Journal of Research in Psychological Health
September 2024, Volume 18, Issue 2

The effectiveness of acceptance and commitment therapy on resilience and happiness of addicts during treatment

Fatemeh Ghadiri[1], Nader Monirpour[2*]

[1.] *Master of General Psychology, Faculty of Basic Sciences, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran*

[2.] *Corresponding Author: Faculty of Clinical Psychology, Faculty of Basic Sciences, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran. monirpoor1357@gmail.com.*

Citation: Ghadiri,F. Monirpour, N. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on resilience and happiness of addicts during treatment. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2024; 18 (2):1-15 [Persian].

Article Info:

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on the resilience and happiness of addicted men. The research method was experimental pre-test-posttest with a control group. The statistical population included all men treated with methadone who had referred to addiction treatment centers in Qom province in 2020, among whom 30 addicts were selected based on the inclusion criteria and by purposive sampling method and were randomly assigned to the experimental group (15 people) and the control group (15 people). The experimental group received 8 sessions of 90-minute acceptance and commitment therapy training program and the control group that was on the waiting list received no training. To collect data, the Connor-Davidson Resilience Questionnaire (2003) and the Happiness Scale of Argyle et al. (1989) were used. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The results showed that after controlling for the effects of the pretest, there was a significant difference between the mean of the two groups in resilience (F=14.1, P=0.00>1) and happiness (F=16.50, P>0.001). It can be concluded that acceptance and commitment therapy is effective in improving the resilience and happiness of recovering male addicts, and therefore, according to the research findings, acceptance and commitment therapy can be used to increase the resilience and happiness of recovering male addicts.

Key words
Acceptance and Commitment, Resilience, Happiness, Addicts, Therapy

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.4.7]

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و شادکامی معتادان در طول درمان

فاطمه قدیری [۱]، نادرمنیر پور [۲] *

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی ،واحد قم،قم ،ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار روانشناسی سلامت گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم. monirpoor1357@gmail.com

تاریخ دریافت

۱۴۰۳/۰۱/۰۱

تاریخ پذیرش نهایی

۱۴۰۳/۰۵/۳۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و شادکامی مردان معتاد انجام گرفت. روش پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مردان تحت درمان داروی متادون بودند که در سال ۱۳۹۹ جهت درمان به مراکز ترک اعتیاد استان قم مراجعه کرده بودند که از میان آن‌ها بر حسب ملاک‌های ورود به پژوهش و به روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر از معتادان انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای برنامه‌ی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و و گروه کنترل که در لیست انتظار قرار داشت هیچ آموزشی دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامهٔ تاب‌آوری کانر- دیویدسون(۲۰۰۳) و مقیاس شادکامی آرگایل و همکاران (۱۹۸۹) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بعد از کنترل اثرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین میانگین پس‌آزمون دو گروه در تاب‌آوری (P<۰/۰۰۱؛ F= ۱۴/۱) و شادکامی (P<۰/۰۰۱؛ F= ۱۶/۵۰) وجود داشت. می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تاب آوری و شادکامی معتادان مرد در حال بهبودی اثربخش است و بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به منظور افزایش تاب‌آوری و شادکامی معتادان مرد در حال بهبودی استفاده کرد.

واژگان کلیدی

پذیرش و تعهد، تاب آوری، شادی، معتادان، درمان

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.4.7]

مقدمه

اعتیاد[1]به معنای پاسخ فیزیولوژیک بدن به مصرف مداوم مواد اعتیادآور است، به طوری که تکرار مصرف، نشاط آنی و آرامش موقت را برای فرد در پی دارد و با ایجاد اختلال در کنترل سیستم رفتار-پاداش، موجب افزایش جست وجوی فرد برای یافتن مواد و ایجاد وابستگی شدید نسبت به آن می شود (سیسیلی، برادبری و گولدستین، ۲۰۲۲). مواد مخدر یکی از چالش‌های بزرگ جامعه جهانی بوده که متاسفانه با رشد فزاینده‌ای روبه‌رو است، چنان‌چه در سال ۲۰۰۶ تعداد مصرف‌کنندگان مواد مخدر و روان‌گردان‌ها در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال جهان معادل ۲۰۸ میلیون فرد بوده و این رقم در سال ۲۰۲۰ با افزایش ۳۲ درصدی، به ۲۷۵ میلیون نفر رسیده است (استپتو، ۲۰۱۹). در ایران نیز پژوهش‌های اخیر شیوع مصرف مواد را حدود ۱۱/۹ درصد گزارش کرده است (نوجوان، سلیمانی و عیسی‌زادگان، ۱۴۰۱). براساس پنجمین ویراست تجدید نظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، اختلال مصرف مواد برای توصیف طیف وسیعی از مشکلات خفیف تا حالت‌های شدیدی از الگوی مصرف اجباری معرفی شده است که به شکلی عود کننده و مزمن از مواد استفاده می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا[2]، ۲۰۲۲). اعتیاد با آسیب‌های جدی که در سطح فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی، رفتاری و شناختی، هیجانی و زیستی به فرد وارد می‌آورد نیازمند توجه جدی است (پولیتی، فریسو، سسدو و تورس، ۲۰۲۱).

در رویکردهای نوین پیشگیری از اختلالات سوء مصرف مواد ، عوامل محافظت کننده شناسایی می‌گردد که از جمله این عوامل تاب‌آوری می‌باشد. با توجّه به مشکلات و آسیب‌های احتمالی که انسان در فرایند رشد و تحول تجربه می‌کند، توانایی عبور از دشواریها و غلبه بر شرایط سخت با وجود حفظ تعادل روانی اهمیت زیاد دارد. یکی از مهم‌ترین سازه‌هایی که در روانشناسی مثبت نگر در رابطه با این توانایی مطرح شده تاب آوری روانشناختی است (سوتویک و کارنی، ۲۰۱۸). تاب‌آوری، با اشاره به توانایی ذاتی برای بهبود طبیعی در مواجهه با شرایط نامطلوب، یک مفهوم اساسی در بحث بهبود اختلال مصرف مواد است (یاماشیتا، یوشیکا و یاجیما، ۲۰۲۱). همینطور، تاب آوری توانایی بازیابی یا کنار آمدن با موقعیت‌های نامطلوب است (شوالم و همکاران، ۲۰۲۲تاب آوری باعث ایجاد سازوکارهای محافظتی در برابر تجربیات نامطلوب شده به حفظ کنترل و تعادل در مواقع سخت و استرس زا می انجامد (بری و دورجی ۲۰۲۱).

پژوهش‌های پیشین نشان داده اند شادکامی[3]از دیگر عوامل محافظتی در برابر اعتیاد است (ژائو، ۲۰۲۱). شادکامی ناشی از قضاوت و داوری انسان درباره‌ی چگونگی گذران زندگی است، این نوع داوری از بیرون به فرد تحمیل نمی‌شود، بلکه حالتی درونی است که از هیجان های مثبت تأثیر می‌پذیرد (استپتو، ۲۰۱۹). شادکامی مفهومی است که شامل اجزای عاطفی و هیجانی، اجتماعی و شناختی است، جزء عاطفی و هیجانی شادکامی باعث می‌شود فرد شادزیست همواره از نظر خُلقی شاد و خوشحال باشد، جزء عاطفی آن گسترش روابط اجتماعی را به دنبال دارد و جزء شناختی‌اش موجب می‌شود که فرد شادکام نوعی تفکر و پردازش اطلاعات ویژه‌ای داشته باشد و وقایع روزمره را طوری تعبیر و تفسیر کند که خوش‌بینی وی را به دنبال داشته باشد (ناسیم، ۲۰۱۸). احساس خرسندی، تجربه شادزیستی و رضایت از زندگی هدف برتر زندگی به شمار می‌رود (عظیمی و همکاران، ۲۰۱۶). شادکامی مهمترین جز کیفیت زندگی و بالاتر از سلامتی، ثروت و فعالیت جنسی درجه‌بندی می‌شود (واتسون، ۲۰۱۸) و به طور کلی شادی و شادزیستی از متغیرهای مهم و تأثیرگذار در طول زندگی آدمی محسوب می‌شود و به نوعی یکی از معنادهندگان زندگی است (استپتو، ۲۰۱۹).

روش‌های درمانی مختلفی برای افراد دارای اعتیاد بکار گرفته شده است. یکی از این درمان‌ها ، درمان مبتنی بر

[1] Addiction
[2] .American Psychiatric Association
3happiness

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.4.7]

پذیرش و تعهد[1]یا همان اکت است. که از جمله درمان‌های نسل سوم روانشناختی و مبتنی بر هوشیاری فراگیر حضور ذهن بوده و افراد را تشویق می‌کند تا احساسات و هیجانات منفی خود را که به عنوان مانعی برای شرکت در برنامه‌های درمانی به حساب می‌آیند تجربه و مدیریت کنند تمایل برای تجربه‌ها و هیجانات ناخوشایند و دوری نکردن از آنها فرایند اساسی و کلیدی در این شیوه درمانی می‌باشد. همچنین در طی آن به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی افراد با افکار و احساساتشان افزایش پیدا کند(والسر و اوکانل، ۲۰۲۳). در این نوع درمان تلاش می شود به جای تغییر شناختها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش تر از طریق افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و نه تمرکز صرف بر بازسازی های شناختی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف پذیری روانشناختی منجر می شوند.

(لارنس[2]و همکاران، ۲۰۲۲). این شش فرایند عبارتند از پذیرش، گسلش شناختی ، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه ارزش ها و عمل متعهد . در این درمان ابتدا سعی می شود، پذیرش روانی فرد درمورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یافته و متقابلاً اعمال کنترل ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می شود و باید این تجارب را بدون هیچگونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت .در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می یابد .در مرحله سوم به فرد آموخته می شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. مرحله چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمیا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. مرحله پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزشها). درنهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (ولسر و اوکانل، ۲۰۲۳).

استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال های اخیر در زمینه اختلالات اعتیاد گسترش یافته است. کروتر و همکاران (۲۰۲۴) یک مرور سیستماتیک و متاآنالیز اثربخشی اکت را در مقایسه با سایر مداخلات فعال از نظر تکمیل درمان، پیامدهای مرتبط با اعتیاد و تغییرات در انعطاف‌پذیری روانی انجام دادند. متا آنالیز آنها نشان داد اکت یک رویکرد موثر برای ترویج پرهیز کوتاه مدت بوده و در بلندمدت، حداقل به اندازه سایر درمان‌های معتبر تجربی مؤثر است. مطالعات بیشتری برای روشن شدن اثرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای اعتیادآور مورد نیاز است.

با توجه به اهمیت موضوع مورد پژوهش و افزایش آمار اعتیاد نسل جوان در سال های اخیر، ارائه مداخلات شاهد محور بیش از پیش اهمیت یافته است. علاوه بر این، از آنجایی که استفاده از داروهای غیرقانونی همانند مواد مخدر می‌تواند به طور جدی خودکنترلی و خودکارآمدی فرد را مختل کند، مهم است که برای افراد مصرف کننده و وابسته به مواد مداخله درمانی فراهم شود که بتواند تاب‌آوری و شادکامی آن‌ها را افزایش داد . در این راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی این سؤال انجام شد که آیا درمان مبتنی برپذیرش وتعهد بر تاب‌آوری و شادکامی معتادان در طول درمان تأثیر دارد؟

روش

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

[1] . acceptance and commitment therapy

[2] . Lawrence

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.4.7]

جامعه آماری شامل مردان تحت درمان داروی متادون بوده که در سال ۱۳۹۹ جهت درمان به مراکز ترک اعتیاد استان قم مراجعه کرده بودند. از بین ۸۳ مرکز ترک اعتیاد استان قم، ۵ مرکز به طور تصادفی انتخاب که تعداد ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تمایلشان را جهت شرکت در تحقیق اعلام کردند. ۳۰ نفر انتخاب شده، به صورت تصادفی در دو گروه گواه (۱۵ نفر) و آزمایش (۱۵ نفر) قرار گرفتند. برای تعیین حجم نمونه پژوهش، از قاعده‌ای که گال، بورگ و گال (۲۰۱۴) گزارش کرده‌اند، استفاده شد که طبق آن برای پژوهش‌های آزمایشی و شبه آزمایشی، تعداد ۱۵ نفر برای هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل پیشنهاد شده است. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن اعتیاد ، جنسیت مرد، سن بین ۲۵-۴۸ سال و نداشتن سایر اختلالات روانی جدی مانند تیروئید. اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی و ، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی و نداشتن سایر اختلالات روانی جدی مانند تیروئید، اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی و همچنین ملاک‌های خروج نیز شامل حضور نداشتن حتی در یک جلسه درمان، عدم مشارکت و همکاری و عدم انجام تکالیف در در طول جلسات درمانی و پاسخگویی ناقص به پرسشنامه‌ها بود.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC): این مقیاس شامل ۲۵ گویه است و توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است. برای هر گویه، طیف درجه‌بندی ۵ گزینه‌ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده که از یک (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس اگرچه ابعاد مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد ولی دارای یک نمره کل نیز است. روایی مقیاس به روش تحلیل عاملی و روایی همگرا و واگرا و پایایی مقیاس به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و در خطر) بررسی شده است (۲۶). پایایی نسخه فارسی این مقیاس توسط جوکار (۱۳۸۶) بررسی شده است که ضریب آلفای کرونباخ مقیاس برابر ۰/۸۷ و پایایی به روش بازآزمایی ۰/۷۳ بوده است. سلیمانی و حبیبی (۱۳۹۳) پایایی همزمان این مقیاس را از طریق هم‌بسته نمودن آن با «مقیاس سرسختی روان‌شناختی اهواز» ۰/۶۴ به دست آوردند و هم‌چنین پایایی این مقیاس به دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر با ۰/۸۳ و ۰/۷۷ بدست آورده است(سلیمانی و حبیبی ،۲۰۱۵).

پرسشنامه شادکامی: این پرسشنامه توسط آرگایل و همکاران (۱۹۸۹) باهدف تشخیص شادکامی ساخته شده است. از آنجا که آزمون افسردگی بک یکی از موفق‌ترین مقیاس‌های افسردگی است، آرگایل پس از رایزنی با بک جملات مقیاس افسردگی او را معکوس کرد. بدین ترتیب ۲۱ ماده تهیه شد و ۱۱ ماده دیگر نیز به آن‌ها افزود تا سایر جنبه‌های شادکامی را در برگیرد، سپس به روی تعدای از دانشجویان اجرا نمودند و با توجه به روایی صوری پرسش‌ها و حذف چند ماده در نهایت فرم نهایی ۲۹ سوال پرسشنامه آماده گردید. هر سال دارای ۴ گزینه می‌باشد که از صفر (هرگز) تا سه (همیشه) نمره‌گزاری می‌شود. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره در این آزمون ۸۷ می‌باشد، آرگایل و همکارن ضریب آلفای این پرسشنامه را ۰/۹۲ با ۲۴۷ آزمودنی گزارش دادند و پایایی بازآزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ گزارش نمودند (حق‌دوست، کوشکی و صالحی، ۱۳۹۰). این پرسشنامه توسط علی پور و نوربالا (۱۳۷۸) در ایران ترجمه و با اجرا بر روی ۱۰۱ دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی هنجاریابی شد؛ که آلفای کرنباخ آن برابر ۰/۹۳ گزارش گردید؛ و با روش دونیمه کردن به روش اسپیرمن براون مقدار ۰/۹۲ و به روش گاتمن ۰/۹۱ گزارش شده است.

جدول ۱: جلسات آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (اقتباس از ترخان، ۱۳۹۶)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.4.7]

جلسه	خلاصه جلسه
اول	آشنایی با اعضا - مطرح کردن مسئله رازداری - صحبت در مورد اهداف و نوع درمان - صحبت در مورد شناسایی ذهن (فکر، احساس، علائم بدنی، میل و خاطرات) -دادن تکلیف - اجرای پیش آزمون.
دوم	مرور واکنش به جلسه قبل مرور تکلیف - درمانگر به اعضا کمک کرد همه کارهایی که برای کاهش یا اجتناب از رویدادهای درونی و اضطراب انجام می‌دهند را بشناسند و اثربخشی این راهبردها را بسنجند (درماندگی خلاق). برای این کار از استعاره کندن استفاده شد. (افتادن درچاه و تنها چیزی که وجود دارد بیلچه است پس افراد در این موقعیت برای نجات از چاه شروع به کندن می‌کنند و این شبیه این است که افراد برای رویداد درونی خود، افکار، احساسات، علائم جسمی و... انجام می‌دهند، مثلاً کارهایی که برای از بین بردن اضطراب مثل حواس پرتی، صحبت با خود، اجتناب از موقعیت‌ها و... انجام می‌دهند ولی روز به روز بیشتر می‌شود. دادن تکلیف در مورد شناسایی کندن‌های خود).
سوم	مرور واکنش به جلسه قبل مرور تکلیف - با رسیدن اعضا به درماندگی خلاق، معرفی کنترل به عنوان مسأله در این جلسه نیز از استعاره استفاده شد. در مورد دنیای بیرون و درون و قوانین آن توضیح داده شد. استعاره بچه و استعاره پلیگراف (دستگاه حساس) نیز گفته شد. منظور از این استعاره‌ها یعنی شیوه‌های کنترلی که برای رویدادهای درونی به کار می‌بریم و این مثال کودکی است که برای بدست آوردن چیزی قشقرق به پا می‌کند و برآورده کردن نیاز او به این روش، باعث یادگرفتن او به این روش می‌شود، و هر بار با صدای بلندتری. دادن تکلیف، تمام کارهایی که به عنوان کنترل به کار می‌برند شناسایی کنند.
چهارم	مرور واکنش به جلسه قبل مرور تکلیف - بحث پذیرش / تمایل تجربه‌ای، رنج پاک و رنج ناپاک برای اعضا توضیح داده شد. توضیح در مورد تمایل، جایگزینی برای کنترل، با بیان کردن استعاره دو مقیاس بدین منظور که به جای کم کردن درجه رویدادهای درونی یعنی افکار، هیجان، و...، درجه تمایل خود نسبت به آنها را بالا ببرند. - دادن تکلیف تمایل برای جلسه بعد.
پنجم	مرور واکنش به جلسه قبل بررسی تکالیف اعضا. از تمرینات واستعاره در این جلسه برای نشان دادن اینکه اینها فقط افکار، احساسات، خاطرات، میل و علائم بدنی هستند و نباید به عنوان واقعیت تلقی شوند، که از استعاره صفحه شطرنج استفاده شد، با گسلش یعنی مراجع خود را به عنوان صفحه‌ای بداند که فقط وظیفه نگهداشتن رویدادهای درونی را دارد نه جنگیدن با افکار، احساسات و...)، استعاره اتوبوس نیز به همین منظور بیان شد. مفهوم خودها بیان شد، جایگزین ساختن خود به عنوان زمینه یاحس متعالی ازخود، به جای خود مفهوم سازی شده، یعنی مراجع بتواند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه نماید و قادر به جدا کردن خود از واکنش، خاطرات و افکار ناخوشایند شود). بیان تعهد رفتاری (تعهدی که مراجع ۱۰۰ درصد بتواند آن را حفظ کند).
ششم	مرور مطالب جلسه قبل. تکالیف مرور شد. برای ایجاد ذهن آگاهی در زمان حال تمرینی به عنوان خود مشاهده گر انجام شد. برای تمرین بیشتر برای نگاه کردن به افکار و احساسات و همچنین حرکت در جهت ارزش‌ها از استعاره قطار و استعاره گدادم در، استفاده شد این استعاره‌ها به این می‌پردازند که همه افکار، احساسات و خاطراتی که پدیدار می‌شوند و آنها را دوست نداریم مثل گدایی می‌مانند که وارد مهمانی ما می‌شوند اگر حواسمان فقط به او باشد، باعث می‌شود هدف خود یعنی مهمانی را از دست بدهیم یعنی فقط به دنبال بیرون کردن رویداد درونی خود باشیم تا پرداختن به ارزش‌های زندگی. تکلیف سنجیدن ارزشها و مشخص کردن ارزش‌ها.
هفتم	ابهامات در مورد جلسه قبل برطرف شد. تکلیف بررسی شد. بعد از شناسایی ارزش‌های اعضا، اهداف واعمالی که اعضا را در راستای این ارزش هاسوق دهد تعیین شده برای سوق دادن اعضا به اعمال متعهدانه استعاره درختکاری بیان شد. استعاره حباب نیز گفته شد. به عنوان تکلیف فرم شرح ارزش‌ها به مراجعان داده شد. و از آنها خواسته شد اهداف کوتاه مدت و بلند مدت خود را بنویسند و موانع را نیز بررسی کنند و از آنها خواسته شد نسبت به آنها متعهد شوند.
هشتم	مرور تمام مطالب و استعاره‌های جلسات قبل توسط مراجعان انجام شد. تکالیف همه اعضا مورد بررسی قرار گرفت. تغییر رفتار اعضا در راستای ارزش‌ها ایجاد، انجام دادن چندین هدف توسط اعضا. اختتام جلسات. در پایان اجرای پس آزمون.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.4.7]

روند اجرای پژوهش: برای جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه،، مراکز ترک اعتیاد قم مراجعه و از بین مراکز آن تعداد دو مرکز به‌تصادف انتخاب شد. به این منظور پس‌از انتخاب ۳۰ نفر از معتادین و جایگزینی آنان به‌صورت‌تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر)، همهٔ آزمودنی‌ها به پرسشنامهٔ تاب آوری و شادکامی پاسخ دادند. آنگاه گروه آزمایش برنامهٔ آموزش د درمان مبتنی بر پذیرش و تعهدرا به صورت گروهی دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان برنامهٔ مداخله‌ای، همه آزمودنی‌های دو گروه آزمایشی و کنترل دوباره به آزمون‌های فوق به‌عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. داده‌های حاصل از این طرح با استفاده از نرم‌افزارSPSS ویراست ۲۶ و با روش‌های آمارتوصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و روش آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۳۰ مرد معتاد با میانگین سنی ۲۶/۴۶ و انحراف معیار ۰/۶۳ برای گروه آزمایش و میانگین سنی ۲۷/۵۳ و انحراف معیار ۰/۷۴ برای گروه کنترل شرکت داشتند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است..

جدول۲ میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر تاب آوری و شادکامی در گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد، میانگین نمرات پیش‌آزمون‌ها در دو گروه تفاوت قابل ملاحظه‌ای ندارند؛ ولی نمرات پس‌آزمون‌ها در گروه آزمایشی بیش‌تر از گروه کنترل شده است.

جدول ۲: آمار توصیفی مربوط به مقیاس «تاب‌آوری» و مقیاس «شادکامی»

گروه آزمودنی	آماره‌ها	مقیاس «تاب‌آوری»			مقیاس «شادکامی»		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری (فالو)	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری (فالو)
کنترل	تعداد	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵
	میانگین	۸۳/۹۳	۸۳/۹۳	۸۳/۹۳	۵۹/۸۰	۵۹/۸۰	۵۹/۸۰
	انحراف معیار	۱۶/۶۸۴	۱۶/۶۸۴	۱۶/۶۸۴	۱۱/۹۴۸	۱۱/۹۴۸	۱۱/۹۴۸
	کمینه	۵۷	۵۷	۵۷	۳۸	۳۸	۳۸
	بیشینه	۱۰۹	۱۰۹	۱۰۹	۷۶	۷۶	۷۶
	دامنه تغییرات	۵۲	۵۲	۵۲	۳۸	۳۸	۳۸
آزمایش	تعداد	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵
	میانگین	۷۷/۳۳	۹۰/۸۷	۸۸/۷۳	۵۶/۲۰	۶۶/۰۰	۶۵/۵۳
	انحراف معیار	۱۸/۲۵۹	۱۲/۸۸۹	۱۶/۵۵۹	۱۲/۶۶۷	۱۲/۷۵۰	۱۴/۹۱۳
	کمینه	۴۹	۶۴	۵۶	۳۷	۴۶	۴۷
	بیشینه	۱۰۵	۱۰۷	۱۱۴	۷۸	۹۱	۹۹
	دامنه تغییرات	۵۶	۴۳	۵۸	۴۱	۴۵	۵۲
جمع	تعداد	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰
	میانگین	۸۰/۶۳	۸۷/۴۰	۸۶/۳۳	۵۸/۰۰	۶۲/۹۰	۶۲/۶۷
	انحراف معیار	۱۷/۵۱۰	۱۵/۰۶۷	۱۶/۵۱۴	۱۲/۲۳۶	۱۲/۵۴۳	۱۳/۵۹۳
	کمینه	۴۹	۵۷	۵۶	۳۷	۳۸	۳۸
	بیشینه	۱۰۹	۱۰۹	۱۱۴	۷۸	۹۱	۹۹
	دامنه تغییرات	۶۰	۵۲	۵۸	۴۱	۵۳	۶۱

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.4.7]

جهت بررسی مفروضه‌ی همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لوین استفاده شد. چون سطح معناداری آزمون لوین بیش‌تر از خطای مفروض در پژوهش به‌دست آمد (P>۰/۰۵)، واریانس نمرات برابر می‌باشد، بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها مورد تأیید است.

همچنین آزمون ام باکس برای بررسی ماتریس‌های کوواریانس در دو گروه با سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ تأیید شد (P>۰/۰۵). با توجه به اینکه مفروضه‌های نرمال بودن، همگنی واریانس‌های خطا، همگنی شیب رگرسیون بین متغیرهای همپراش با متغیر مستقل و برابر ماتریس‌های واریانس کوواریانس برقرار بودند: از تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیره به منظور مقایسه میانگین نمرات متغیرهای تاب اوری و شادکامی در پس‌آزمون استفاده شد.

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری

ضریب اثر	مقدار آماره	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۱۸	۲/۹۰	۲	۲۵	۰/۰۱۳	۰/۵۱۶
لامبدای ویلکز	۰/۸۱	۲/۹۰	۲	۲۵	۰/۰۱۳	۰/۵۱۶
اثر هاتلینگ	۰/۲۳	۲/۹۰	۲	۲۵	۰/۰۱۳	۰/۵۱۶
بزرگترین ریشه روی	۰/۲۳	۲/۹۰	۲	۲۵	۰/۰۱۳	۰/۵۱۶

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۸۱ است (P<۰/۰۵) و بیانگر این موضوع است که دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای تاب آوری و شادکامی حداقل در یکی از مؤلفه‌های آن در پس‌آزمون تفاوت معناداری دارند. یعنی ۸۰ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر مداخله به کار گرفته شده می‌باشد در ادامه به منظور تعیین تأثیر مداخله بر متغیرهای پژوهش نتایج آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثربخشی مداخله در متغیرهای پژوهش

منبع واریانس	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح اطمینان	مجذور اتا
پیش‌آزمون و پس‌آزمون	مقیاس «تاب‌آوری»	۳۸۴۴/۴	۱	۳۸۴۴/۴	۵۵/۵	۰/۰۰۰	۰/۶۸۱
	مقیاس «شادکامی»	۲۲۵۸/۱	۱	۲۲۵۸/۱	۵۳/۷	۰/۰۰۰	۰/۶۷۴
گروه کنترل و گروه آزمایش	مقیاس «تاب‌آوری»	۹۷۵/۷	۱	۹۷۵/۷	۱۴/۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵۲
	مقیاس «شادکامی»	۶۹۶/۱	۱	۶۹۶/۱	۱۶/۵	۰/۰۰۰	۰/۳۸۹

برای مقایسه دو گروه در هر یک از این متغیرها به عنوان یک متغیر وابسته از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در متن آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل بعد از کنترل اثرات پیش‌آزمون در متغیرهای تاب آوری (P<۰/۰۰۱؛ F= ۱۴/۱۰) و شادکامی (P<۰/۰۰۱؛ F= ۱۶/۵۰) وجود دارد. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تاب آوری و شادکامی معتادان در طول درمانشده است که بیانگر تأثیر مثبت این مداخله می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و شادکامی معتادان در طول درمان انجام گرفت. تجزیه‌وتحلیل‌های انجام گرفته تحقیق حاضر نشان

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.4.7]

داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی معتادان در حال بهبودی تأثیر معناداری داشت. نتایج پژوهش حاضر این یافته با یافته پژوهش هایی چون صفدری و همکاران (۱۴۰۱)، سام خانیانی و همکاران (۱۴۰۱)، کیوانی و همکاران (۲۰۲۱)، اینیولا و همکاران (۲۰۲۳)، بیگی و همکاران (۲۰۲۳) حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های روان‌شناختی مختلف بوده است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تشویق افراد به پذیرش تجربیات درونی خود، مانند افکار و احساسات، بدون قضاوت، به اضطراب نزدیک می شود. این پذیرش، انحراف از مکانیسم‌های مقابله‌ای سنتی است که اغلب شامل اجتناب یا سرکوب می‌شود، که می‌تواند به طور متناقضی اضطراب را در طول زمان افزایش دهد. این رویکرد برای درمان طیف وسیعی از مشکلات روانشناختی، از جمله اعتیاد، استفاده شده است. این درمان بر این فرض است که تلاش برای اجتناب از افکار، احساسات و خاطرات ناخوشایند می تواند منجر به افزایش آنها شود. این امر به این دلیل است که توجه ما به چیزهایی که می خواهیم از آنها اجتناب کنیم، بیشتر می شود و این می تواند باعث شود آنها بزرگتر و مهم تر به نظر برسند. درمان پذیرش و تعهد به افراد کمک می کند تا بر روی تجربه لحظه حال تمرکز کنند و از قضاوت و تفسیر خود جلوگیری کنند. این امر می تواند به آنها کمک کند تا افکار و احساسات ناخوشایند خود را به عنوان بخشی طبیعی از تجربه انسانی بپذیرند. درمان پذیرش و تعهد همچنین به افراد کمک می کند تا به اهداف و ارزش های خود متعهد شوند. این امر می تواند به آنها انگیزه دهد تا اقداماتی را انجام دهند که برای آنها مهم است، حتی اگر این اقدامات دشوار یا ناراحت کننده باشند. پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند می تواند به معتادان کمک کند تا با علائم ترک و وسوسه مقابله کنند. تمرکز بر روی تجربه لحظه حال می تواند به آنها کمک کند تا از افکار و احساسات منفی خود فاصله بگیرند. متعهد شدن به اهداف و ارزش های خود می تواند به آنها انگیزه دهد تا در مسیر بهبودی خود باقی بمانند. در یک مطالعه، افرادی که از ***ACT*** برای درمان اعتیاد خود استفاده کردند، در مقایسه با افرادی که از سایر درمان ها استفاده کردند، شادتر بودند. این افراد همچنین کمتر در معرض بازگشت به اعتیاد بودند (سام خانیان و همکاران،۱۴۰۱).

نتایج پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی در مردان معتاد اثربخش است. این یافته با یافته های پژوهش هایی چون سام خانیانی و همکاران (۱۴۰۱)، کوهی کمالی و همکاران (۱۳۹۹)، ابراهیمی فر و همکاران (۱۳۹۸) و انجزاب و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. برای معتادان ، که ممکن است با چالش‌ها و ناامنی‌های منحصربه‌فردی مواجه شوند، بهبود شادکامی برای افزایش کیفیت کلی زندگی آن‌ها ضروری است. در تبیین این یافته می توان گفت افراد با در نظر گرفتن افکار به منزله واقعی، ارزیابی‌های منفی‌گرایانه و عمل کردن طبق آن‌ها موجب ضعیف شدن خلق و رضایت از زندگی می‌شوند؛ بر همین اساس در رویکرد " درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" به جای این که شیوه‌های جدیدی برای دستیابی به شادی آموزش داده شود، روش‌هایی برای کاهش مواردی هم چون کشمکش و منازعه، پرهیز و از دست دادن لحظه کنونی را به افراد می‌آموزد. از این دیدگاه، شادی به معنای داشتن زندگی غنی، پربار و بامعناست که فرد شادکام از روابط اجتماعی خوبی با دیگران برخوردار است و می‌تواند از آن‌ها حمایت اجتماعی دریافت کند؛ ازاین‌رو در شادکامی ارزشیابی افراد از خود و زندگی‌شان می‌تواند جنبه‌های شناختی مثل قضاوت در مورد خشنودی از زندگی و یا جنبه‌های هیجانی خلق یا عواطف در واکنش به رویدادهای زندگی را در برگیرد(لوک و همکاران،۲۰۲۴).

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری معتادان در حال بهبودی نیز تأثیر معناداری داشت. همسو با یافته‌های این مطالعه قربانی امیر و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری تأثیر معناداری دارد. ولی زاده و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه خود نشان دادند

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.4.7]

که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی اثربخش می‌باشد علاوه بر این سوانبرگ و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معنی‌داری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کارکردهایی چون کنترل اجتنابی، توجه و کنترل هیجانی دارد.

افراد تاب آور نسبت به شرایط تنش‌زا نگرش متفاوتی دارند و تسلیم آن نشده و حالت انفعالی نمی‌گیرند، بلکه به طور مؤثری با شرایط مقابله نموده و با آن مواجهه می‌شوند، نه اینکه از آن اجتناب کنند (کانر و همکاران، ۲۰۰۳). این امر نیازمند آن که برای شناخت شرایط محیطی تلاش کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا توجه کامل خود را به موقعیت‌های موجود بسپارند، بدون این که قضاوتی داشته باشند، زیرا یکی از دلایلی که بر سلامت روان بیماران در حال بهبودی تاثیر منفی می‌گذارد، احساساتی مثل گناه و تقصیر و ناکامی و محرومیت ناشی از گذشته و خسارات و صدمات ناشی از آن افکار منفی است، اما راهکار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مقابله با این افکار و احساسات برخلاف درمان شناختی رفتاری، ساختاردهی مجدد شناختی نبوده، بلکه تمرکز بر جهت‌دهی به عملکرد است (عاطفی وهمکاران ، ۲۰۲۴). از طرفی افراد معتاد در طول دوره درمان به خاطر مواجه‌شدن با مشکلات بوجود آمده و حل نشده دوران مصرف مواد و ناتوانی در حل منطقی مسائل، استرس و اضطراب را تجربه می‌کنند همین امر تمرکز بر ناتوانی افراد را افزایش می‌دهد در صورتی که استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش به بیمار می‌آموزد چگونه با افکار ناتوان ساز آمیخته نشودتا قدرت تحمل هیجانات منفی مانند اضطراب را افزایش دهد که به نوعی، نقطه‌ی دیگری است که این درمان را به تاب‌آوری متصل نماید(احمدی و همکاران،۲۰۲۳). همان طور که گفته شد، تاب‌آوری به معنای تحمل شرایط موجود نیست، بله تلاش برای مدیریت و کنترل آن‌هاست. در واقع این درمان به آن‌ها کمک می‌کند تا حتی در شرایطی که احساس می‌کنند کنترلی بر آن ندارند، قادر باشند، توانایی‌های خود را در کنترل شرایط مشاهده نموده و باور کنند و به یک زندگی پرمعنا و اصیل دست یابند(هرتنشتاین و همکاران ،۲۰۲۴).

افراد معتاد از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه مانند پنهان کردن و نادیده گرفتن هیجانات، اجتناب و سرکوبی استفاده می‌کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث فهم بهتر نقش افکار، احساس‌ها و رفتارها در تجربه‌های هیجانی، آگاهی بهتر از تجربیات هیجانی (برانگیزان و پیامد)، چالش با ارزیابی شناختی منفی از احساسات و هیجان‌های جسمی، شناسایی و اصلاح احساسات جسمی و رفتارهای ناشی از هیجان و روبه‌رو شدن با تجربه‌های هیجانی طی مواجهه درونی می‌شود. موارد ذکرشده به کاهش شدت تجربه‌های هیجانی ناسازگارانه و بازگرداندن هیجان‌ها به سطح کارکردی و به‌طورکلی افزایش تاب آوری و شادکامی منجر می‌شود. بر این اساس درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد باعث می‌شود افراد معتاد بر روی نوع، زمان و چگونگی تجربه هیجان و بیان آن، تغییر طول دوره یا شدت فرایندهای رفتاری و تجربی و یا جسمانی هیجان‌ها تغییراتی را اعمال نماید.

از محدودیت‌های این پژوهش، انتخاب آزمودنی‌ها بر اساس نمونه‌ای از داوطلبان جامعه انجام شد که معتادان زن را در بر نگرفت. بنابراین، یافته‌های این پژوهش ممکن است برای همهٔ جمعیت تعمیم‌پذیر نباشد. محدودیت جعرافیایی (شهر قم)، نداشتن برنامه‌های پیگیری در جهت دنبال کردن اثربخشی در طول زمان از جمله محدودیت‌های دیگر بود. همچنین داده‌ها از طریق خودگزارشی به دست آمد و ممکن است سوگیری در پاسخ به سؤالات حساس رخ داده باشد. با توجه به محدودیت‌های فوق پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه ساختاریافته یا نیمه ساختاریافته استفاده شود. همچنین، انجام پژوهش با جامعه‌ای گسترده‌تر و روی گروه‌های مختلف سنی و معتادان زن انجام گیرد و مقایسه نتایج آن با یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند امکان برنامه‌ریزی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.4.7]

مناسب جهت اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای معتادها که متحمل آسیب‌ها و اختلالات روانی زیادی در جامعه هستند، اطلاعات مفید و اثربخشی را در اختیار خانواده و مسئولان آن‌ها فراهم سازد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت-کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد گرفته شده، بدین وسیله از مسئولین محترم کمیته، استاد مشاور و اعضای محترم هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم سپاسگزاری می‌شود که همکاری صمیمانه‌ای در راستای اجرای تحقیق داشتند.

References

Alipour, & Ali Nurbala. (1999). A preliminary investigation of the reliability and validity of the Oxford Happiness Questionnaire in students of Tehran universities. Iranian Psychiatry and Clinical Psychology, 17(5), 55-65.

Ahmadi, S. S., & Sharei, A. (2023). A. The relationship between harmful use of mobile phones and emotional-behavioral problems in self-harming adolescents: with the mediation of self-control. Journal of Research in Psychological Health, 19(3), 1-15.

AZIMI, M., NORI, R., & MOHAMMADKHANI, S. (2016). Comparison of Cognitive Emotion Regulation, general health, problem–solving styles and academic performance of adolescent girls with addicted and nonaddicted parents.

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). US: American Psychiatric Association

Arch, J.J., & Craske, M.G. (2008). ACT and CBT for anxiety disorders. Clinical Psychology: Science & Practice, 5, 263–279.

Argyle, M. (1989). Do happy workers work harder? The effect of job satisfaction on work performance. How harmful is happiness, 94-105.

Atefi, G. L., van Knippenberg, R. J., Bartels, S. L., Losada-Baltar, A., Márquez-González, M., Verhey, F. R., & de Vugt, M. E. (2024). A Web-Based Intervention Based on Acceptance and Commitment Therapy for Family Caregivers of People With Dementia: Mixed Methods Feasibility Study. JMIR aging, 7(1), e53489.

Beri, N., & Dorji, P. (2021). Role of Resilience and Psychological Wellbeing during Difficult Situations. Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 1572-1580.

Beygi, Z., Jangali, R. T., Derakhshan, N., Alidadi, M., Javanbakhsh, F., & Mahboobizadeh, M. (2023). An overview of reviews on the effects of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression and anxiety. Iranian Journal of Psychiatry, 18(2), 248.

Ceceli, A. O., Bradberry, C. W., & Goldstein, R. Z. (2022). The neurobiology of drug addiction: cross -species insights into the dysfunction and recovery of the prefrontal cortex. Neuropsychopharmacology, 47, 276 –291.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety, 18(2), 76-82.

Eniola, K., Sykes, J., & Paige, V. J. (2023). Does cognitive behavioral therapy without pharmacotherapy improve eating disorder remission rates?. Evidence-Based Practice, 26(1), 18-20.

Ghorbani Amir, H. A., Moradi, O., Arefi, M., & Ahmadian, H. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive-Emotional Regulation, Resilience, and Self-control Strategies in Divorced

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.4.7]

addiction therapy. Journal of Psychoactive Drugs, 53(1), 76-84.

Safdari, Halima; Zargaran, Farzaneh; Zargaran, Fatima. (2022). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on anxiety, depression and spiritual health of infertile women in Mashhad. The second international conference on advanced research in management and humanities.

Sam Khaniani, Ishaq, Jamhari, Farhad, Ahadi, Hassan, and Khalatbari, Javad. (2021). The effectiveness of behavioral therapy based on acceptance and commitment on depression, anxiety and sexual satisfaction in premature coronary heart patients. Journal of the Faculty of Medicine of Mashhad University of Medical Sciences, 64(5), 3913-3927.

Schwalm, F. D., Zandavalli, R. B., de Castro Filho, E. D., & Lucchetti, G. (2022). Is there a relationship between spirituality/religiosity and resilience? A systematic review and meta-analysis of observational studies. Journal of health psychology, 27(5), 1218-1232.

Soleimani, E., & Habibi, Y. (2015). The relationship between emotion regulation and resiliency with psychological well-being in students. Journal of school psychology, 3(4), 51-72.

Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2018). Resilience: The science of mastering life's greatest challenges. Cambridge University Press.

Steptoe, A. (2019). Happiness and health. Annual review of public health, 40, 339-359.

Svanberg, G., Munck, I., & Levander, M. (2017). Acceptance and commitment therapy for clients institutionalized for severe substance-use disorder: a pilot study.Substance abuse and rehabilitation, 8, 45-51.

Valizadeh, S., Makvandi, B., Bakhtiarpour, S., & Hafezi, F. (2020). The Effectiveness of" Acceptance and Commitment Therapy"(ACT) on resilience and cognitive flexibility in prisoners. Journal of Health Promotion Management, 9(4), 78-89.

Valois, R. F., Zullig, K. J., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2004). Physical activity behaviors and perceived life satisfaction among public high school adolescents. Journal of school health, 74(2), 59-65.

Walser, R. D., & O'Connell, M. (2023). Alliance rupture and repair in acceptance and commitment therapy. In C. F. Eubanks, L. W. Samstag, & J. C. Muran (Eds.), Rupture and repair in psychotherapy: A critical process for

Women. Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology, 6(4), 195-202.

Harris R. (2006).Embracing your demons: An overview of aceeptance and commitment therapy, Psychotherapy in Australia, 21(4), 2-8.

Hertenstein, E., Trinca, E., Schneider, C. L., Fehér, K. D., Johann, A. F., & Nissen, C. (2024). Acceptance and commitment therapy, combined with bedtime restriction, versus cognitive behavioral therapy for insomnia: a randomized controlled pilot trial. Psychotherapy & Psychosomatics, 93(2), 1-15.

Keyvani, E., & Bolghan-Abadi, M. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on improving self-concept, depression, and anxiety in obese women. International Archives of Health Sciences, 8(2), 79-83.

Kohi Kamali, Shiva; Trader, crazy; Poursharifi, Hamid; Ashairi, Hassan. (2020). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on sexual satisfaction of infertile women. Preventive Medicine Quarterly, 4(7), 13-29.

Lawrence, E., Cohn, A. S., & Allen, S. H. (2022). Acceptance and commitment therapy for couples. Clinical handbook of couple therapy, 104-124.

Luck, S. A., Golijani-Moghaddam, N., & Dawson, D. L. (2024). A Systematic Quality Review of Single Case Experimental Designs Using Acceptance and Commitment Therapy in Adult Clinical Populations. Behavior Therapy.

Naseem, K. (2018). Job stress, happiness and life satisfaction: The moderating role of emotional intelligence empirical study in telecommunication sector Pakistan. The Social Science Journal, 4 (1), 7-14.

Nojavan, N., Soleimani, I., & Issazadegan, A. (2022). The Effectiveness of Mindfulness-based Relapse Prevention Intervention on Craving and Emotional Processing in Substance-Dependent Individuals in the Non-Pharmacological Rehabilitation Phase. Scientific Quarterly Research on Addiction, 16(65), 75-96.

Pentzien, C. (2019). A Pilot Acceptance and Commitment Therapy Intervention to Reduce the Negative Effects of Sexual Objectification among College Women. Doctoral dissertation, Bowling Green State University).

Politi, M., Friso, F., Saucedo, G., & Torres, J. (2021). Traditional use of Banisteriopsis caapi alone and its application in a context of drug

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.4.7]

change (pp. 165 –186). American Psychological Association.

Watson, G. (2018). Beyond happiness: Deepening the dialogue between Buddhism, psychotherapy and the mind sciences. Routledge.

Yamashita, A., Yoshioka, S. I., & Yajima, Y. (2021). Resilience and related factors as predictors of relapse risk in patients with substance use disorder: a cross-sectional study. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 16(1), 1-9.

Zaki, M.A. (2006). Validation of Multi dimensional Satisfaction with Life scale of student. Journal of psychiatry & clinical psychology, 13, 49-56.

Zhao, L. (2021). The impact of social media use types and social media addiction on subjective well-being of college students: A comparative analysis of addicted and non-addicted students. Computers in Human Behavior Reports, 4, 100122.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.2.4.7]