

اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان دختر

مریم نظامی^{۱*}، لیلا پیله چی^۲، ناهید رهی^۳، محمد علی یونسی^۴

چکیده

مقدمه: روانشناسی اکت بدنبال افزایش کیفیت زندگی با کاهش تاثیرراهبردهای کنترل موثر، حمایت از تغییر رفتارمبتنی بر ارزش‌هاست. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان دختر بود.

روش پژوهش: پژوهش از نوع روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر قزوین بودند که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ مشغول به تحصیل بودند. گروه نمونه تعداد ۳۰ نفر بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند. جهت جمع آوری اطلاعات در این پژوهش از پرسشنامه آمادگی اعتیاد زرگر استفاده گردید، برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که تفاوت معناداری بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون وجود دارد و آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان دختر شده است. **نتیجه گیری:** آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش پذیرش و انعطاف پذیری روانشناختی و تعهد فرد به انجام اعمال معنادار مبتنی بر ارزش‌های انسانی منجر به کاهش گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان می‌گردد.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، سوء مصرف مواد مخدر، مواد مخدر

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۳/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۲/۳

استناد: نظامی مریم، پیله چی لیلا، رهی ناهید، یونسی محمدعلی. اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان دختر، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(الف): ۱۹-۱۱



مقدمه:

امروزه مصرف مواد مخدر و اعتیاد، به یکی دغدغه‌های بزرگ جامعه بشری تبدیل شده است اعتیاد و مصرف مواد مخدر، فاکتور خطرناک و مهمی می‌باشد که بر سلامت جامعه در سراسر جهان و اهداف سلامت، تأثیر مستقیم دارد (۱). اعتیاد به مواد مخدر، بلایی است که موجب تحلیل قوای فکری و جسمی و عامل بسیاری از جرائم و بزهکاری‌های اجتماعی می‌شود (۲). از سویی دیگر، اعتیاد ضمن اثرگذاری بر زندگی فردی و اجتماعی، گروه‌ها، خانواده‌ها و ایجاد آسیب‌های اجتماعی، از آنها نیز تأثیر پذیرفته و دور باطلی را در جامعه ایجاد می‌کند. افزایش آسیب‌ها و مفاسد اجتماعی خود زمینه مساعدتری را برای گرایش به این نوع انحراف‌ها فراهم می‌کند و تأثیر عمیقی بر گسترش آنها دارد (۳).

بر اساس بررسی‌های سازمان بهداشت جهانی ۱/۲ میلیارد نفر از مردم جهان را نوجوانان تشکیل می‌دهند که بین ۱۰ تا ۱۹ سال سن دارند (۴)، در طی این دوره در دختران و پسران از لحاظ جسمی، هیجانی، رفتاری، اجتماعی و روان‌شناختی نسبت به دوره کودکی تغییراتی مشاهده می‌شود و به واسطه این تغییرات، شاهد مشکلات روانشناختی، هیجانی، اجتماعی، رفتاری و خانوادگی فراوان در نوجوانان هستیم (۵). با توجه به اینکه دوران نوجوانی به عنوان یکی از حساسترین دوره‌های رشد انسان می‌تواند زمینه بروز رفتارهای پرخطر و مصرف مواد را فراهم کند چرا که نسبت به گروه‌های دیگر، هیجان خواه ترو ریسک پذیرتر می‌باشند (۶). وجود مسائل و مشکلات متعدد در این دوره مانع استفاده فرد از تمام توانایی‌ها و پتانسیل‌های خود می‌شود، به همین خاطر شناسایی این مشکلات و انجام اقدامات مؤثر در طی این دوره نقشی ضروری در پیشگیری از مشکلات در دوره‌های بعدی زندگی، سلامت کشور و زیر بافت های جامعه دارد (۷).

از طرفی نوجوانی دوره مهمی برای شروع مصرف مواد مخدر می‌باشد که شروع استفاده، طی این سال‌ها، احتمال تأثیرات منفی بر طیف وسیعی از عوامل رشد؛ از جمله شناختی، جسمی و روانی - اجتماعی را افزایش می‌دهد. همچنین، استفاده زودرس در این دوران، احتمال ابتلا به اختلال مصرف مواد را افزایش می‌دهد و برای برخی از نوجوانان، به پیشرفت یک اختلال مصرف مواد در طولانی مدت منجر می‌شود (۸). باورها و نگرش‌های افراد درباره مواد و پیامدهای منفی و مثبت مصرف آن، در اصطلاح، گرایش به مصرف مواد تعریف شده است (۹). یکی از مهم‌ترین دغدغه‌ها و نگرانی‌های خانواده‌ها، اعتیاد و گرایش به مصرف مواد مخدر فرزندان‌شان است. مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد غیرقانونی توسط نوجوانان یکی از مهمترین چالش‌های بهداشتی، روانی و اجتماعی است که اکثر کشورهای جهان به نوعی با آن درگیر هستند و مشکلات فردی، اجتماعی و بهداشتی بسیار گسترده و شدیدی بر جوامع تحمیل می‌نماید (۱۰).

پژوهش‌ها نشان داده اند که اغلب رفتارهای پرخطر از جمله مصرف سیگار، الکل مواد و رفتارهای جنسی نا ایمن در سنین قبل از ۱۷ سالگی آغاز می‌شوند (۱۱)، اولین جرعه‌های اعتیاد در کودکان و نوجوانان زمانی زده می‌شود که تجربه مصرف سیگار در ۱۰ سالگی، مصرف الکل در ۱۲ سالگی، آشنایی با مواد را در ۱۴ سالگی را داشته اند (۱۲). مبادرت به چنین اعمالی در سن پایین، علاوه بر آسیب هایی که به سلامتی فرد وارد می‌کند؛ احتمال تداوم آسیب را تا پایان عمر افزایش می‌دهد (۱۳). مصرف مواد به طور معمول در نوجوانی آغاز می‌شود که زمان آسیب‌پذیری بیشتر در برابر اختلال‌های روانی دیگر نیز هست (۱۴). مصرف زود هنگام مواد مخدر همچنین عامل خطری برای اختلال مصرف مواد بعدی است و امکان دارد عامل خطری برای شکل‌گیری بعدی و اختلال‌های دیگر نیز باشد (۱۵). در پژوهش‌های مختلفی بر وجود تفاوت جنسیتی نوجوانان در ابعاد روانشناختی، سلامت روان و هیجانی تأکید کرده اند و نشان دادند که دختران در مقایسه با پسران مشکلات هیجانی، روانشناختی بیشتری دارند (۱۶).

از طرفی توجه صرف نظام آموزشی به افزایش سطح علمی دانش آموزان در سال‌های گذشته سبب شد تا افراد با وجود دارا بودن دانش علمی کافی قادر به برقراری ارتباط مناسب با اجتماع نبوده و توانایی‌های لازم را برای رویارویی با مشکلات زندگی کسب

نمایند. همین امر آنان را در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی روزمره آسیب پذیر کرده و سبب بروز بسیاری از مشکلات بهداشتی، اختلالات روانی، عاطفی و اجتماعی شده است. بسیاری از این افراد قادر به استفاده از آموخته‌های خود نیستند. توانایی‌های لازم را برای حل مسائل خود ندارند و قادر به تصمیم‌گیری صحیح در مورد مسائل شخصی و اجتماعی خود نیستند. بنابراین برای بالا بردن سطح بهداشت روانی و جلوگیری از بروز آسیب‌های اجتماعی، برنامه ریزی برای پیشگیری امری لازم الاجرا و ضروری است (۱۷). یکی از مداخلات روان‌درمانی که در دهه‌های اخیر برای کمک به افراد و جوامع مختلف با مشکلات روانشناختی گوناگون مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که هیز و همکاران از ابتدای دهه‌ی ۸۰ آن را معرفی کردند و با نام اختصاری ACT شناخته می‌شود. هدف این رویکرد کمک به مراجع برای ایجاد زندگی غنی، کامل و معنادار است به طوری که انسان ارزش‌ها و اهداف خود را بشناسد و بداند که در زندگی چگونه انسانی می‌خواهد باشد، درحین رنجی که به ناچار با خود دارد. این روش، موج سوم رویکرد شناختی رفتاری است و هدف اولیه‌ی آن افزایش کیفیت زندگی با کاهش تاثیرآهردهای کنترل موثر، حمایت از تغییر رفتارمبتنی بر ارزش‌هاست (۱۸). این هدف با استفاده از تمرین‌های انعطاف پذیری روان شناختی به دست می‌آید. با توجه به اهمیت موارد ذکر شده این پژوهش با هدف تعیین اثر بخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان دختر انجام شد.

روش پژوهش :

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری مطالعه کلیه‌ی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر قزوین بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند. در ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله تصادفی از بین نواحی آموزش و پرورش شهر قزوین ناحیه دو از بین دبیرستان های ناحیه ۲، یک دبیرستان دخترانه به تصادف انتخاب شد. پس از انتخاب مدرسه و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین مدرسه، پرسشنامه‌ی آمادگی به اعتیاد زرگر اجرا گردید. پس از آن ۳۰ نفر از افرادی که در مقایسه با سایر افراد درمغیر آمادگی به اعتیاد نمره بالاتر را کسب کردند به روش تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند از این تعداد، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. انتخاب حجم نمونه با استناد به حجم نمونه‌ی پیشنهاد شده برای پژوهش‌های آزمایشی (برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر) صورت گرفت. ملاک‌های ورود شامل تکمیل فرم رضایتنامه شرکت در برنامه آموزشی و داشتن سن بین ۱۸-۱۴ سال، کسب نمره لازم در پرسشنامه آمادگی به اعتیاد زرگر (۱۳۸۵) از ملاکهای ورود بود و ملاکهای خروج شامل غیبت متوالی دو جلسه، شرکت در سایر برنامه‌های آموزشی و عدم تمایل به شرکت در طول جلسات بود. ابزار پژوهش عبارت بود از؛ پرسشنامه آمادگی به اعتیاد زرگر (۱۳۸۵): این پرسشنامه توسط وید و بوچردر سال ۱۹۹۲ ساخته شد. این پرسشنامه، مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد که با توجه به شرایط روانی اجتماعی جامعه ایرانی زرگر (۱۳۸۵) ساخته شد که دارای ۳۶ ماده به اضافه ۵ ماده دروغ سنجی می‌باشد (۱۹). این پرسشنامه ترکیبی از دو عامل آمادگی فعال و آمادگی منفعل می‌باشد. آمادگی فعال به رفتارهای ضد اجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد و هیجان خواهی می‌باشد و در عامل دوم (آمادگی منفعل) بیشترین ماده‌ها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی می‌باشد. نمره گذاری هر سوال بر از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می‌باشد. نمرات بالاتر به منزله آمادگی بیشتر فرد پاسخ دهنده بر اعتیاد می‌باشند و برعکس. اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد که در حد مطلوب می‌باشد (۲۰). جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ تحلیل گردید.

یافته‌ها:

نتایج تحلیل کوواریانس در خصوص متغیر گرایش به اعتیاد به شرح ذیل می‌باشد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
		کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش
مولفه آمادگی منفعل	میانگین	۳۳	۳۶/۳۰	۳۰/۳۰	۲۴
	انحراف استاندارد	۸/۴۳	۶/۴۸	۹/۰۹	۸/۴۵
مولفه آمادگی فعال	میانگین	۲۹/۵۰	۳۲/۲۰	۲۹/۱۰	۱۹/۷۰
	انحراف استاندارد	۸/۷۸	۸/۶۸	۶/۶۷	۶/۹۲
گرایش به اعتیاد	میانگین	۶۲/۵۰	۶۸/۵۰	۵۹/۴۰	۴۳/۷۰
	انحراف استاندارد	۱۳/۳۹	۱۱/۳۴	۱۳/۳۳	۱۰/۳۱

جدول شماره ۱ نشانگر نتایج مربوط به شاخص‌های توصیفی مولفه‌های آمادگی منفعل و آمادگی فعال در متغیر گرایش به اعتیاد در دو گروه کنترل و آزمایش است. میانگین‌های گزارش شده در جدول فوق نشان دهنده اختلاف میان دو گروه کنترل و آزمایش در نوبت پس آزمون است.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس آمادگی منفعل پس از حذف تاثیر نمرات پیش آزمون

منابع واریانس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگن مجزورات	F	Sig	مجذور اتا
Corrected Model	۵۳۴/۵۹۱ ^a	۲	۲۶۷/۲۹۵	۴/۳۲۰	۰/۰۳۰	۰/۳۳۷
Intercept	۴۲/۶۴۲	۱	۴۲/۶۴۲	۰/۶۸۹	۰/۴۱۸	۰/۰۳۹
مولفه آمادگی منفعل	۳۳۶/۱۴۱	۱	۳۳۶/۱۴۱	۵/۴۳۲	۰/۰۳۲	۰/۴۲۴
گروه	۳۱۸/۸۳۵	۱	۳۱۸/۸۳۵	۵/۱۵۲	۰/۰۳۷	۰/۲۳۳
خطا	۱۰۵۱/۹۵۹	۱۷	۶۱/۸۸۰			
مجموع	۱۶۳۲۹/۰۰۰	۲۰				
Corrected Total	۱۵۸۶/۵۵۰	۱۹				

باتوجه به نتایج جدول ۲ مقدار F محاسبه شده جهت مولفه‌ی آمادگی منفعل پس از حذف تاثیر نمرات پیش آزمون وجود تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گواه در سطح ۰/۰۵ تایید شد. بنابراین نمرات مولفه آمادگی منفعل شرکت کنندگان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل ($F = ۵,۱۵$ و $p < ۰,۰۵$) کاهش معناداری داشته است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس آمادگی فعال پس از حذف تاثیر نمرات پیش آزمون

منابع واریانس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگن مجزورات	F	Sig	مجذور اتا
Corrected Model	۶۳۴/۱۴۳ ^a	۲	۳۱۷/۰۷۲	۸/۴۱۴	۰/۰۰۳	۰/۴۹۷
Intercept	۲۲۲/۶۲۷	۱	۲۲۲/۶۲۷	۵/۹۷۰	۰/۰۲۶	۰/۲۵۸
مولفه آمادگی منفعل	۱۹۲/۳۴۳	۱	۱۹۲/۳۴۳	۵/۱۰۴	۰/۰۳۷	۰/۲۳۱
گروه	۵۲۷/۸۵۶	۱	۵۲۷/۸۵۶	۱۴/۰۰۷	۰/۰۰۲	۰/۴۵۲
خطا	۶۴۰/۶۵۷	۱۷	۳۷/۶۸۶			

مجموع	۳۱۸۲/۰۰۰	۲۰
Corrected Total	۱۲۷۴/۸۰۰	۱۹

باتوجه به نتایج جدول ۳ مقدار F محاسبه شده جهت مولفه ی آمادگی فعال پس از حذف تاثیر نمرات پیش آزمون وجود تفاوت معنا داری بین گروه آزمایش و گواه در سطح آلفای ۰/۰۵ تایید شد بنابراین نمرات مولفه آمادگی فعال شرکت کنندگان درگروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل ($F = ۱۴,۰۰۷$ و $p < ۰,۰۱$) کاهش معنا داری داشته است.

بحث و نتیجه گیری:

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان دختر بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که گروه تحت مداخله در پس آزمون، کاهش معنی داری را در مقیاس آمادگی اعتیاد در هر دو مولفه ی آمادگی فعال و آمادگی منفعل نشان دادند. از نظر تأثیر مداخله آموزشی این رویکرد بر گرایش به سوء مصرف مواد مخدر به نظر می رسد، این آموزش با ایجاد تغییرجنبه های آمادگی فعال و آمادگی غیر فعال نوجوانان دختر گرایش به سوء مصرف دانش آموزان را کاهش داده است و آموزشی مؤثر در کاهش گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان دختر می باشد. آمادگی فعال به رفتارهای ضداجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد، هیجان خواهی می باشد و در عامل دوم (آمادگی منفعل) بیشترین ماده ها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی می باشد. فرضیه ی این پژوهش تایید گردید و یافته های این پژوهش با یافته های پژوهش های نزدیک و مشابه اضطراب، استرس و افسردگی و سازگاری روانی اجتماعی (۲۰)، نگرانی پاتولوژیک و اضطراب به مرگ (۲۱)، اجتناب تجربه ای افسردگی و اضطراب (۲۲) خودکنترلی هیجانی، انعطاف پذیری عاطفی و ارزشمندی زندگی (۲۳)، تکانشگری و رفتارهای پرخطر دانش آموزان دختر دوره متوسطه دوم (۲۴)، بهزیستی مدرسه دانش آموزان دختر متوسطه اول شهرستان ملکان (۲۵)، فراشناخت و گرایش به اعتیاد نوجوانان (۲۶)، دلبستگی ناایمن، ترس از صمیمیت و اعتیاد به شبکه های اجتماعی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی (۲۷)، رفتارهای پرخطر در نوجوانان دختر (۲۸)، افزایش پیشرفت تحصیلی دانش آموزان (۲۸)، افزایش عزت نفس و انگیزه؛ پیشرفت فردی دانش آموزان همگام است (۲۹).

در تبیین این نکته که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد چگونه منجر به کاهش آمادگی به اعتیاد افراد می شود، می توان این طور بیان کرد که افراد دارای گرایش به اعتیاد طبق پژوهش صابر، موسوی و صالحی (۳۰) در برابر شرایط هیجانی، فشار روانی و مشکلات زندگی از سبک های حل مسأله غیر سازنده مانند درماندگی و اجتناب استفاده می کنند و کمتر از سبک های حل مسأله سازنده مانند خلاقیت، اعتماد و پذیرش سود می برند. برخی از افراد برای مقابله با شرایط ناگوار زندگی و فقدان روش های تصمیم گیری و حل مسأله، غالباً با مصرف مواد، شیوه آنی حل مسأله را جستجو کرده اند. گاهی نیز نوجوانان و جوانان تحت تاثیر همسالان و فشارهای پنهان و آشکار وارد شده از طرف آن ها، بدون تدبیر، گرایش به مصرف مواد دارند. ناتوانی در تصمیم گیری در مواقع فشار باعث شده است که گروه های همسال نقش تسهیل گری در گرایش به سوء مصرف مواد ایفا نمایند. نکته اینجاست که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموختن چگونگی رویارویی مؤثر در قبال موضوعات خارج از کنترل و انجام اعمال هدفمند و مؤثر در راستای ارزش ها و نحوه حل کردن مسائل بخصوص مسائل هیجانی به صورت خلاقانه تر و با اطمینان بیشتر و با آموزش نحوه نگرستن به مسائل هیجانی و چند بعدی نگاه کردن به انواع مسائل هیجانی، فرد را از فشار روانی، درماندگی، ناکامی-پرخاشگری و هیجان های ناخوشایند دیگر رها کرده و به وی می آموزد که راه حل مسأله هیجانی، اجتناب، درماندگی، ناکامی، پرخاشگری و به تبع، روی آوردن به مواد و یا انجام رفتارهای پرخطر نمی باشد. راه حل آنی و فوری و موقتی نیست، بلکه حل کردن مسأله به صورت کامل و هدفمند می باشد و بدین

ترتیب فرد را از گرایش به سوی مصرف مواد و اعتیاد به آن، باز می‌دارد. به طور کلی، آموزش هوش هیجانی با شناساندن، کنترل و مدیریت هیجانات مثبت و منفی فرد در خود و دیگران، زمینه را برای پیشگیری از سوء مصرف مواد و رفتارهای پرخطر فراهم می‌کند و منجر به کاهش آمادگی به اعتیاد افراد می‌شود.

به عبارت دیگر، می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد از طریق ایجاد و توسعه‌ی پذیرش و افزایش عمل به ارزش‌ها در مراجعان، تغییرات درمانی را ایجاد می‌کند. در فرایند درمان تعهد و پذیرش، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به عنوان اساس سلامت روان‌شناختی شناخته می‌گردد. فرایند درمان تعهد و پذیرش به افراد کمک می‌نماید تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان که لازم بود تغییر یا پافشاری نماید و در واقع این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه‌های متناسب با موقعیت است.

در حوزه‌هایی که قابل تغییر مثل رفتار آشکار است، بر تغییر متمرکز است و در حوزه‌هایی که تغییر امکان پذیر نیست نظیر شرایط خانوادگی یا بیماری‌های خاص و...، بر پذیرش و تمرین‌های ذهن آگاهی تمرکز دارد (۳۱). این آگاهی به افراد کمک می‌نماید تا راهبردهای مقابله سازگارانه و کمتر اجتنابی را اتخاذ نمایند. همچنین تاثیر بارز گسلش شناختی و دوری جستن از کنترل و بالعکس استمداد از پذیرش آن افکار و احساسات و اقدام متعهدانه می‌باشد. در واقع این درمان بر مبنای این فرضیه به وجود آمده است که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است. یکی از اساسی‌ترین مسائل مطرح در آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که به عنوان آگاهی فرد از انتخاب‌ها و گزینه‌های جایگزین و مناسب در هر موقعیت مفروض، تمایل به انعطاف‌پذیر بودن جهت سازگاری با موقعیت، احساس خود کارآمدی در انعطاف‌پذیر بودن تعریف می‌شود، در تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت فراگیری اصول و مفاهیم رویکرد تعهد و پذیرش می‌تواند در تغییرات ایجاد شده مؤثر باشد. چرا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تلاش است که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را با فراهم کردن ابزاری برای مراجع جهت شناسایی ارزش‌های شخصی و توانایشان، برای تجربه تفکرات، احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند خود افزایش دهد (۶).

این رویکرد تلاش می‌کند که به افراد کمک کند که کنترل یا اجتناب از احساسات یا هیجانات ناخوشایند را متوقف کرده بلکه گشودگی و میل به تجربه آنها را افزایش می‌دهد. تمایل به تجربه این وقایع درونی و پاسخگویی با پذیرش، بجای فرار، تعهد افراد به رفتارهایی را که با ارزش‌های اصلی آنها هدایت می‌شود را تسهیل می‌کند. بنابراین شناسایی رفتار اجتنابی و افزایش انعطاف‌پذیری روانی هسته مرکزی مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان تعهد و پذیرش به افراد کمک می‌نماید تا علاوه بر اینکه مسئولیت تغییرات رفتاری را می‌پذیرند، در صورت نیاز، تغییر و یا حتی پافشاری نمایند و در واقع این درمان معتقد به لزوم برقراری تعادل بین شیوه‌های متناسب با هر موقعیتی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نامش را از پیام کلیدی اش می‌گیرد: آنچه خارج از کنترل است را بپذیر و به اقدامی که زندگی‌ات را غنی می‌کند متعهد باش. هدف اکت کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار در عین پذیرش رنجی که زندگی با اجبار با خود دارد می‌باشد (۳۲). پذیرش و تعهد، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان طور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند (۳۳)، بنابراین آموزش آن به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا شرایط احساسی، روانی و عاطفی ناشی از شرایط خانوادگی و اجتماعی خود را بپذیرند. قبول و پذیرش این احساسات باعث افزایش سلامت اجتماعی در آنان می‌شود و در نتیجه سازگاری آنها با این مشکلات بهبود می‌یابد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دانش‌آموزان این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند. در مجموع می‌توان گفت مداخلات صورت گرفته بر اساس این رویکرد به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا بتوانند ارتباطات جدید و مثبتی را در زندگی خود آغاز نمایند و جسارت اجتماعی آنها افزایش پیدا کند.

از آنجا که درمان پذیرش و تعهد منجر به انعطاف پذیری روان شناختی و تعهد فرد به انجام اعمال معنادار مبتنی بر ارزش‌های انسانی می‌شود می‌توان از آن به عنوان روش مداخله‌ای مؤثر برای درمان مسائل روانشناختی از جمله پیشگیری از اقدام به خودکشی، کاهش رفتارهای پرخطر و کاهش گرایش به سوء مصرف مواد نوجوانان استفاده کرد.

البته در پژوهش حاضر دانش آموزان دختر در یکی از مدارس استان قزوین شرکت داشتند، بنابراین در تعمیم به سایر گروه‌ها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. به علاوه پیشنهاد می‌شود که پژوهش مشابهی در خصوص دانش آموزان پسر نیز انجام گیرد تا بتوان نتایج را با هم مقایسه کرد.

ملاحظات اخلاقی:

ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل این موارد بود: اطلاعات کتبی در مورد پژوهش به شرکت کنندگان، دادن اطمینان خاطر به داوطلبین در مورد محرمانه بودن اطلاعات و استفاده از آن فقط در امور تحقیقی، داوطلبانه بودن مشارکت و اخذ رضایت کتبی از شرکت کنندگان و در پایان با توجه به شواهد که از اثربخش بودن گروه درمانی آموزش پذیرش و تعهد بر سوء مصرف مواد مخدر حمایت می‌کنند لذا به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، بعد از اتمام پروسه درمان مذکور، درمان فوق برای گروه کنترل نیز انجام شد.

محدودیت‌های پژوهش:

هر پژوهشی از ابتدای کار یعنی انتخاب مسئله اصلی تا مراحل اجرا، تحلیل و تفسیر نهایی با محدودیت‌هایی مواجه است. گزارش محدودیت‌های هر پژوهش به محققانی که در آینده می‌خواهند پژوهشی در حوزه‌ی مشابه انجام دهد کمک می‌کند تا اقدامات الزم را جهت برطرف کردن محدودیت‌ها و انجام پژوهش با دیدگاهی جامع تر انجام شود. این پژوهش نیز به نوبه‌ی خود دارای محدودیت‌هایی بود که اهم آنها در ادامه ذکر شده اند: (۱) انتخاب گروه دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم موجب محدودیت در تعمیم نتایج می‌شود؛ (۲) انتخاب شهر قزوین بود؛ (۳) عدم پیگیری طولانی مدت

پیشنهادهای پژوهش:

پیشنهاد می‌شود که پژوهش مشابهی در خصوص دانش آموزان پسر انجام گیرد تا بتوان نتایج را با هم مقایسه کرد.

تضاد منافع:

نویسندگان اذعان می‌کنند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد.

Reference:

1. Shoemaker D.J. Theories of delinquency: an examination of explanations of delinquent behavior, 6th Ed. New York: Oxford University Press; 2010.
2. Bryan CJ. The clinical utility of a brief measure of perceived burdensomeness and thwarted belongingness for the detection of suicidal military personnel. Journal of clinical psychology. 2011; 67(10): 981 -992. DOI:[10.1002/jclp.20726](https://doi.org/10.1002/jclp.20726)
3. Buitron, V, Hill RM, Pettit JW, Green, KL, Hatkevich C, Sharp C. Interpersonal stress and suicidal ideation in adolescence: An indirect association through perceived burdensomeness toward others. Journal of affective disorders. 2016; 190: 143 -149. DOI: [10.29252/rrbs.19.2.328](https://doi.org/10.29252/rrbs.19.2.328).
4. Carbonella JY, Timpano KR. Examining the link between hoarding symptoms and cognitive flexibility deficits. Journal of behavior therapy. 2016; 47(2): 262 -273. DOI:[10.1016/j.beth.2015.11.003](https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.11.003)

5. Chuang CWI, Sussman S, Stone MD, Pang RD, Chou CP, Leventhal AM, Kirkpatrick MG. Impulsivity and history of behavioral addictions are associated with drug use in adolescents. *Addictive behaviors*. 2017; 74: 41 -47. <https://doi.org/10.5114/cipp.2017.70144>
6. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*. 2010; 34(3): 241 -253. URL: <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1190-en.html>
7. Eades A. Suicide among older adults: An exploration of the effects of personality and self-esteem on thwarted belongingness, perceived burdensomeness, and suicidal ideation. Doctoral dissertation, University of Colorado, Colorado Springs; 2016.
8. Fallahzadeh M. The effect of cognitive errors avoidance through narrative therapy on depression and dysfunctional attitude of elementary girl students. *International journal of children and adolescents*. 2017; 3(4): 1 -8. DOI:[10.3200/GNTP.167.1.47-63](https://doi.org/10.3200/GNTP.167.1.47-63)
9. Fazel M. The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review. *Clinical psychology review*. 2010; 30(8), 1030 -1039. DOI:[10.1016/j.cpr.2010.07.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.004)
10. Flaskas C. Family therapy beyond postmodernism: Practice challenges theory. New York: Taylor & Francis Inc; 2022.
11. Ghandehari M, Moosavi L, Jazi FR, Arefi M, Ahmadzadeh S. The effect of narrative therapy on resiliency of women who have referred to counseling centers in Isfahan. *International journal of educational and psychological researches*. 2018; 4(2): 65 -80. <https://kumel.medlib.dsmc.or.kr/bitstream/2015.oak/42224/1/oak-2018-1774.pdf>
12. Hawkins KA, Hames JL, Ribeiro JD, Silva C, Joiner TE, Coughle JR. An examination of the relationship between anger and suicide risk through the lens of the interpersonal theory of suicide. *Journal of psychiatric research*. 2014; 50: 59 -65. DOI: [10.4103/2395-2296.204124](https://doi.org/10.4103/2395-2296.204124)
13. Hill RM, Rey Y, Marin CE, Sharp C, Green KL, Pettit JW. Evaluating the Interpersonal Needs Questionnaire: Comparison of the reliability, factor structure, and predictive validity across five versions. *Suicide and life -threatening behavior*. 2015; 45(3): 302 -314 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279272>
14. Steinberg L, Monahan KC. Age differences in resistance to peer influence. *Developmental psychology*. 2007; 43(6):15 -31. DOI:[10.1037/0012-1649.43.6.1531](https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.6.1531)
15. Khazem LR, Law KC, Green BA, Anestis MD. Examining the relationship between coping strategies and suicidal desire in a sample of United States military personnel. *Comprehensive psychiatry*. 2015; 57: 2 -9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.067>
16. Lamis DA, Lester D. Risk factors for suicidal ideation among African American and European American college women. *Psychology of women quarterly*. 2012; 36(3): 337 -349. <https://doi.org/10.1017/prp.2019>
17. Lee JK, Orsillo SM. Investigating cognitive flexibility as a potential mechanism of mindfulness in generalized anxiety disorder. *Journal of behavior therapy*. 2014; 45(1): 208 -216. DOI:[10.1016/j.brat.2014.07.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.006)
18. Mahmoudi Souran H, Sanagouyemoharer GR, Shirazi M. Acceptance and commitment therapy improves psychological flexibility of students with thalassemia major: a randomized controlled trial. *Practice in clinical psychology*. 2019; 7(2): 107 -116. URL: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2776-en.html>
19. Martin MM, Rubin RB. A new measure of cognitive flexibility. *Psychological reports*. 1995; 76(2): 623 -626. URL: <http://intjmi.com/article-1-751-en.html>

20. Park Y, Kim H. S. Validation of the Korean version interpersonal needs questionnaire. Suicide and life-threatening behavior. 2019; 49(3):739 - 758. DOI:[10.1111/sltb.12473](https://doi.org/10.1111/sltb.12473)
21. Pellerin N, Raufaste E, Corman M, Teissedre F, Dambrun M. Psychological resources and flexibility predict resilient mental health trajectories during the French covid -19 lockdown. Scientific reports. 2022; 12(1):1 -16. DOI:[10.1016/j.jrurstud.2017.07.007](https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2017.07.007)
22. Rashid S, Khorramdel K, Gholami F, Senobar L. The relationship between interpersonal psychological theory of suicide constructs (loneliness, perceived social support, thwarted belongingness and burdensomeness) and suicidal behavior among Iranian students. Health education and health promotion. 2016; 4(2): 35 -48. URL: <http://hehp.modares.ac.ir/article-5-5037-en.html>
23. Rhodes A, Rozell T. Cognitive flexibility and undergraduate physiology students: increasing advanced knowledge acquisition within an ill -structured domain. Advances physiology education. 207; (41): 375 -382. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030931>
24. Seo JW. Thwarted belongingness and perceived burdensomeness in Korean college students: Psychometric properties and cultural considerations for the interpersonal needs Questionnaire -10. Death studies. 2019; 44(5):261-269. [10.22098/JHRS.2022.9519.1017](https://doi.org/10.22098/JHRS.2022.9519.1017)
25. Shakeri J, Ahmadi SM, Maleki F, Hesami MR, Moghadam AP, Ahmadzade A, Elahi A. Effectiveness of group narrative therapy on depression, quality of life, and anxiety in people with amphetamine addiction: a randomized clinical trial. Iranian journal of medical sciences. 2020; 45(2): 91 -100. <https://doi.org/10.30476/ijms.2019.45829>
26. Tripp MK. Tanning addiction in adolescents: directions for measurement and intervention development. Journal of investigative dermatology. 2018; 138(7): 1463 - 1467. <https://doi.org/10.1101/2021.12.07.21267399>
27. Van Orden KA, Cukrowicz KC, Witte TK, Joiner Jr TE. Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. Psychological assessment. 2022; 24(1): 197 -210. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2022.833400/full>.
28. Degenhardt L, Baxte AJ, Lee YY, Hall W, Sara GE, Johns N, Vos T. The global epidemiology and burden of psycho -stimulant dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 Drug and alcohol dependence. 2014; 137: 36 -47. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7662521/>
29. DiClemente CC, Schlundt D, Gemmell, L. Readiness and stages of change in addiction treatment. American journal on addictions. 2004; 13(2), 103 -119. URL: <http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-3262-en.html>
30. Downey L, Rosengren DB, Donovan DM. To thine own self be true: Self-concept and motivation for abstinence among substance abusers. Addictive behaviors. 2004; 25(5): 743-757. DOI:[10.1016/S0306-4603\(00\)00091-5](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(00)00091-5)
31. Drieschner KH, Lammers SM, Van Der Staak CP. Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. Clinical psychology review. 2004; 23(8): 1115 - 1137.

32. Fortuna LR, Vallejo Z. Treating co -occurring adolescent PTSD and addiction: Mindfulness -based cognitive therapy for adolescents with trauma and substance -abuse disorders. Oakland: New Harbinger Publications; 2015.
33. Gan WQ, Buxton JA, Scheuermeyer FX, Palis H, Zhao B, Desai R, Slaunwhite AK. Risk of cardiovascular diseases in relation to substance use disorders. Drug and alcohol dependence. 2021; 229: 109 -132.
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2201-8>
34. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner Jr TE. The interpersonal theory of suicide. Psychological review. 2010; 117(2): 575 -586.
DOI:[10.1016/j.drugalcdep.2021.109132](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109132)