالعات تربیتی و روان شناسی، ۹ (۱)، ۲۱-۳۷.
- خدایاری فرد، محمد؛ حجازی، الهه؛ حسینی نژاد، محمد (۱۳۹۴). اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودکارآمدی و رضایت زناشویی زنان وابسته به سوء مصرف مواد دارای همسر و فرزند. فصل نامه پژوهش های کاربردی روان‌شناختی، ۶ (۲)، ۶۱-۷۵.
- دهقانی، سمیره؛ قاسمی، حامد؛ صفری، سعیده؛ ابراهیمی، علی اکبر؛ اعتمادی، عذرا (۱۳۹۲). اثربخشی جلسات گروهی مصاحبه انگیزشی بر ارتقاء عزت نفس و خودکارآمدی زنان معتاد. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی، ۷ (۲۶)، ۱۴۵-۱۵۸.
- کاری، فریده؛ غفاری، عذرا؛ موسی زاده، توکل (۱۳۹۳). مقایسه ادراک خود، خود-تنظیمی هیجانی و سبک‌های دلبستگی افراد وابسته به مواد مخدر و بهنجار. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی، ۳۲ (۳۲)، ۱۰۵-۱۱۷.
- کدیور، پروین (۱۳۸۲). بررسی سهم باورهای خودکارآمدی، خودگردانی، هوش و پیشرفت درسی دانش آموزان به‌منظور الگویی برای یادگیری بهینه. مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی، ۱۰ (۴)، ۴۶-۵۴.
- نوریان، لیلی؛ آقایی، اصغر؛ قربانی، مریم (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در زنان مبتلا به چاقی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۵ (۱۲۳)، ۱۵۹-۱۶۹.

1. Raabe, Frese & Beehr

- Baumeister, H., Seiffert, H., Lin, J., Nowoczin, L., Luking, M., & Ebert, D. (2015). Impact of an Acceptance Facilitating Intervention on Patients' Acceptance of Internet-based Pain Interventions: A Randomized Controlled Trial. *Clin J Pain*, 31(6), 528-535. doi:10.1097/ajp.000000000000118
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J., & Hadzi-Pavlovic, D. (2016). A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *Journal of School Psychology*, 57, 41-52. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jsp.2016.05.008
- Clarke, S., Kingston, J., Wilson, K. G., Bolderston, H., & Remington, B. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for a Heterogeneous Group of Treatment-Resistant Clients: A Treatment Development Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 560-572. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.03.001
- Cole, J., Logan, T. K., Walker, R. (2011). Social exclusion, Personal control, Selfregulation, and Stress among Substance Abuse Treatment Clients. *Drug and Alcohol Dependence*, 113(1), 13-20.
- Dolan, S. L., Martin, R. A., & Rohsenow, D. J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*, 33(5), 675-688. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.12.001
- Graham, C. D., Gillanders, D., Stuart, S., & Gouick, J. (2014). An Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-Based Intervention for an Adult Experiencing Post-Stroke Anxiety and Medically Unexplained Symptoms. *Clinical Case Studies*, 14(2), 83-97. Doi: 10.1177/1534650114539386
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002. Doi: 10.1177/0011000012460836
- Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2013). A Randomized Clinical Trial Comparing an Acceptance Based Behavior Therapy to Applied Relaxation for Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), 761-773. <http://doi.org/10.1037/a0032871>
- Levandowski, M. L., Tractenberg, S. G., de Azeredo, L. A., De Nardi, T., Rovaris, D. L., Bau, C. H. D.,... Grassi-Oliveira, R. (2016). Crack cocaine addiction, early life stress and accelerated cellular aging among women. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 71, 83-89. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2016.06.009
- Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addict Behav*, 36(12), 1120-1126. doi:10.1016/j.addbeh.2011.07.032
- Macdonald, A., & Palfai, T. (2008). Predictors of exercise behavior among university student women: Utility of a goal-systems/self-regulation theory framework. *Personality and Individual Differences*, 44(4), 921-931. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2007.10.024

- Martinez, E., Tatum, K. L., Glass, M., Bernath, A., Ferris, D., Reynolds, P., & Schnoll, R. A. (2010). Correlates of smoking cessation self-efficacy in a community sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 35(2), 175-178. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.09.016>
- Miller, W. R & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. New York: Guilford.
- Milton, A. L., & Everitt, B. J. (2012). The persistence of maladaptive memory: Addiction, drug memories and anti-relapse treatments. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(4), 1119-1139.
- Moazzezi, M., Ataie Moghanloo, V., Ataie Moghanloo, R., & Pishvaei, M. (2015). Impact of Acceptance and Commitment Therapy on Perceived Stress and Special Health Self-Efficacy in Seven to Fifteen-Year-Old Children with Diabetes Mellitus. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(2), 956. Doi:10.17795/ijpbs956
- Moffitt, R., & Mohr, P. (2015). The efficacy of a self-managed Acceptance and Commitment Therapy intervention DVD for physical activity initiation. *Br J Health Psychol*, 20(1), 115-129. doi:10.1111/bjhp.12098
- O'Brien, C. (2006). Drug addiction and drug abuse. In L. L. Brunton, J. S. Lazo, & K. L. Parker (Eds.), *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics* (pp. 607-627)., 11th ed. New York: McGraw-Hill.
- Phillips, K. A., Epstein, D. H., & Preston, K. L. (2014). Psycho stimulant addiction treatment. *Neuropharmacology*, 87, 150-160.
- Raabe, B., Frese, M., & Beehr, T. A. (2007). Action regulation theory and career self-management. *Journal of Vocational Behavior*, 70(2), 297-311. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jvb.2006.10.005>
- Twohig, M. P. (2012). Acceptance and Commitment Therapy: Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 499-507. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.04.003>
- Verdejo-García, A., Rivas-Pérez, C., Vilar-López, R., & Pérez-García, M. (2007). Strategic self-regulation, decision-making and emotion processing in poly-substance abusers in their first year of abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(2-3), 139-146. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.024>

Effectiveness of Acceptance-Commitment Therapy on self-regulation and self-efficacy among women with addictions to stimulants

Abstract

This study aimed to evaluate the Effectiveness of Acceptance-Commitment Therapy on self-regulation and self-efficacy among women with addictions to stimulants. This quasi-experimental study using pre-test and post-test with control group. The study population included all women with addictions to stimulants referred to addiction clinic in the first half of 2016 were 17 zones of Tehran. Among which 24 persons including entry and exit criteria for the study were selected sampling, and the method of random assignment experimental and control groups were. And the experimental group for 8 sessions (90-minute) treatment was Acceptance-Commitment Therapy. Both at the beginning and end of treatment with General Self-Efficacy Scale and a self-regulated boufard were evaluated. Descriptive statistics such as mean and standard deviation and inferential analysis of covariance by statistical software SPSS-22 was used to analyze the information. The results showed that treatment Acceptance-Commitment Therapy associated with a significant improvement of self-regulation and self-efficacy in test group. Considering the effectiveness of appropriate treatment Acceptance-Commitment Therapy on self-regulation and self-efficacy women with addictions to stimulants, It is suggested based on acceptance and commitment therapy to improve the psychological situation of women with drug use.

Keywords: Addiction, self-regulation, self-efficacy, women, Acceptance-Commitment Therapy, stimulants

