

## اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در انعطاف‌پذیری روانی و سرمایه‌های روان‌شناختی همسران افراد تحت درمان متادون

مریم یآوری<sup>۱</sup>، محمود نجفی<sup>۲</sup>، سید موسی طباطبایی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۳/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۲۸

### چکیده

**هدف:** همسران افراد معتاد به علت مشکلاتی که در زندگی‌شان تجربه می‌کنند در معرض آسیب‌های روانی بسیاری قرار دارند، لذا نیازمند آموزش‌هایی در جهت مقابله با این شرایط می‌باشند؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در انعطاف‌پذیری روانی و سرمایه‌های روان‌شناختی همسران افراد تحت درمان متادون بود. **روش:** روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی همسران افراد تحت درمان متادون در کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر سمنان بود که ۳۰ نفر از آن‌ها به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در مرحله پیش‌آزمون هر دو گروه به پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری، امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری روانی پاسخ دادند، سپس گروه آزمایش تحت هشت جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته و در نهایت از شرکت‌کنندگان پس‌آزمون و یک پیگیری ۲ ماهه گرفته شد. **یافته‌ها:** نتایج به دست آمده از تحلیل کواریانس حاکی از اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانی و سرمایه‌های روان‌شناختی (امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی) در گروه آزمایش در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پیگیری بود ( $p < 0/05$ ). **نتیجه‌گیری:** نتایج فوق نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به بهبود قابلیت‌های روان‌شناختی همسران افراد معتاد شده و می‌توان از این شیوه درمانی در کنار سایر درمان‌ها استفاده نمود.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روانی، سرمایه‌های روان‌شناختی، اعتیاد،

متادون

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران، پست الکترونیک:

m\_najafi@semnan.ac.ir

۳. استادیار گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه پیام‌نور، سمنان، ایران

## مقدمه

اعتیاد یکی از مشکلات سلامت عمومی در جهان به شمار می‌رود (دلی و مارلات، ۲۰۰۵)؛ که بنا بر تعریف آخرین ویرایش راهنمای روان پزشکی آمریکا، یک الگوی بیمارگون رفتارهای مرتبط با مصرف مواد در نتیجه مصرف پایایی یک ماده طبیعی یا مصنوعی تعریف می‌شود؛ به طوری که شخص از نظر جسمانی و روانی به آن ماده وابسته می‌شود (راهنمای روان پزشکی آمریکا، ۱۳۹۵). اعتیاد به عنوان یک اختلال مزمن و برگشت پذیر، علاوه بر تأثیرات عمیق اجتماعی، روان شناختی، جسمی و اقتصادی برای شخص مصرف کننده، فشار روانی زیادی را بر اعضای خانواده و جامعه تحمیل می‌سازد. وجود اعتیاد در محیط خانواده آسیب‌های زیادی را به همراه دارد و مخرب ترین تأثیرات اعتیاد، سوء مصرف سرپرست خانواده می‌باشد که بر تمام افراد خانواده و مهم تر از همه بر همسر فرد معتاد تأثیرات منفی زیاد بر جای می‌گذارد (پارسافر و یزد خواستی، ۱۳۹۳). آسیب‌زایی وضعیت موجود زمانی بیشتر می‌شود که همسران افراد معتاد از وضعیت همسرشان اطلاع یابند. در چنین شرایطی، همسران افراد معتاد، امید به زندگی خود را از دست می‌دهند، بهزیستی روانی آن‌ها دچار دگرگونی می‌شود و کیفیت زندگی آن‌ها مختل می‌شود به طوری که در نهایت غم، احساس تنهایی، شرم و عدم امنیت روانی بر سیطره زندگی آن‌ها استیلا می‌یابد (ترخان، ۱۳۹۰). این مسئله موجب می‌گردد همسران افراد معتاد در معرض تنش بالایی قرار گیرند و تاب‌آوری و سرمایه روان شناختی آن‌ها در مقابل مشکلات کاهش یابد (پارسافر و یزد خواستی، ۱۳۹۳).

وجود سرمایه‌های روان شناختی<sup>۲</sup> به خانواده افراد معتاد به خصوص همسران آن‌ها کمک می‌کند تا توانایی خود را در مقابل شرایط زندگی بالا ببرند. سرمایه‌های مثبت روان شناختی شامل خود کارآمدی، خوش بینی، امید و تاب‌آوری است که نشان‌دهنده ارزیابی مثبت فرد از شرایط و احتمال موفقیت بر اساس تلاش و پشتکار است (وانو، کیمکت و ونگونچ، ۲۰۱۵). به بیان دیگر سرمایه روان شناختی به عنوان یک وضعیت

1. Daley & Marlatt  
2. Psychological Capital

3. Vanno, Kaenkate & Wongwanich

مثبت است که فرد توسط مجموعه ویژگی‌هایی مشخص از قبیل داشتن خودکارآمدی برای انجام موفقیت‌آمیز کارهای چالش‌برانگیز، داشتن نگرش مثبت در مورد آینده و حال، پایداری در جهت اهداف به منظور رسیدن به موفقیت؛ داشتن پایداری فرد در مقابل مشکلات و بازگشت به حالت اولیه تعریف می‌گردد (کاراتپ و کاراداس، ۲۰۱۴).

همسران افراد معتاد در معرض تنش‌های بسیاری قرار می‌گیرند که به دنبال آن علائمی از افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند. این افراد از احساسات ناخوشایند خود اجتناب کرده و سرمایه‌های مثبت روان‌شناختی (که شامل تاب‌آوری، امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی) آن‌ها رو به کاهش می‌رود (کیشور، پاندیت و راگرام، ۲۰۱۳). مطابق بر این ایرینا، سزیلفر و مارک<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) در پژوهشی دریافتند که افراد دارای سرمایه روان‌شناختی بالا از زندگی خود رضایت بالاتری دارند، روابط خوبی با دیگران برقرار می‌کنند و دوستان زیادی دارند. هم‌چنین استادینگر، دورنر و میکلر<sup>۴</sup> (۲۰۰۵) با انجام پژوهشی نشان دادند که احساس کنترل داشتن بر وقایع و خودکارآمدی بالا موجب بهبود سطح بهزیستی روانی و رضایت از زندگی می‌شود؛ بنابراین به میزانی که افراد از تاب‌آوری، امید، خودکارآمدی و خوش‌بینی بیشتری برخوردار باشند در زندگی عملکرد بهتری داشته، رضایت (لاتانس، اولیو، اوی و نورمان<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷) و کیفیت زندگی (پناهی و فاتحی زاده، ۱۳۹۴) بالاتری را نیز تجربه می‌کنند و انعطاف‌پذیری بیش‌تری در مقابل مشکلات از خود نشان می‌دهند.

انعطاف‌پذیری روانی<sup>۶</sup> به توانایی فرد برای تماس با لحظه حاضر بدون قضاوت و کاملاً هشیار گفته می‌شود که فرد دیدگاه آگاهانه در برطرف کردن افکار و احساسات مشکل‌ساز به کار می‌گیرد (ویگز و درک<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶). انعطاف‌پذیری روانی فرایند تعامل بین عملکردهای شناختی، احساسی و شهودی است؛ که فرد قابلیت تغییر رفتار و گشودگی نسبت به افکار و احساسات خود را دارد. بر طبق این مفهوم افرادی که این مؤلفه را دارا

1. Karatepe & Karadas  
2. Lakshmi, Pandit & Raguram  
3. Irina, Szleifer & Mark  
4. Staudinger, Dmer & Mickler

5. Luthans, Avolio, Avey & Norman Norman  
6. Psychological Flexibility  
7. Wiggs & Drake

هستند بر اساس مدل انعطاف‌پذیری روانی (پذیرش<sup>۱</sup>، گسلش<sup>۲</sup>، بودن در لحظه حال<sup>۳</sup>، خود به‌عنوان بافتار<sup>۴</sup>، ارزش‌ها<sup>۵</sup> و عمل متعهدانه<sup>۶</sup>) رفتار می‌کنند و اقدامات‌شان بر مبنای ارزش‌ها و عمل متعهدانه است (اسکوت و مسراچن<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶). افرادی که دارای انعطاف‌پذیری روانی هستند معمولاً نسبت به محرک‌های درونی و بیرونی، لحظه‌به‌لحظه هشیار می‌باشند؛ بنابراین به دلیل همپوشانی مفهوم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با تاب‌آوری، (مورل، جکسون، لستر و هالسی<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷) و مشکلاتی که همسران افراد معتاد با آن مواجه می‌شوند، باید انعطاف‌پذیری روانی خود را در زندگی بالا ببرند و زمان حال را بدون قضاوت و اجتناب تجربه کنند (مسودا و تولی<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲). در همین راستا برای کاهش مشکلات همسران افراد معتاد امروزه سعی می‌شود از آموزش‌ها و یا درمان‌هایی استفاده شود که در بهزیستی روانی، انعطاف‌پذیری روانی همسران افراد معتاد مؤثر باشد و موجب سازگاری اجتماعی آن‌ها شود (ترخان، ۱۳۹۵).

یکی از درمان‌هایی که می‌تواند نقش مؤثری در بهبود تعارضات فرد ایفا نماید، درمان پذیرش و تعهد<sup>۱۰</sup> است. استیون هیز<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۶) مشکلات روان‌شناختی انسان‌ها را به دلیل انعطاف‌ناپذیری روانی می‌داند که توسط هم‌جوشی شناختی و اجتناب از تجربه کردن ایجاد می‌شود (باخ و موران<sup>۱۲</sup>؛ ترجمه کمالی و کیان‌راد، ۱۳۹۳). از آنجایی که اجتناب تجربه‌ای می‌تواند عامل مشکلات روانی محسوب شود؛ هدف این درمان مقابله با اجتناب از افکار ناخوشایند به کمک بهبود انعطاف‌پذیری روانی می‌باشد (هیز، لوما، بوند، ماسودا و لیلس<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۶). در پژوهشی کیوانپور و لطفی کاشانی (۲۰۱۴) به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت و سازگاری زناشویی اشاره کردند (کیوانپور و لطفی کاشانی، ۲۰۱۴). مسکران و مارتینز<sup>۱۴</sup> (۲۰۱۱) به این موضوع اشاره کردند که درمان مبتنی

1. Acceptance
2. Defusion
3. Present moment
4. Self- as- context
5. Value
6. Committed Action
7. Scott & McCracken
8. Murrell, Jackson, Lester & Hulsey
9. Masuda & Tully
10. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
11. Hayes
12. A, bach & J, moran
13. Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis
14. Lance, McCracken, OlgaGutiérrez-Martínez

بر پذیرش و تعهد در بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نقش مهمی ایفا می‌کند. هم‌چنین در پژوهشی دیگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود آشفته‌گی‌های بین فردی و روان‌شناختی نشان داده شده است (پترسون، ایفرت، فینگولد و داویدسون، ۲۰۰۹).

مروری بر ادبیات پژوهشی در رابطه با تأثیر اعتیاد بر جنبه‌های روان‌شناختی خانواده نشان می‌دهد که اغلب پژوهش‌های صورت گرفته در دهه‌های اخیر، در تلاش برای توصیف و تبیین ماهیت پدیده اعتیاد، بر مشکلات روان‌شناختی افراد معتاد تکیه زده است (مسکراکن و مارتینز، ۲۰۱۱) و پژوهش‌های اندکی به تلاش برای بهبود جنبه‌های روان‌شناختی همسران و اعضای خانواده افراد دچار اعتیاد پرداخته‌اند، البته که مسائل فرهنگی نیز در اولویت‌های پژوهشی بی‌تأثیر نبوده است. همان‌طور که اشاره شد یکی از درمان‌هایی که به تازگی در حوزه مداخلات روان‌شناختی اثربخشی آن مورد تأیید قرار گرفته است؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که پژوهش‌های مختلفی به نقش تأثیرگذار این درمان در حوزه روابط بین فردی (پترسون و همکاران، ۲۰۰۹)، مشکلات روان‌شناختی (هانکوک<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸) و ارتقای سلامت (جرجویر، لجنس، بوفارد و دیان<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸) اشاره کرده‌اند و به نظر می‌رسد که این درمان می‌تواند در بهبود جنبه‌های روان‌شناختی همسران افراد معتاد اثرگذار باشد. از آنجایی که اعتیاد بخش‌های مختلفی از زندگی اطرافیان فرد معتاد و به خصوص همسرانشان را دربر می‌گیرد، اهمیت این مسئله ایجاب می‌کند تا با آموزش‌های مناسب در جهت بهبود شرایط زندگی و روانی این افراد اقداماتی صورت گیرد، به طوری که ارتقای سلامت آن‌ها کمک شایانی به برگشت‌پذیری فرد معتاد و یا قرارگیری در درمان می‌کند. بر همین اساس با توجه به پژوهش‌های محدودی که در این زمینه صورت گرفته است، ضروری به نظر می‌رسد تا با تکیه بر پژوهش‌های منسجم گامی در جهت بهبود وضعیت روانی و کیفیت زندگی همسران افراد معتاد برداشته شود؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و

تعهد در انعطاف‌پذیری روانی و سرمایه‌های روان‌شناختی همسران افراد تحت درمان متادون بود.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود که شامل دو گروه آزمایش و گواه به همراه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی همسران افراد تحت درمان متادون مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر سمنان در سال ۹۵-۹۶ بود. با توجه به پژوهش‌های پیشین و انتخاب حداقل حجم نمونه در مداخلات روان‌شناختی، تعداد ۳۰ نفر از همسران افراد تحت درمان متادون در کلینیک‌های شهرستان سمنان بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگذاری شدند. در این پژوهش مفاد اخلاقی بیانیه هلسینکی<sup>۱</sup> از جمله توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، بدون ضرر بودن پژوهش و بی‌نام و محرمانه بودن تمامی اطلاعات پرسش‌نامه اجرا شد. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر عبارت بود از (دامنه سنی ۲۵ الی ۳۵ سال، داشتن همسران تحت درمان متادون، مشارکت داوطلبانه و رضایت همسران برای مشارکت در پژوهش) و ملاک‌های خروج (داشتن ناتوانی‌های جسمانی، سابقه بیماری‌های روان‌شناختی، بیش از دو جلسه غیبت در طول دوره) بود. لازم به ذکر است که در حین فرایند درمان سه نفر از گروه آزمایش ریزش کردند؛ و همچنین به دلیل ناقص بودن پرسش‌نامه‌ها و عدم مشارکت ۳ نفر از گروه گواه نیز حذف شدند.

## ابزار

۱- پرسش‌نامه تاب‌آوری: این پرسش‌نامه توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) طراحی گردید، دارای ۲۵ گویه می‌باشد. دارای لیکرت ۴ درجه‌ای (کاملاً نادرست = ۰ به ندرت = ۱ گاهی درست = ۲ اغلب درست = ۳ همیشه درست = ۴) می‌باشد؛ بنابراین طیف نمرات

آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب آوری بیشتر است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) روایی آن را در میان جمعیت عمومی مورد تأیید قرار دادند. همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ثبات آن را در طی زمان ۰/۸۷ گزارش دادند. همچنین آهنگرزاده و رسولی (۱۳۹۴) آلفای کرونباخ را ۰/۶۶ گزارش دادند. کیهانی، تقوایی، رجیبی و امیرپور (۱۳۹۳) در بررسی همسانی درونی و تحلیل عاملی تأییدی مقیاس کانر-دیویدسون در دانشجویان دختر نشان دادند که همسانی درونی آن ۰/۶۶ و روایی هم‌زمان آن نیز با خود کارآمدی و رضایت از زندگی همبستگی معناداری را نشان داد. تحلیل عاملی تأییدی نیز نشان داد که از ساختار تک‌بعدی مناسبی برخوردار است.

۲- پرسش‌نامه امید: پرسش‌نامه امید اشنایدر (۲۰۰۲) مقیاسی ۱۲ سؤالی همراه با دو مقیاس تفکر عامل و مسیرها است. خرده‌مقیاس تفکر عامل شامل چهار سؤال ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲؛ و خرده‌مقیاس مسیرها شامل چهار سؤال ۱، ۴، ۷ و ۸ می‌باشد و چهار سؤال به‌عنوان سؤالات انحرافی در یک لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۴) قرار گرفته‌اند؛ بنابراین دامنه نمرات بین ۸ تا ۶۴ است. در اینجا ۸ پایین‌ترین نمره کسب‌شده و ۶۴ بالاترین نمره می‌باشد. اشنایدر و همکاران (۲۰۰۰) اعتبار آن را از طریق باز آزمایی بعد از ۳ هفته ۰/۸۵ و برای زیر مقیاس تفکر عامل ۰/۸۱ و برای مسیرها ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. همچنین اشنایدر لویز و اشنایدر (۲۰۰۷) همسانی درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و ضریب اعتبار باز آزمایی را ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (نقل از: کرمانی، خدایپناهی و حیدری، ۱۳۹۰). در پژوهشی خلجی (۱۳۸۶) نشان داد که پرسش‌نامه امید از یک مدل دو عاملی با شاخص‌های برازش مناسبی برخوردار است؛ همچنین اعتبار به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و باز آزمایی پس از یک ماه ۰/۷۴ به دست آمد. آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس مسیرها ۰/۶۲ و خرده‌مقیاس تفکر عامل ۰/۷۴ گزارش شد.

۳- پرسش‌نامه خود کارآمدی: توسط شرر و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شده و دارای ۱۷ گویه است. شرر و مادوکس (۱۹۸۲) بدون مشخص کردن عوامل و گویه‌های آن‌ها معتقدند که این مقیاس سه جنبه از رفتار شامل میل به آغازگری رفتار، میل به گسترش

تلاش برای کامل کردن تکلیف و مقاومت در رویارویی با موانع را اندازه گیری می کند. اصغرنژاد و همکاران (۱۳۸۵) به بررسی ویژگی های روان سنجی مقیاس «خودکارآمدی عمومی شرر» در دانشجویان پرداختند و نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها حاکی از روایی و اعتبار این مقیاس می باشد. ضریب آلفای کرونباخ آن، ۰/۸۳ و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۸۶، به دست آمد (اصغرنژاد، احمدی، فرزاد و خداپناهی، ۱۳۸۵). در پژوهشی دلاور، نجفی، رضایی، دبیری و رضایی (۱۳۹۲) خصوصیات روان سنجی مقیاس خودکارآمدی عمومی را مورد بررسی قرار دادند و نتایج نشان داد آلفای کرونباخ برای کل ۰/۸۷، برای مردان ۰/۸۵ و برای زنان ۰/۸۸ می باشد.

۴- پرسش نامه خوش بینی: توسط شییر و کارور (۱۹۹۴) طراحی شده است. این مقیاس هشت سؤالی اندازه انتظاراتی را که افراد راجع به پیامدهای زندگی دارند، ارزیابی می کند و شامل چهار سؤال با عبارات مثبت و چهار سؤال با عبارات منفی می باشد. سوالات ۱، ۳، ۴، ۷ مثبت بوده و به طور مستقیم نمره گذاری می شود. سوالات ۲، ۵، ۶، ۸ منفی بوده و به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. شییر و کارور (۱۹۹۴) ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۴ گزارش دادند. همچنین در پژوهش کجاف عریضی و خدابخشی (۱۳۸۵) اعتبار این پرسش نامه از دو روش همسانی درونی و بازآزمایی ۰/۸۱ و ۰/۷۵ گزارش شد. روایی هم زمان پرسش نامه خوش بینی با افسردگی ۰/۶۴- به دست آمد که نشان از روایی مناسب آن دارد.

۵- پرسش نامه انعطاف پذیری روانی: این پرسش نامه به وسیله بوند و همکاران (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) برای سنجش تجربی انعطاف ناپذیری روانی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس های ناخواسته تدوین شده و دارای ۱۰ پرسش است. سوالات این پرسش نامه تمایل نداشتن به تجربه افکار و احساسات ناخواسته (از احساس هایم می ترسم)، ناتوانی در بودن در زمان حال و حرکت در جهت ارزش های درونی (خاطرات دردناکم، مرا از داشتن یک زندگی رضایت بخش محروم می کند) را می سنجد. پرسش های این پرسش نامه بر اساس مقدار توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای (هرگز = ۱، خیلی بندرت = ۲، بندرت = ۳، گاهی اوقات = ۴، بیشتر



اوقات = ۵، تقریباً همیشه = ۶، همیشه = ۷) رتبه‌بندی می‌شود. نمره‌های پایین در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. در پژوهش بوند و همکاران (۲۰۱۳) پرسش‌نامه پذیرش و عمل بر روی ۷۴۵ شرکت‌کننده مورد بررسی قرار گرفت که ویژگی‌های روان‌سنجی آن مورد تأیید قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۳ به دست آمد؛ اعتبار بازآزمایی به‌وسیله بوند و همکاران (۲۰۱۱) ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ گزارش شد (بوند، لوید و گینول، ۲۰۱۳). ایمانی (۱۳۹۵) در بررسی ساختار عاملی آن نشان داد از ساختار تک‌عاملی برخوردار است و شاخص‌های برازش مدل آن مطلوب می‌باشد و آلفای کرونباخ را ۰/۸۶ گزارش نمود (ایمانی، ۱۳۹۵).

## روش اجرا

ابتدا پس از کسب مجوزهای لازم از معاونت درمان شهرستان سمنان و سپس هماهنگی با کلینیک‌های ترک اعتیاد، نمونه موردنظر، همسران افراد تحت درمان متادون با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. پس از ارائه توضیحات در مورد هدف، نحوه اجرای فرایند مداخله و جلب نظر اعضای نمونه از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی اخذ شده و پیش‌آزمون اجرا شد. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کلینیک قرار گرفت و گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکرد. در پایان جلسه هشتم از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و پس از دو ماه آزمون پیگیری از اعضای نمونه اخذ شد. ساختار جلسات بر اساس پروتکل هشت جلسه‌ای (توهیج، هیز و ماسودا، ۲۰۰۶) استخراج و مورد استفاده قرار گرفت. ساختار و محتوای هر جلسه در جدول ۱ ارائه شده است.

**جدول ۱: ساختار و محتوای جلسات**

جلسات	محتوا
اول	آشنایی با اعضا گروه و برقراری رابطه درمانی، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، تصریح رابطه درمانی، توزیع پرسش نامه‌ها و پذیرایی.
دوم	معرفی و سنجش هیجان، شروع درماندگی خلاق، ارائه تکلیف.
سوم	معرفی کنترل به عنوان مسئله، بحث در مورد دنیای درون و تفاوت آن با دنیای بیرون، استعاره پلی-گراف، کیک شکلاتی و ارائه تکلیف به هر فرد.
چهارم	معرفی پذیرش، ایجاد پذیرش با تقویت دو استعاره پلی گراف و کیک شکلاتی، تمایل و به عنوان جایگزینی برای کنترل، استعاره میهمان و بیان احساسات پاک و ناپاک.
پنجم	آشنایی با ویژگی‌های پنهان زبان که باعث آمیختگی می شود، بیان گسلش، توجه به خوبه عنوان بافتار، تمرینات تمرکز حواس، استعاره اتوبوس و استعاره سربازان در عملیات دسته جمعی.
ششم	معرفی انواع خود، استعاره شطرنج، آشنایی با گذشته و آینده مفهوم سازی شده.
هفتم	حرکت به یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده گر، شناسایی ارزش‌ها و سنجش ارزش‌های مراجع مثل خانواده، شغل و ...
هشتم	تعهد به عمل و ارزش‌ها با وجود موانع، استعاره نهال، ارزیابی تعهد به عمل، ارائه تکلیف دائمی و پر کردن پس آزمون

**یافته‌ها**

بررسی یافته‌های جمعیت شناختی اعضای نمونه در این پژوهش نشان می‌دهد که تمامی اعضای نمونه در میانگین سنی  $۸/۶ \pm ۲۶/۳$  قرار داشتند. از نظر تحصیلات ۲۹/۱۶ درصد سیکل، ۳۳/۳۳ درصد دیپلم و ۳۷/۵ درصد در مقطع لیسانس بودند؛ و از نظر وضعیت اشتغال ۵۴/۱۶ درصد شاغل و ۴۵/۸۴ درصد خانه‌دار بودند، آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
انعطاف پذیری	آزمایش	۴۰/۳۳±۷/۶۶	۴۵/۶۶±۵/۲۶	۴۳/۵۸±۵/۳۸
روانی	گواه	۴۲/۰۸±۴/۲۳	۴۱/۲۱±۵/۱۲	۴۰/۳۲±۵/۲۴
تاب آوری	آزمایش	۵۷/۸۳±۶/۲۲	۸۴/۵۸±۴/۷۷	۹۷/۹۱±۵/۳۱
	گواه	۵۴/۱۶۶±۵/۷۶	۵۳/۳۳±۵/۷۵	۵۰/۲۵±۵/۸۴
خودکارآمدی	آزمایش	۶۱/۷۵±۶/۳۴	۶۷/۲۵±۳/۱۳	۶۵/۲۷±۲/۷۶
	گواه	۶۰/۲۵±۵/۹۲	۵۹/۲۱±۳/۷۷	۶۲/۳۳±۴/۲۴
خوش بینی	آزمایش	۳۳/۳۳±۵/۲۶	۴۰/۰۱±۳/۷۱	۳۸/۶۶±۴/۱۱
	گواه	۳۴/۴۲±۳/۳۶	۳۵/۴۱±۴/۳۹	۳۲/۱۶±۴/۴۴
امید	آزمایش	۳۰/۲۱±۳/۹۳	۳۵/۹۱±۴/۳۹	۳۲/۸۶±۴/۸۸
	گواه	۲۹/۸۳±۵/۳۳	۲۹/۰۸±۳/۲۶	۲۷/۵۰±۳/۳۴

برای بررسی اثربخشی مداخله بر انعطاف پذیری روانی می‌بایستی از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل نرمال بودن توزیع نمرات است. نتایج آزمون شاپیرو و ویلکز نشان داد داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار هستند ( $p > 0.05$ ). نتایج آزمون لون نیز نشان از یکسانی واریانس‌های خطا دارد ( $F = 1.70, P > 0.05$ ). نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی اثربخشی مداخله بر انعطاف پذیری روانی

مجموع مجذورات	درجات آزادی	آماره F	معناداری	اندازه اثر
۳۷۲/۰۳	۱	۱۷/۰۹	۰/۰۰۰۵	۰/۴۴

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود مداخله بر بهبود انعطاف پذیری روانی موثر بوده است. برای بررسی بقای اثربخشی باز از تحلیل کواریانس در نمرات پیگیری استفاده شد. شرط نرمال بودن برقرار بود ( $p > 0.05$ ). نتایج آزمون لون نیز نشان از یکسانی واریانس‌های خطا داشت ( $F = 3.22, P > 0.05$ ). نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی بقای اثربخشی مداخله بر انعطاف‌پذیری روانی**

مجموع مجدورات	درجات آزادی	آماره F	معناداری	اندازه اثر
۴۹۶/۲۵	۱	۲۱/۷۱	۰/۰۰۰۵	۰/۵۰

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود مداخله بر افزایش نمرات انعطاف‌پذیری روانی اثری باقی داشته است.

به منظور بررسی اثربخشی مداخله بر متغیرهای سرمایه‌های روان‌شناختی (تاب‌آوری، امید، خودکارآمدی، خوش‌بینی) از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل مانند آزمون شاپیرو، ام‌باکس و لون بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو نشان داد که داده‌ها از توزیع به‌هنجار برخوردار است ( $p > 0/05$ ). در ادامه نتایج آزمون ام‌باکس نیز حکایت از برابری ماتریس واریانس-کواریانس داشت ( $p > 0/05$ ). به منظور بررسی پیش‌فرض یکسانی واریانس‌های خطا نیز از آزمون لون استفاده شد. پیش‌شرط برابری واریانس‌ها خطا در تمام مؤلفه‌ها برقرار بود ( $p > 0/05$ ). نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری نیز حکایت از تفاوت دو گروه در ترکیب خطی متغیرها داشت ( $F = 210/11, P < 0/001, \eta^2 = 0/98$ ، لامبدای ویکلز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۵ استفاده شد.

**جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت اثربخشی مداخله بر متغیرهای سرمایه‌های روان‌شناختی**

متغیر وابسته	مجموع مجدورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	اندازه اثر
تاب‌آوری	۱۸۶/۷۶	۱	۱۸/۹۳	۰/۰۰۰۵	۰/۷۲
خودکارآمدی	۱۷۱/۰۰	۱	۱۷/۵۰	۰/۰۰۰۵	۰/۴۲
خوش‌بینی	۴۸۴/۱۴	۱	۲۹/۸۱	۰/۰۰۰۵	۰/۶۴
امید	۱۸۷/۸۹	۱	۱۳/۱۱	۰/۰۰۰۵	۰/۴۵

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود بین گروه‌های پژوهش در متغیرهای سرمایه‌های روان‌شناختی (تاب‌آوری، خودکارآمدی، امید، خوش‌بینی) تفاوت وجود دارد.

به منظور بررسی بقای اثربخشی مداخله بر متغیرهای سرمایه‌های روان‌شناختی (تاب‌آوری، امید، خودکارآمدی، خوش‌بینی) از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا پیش فرض‌های تحلیل مانند آزمون شاپیرو، ام‌باکس و لون بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو نشان داد که داده‌ها از توزیع به‌هنجار برخوردار است ( $p > 0/05$ ). در ادامه نتایج آزمون ام‌باکس نیز حکایت از برابری ماتریس واریانس-کواریانس داشت ( $p > 0/05$ ). به‌منظور بررسی پیش فرض یکسانی واریانس‌های خطا نیز از آزمون لون استفاده شد. پیش شرط برابری واریانس‌ها خطا در تمام مؤلفه‌ها برقرار بود ( $p > 0/05$ ). نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری نیز حکایت از تفاوت دو گروه در ترکیب خطی متغیرها داشت ( $F = 158/94, P < 0/001, \lambda = 0/77$ ) لامبدای ویکلز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۶ استفاده شد.

**جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت بقای اثربخشی مداخله بر متغیرهای سرمایه‌های روان‌شناختی**

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	اندازه اثر
تاب‌آوری	۶۱۴/۵۳	۱	۶۲/۲۴	۰/۰۰۰۵	۰/۸۶
خودکارآمدی	۱۵۱/۷۴	۱	۱۵/۳۷	۰/۰۰۰۵	۰/۴۶
خوش‌بینی	۳۷۸/۴۷	۱	۲۱/۹۰	۰/۰۰۰۵	۰/۵۴
امید	۱۱۳/۶۸	۱	۶/۸۲۰	۰/۰۰۰۵	۰/۲۷

همانگونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود مداخله بر تمام متغیرهای سرمایه‌های روان‌شناختی (تاب‌آوری، خودکارآمدی، امید، خوش‌بینی) اثربخشی باقی داشته است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در انعطاف‌پذیری روانی و سرمایه‌های روان‌شناختی همسران افراد تحت درمان متادون بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود انعطاف‌پذیری روانی و سرمایه‌های روان‌شناختی همسران افراد تحت درمان متادون در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شد. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مسکراکن و مارتینز<sup>۱</sup> (۲۰۱۱)، فلدروس<sup>۲</sup>

1. McCracken, & Martínez

2. Fledderus

و همکاران (۲۰۱۳)، ورسب، لیب، میر، هوفر و گلاستر (۲۰۱۸) و مقتدایی و خوش اخلاق (۱۳۹۴) همسو می‌باشند. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که مفهوم انعطاف‌پذیری روانی به توانایی افراد برای تمرکز بر موقعیت کنونی و استفاده از فرصت‌های آن موقعیت برای گام برداشتن در راستای اهداف و ارزش‌های درونی با وجود حضور رویدادهای روان‌شناختی ناخواسته اشاره دارد. به همین دلیل مشکلات روان‌شناختی انسان عمدتاً به دلیل انعطاف‌ناپذیری روانی به وجود می‌آید که کاهش هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای می‌تواند عامل مؤثری در جهت افزایش آن باشد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اشتغال ذهنی افراد می‌شود. این مداخله به بیماران می‌آموزد شناخت‌های منفی خود فاصله بگیرند و صرفاً از احساسات، افکار و سایر رویدادهای خصوصی زندگی شان جدا نشوند (باخ و موران، ۱۳۹۴). با توجه به آنچه گفته شد می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که یکی از عواملی که باعث اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانی همسران افراد معتاد می‌شود؛ تأثیر این درمان بر عوامل روانی این افراد از جمله مشاهده رویدادهای منفی، پذیرش، عدم قضاوت، تمرکز در لحظه حال و تمرکززدایی است؛ زیرا با توجه به تعریف انعطاف‌پذیری روانی، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌هایی هم-چون بودن در لحظه حال و عدم قضاوت به همسران افراد معتاد کمک می‌کند تا از قضاوت در مورد همسر و دیگران بپرهیزند و یا در صورت ایجاد افکار منفی بتوانند تأثیر هیجانی این افکار بر شناخت‌های خود را کمتر سازند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از استعاره‌ها در هر جلسه علاوه بر فهم بهتر تکنیک‌های مداخله، باعث به کارگیری این تمثیل‌ها در خارج از درمان هم می‌شود. در جلسات درمان برای افزایش انعطاف‌پذیری روانی از تمثیل «واگن قطار» استفاده شد. در این تمثیل از مراجعان خواسته شد که هر یک از شناخت‌های منفی و همراه با قضاوت که باعث عدم حضور در لحظه حال می‌شد را در واگن‌های قطار ببینند که همواره از جلو چشمان آن‌ها در حال عبور کردن است. این تمثیل به همسران افراد معتاد کمک می‌کرد تا زمانی که تحت تنش هستند بر شرایط روانی خود کنترل داشته

باشند، همچنین با به کارگیری این استعاره باعث می‌شد همسران افراد معتاد در زمان حال بمانند و نگرش معقولانه‌ای را در مورد قضاوت نسبت به خود و دیگران داشته باشند.

نتایج اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه‌های روان‌شناختی با یافته‌های مؤمنی و همکاران (۲۰۱۸) که حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقای امید زنان مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی‌درمانی و با پژوهش توصیفیان (۱۳۹۵) با موضوع بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقای تاب‌آوری، همسو است. همچنین با پژوهش ادل و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۸) تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای تاب‌آوری افراد نیروهای دریایی و پژوهش باروچ و بوچ<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) که نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمام متغیرهای ارتباطی را در زوج‌ها افزایش می‌دهد، همسو است. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که آسیب معضل اعتیاد بر خانواده و بیش از همه بر همسران این افراد؛ باعث می‌شود به میزان قابل توجهی این افراد امید به زندگی خود را از دست بدهند، خوش‌بینی آن‌ها نسبت به روابط زناشویی مختل شود و در نتیجه غم و اندوه بر زندگی آن‌ها پرده بی‌افکند؛ بنابراین این افراد به میزان قابل توجهی امید و خوش‌بینی خود را از دست می‌دهند و تاب‌آوری آن‌ها در مقابل مشکلات کاهش می‌یابد و در نتیجه نسبت به توانایی خود برای برطرف کردن تنش‌های روزمره باور ندارند. در همین راستا به باور گیرمن و رونی<sup>۳</sup> (۱۹۹۸) همسران افراد معتاد تمایل دارند تا از سبک‌های مقابله‌ای متعددی استفاده کنند که اجتناب رفتاری رایج‌ترین روش مقابله‌ای در بین همسران افراد معتاد بوده است؛ بدین ترتیب این افراد به علت تنش‌هایی که تجربه می‌کنند سعی بر این دارند راه‌حل‌های نامناسب از قبیل پرخاشگری را انجام دهند و با این رفتار نه تنها مشکلات آن‌ها حل نشده بلکه باعث می‌شود نسبت به شرایط زندگی خود امیدی نداشته باشند و خوش‌بینی خود را از دست بدهند و در نهایت در مقابل سایر مسائل انعطاف‌پذیری کمتری داشته باشند. به همین دلیل در جلسات درمان با ایجاد ناامیدی خلاقانه در مراجعان سعی شد که راهکارهای اشتباهی که باعث افزایش

1. Udell, Ruddy, & Procento  
2. Baruch & Busch

3. German, & rooney

تنش می‌شد را کنار بگذارند. برای رسیدن بدین منظور از تمثیل «چاه» استفاده شد؛ در این تمثیل مراجع خود را در چاه عمیق تصور می‌کرد و ابزارهایی مثل بیل یا نردبان که برای نجات خود به کار می‌بردند باعث عمیق‌تر شدن چاه و گرفتاری بیشتر آن‌ها می‌شد؛ بنابراین می‌توان این‌طور تبیین کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاستن اجتناب تجربی، رهایی از افکار ناخوشایند و عدم قضاوت و آگاهی از زمان حال باعث ارتقای تاب‌آوری، امید، خوش‌بینی و خودکارآمدی می‌شود (هالفورد<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳).

مطالعه نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای همسران افراد تحت درمان متادون قابلیت کاربرد داشته و می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای روان‌شناختی در کنار سایر مداخلات مورد استفاده قرار گیرد و می‌تواند درمان مناسبی برای افزایش انعطاف‌پذیری روانی و سرمایه‌های روان‌شناختی در همسران افراد تحت درمان متادون باشد. این درمان باعث می‌شود کمتر شاهد این مسئله باشیم که به دلیل وجود معضلات موجود در خانواده فرد مصرف‌کننده، کیفیت زندگی آن‌ها کاهش یابد. به نظر می‌رسد این درمان تنها بر همسران افراد تحت درمان متادون تأثیر نگذارد بلکه به دنبال تغییرات شناختی در همسران، می‌تواند بر گرایش مجدد به مصرف مواد فرد مصرف‌کننده اثرگذار باشد (یو، متسیمو تو و لی روکس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶).

پایین بودن اعضای نمونه، ریزش نمونه، برگزاری مداخله تنها بر روی همسران، مشکلات مالی خانواده‌ها از محدودیت‌های این پژوهش بود. در همین راستا پیشنهاد می‌شود به منظور رعایت جوانب احتیاط مداخله حاضر در سایر جمعیت‌ها و در شهرهای مختلف اجرا شود تا نتایج منسجم‌تری از یافته‌های پژوهشی در دست قرار گیرد. در صورت امکان در پژوهش‌های آتی، پیگیری طولانی‌تری انجام شود. پیشنهاد می‌شود متخصصان بهداشت روان این درمان را در کنار دارودرمانی برای افراد معتاد و همسران آن‌ها در کلینیک‌های ترک اعتیاد، به کار ببرند. به منظور اثربخشی بهتر این درمان، بهتر است در کلینیک‌های ترک اعتیاد تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در قالب استعاره برای مراجعان در پروشورهای قرار دهند.



## منابع

- اصغر نژاد، طاهر؛ احمدی ده قطب الدینی، محمد؛ فرزاد، ولی الله؛ و خداپناهی، محمد کریم (۱۳۸۵). مطالعه ویژگی های روان سنجی مقیاس خود کارآمدی عمومی شرر. *مجله روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان*، ۱۰(۳)، ۲۷۴-۲۶۲.
- آهنگرزاده رضایی، سهیلا و رسولی، مریم (۱۳۹۴). بررسی ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی "مقیاس تاب آوری کانر- دیویدسون" در نوجوانان مبتلابه سرطان. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۳(۹)، ۷۴۷-۷۳۹.
- ایمانی، مهدی (۱۳۹۵). بررسی ساختار عاملی پرسش نامه انعطاف پذیری روان شناختی در دانشجویان. *مجله مطالعات آموزش و یادگیری*، ۷۰(۲)، ۱۸۱-۱۶۲.
- باخ، پاتریشا و موران، دنیل ج (۲۰۱۵). *ACT در عمل: مفهوم پردازی مورد در درمان پذیرش و تعهد*. ترجمه: کیان راد، نیلوفر و کمالی، سارا (۱۳۹۴). تهران: انتشارات ارجمند.
- پارسافر، سارا و یزدخواستی، فریبا (۱۳۹۵). بررسی روابط علی بین نقش های جنسیتی، تاب آوری، سرسختی، درماندگی آموخته شده و هم وابستگی، در همسران افراد معتاد. *مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان*، ۱۲(۴)، ۹۲-۶۹.
- ترخان، مرتضی (۲۰۱۱). اثربخشی درمان بین فردی گروهی کوتاه مدت بر بهزیستی روانی و کیفیت زندگی همسران افراد معتاد. *فصلنامه روان شناسی تربیتی*، ۲(۴)، ۳۶-۲۳.
- توصیفیان، نگین (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در ارتقا تاب آوری و خوش بینی نوجوانان مبتلابه افسردگی اساسی. *پایان نامه کارشناسی ارشد*. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.
- سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا الکوت و رونیز، پدرو (۲۰۱۵). *خلاصه روان پزشکی*. ترجمه: رضاعی، فرزین (۱۳۹۶). تهران: انتشارات ارجمند.
- کجباف، محمدباقر؛ عریضی، حمیدرضا و خدابخشی، مهدی (۱۳۸۵). هنجاریابی، پایایی، و روایی مقیاس خوش بینی و بررسی رابطه بین خوش بینی، خود تسلط یابی، و افسردگی در شهر اصفهان. *نشریه مطالعات روان شناختی*، ۱(۲)، ۶۸-۵۱.
- کرمانی، زهرا؛ خداپناهی، محمد کریم و حیدری، محمود (۱۳۹۰). ویژگی های روان سنجی مقیاس امید اسنایدر. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۵(۱۹)، ۲۳-۷.

کیهانی، مهناز؛ تقوایی، داوود؛ رجبی، ابوالفضل؛ و امیرپور، برزو (۱۳۹۳). همسانی درونی و تحلیل عاملی تاییدی مقیاس تاب آوری کانر - دیویدسون در دانشجویان دختر پرستاری. *مجله آموزش*

در علوم پزشکی، ۱۴(۱۰)، ۸۵۷-۸۶۵

مقتدایی، مسعود و خوش اخلاق، حسن (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی همسران جانبازان. *نشریه طب جانباز*، ۴(۷)، ۱۸۸-۱۸۴.

Baruch, D., Kanker, J., & Busch, A. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *Journal of Clinical Case Studies*, 8(3), 241-257.

Daley, D. C. & Marlatt, G. A. (2005). Relapse prevention. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman, and J.G. Langrod (Eds.). *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, 4th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 772-785.

Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368-385.

Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J. P., Schreurs, K. M., & Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 51(3), 142-151.

Grégoire, S., Lachance, L., Bouffard, T., & Dionne, F. (2018). The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: A multisite randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 49(3), 360-372.

Halford, W. K. (2003). *Brief therapy for couples: Helping partners help themselves*. Guilford press

Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S., & Munro, K. (2018). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy for children with anxiety: Outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 296-311.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.

Karatepe, O. M., & Karadas, G. (2014). The effect of psychological capital on conflicts in the work-family interface, turnover and absence intentions. *International Journal of Hospitality Management*, 43, 132-143.

- Keyvanpour, P. & LotfiKashani, F. (2014). The impact of acceptance - commitment therapy (ACT) in increasing rate of marital satisfaction in married women. *Journal of Educational and Management studies*, 4(3), 614-616.
- Kishor, M., Pandit, L. V., & Raguram, R. (2013). Psychiatric morbidity and marital satisfaction among spouses of men with alcohol dependence. *Indian journal of psychiatry*, 55(4), 360-370.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel psychology*, 60(3), 541-572.
- Masuda, A., & Tully, E. C. (2012). The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 17(1), 66-71.
- McCracken, L. M., & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour research and therapy*, 49(4), 267-274.
- Momeni, F., Shahidi, S., Mootabi, F., Heydari, M., & Dadashi, S. (2018). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Quality of Life and Parent-Child Relationship in Women with Generalized Anxiety Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(1), e9653. DOI: 10.5812/ijpbs.9653.
- Murrell, A. R., Jackson, R., Lester, E. G., & Hulsey, T. (2017). *Psychological Flexibility and Resilience in Parentally Bereaved College Students*. OMEGA-Journal of Death and Dying, 0030222817693154.
- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 430-442.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior therapy*, 37(1), 3-13.
- Udell, C. J., Ruddy, J. L., & Procento, P. M. (2018). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in increasing resilience and reducing attrition of injured US Navy recruits. *Military medicine*, DOI: 10.1093/milmed/usx109.
- Vanno, V., Kaemkate, W., & Wongwanich, S. (2015). Effect of Group-level Positive Psychological Capital on Group Effectiveness of Thai Students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 171, 1309-1314.

- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 60-68.
- Wiggs, K. A., & Drake, C. E. (2016). Building Psychological Flexibility to Mitigate Adjustment Disorder: Assessing Treatment Progress with a Measure of Treatment Processes. *Clinical Case Studies*, 15(1), 18-34.
- World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194.
- Yoo, S. H., Matsumoto, D., & LeRoux, J. A. (2006). The influence of emotion recognition and emotion regulation on intercultural adjustment. *International Journal of Intercultural Relations*, 30(3), 345-363.

