

# Evaluation of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Self-Regulation and Self-Control of the Adolescents with Drug Abuse Disorder

**Mohsen Saiedmanesh\***: PhD neurocognitive science, assistant professor, department of psychology, university of science and arts, Yazd, Iran. saeidaeh@sau.ac.ir

**Mitra Pahlavan**: MA student of clinical child psychology, university of science and arts, Yazd, Iran. mitarpahlavan@gmail.com

## Abstract

**Introduction:** Considering the significance of psychological interventions in adolescents with drug abuse disorder, and due to the fact that self-regulation and self-control are the most important components of drug abuse, the aim of this study is to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on these two components.

**Methods:** This research is semi-experimental. It is conducted in the form of posttest and pretest implemented on two experimental and control groups; the sample has consisted of all the adolescents with drug abuse disorder who referred to addiction clinics of Isfahan. Among them, thirty adolescents are chosen based on available sampling and randomly placed in two experimental and control groups; fifteen persons in each group. Tangney self-control questionnaire and SRI-S self-regulation scale were used as research instruments and filled in by the participants in the pretest and posttest stages. Eight sessions of one-hour acceptance and commitment therapy were performed on the experimental group. Finally, the data is collected and analyzed by SPSS software.

**Results:** The results of covariance analysis indicated that the treatment method in the experimental group had a significant effect on self-control and self-regulation variables, and the posttest scores of the variables in the in experimental group increased in comparison with the pretest scores.

**Conclusions:** The results of this research indicate that acceptance and commitment therapy is effective in increasing self-control and self-regulation of adolescents with drug abuse disorder. Due to the importance of weak self-control and self-regulation for addiction, especially in adolescents, using this approach is highly recommended to psychologists, social workers and other therapeutic occupations who are working with adolescents with drug abuse disorder.

## Keywords

Addiction

Self-Control

Self-Regulation

Acceptance and Commitment Treatment

Adolescents

\*Corresponding Author  
Study Type: Original  
Received: 17 Sep 2017  
Accepted: 09 Jun 2018

Please cite this article as follows:

Saiedmanesh M and Pahlavan M. Evaluation of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on self-regulation and self-control of the adolescents with drug abuse disorder. Quarterly journal of social work. 2017/2018; 6 (4); 14-22

# بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری و خویشتنداری نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد

محسن سعیدمنش\*: استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران. saeidaeh@sau.ac.ir  
میترا پهلوان: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران. mitarpahlavan@gmail.com

## چکیده

**مقدمه:** نظر به اهمیت اجرای مداخلات روان‌شناختی در کار با نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد و از آنجا که خودتنظیم‌گری و خویشتنداری از مهمترین همبسته‌های مصرف مواد هستند، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خویشتنداری و خودتنظیمی نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد انجام شده است.

**روش:** در این پژوهش شبه‌آزمایشی از طرح دو گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه مورد بررسی این پژوهش را کلیه نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی ترک اعتیاد استان اصفهان تشکیل داده است. از بین نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد سی نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. در این پژوهش از پرسشنامه خودکنترلی تانجی و مقیاس خودتنظیم‌گری SRI-S استفاده شده است. گروه آزمایش در هشت جلسه یک ساعته تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده با استفاده از آزمون کوواریانس و نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**نتایج:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش بر متغیرهای خویشتنداری و خودتنظیمی تأثیر معناداری داشته است و نمرات پس‌آزمون متغیرها در گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خویشتنداری و خودتنظیمی نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد موثر بوده است. بر این اساس و با در نظر داشتن اینکه ضعف در خودتنظیم‌گری و خویشتنداری یکی از دلایل مهم اعتیاد به خصوص در نوجوانان است لذا به روانشناسان، مددکاران اجتماعی و سایر حرفه‌های یاری رسان توصیه می‌شود در کار با نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد از این مداخله بهره جویند.

## واژگان کلیدی

اعتیاد

خویشتنداری

خودتنظیمی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

نوجوانان

\* نویسنده مسئول

نوع مطالعه: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۱۹

محسن سعیدمنش و میترا پهلوان. بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری و خویشتنداری نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۶؛ ۶ (۴): ۲۲-۱۴

نحوه استناد به مقاله:

## مقدمه

اختلال مصرف مواد آثار زیان‌باری برای شخص دارای اختلال مصرف مواد و اطرافیانش دارد، اجبار، جستجوی دارو و مصرف را ایجاد می‌کند. (۱) امروزه اعتیاد به مواد مخدر به یکی از مهمترین معضلات اجتماعی جهان، تبدیل شده است. ازدیاد مصرف مواد مخدر و عوارض ناشی از آن بشریت را به شدت تحت فشار قرار داده است و هرروز تعداد قابل توجهی از جوانان قربانی این ماده شوم شده و به کام نیستی و تباهی کشیده می‌شوند. مشکل اعتیاد به عنوان یک پدیده مهلک و مخرب، که نتایج آن می‌تواند اثرات بسیار سوئی در زمینه‌های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی داشته باشد در هر جامعه‌ای مطرح است. (۲)

پدیده‌ی مصرف و سوء مصرف مواد در نوجوانان، یکی از بحرانی‌ترین مسایل پیشروی جوامع امروزی است، پژوهش‌ها حاکی از نگران‌کننده بودن میزان اعتیاد پذیری در میان نوجوانان است، متغیرهای متعدد بر پدیدآیی، تداوم و درمان اختلال مصرف مواد تاثیر می‌گذارند. نتایج پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و خانوادگی با سوء مصرف مواد مرتبط هستند. (۳) یکی از این عوامل روان‌شناختی، خویشتنداری است. خویشتنداری بیانگر توانایی در تعدیل و مهار تکانش‌ها است. افراد خویشتن‌دار می‌توانند لذت‌ها را به تاخیر اندازند آن‌ها می‌توانند در زمان گرسنگی، عصبانیت و هیجان‌زدگی خود را آرام سازند. نیاز به تذکرها برای فراوان برای تنظیم رفتارهای خود ندارند. (۴) افرادی که خویشتن‌داری کمی دارند، ممکن است برای مبتلا شدن به اختلالات مصرف مواد مستعدتر باشند، بدین معنی که منشاء اختلالات مصرف مواد در برخی افراد را مدت‌ها قبل از شروع مصرف مواد، می‌توان در رفتارهای آنان پیدا کرد. (۵)

یافته‌های فورد و بلومشتاین (۶) نشان داد که دانشجویانی که خویشتنداری پایینی داشتند در معرض خطر بیشتری برای گزارش مشروب‌خواری، استفاده ماری‌جوانا و سوءاستفاده دارویی قرار داشتند. در همین راستا نتایج پژوهش‌های کاظمی و نیک‌منش (۷) نیز حاکی از آن بود که بین خودکنترلی پایین و گرایش به مصرف مواد رابطه معنی‌دار مثبت وجود دارد، بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت که توجه به این متغیر اساسی در زمینه کار با نوجوانان وابسته به مواد امری ضروری و لزوم توجه به آن بیش از پیش احساس می‌شود.

در همین رابطه یکی از حوزه‌های دیگری که انجام مداخلات موثر به منظور بهبود آن از اهمیت بالایی برخوردار است و بر رشد هیجانی و عاطفی نوجوانان وابسته به مواد مخدر تاثیر گذار می‌باشد، خودتنظیم‌گری است. خودتنظیم‌گری، به عنوان کوشش‌های روانی در کنترل وضعیت درونی، فرآیندها و کارکرد برای دستیابی به اهداف بالاتر تعریف شده است. (۸) پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهد که سوءمصرف‌کنندگان در معرض عدم خودتنظیمی قرار دارند. برای مثال چاواریا، استونس، جیسون و فراری (۹) نشان دادند که تغییرات خودتنظیمی و خودکارآمدی به صورت معناداری احتمال مصرف را پیش‌بینی می‌کنند، به علاوه خودتنظیمی و خودکارآمدی به طور گسترده‌ای به یکدیگر همبسته هستند. همچنین بخشانی و حسین‌بر (۱۰) در پژوهشی به مطالعه مقایسه‌ای خودتنظیمی در افراد وابسته به مواد و افراد غیر وابسته پرداختند. نتایج نشان داد که بین دو گروه در تمامی زیرمقیاس‌های خودتنظیمی تفاوت وجود دارد و مهارت‌های خودتنظیمی و خودکنترلی در افراد وابسته پایینتر از افراد غیر وابسته بود. بر اساس مسائلی که ذکر شد شناسایی مداخلات موثر در حوزه خویشتنداری و خودتنظیمی نوجوانان وابسته به مواد مخدر امری اساسی است. یکی از رویکردهای درمانی که به نظر می‌رسد موثر باشد، روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بخشی از آنچه امروز موج سوم درمان شناختی رفتاری نامیده می‌شود به حساب می‌آید. (۱۱) این درمان با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن‌آگاهی و راهبرهای پای‌بندی و تغییر، به درمانجویان برای دستیابی به زندگی پر نشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند. برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتاردرمانی شناختی، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر کل یا فراوانی افکار و احساسات آزار دهنده نیست؛ بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. مراد از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضیات موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد می‌باشد. به بیانی دیگر، به افراد یاری می‌رساند تا با وجود افکار، هیجانات و احساسات ناخوشایند، زندگی پاداش‌بخش‌تری داشته باشند (۱۲) بر اساس نظریه هایس و همکاران (۱۱) که پژوهش حاضر بر مبنای

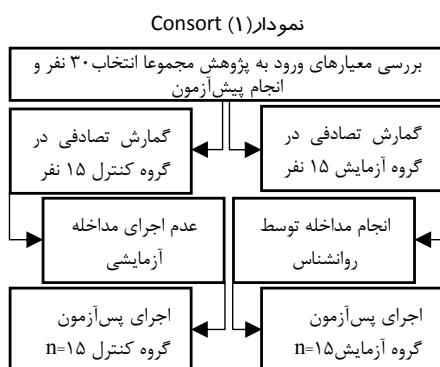
آن صورت‌بندی شده است شش مفهوم مهم که مکانیسم‌های اثربخش این درمان نیز به حساب می‌آیند عبارت است از: پذیرش، مرتبط بودن، ارزش‌ها، گسلش شناختی، فعالیت متعهدانه و توجه به خود.

به نظر می‌رسد مجموعه این عوامل با بهبود خویش‌تنداری و خودتنظیمی متناسب باشد در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییری در روش‌های روان‌شناختی سنتی برای تنظیم هیجانی و خودتنظیمی پیشنهاد می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مبتنی بر این پیش‌فرض است که پردازش‌های طبیعی شناختی تحریف شده تجربه هیجانات منفی را تقویت می‌کند، مراجع را در به‌کارگیری روش‌های رفتاری مشکل‌زا برای اجتناب یا کاهش هیجانات منفی هدایت می‌کند. این الگوهای رفتاری اجتنابی می‌توانند مانع حرکت مراجع به سمت اهداف ارزش‌گذاری شده شوند و مراجع را در شرایط مضری قرار دهند. رویکرد ACT، به‌جای اینکه بر روی تغییر شناخت‌ها یا کاهش سطح هیجانات کار کند، مراجع را به‌طور مستقیم برای تجربه هیجانات مشکل‌زا، از طریق کارکردهای واقعی تقویت زبانی، مفاهیم منفی آن دسته از هیجاناتی که کنار گذاشته شده‌اند، درگیر

می‌کند. تمرکز این درمان تسهیل حرکت مراجع به سمت ارزش‌های بیشتر و زندگی کامل در بافتی است که هیجانات مسدود کننده پیشین، دیگر به‌عنوان مانع به‌کار نمی‌روند (۱۳) از تکنیک‌های اثر گذار در این زمینه می‌توان به تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه اشاره کرد. ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌ها، تعیین اهداف و در نهایت تعهد به انجام عمل در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات، باعث می‌شود، تحقق اهداف و کسب شادکامی منجر به کنترل رفتارهای مخاطره آمیز در آن‌ها شود. (۱۴) فرآیندهای ذهن‌آگاهی مورد استفاده در این درمان موجب جهت‌گیری توجه شده بطوریکه به فرد اجازه می‌دهد تا رویدادهای ذهنی را مشاهده کند. در درمان مبتنی بر پذیرش فرض بر این است. موقعی که فرد با افکارش در هم می‌آمیزد نمی‌تواند قضاوت ذهنی از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد (۱۵) بر این اساس هدف درمان این است که فرد با رویدادهای ذهنی بدون آغشته شدن با آن‌ها برخورد کند و نظاره‌گر آن‌ها باشد. (۱۶) کیانی و همکاران (۱۷) اثربخشی این روش درمانی را بر همبسته‌های سوء مصرف مواد نشان داده‌اند. توجه به اثربخشی این مداخله در حیطه‌های روان‌شناختی افراد دارای اختلال مصرف مواد مانند بهبود مهارت تنظیم شناختی هیجان، کاهش درد مزمن، خودبیمارانگاری و کاهش رفتارهای خطرناک (۱۴) از یک سو و توجه به فلسفه‌ی درمانی حاکم بر این مداخله که بر خودتنظیمی تاکید می‌کند از سوی دیگر و از آنجا که تاکنون پژوهشی این مساله را مستقیماً مورد بررسی قرار نداده است پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است: آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری و خویش‌تنداری نوجوانان نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد موثر است؟

## روش

در این پژوهش شبه‌آزمایشی از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه‌ی آماری را تمامی نوجوانان (دختر و پسر) یازده تا بیست ساله دارای اختلال مصرف مواد مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی ترک اعتیاد شهر اصفهان در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۶ تشکیل داده‌اند. از میان آنان به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس سی نوجوان دارای اختلال مصرف مواد براساس معیارهای پژوهش انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (پانزده نفر) و کنترل (پانزده نفر) گمارده شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در تحقیق، سم‌زدایی طی یک ماه گذشته، داشتن حداقل یازده و حداکثر بیست سال. مداخله‌ی درمانی با رویکرد ACT بر اساس طرح درمان هیز و همکاران (۱۹۹۹) و توهی (۲۰۰۷) نقل از (۱۸) تهیه و تدوین شد. روایی این مداخله در پژوهش‌های فوق‌الذکر مورد تایید قرار گرفته است. سپس هشت جلسه‌ی گروهی یک ساعته در یکی از کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر اصفهان برگزار گردید لازم به‌ذکر است که این کلینیک استandarهای اولیه: نور، صدا و فضای مناسب را دارا بود. بلافاصله پس از پایان جلسات گروهی پس‌آزمون به‌عمل آمد و اطلاعات جمع‌آوری شد. درخصوص ملاحظات اخلاقی پژوهش ملاحظات مربوط به محرمانه بودن اطلاعات افراد و کسب رضایت از آنان



است. نمره فرد هرچه بالاتر باشد نشان دهنده خودکنترلی بهتر فرد می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسشنامه از نوع طیف لیکرت بوده و همچنین برخی از سوالات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. (۱۹)

نیز صورت گرفت. مراقبت‌های لازم در مورد مشارکت‌کنندگان برای جلوگیری از بروز هر گونه خطر و صدمه ناشی از شرکت در پژوهش انجام شد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پس از پایان جلسات به صورت رایگان برای گروه کنترل ارائه گردید، برای جلوگیری از ریزش آزمودنی‌های پژوهش سعی بر این شد تا مزیت‌های حضور در جلسات قبل از تشکیل جلسه به تفصیل مطرح شود. مشارکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش می‌توانستند آزادانه به همکاری خود با تیم پژوهش خاتمه دهند.

## ابزار پژوهش

**مقیاس درجه‌بندی خویشتنداری (پرسشنامه خودکنترلی تانجی):** این پرسشنامه توسط تانجی و همکاران در سال ۲۰۰۴ تدوین شد که شامل دو خرده مقیاس ۱- خودکنترلی منع‌کننده یا بازدارنده. ۲- خودکنترلی اولیه می‌باشد. این پرسشنامه دارای دو فرم سی و شش سوالی و سیزده سوالی می‌باشد و هدف آن سنجش میزان کنترل افراد بر خودشان

جدول (۱) خلاصه محتوای طرح درمانی گروهی پذیرش و تعهد (Act) بر اساس طرح درمان هیز و همکاران (۱۹۹۹) و توهی (۲۰۰۷) نقل از (۱۸)

| جلسات    | اهداف                                                                                                           | شرح جلسات و تکنیک‌ها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | مدت جلسه |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| پیش جلسه | آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسشنامه‌ها و ایجاد اعتماد.                     | اجرای پیش‌آزمون.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | -        |
| اول      | معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی.                                              | معرفی درمان ACT و تناسب آن با مشکلات مربوط به اعتیاد، اهداف و محورهای اصلی آن؛ تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان؛ ارائه اطلاعات درباره اعتیاد و ویژگی‌های سن نوجوانی؛ مرور درمان‌های مربوطه، هزینه‌ها و فواید آن‌ها.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ۶۰ دقیقه |
| دوم      | بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها؛ ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر؛ بررسی انتظارات بیماران از درمان ACT.   | ایجاد درماندگی خلاق؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ۶۰ دقیقه |
| سوم      | تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بهبودی آن‌ها.                                                   | توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یاس، انکار، مقاومت و سپس، مشکلات و چالش‌های پذیرش بیماری مورد بحث قرار گرفت؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ۶۰ دقیقه |
| چهارم    | دریافت بازخورد از بیماران؛ تکلیف و تعهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلش.             | کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها؛ تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ۶۰ دقیقه |
| پنجم     | نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود.         | در این تمرینات، شرکت‌کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده روی و...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.                                                                                                                                                                                                                                            | ۶۰ دقیقه |
| ششم      | شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها.                      | استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ۶۰ دقیقه |
| هفتم     | بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها. | موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها بحث شد؛ اعضا مهم‌ترین ارزش‌هایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن‌ها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشتند. اهداف مرتبط با ارزش‌ها و ویژگی‌های اهداف (اختصاصی، قابل ارزیابی، واقع‌گرایانه و همسو با ارزش‌های شخصی) برای گروه بحث شد. سپس اعضا سه مورد از مهم‌ترین ارزش‌هایشان را مشخص و اهدافی که مایل بودند در راستای هر یک از آن ارزش‌ها دنبال کنند را تعیین کردند و در آخر کارها، رفتارهایی که قصد داشتند تا برای تحقق آن اهداف انجام دهند را مشخص کردند؛ نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج. | ۶۰ دقیقه |
| هشتم     | درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل).                                                                     | شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ درباره مفهوم عود اعتیاد و آمادگی برای مقابله با آن نکاتی بیان شد؛ مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه مراجع؛ در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده بود؛ و در نهایت از نوجوانان برای شرکت در گروه تشکر و پس‌آزمون اجرا شد.                                                                                                                                                                                                      | ۶۰ دقیقه |

در پژوهشی تانجی و همکاران (۱۹) روایی این مقیاس با ارزیابی همبستگی آن با مقیاس‌های پیشرفت تحصیلی، سازگاری، روابط مثبت، و مهارت‌های بین فردی مورد تایید قرار گرفته است. همچنین پایایی آن بر روی دو نمونه آماری با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمده است. ریدر و همکاران (۲۰۱۱) با انجام تحقیق به بررسی تفاوت‌های این دو خرده مقیاس پرداختند و همسانی درونی این پرسشنامه را با گزارش آلفای هر دو خرده مقیاس مورد بررسی قرار دادند و آلفای کرونباخ خودکنترل منع کننده ۱/۸۶ و آلفای کرونباخ برای خودکنترلی اولیه ۱/۶۸ می‌باشد. همبستگی بین دو خرده مقیاس خودکنترلی نیز در پژوهش ریدر و همکاران بالا ( $r = 0.68$ ) گزارش شده است. (۲۰)

**مقیاس خودتنظیم‌گری SRI-S:** مقیاس خودتنظیم‌گری یک آزمون بیست و پنج سوالی است که توسط گروسات-ماتیک

و آیسنک (۱۹۹۵) ساخته شده است و خودتنظیم‌گری را در پنج زمینه عملکرد مثبت، مهارپذیری، آشکارسازی احساسات و نیازها، قاطعیت و بهزیستی طلبی در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره یک تا پنج می‌سنجد. (۲۱) حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس بیست و پنج و حداکثر آن یکصد و بیست و پنج خواهد بود. نمره بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتر خودتنظیم‌گری و مهارت‌های مرتبط با این سازه است. پایایی و روایی مقیاس خودتنظیم‌گری در پژوهش‌های مقدماتی خارجی (۲۱) و داخلی (۲۲) مورد تایید قرار گرفته است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم فارسی مقیاس خودتنظیم‌گری در یک نمونه ۶۷۶ نفری دانشجویی، آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از زیر مقیاس‌ها را از ۰/۹۰ تا ۰/۹۷ نشان داد، که بیانگر همسانی درونی خوب آزمون است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۱۳۴ نفر از نمونه مذکور در دو نوبت با فاصله چهار تا شش هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی مقیاس خودتنظیم‌گری محاسبه شد، نتایج مشابه مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خودتنظیم‌گری در نمونه‌ای متشکل از ۳۵۷ زن و مرد از جامعه ایرانی به دست آمد. (۲۲) نتایج مقدماتی تحلیل عاملی مقیاس خودتنظیم‌گری نیز پنج عامل به هم مرتبط و یک عامل کلی (خودتنظیم‌گری) را تایید کردند. نهایتاً اطلاعات جمع‌آوری شده به وسیله پرسشنامه، توسط نرم افزار SPSS و با استفاده از روش آماری کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

#### ۲-۲-۱-۱

همانگونه که در جدول شماره دو مشاهده می‌شود اعضای گروه کنترل را ۷۳/۳٪ پسران و ۲۶/۶٪ دختران و اعضای گروه آزمایش را ۸۰٪ پسران و ۲۰٪ دختران تشکیل داده است.

در جدول شماره سه میانگین نمرات خودتنظیم‌گری و خویشتنداری در گروه کنترل و آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون نشان داده شده است. میانگین نمرات خودتنظیم‌گری در گروه آزمایش در پیش آزمون ۶۹/۴۶ که در پس آزمون افزایش یافته و برابر ۷۹/۰۶ است. میانگین نمرات خویشتنداری در گروه آزمایش در پیش آزمون ۶۹/۶۰ و در پس آزمون افزایش یافته و برابر ۹۴/۶۰ است.

جهت ورود به بخش تحلیل داده‌ها، ابتدا پیش فرض‌های آزمون پارامتریک کوواریانس کنترل شد. برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که این پیش فرض برقرار بود. ( $P > 0.05$ ) برای تعیین برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که این شرط برای پس آزمون متغیر خویشتنداری تایید نگردید، ( $P < 0.05$ ) اما این فرض برای بقیه متغیرها برقرار است. ( $P > 0.05$ ) لازم به ذکر است که با توجه به فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها به دو گروه می‌توان نقص این شرط تحلیل کوواریانس را نادیده گرفت و به نتایج به دست آمده اعتماد کرد، بنابراین امکان استفاده از تحلیل کوواریانس میسر بود که نتایج آن گزارش می‌شود. جدول شماره چهار نتایج حاصل از تحلیل مانکوا بر روی میانگین‌های پس آزمون با کنترل پیش آزمون را نشان می‌دهد. همانطور که نتایج نشان می‌دهد مقدار F معنی دار بوده است. ( $P < 0.05$ )

همانطور که جدول شماره پنج نشان می‌دهد، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودتنظیم‌گری و خویشتنداری نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد موثر بوده است. شدت این اثر ۰/۵۴ است که نشان از تاثیر بسیار بالا دارد. تحلیل هریک از متغیرهای وابسته به تنهایی با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره

| جدول (۲) اطلاعات دموگرافیک |                    |                  |       |
|----------------------------|--------------------|------------------|-------|
| گروه                       | متغیر              | فراوانی          | درصد  |
| آزمایش                     | سن                 | ۱۱ تا ۱۴ سال     | ۱۳/۳٪ |
|                            |                    | ۱۴ تا ۱۷ سال     | ۴۰٪   |
|                            |                    | ۱۷ تا ۲۰ سال     | ۴۶/۶٪ |
|                            | کنترل              | ۱۱ تا ۱۴ سال     | ۶/۶٪  |
|                            |                    | ۱۴ تا ۱۷ سال     | ۳۳/۳٪ |
|                            |                    | ۱۷ تا ۲۰ سال     | ۶۰٪   |
| آزمایش                     | میزان درآمد والدین | زیر ۱ میلیون     | ۴۰٪   |
|                            |                    | ۱ تا ۲ میلیون    | ۲۶/۶٪ |
|                            |                    | ۲ تا ۳ میلیون    | ۲۰٪   |
|                            |                    | ۳ میلیون و بیشتر | ۱۳/۳٪ |
|                            |                    | زیر ۱ میلیون     | ۴۶/۶٪ |
|                            |                    | ۱ تا ۲ میلیون    | ۲۶/۶٪ |
|                            | کنترل              | زیر ۱ میلیون     | ۴۰٪   |
|                            |                    | ۱ تا ۲ میلیون    | ۲۶/۶٪ |
|                            |                    | ۲ تا ۳ میلیون    | ۲۰٪   |
|                            |                    | ۳ میلیون و بیشتر | ۱۳/۳٪ |
|                            |                    | دختر             | ۳۰٪   |
|                            |                    | پسر              | ۸۰٪   |
| آزمایش                     | جنسیت              | مجموع            | ۱۵٪   |
|                            |                    | دختر             | ۲۶/۶٪ |
|                            | کنترل              | مجموع            | ۱۱٪   |
|                            |                    | پسر              | ۷۳/۳٪ |

دو گروه آزمایش و گواه با ثابت نگه داشتن اثر پیش‌آزمون برابر ۲۱/۰۷ و سطح معناداری آن ۰/۰۰۰ است. با توجه به اینکه ضریب اتای به‌دست آمده ۰/۴۳ می‌باشد، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر خویشتنداری نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد تأثیر گذاشته و باعث افزایش آن شده است.

| جدول (۳) میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل |         |           |              |          |              |
|--------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|--------------|----------|--------------|
| متغیر                                                                    | گروه‌ها | پیش‌آزمون |              | پس‌آزمون |              |
|                                                                          |         | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار |
| خودتنظیم‌گری                                                             | کنترل   | ۶۰/۴۰     | ۱۸/۸۵        | ۶۹/۸۶    | ۱۰/۴۴        |
|                                                                          | آزمایش  | ۶۹/۴۶     | ۲۰/۹۰        | ۷۹/۰۶    | ۱۲/۱۴        |
| خویشتن‌داری                                                              | کنترل   | ۶۲/۴۶     | ۲۴/۹۷        | ۵۵/۸۰    | ۱۱/۲۸        |
|                                                                          | آزمایش  | ۶۹/۶۰     | ۲۱/۹۲        | ۹۴/۶۰    | ۲۹/۳۰        |

| جدول (۴) نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) برای خودتنظیم‌گری و خویشتنداری |       |          |        |       |              |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|--------|-------|--------------|-----------|
| نام آزمون                                                                         | مقدار | Df فرضیه | df خطا | F     | سطح معناداری | مجذور اتا |
| آزمون اثر پیلای                                                                   | ۰/۵۴  | ۲        | ۲      | ۱۶/۰۴ | ۰/۰۰۰        | ۰/۵۴      |
| آزمون لامبدای ویلکز                                                               | ۰/۴۵  | ۲        | ۲۷     | ۱۶/۰۴ | ۰/۰۰۰        | ۰/۵۴      |
| آزمون اثر هتلینگ                                                                  | ۱/۱۸  | ۲        | ۲۷     | ۱۶/۰۴ | ۰/۰۰۰        | ۰/۵۴      |
| آزمون بزرگترین ریشه روی                                                           | ۱/۱۸  | ۲        | ۲۷     | ۱۶/۰۴ | ۰/۰۰۰        | ۰/۵۴      |

| جدول (۵) نتایج تحلیل واریانس تک متغیره جهت بررسی تأثیر روش درمانی بر خودتنظیم‌گری و خویشتنداری |               |               |            |                 |       |              |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|-----------|
| متغیر                                                                                          | منابع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F     | سطح معناداری | ضرایب اتا |
| خودتنظیم‌گری                                                                                   | پیش‌آزمون     | ۲۵۸۲/۴۰       | ۱          | ۲۵۸۲/۴۰         | ۶۹/۰۱ | ۰/۰۰۰        | ۰/۷۱      |
|                                                                                                | گروه          | ۴۴۴/۲۰        | ۱          | ۴۴۴/۲۰          | ۱۱/۸۷ | ۰/۰۰۳        | ۰/۳۰      |
|                                                                                                | پیش‌آزمون     | ۹۴/۸۱         | ۱          | ۹۴/۸۱           | ۰/۱۸  | ۰/۶۶         | ۰/۰۰۷     |
| خویشتنداری                                                                                     | پیش‌آزمون     | ۱۰۷۰۳/۹۸      | ۱          | ۱۰۷۰۳/۹۸        | ۲۱۰/۷ | ۰/۰۰۰        | ۰/۴۳      |
|                                                                                                | گروه          | ۱۰۷۰۳/۹۸      | ۱          | ۱۰۷۰۳/۹۸        | ۲۱۰/۷ | ۰/۰۰۰        | ۰/۴۳      |

برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد نشان داد که مقدار F بین دو گروه آزمایش و گواه با ثابت نگه داشتن اثر پیش‌آزمون برابر ۱۱/۸۷ و سطح معناداری آن ۰/۰۰۳ و ضریب اتای آن برابر ۰/۳۰ می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش خودتنظیم‌گری شده است. تحلیل متغیر وابسته خویشتنداری، به تنهایی و با استفاده از تحلیل واریانس تک متغیره نشان داد مقدار F بین

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری و خویشتنداری نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خودتنظیم‌گری و خویشتنداری نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد اثر گذار است. یافته‌های این پژوهش در اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود مهارت‌های خودتنظیمی، با نتایج پژوهش محمدی و همکاران (۱۸) و کیانی و همکاران (۱۷) با هاینس و همکاران (۱۱) همسو است.

اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود مهارت‌ها را می‌توان به واسطه فرایندهای درمانی حاکم بر آن تبیین کرد. یکی از فرایندهای درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش در مقابل اجتناب است. مولفه تمایل و پذیرش این امکان را برای مراجع پدید می‌آورد تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها، بپذیرد. این کار باعث می‌شود که آن تجربیات ناخوشایند کمتر تهدید کننده به نظر برسند و تأثیر کمتری بر زندگی او داشته باشند. فرایندهای ذهن آگاهی مورد استفاده در این درمان باعث تغییرات چشمگیری در توجه خود می‌شود. به عبارتی باعث جهت‌گیری توجه شده تا دیدگاهی را نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد کند که به فرد اجازه می‌دهد تا رویدادهای ذهنی را مشاهده کند، به جای اینکه این رویدادها را قسمتی از وجود خود بداند. (۱۵) به این لحاظ که این روش می‌تواند به فرد معتاد کمک کند تا هیجانات منفی خود را بپذیرد و در جهت تنظیم آن‌ها تلاش کند مهارت گسلش شناختی نیز

به عنوان یکی از مکانیسم‌های عمل بر اساس نظریه هایس و همکاران (۱۱) قابل بحث است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مفهوم درهم آمیختگی یا گسلش شناختی، میزان تأثیری است که یک فکر (مثلاً میل به مصرف) روی رفتار دارد. رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار بین درهم آمیختگی یا گسلش شناختی قرار می‌گیرند و وقتی فرد با افکارش در هم می‌آمیزد نمی‌تواند قضاوت ذهنی خودش از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد. (۲۳) با این هدف مراجع می‌آموزد که با این رویدادهای ذهنی بدون آغشته شدن با آن‌ها برخورد کند و نظاره‌گر آن‌ها نباشد. (۱۶) در این صورت فرد از این تجربیات در جهت تنظیم رفتارها، احساسات و هیجانات خود در جهت ارزش‌های مثبت استفاده می‌کند. همچنین در خصوص اثربخشی این مداخله بر بهبود مهارت‌های خویش‌اندازی نوجوانان، پژوهشی که مستقیماً به بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خویش‌اندازی پرداخته باشد، وجود نداشت اما نتایج پژوهش کیانی و همکاران (۱۷) اثر بخشی روش درمانی را بر همبسته‌های سوء مصرف مواد نشان دادند. در تبیین اثربخشی این مداخله بر بهبود خویش‌اندازی نوجوانان و همسویی آن با پژوهش محمدی و همکاران (۱۸) می‌توان گفت که دو تکنیک، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه در این زمینه اثرگذار می‌باشد. ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف و تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات، باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی، رفتارهای مخاطره‌آمیز در آن‌ها نیز کنترل شود. بدین لحاظ خویش‌اندازی در آنان افزایش می‌یابد. اصطلاح خویش‌اندازی به موقعیت‌هایی اختصاص دارد که در آن موقعیت افراد به رفتارهایی مشغول می‌شوند

که بر پاسخ‌های بسیار نیرومند (مانند یک تمایل رفتاری، انگیزش، هیجان) فائق آیند. به بیان مک کولا (۲۰۰۹) نقل از محمدی (۱۴) هنگام اعمال خویش‌اندازی، افراد تمایلات خویش را به گونه‌ای تغییر می‌دهند که مستلزم متوقف نمودن هدفی برای رسیدن به هدفی با سودمندی طولانی مدت تری باشد. بامیستر (۲۴) معیارهایی چون آرمان‌ها، ارزش‌ها، اخلاقیات و انتظارات اجتماعی یا اهداف بلند مدت تر را از جمله این اهداف می‌داند. بنابر این هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یعنی تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه به آن. در این فرایند ارزش‌های فرد را به او نشان می‌دهد، یعنی به فرد کمک می‌کند تا ارزش‌های زندگی خود را بشناسد و جهت دستیابی به این اهداف به او یاری می‌رساند. بدین لحاظ موثر واقع می‌شود. از سوی دیگر هر چند پژوهشگران عرصه خویش‌اندازی، به صراحت در زمینه نقش انگیزش‌ها در عملکرد خویش‌اندازی سخن به میان نیاورده‌اند، اما به نظر می‌رسد اساساً صرف درک فاصله وضعیت موجود و وضعیت مطلوب توسط فرد، منجر به ترک عمل نمی‌گردد بلکه در این میان باید انگیزشی برای فرد باشد تا برای تنظیم فاصله مذکور تلاش نماید. (۲۵)

مولفه تمایل و پذیرش نیز این امکان را برای فرد فراهم می‌آورد تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها بپذیرد. انجام این کار باعث می‌شود تجربیات ناخوشایند کمتر تهدید کننده به نظر برسد و تأثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشد. (۱۵) این مهارت به فرد کمک می‌کند تا بتواند با آگاهی توجه خود را به آنچه که مفیدتر است معطوف کند، لذا فرد را یاری می‌دهد که افکار و سوسه برانگیز را از ذهن عبور دهد و در جهت هدفی والا تر ذهن خویش را هدایت کند. همچنین تمرین فرونشانی فکر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به درمانجویان کمک می‌کند تا با نشخوار فکری یا شناخت‌واره‌های مزاحم دست و پنجه نرم کنند. در زمینه اعتیاد نشخوارهای فکری باعث می‌شود که افراد در جهت فکر خویش گام بردارند لذا مقابله کردن با نشخوارهای فکری در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش خویش‌اندازی در افراد می‌شود. **محدودیت‌ها:** استفاده از ابزار خودگزارش دهی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. ممکن است بازخورد یا نظرات و خودگزارشی افراد در مورد خود که از این آزمون‌ها به دست می‌آید با آن چیزی که واقعا در عمل و رفتار فرد می‌توانیم مشاهده کنیم، متفاوت باشد. **پیشنهادهات:** بنابر آنچه گفته شد، نیاز است تا در پژوهش‌های آتی علاوه بر ابزار خودگزارش دهی از روش‌های دیگر شامل مصاحبه و مشاهده و یا مصاحبه با اطرافیان استفاده شود. با توجه به اینکه نتایج این پژوهش قابل تعمیم به دیگر مقاطع تحصیلی و دیگر گروه‌ها نمی‌باشد. انجام پژوهش در گروه‌های دیگر و مقایسه نتایج آن با این پژوهش پیشنهاد می‌شود. با توجه به تأثیر خویش‌اندازی و خودتنظیم‌گری در بروز اعتیاد در

اعتیاد برگزار شود تا بتوان با افزایش خویشتنداری و خودتنظیم‌گری در آنان به فرایند ترک اعتیاد آنان کمک شود.

نوجوانان پیشنهاد می‌شود جلسات مشاوره مبتنی بر تعهد و پذیرش به صورت گروهی و فردی، برای نوجوانان معتاد در مراکز ترک

#### منابع

#### References:

1. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Understanding drug abuse and addiction. U.S Department of health and human services. 2011. <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/understanding.pdf>
2. Tatar A, Namvar s, Ezazi E. Investigating the impact of family breakdown on youth trends in industrial drugs in North Khorasan State. Quarterly of military knowledge of North Khorasan. 2015;2(6):33-44.
3. Newcomb M, Richardson M. Substance use disorders. In Hersen RT, Ammerman advanced abnormal child psychology. Newjersy: Lawrence Erlbaum associated publishers.; 2000.
4. Mousavi Moghadam S, R., Chegeni M, E. Study the relationship between religious attitudes, self-control and spiritual health between Basij sisters, in the city of Shoush. Journal of reaserch on religion & health. 2015;1(1):40-7.
5. Association. AP. Diagnostic and statistical manual of mental misorders. Fifth edition. Tehran: Ravan publisher. 2015.
6. Ford JA, Blumenstein L. Self-control and substance use among college students. journal of drug issues. 2013;43(1):56-68.
7. Kazemi Y, Nikmanesh Z. Relationship between religion, self-control and substance abuse. Bimonthly of nursing and midwifery school of Urumieh. 2011;9(3):179-4.
8. Rostam Oughali Z, Musa Zade T, Reza Zade B, Rostam Oughali S. The role of procrastination, self-regulation and meta-cognitive beliefs in the prediction of alexithymia in Secondary school students. Journal of school psychology. 2013;2(3):76-96.
9. Chavarria J, Stevens E, B. , Jason L, A., Ferrari J R. The effects of self-regulation and self-efficacy use abstinence. Alcohol traet. 2013;30(4):422 - 33.
10. Bakhshani N, M., Hosseinbor M. A Comparative study of self-regulation in substance dependent and non-dependent individuals. Global journal of health science. 2013;5(6):40 - 5.
11. Hayes SC, Luoma J, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptace and commitment therapy: model, processesand outcomes. Behavior research therapy. 2006;44(1):1-25.
12. Flaxman PE, Blackledge J, T., Bond F, W. Acceptance and commitment therapy: distinctive features. Tehran: Arjmand publisher; 2011.
13. Blackledge J, T., Hayes S, C. Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. Journal of psychotherapy in practice. 2001;57(2).
14. Mohhamadi L, Saleh Zadeh Abarghooe M, Nasirian M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive-emotional regulation in men treated with methadone. Journal of Shahid Sadoughi university of medical sciences, Yazd. 2015;9(23):853 - 61
15. Brown KW RR, M. The benefits of being present: acceptance and commitment training and its role in psychological wellbeing. Personality Soc psychology 2003;84(23):822-48.
16. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin C. Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: aplatform trial. Behavior res therapy. 2012;50(1):367 - 73.
17. Kiani A, Ghasemi N, Pour Abbas A. Effectiveness of group-based psychotherapy acceptance and commitment and mindfulness on the degree of craving and the cognitive adjustment of emotion in glass consumers. Quarterly of addiction research. 2012;24(1):27 - 36.
18. Mohammadi L, Salehzade Abarghooe M, Nasirian M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation in men under methadone treatment. Shahid Sadoughi university medical sciences. 2015;23(9):853 - 61.
19. Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. Journal of personality. 2004;72(2):271 - 325.
20. Maredpour A, Najafy M, Amiri F. The effectiveness of mindfulness-based relapse prevention on the prevention of relapse, craving and self-control in opiate-dependent individuals. Journal of research on addiction. 2015;8(32):87 - 104.
21. Ibanez MI, Ruiperez MA, Moya J, Marques MJ, Ortet GA. A short version of the self-regulation inventory (SRI-S). Personality and individual differences. 2005;39(1):1055 - 9.
22. Besharat M, A. investigating the psychometric properties of a short form of self-regulatory scale in a sample of Iranian society. Research in clinical psychology and counselings 2011;1(2):53 - 70.
23. Hayes S, Strosahl K, D., Wilson K. Acceptance and commitment therapy: second addition. The process and practice of mindful change: the guilford press; 2012.
24. Baumeister R, F. Self-regulation and the executive function: the self as controlling agent. In A.W. kruglanski & E.T. Higgins New York: Guilford press.; 2007.
25. Pasandide A. Analyzing the issue of self-control in the community by relying on the Qur'an and hadith. university of Al-Zahra. 2014;11(4):1 - 25.