MEJDS. 2021; 11:103.

Published online 2021 Sep. **Original Article**

Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Distress and Uncertainty Intolerance in Drug Abusers' Spouses

Zirak SR[1], *Musa Zadeh T[2], Nazari V[2]

Author Address
1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
Corresponding author's email: T.mousazadeh@iauardabil.ac.ir

Received: 2020 December 12; **Accepted:** 2021 March 8

Abstract

Background & Objectives: Drug abuse consequences affect numerous individual aspects of human life, such as mood, behavior, cognitive function, social and occupational performance, and marital relationships. Family is the most vulnerable institution in the society to drug abuse; due to dependence, the substance dependent's caregiver is unable to play their role as the father of the family, the spouses of these people are exposed to serious physical, spiritual, psychological, social; thus, economic damages which despair and disappointment, fear, feeling guilty, suicide, depression, tension, and isolation are main relevant impacts. Therefore, psychological interventions are widely applied for this population and particularly their families. The current study aimed to investigate the effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on emotional distress and uncertainty–intolerance in drug abusers' spouses.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The statistical population included all spouses (women) of drug abusers who were referred to addiction treatment centers in Ardabil City, Iran, in 2020. Using the convenience sampling method, 40 eligible individuals were enrolled in the study and randomly assigned to the experimental and control groups (n=20/group). The inclusion criteria were having no psychological problems and having basic literacy to complete the questionnaires; the exclusion criteria were unwillingness to participate in the study and absence from two intervention sessions. The experimental group received eight 70–minute weekly ACT sessions based on Hayes et al.'s (1999) training package; however, the control group received no intervention. For data collection, the Depression Anxiety Stress Scale (DASS–21; Lovibond & Lovibond, 1995) and Uncertainty Tolerance Scale (Freeston et al., 1994) were used for the pretest and posttest examinations. Descriptive statistical methods, including mean and standard deviation, were applied; inferential statistics, including Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA), t–test, and Chi–squared test were also used in SPSS to analyze the obtained data. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The present study results suggested that ACT significantly affected emotional distress and uncertainty intolerance. Therefore, this treatment reduced emotional distress components, including stress (p<0.001), anxiety (p<0.001), and depression (p=0.003) and decreased the uncertainty intolerance and its components, including passivity (p<0.001), being stressful (p=0.003), pessimistic (p<0.001), and uncertainty about the future (p<0.001) in the study sample.

Conclusion: The obtained findings indicated that ACT was effective in reducing the emotional distress and uncertainty–intolerance in drug abusers' spouses. Therefore, family counselors and therapists can use the present study findings for clinical and therapeutic interventions.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Emotional distress, Intolerance, Drug abuse.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-09-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.222.1]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.211]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۰۳.

انتشار برخط شهریور ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی هیجانی و عدم تحمل بلاتکلیفی در همسران افراد سوءمصرف‌کنندهٔ مواد

سیدرسول زیرک[۱]، *توکل موسی‌زاده[۲]، وکیل نظری[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** T.mousazadeh@iauardabil.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۲آذر۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۸اسفند۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات ناشی‌از سوءمصرف مواد در بسیاری از جنبه‌ها مانند خلق، رفتار، عملکرد شناختی، اجتماعی و شغلی، نیاز به مداخلات روان‌شناختی را در این افراد و خانواده‌های آنان را آشکار می‌کند؛ ازاین‌رو هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی هیجانی و عدم تحمل بلاتکلیفی همسران افراد سوءمصرف‌کنندهٔ مواد بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی همسران (زنان) افراد سوءمصرف‌کنندهٔ مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اردبیل در نیمهٔ اول سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. به‌روش نمونه‌گیری دردسترس تعداد چهل نفر از افراد واجد شرایط وارد مطالعه شدند و در دو گروه بیست‌نفری آزمایش و گواه به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایش هشت جلسهٔ هفتاددقیقه‌ای درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد براساس بستهٔ آموزشی هیز و همکاران (۱۹۹۹) دریافت کرد؛ اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵) و مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴) بود. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون‌های تی و کای دو با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۲ تجزیه‌وتحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی هیجانی شامل استرس ($p<۰/۰۰۱$)، اضطراب ($p<۰/۰۰۱$) و افسردگی ($p=۰/۰۰۳$) و همچنین کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی ($p<۰/۰۰۱$) و مؤلفه‌های آن شامل ناتوانی برای انجام عمل ($p<۰/۰۰۱$)، استرس‌آمیزبودن بلاتکلیفی ($p=۰/۰۰۳$)، منفی‌بودن رویدادهای غیرمنتظره ($p<۰/۰۰۱$) و بلاتکلیفی در مورد آینده ($p<۰/۰۰۱$) در همسران افراد سوءمصرف‌کنندهٔ مواد تأثیر داشت.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش سودمندی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی هیجانی و کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی همسران افراد سوءمصرف‌کنندهٔ مواد سودمند و مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، آشفتگی هیجانی، عدم تحمل بلاتکلیفی، سوءمصرف مواد.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار–غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-09-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.222.1]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.211]

۱ مقدمه

سوءمصرف[1] مواد به‌منزلهٔ معضل بزرگ پزشکی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی عصر حاضر باعث ایجاد اختلالاتی در خلق، رفتار، عملکرد شناختی‌اجتماعی و شغلی افراد می‌شود (۱). سوءمصرف مواد به‌عنوان استفادهٔ مداوم از ماده‌ای باوجود پیامدهای نامطلوب آن و وابستگی دارویی به‌عنوان استفادهٔ اجباری و مداوم از ماده‌ای درمقابل عواقب نامطلوب آن تعریف می‌شود (۲). در چاپ پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[2] که گروه روان‌پزشکی ایالات متحدهٔ آمریکا[3] منتشر کرده است، به‌دلیل وجودنداشتن مرز مشخص بین این دو گروه، از گروهی واحد با عنوان «اختلالات مرتبط به مواد و اعتیاد[4]» یاد شده است. در همهٔ انواع این اختلالات، بسیاری از علائم شناختی، رفتاری و جسمی در فرد ظاهر می‌شود که مشکلات جدی برای فرد ایجاد می‌کند؛ اما شخص به‌علت احساس مثبت ناشی‌از سوءمصرف مواد از یک‌سو و دوری از احساس منفی ناشی‌از ترک مواد از سوی دیگر، به مصرف مواد ادامه می‌دهد (۳).

خانواده نهاد آسیب‌پذیرتری در جامعه دربرابر اثرات سوءمصرف مواد است و سرپرست معتاد به‌سبب اعتیاد، قادر به ایفای نقش خود به‌عنوان پدر و همسر خانواده نیست؛ ازاین‌رو همسران این افراد درمعرض آسیب‌های جدی جسمی، روحی، روانی، اجتماعی و اقتصادی قرار دارند (۴). مشکلات عمدهٔ همسران افراد معتاد یأس و ناامیدی، ترس، احساس گناه، خودکشی، افسردگی و انزواطلبی است (۵) و احتمال دارد این زنان به‌دلیل تجربهٔ فشار ناشی‌از زندگی دچار آشفتگی‌های هیجانی[5] (اضطراب[6]، استرس[7]، افسردگی[8]) و عدم تحمل بلاتکلیفی[9] شوند؛ به‌طوری‌که مطالعه‌ای نشان داد، ۳۹/۲درصد از زنان دارای همسران معتاد اضطراب متوسط و ۲۶درصد اضطراب شدید، ۲۸/۳درصد افسردگی متوسط و ۲۳/۹درصد افسردگی در حد شدید دارند (۶). آشفتگی‌های هیجانی منجربه تجربهٔ احساس تنهایی و ازدست‌دادن حمایت اجتماعی در فرد می‌شود و توانایی فرد را برای مدیریت هیجان‌هایش با مشکل مواجه می‌کند؛ درنتیجه زندگی روزمره را برای وی و اطرافیان دشوار می‌سازد (۷)؛ بنابراین همسران افراد معتاد در حالتی از بلاتکلیفی به سر می‌برند. افراد دارای تحمل بلاتکلیفی زیاد، با موقعیت سازمان‌نایافته که پایان آن نامشخص است، مقابله‌ای موفقیت‌آمیز دارند. در این حالت تحمل بلاتکلیفی می‌تواند میل و رغبت فرد را برای توانایی پذیرفتن تجربه‌های متفاوت یا موقعیت‌های نامشخص ایجاد کند (۸). داگاس و رابیچاد در مطالعهٔ خود نشان دادند که عدم تحمل بلاتکلیفی، زنجیره‌ای از نگرانی و نگرش منفی به مشکل را حمایت می‌کند و مستقیماً بر نگرش فرد به مشکل و سطوح اجتناب شناختی تأثیر می‌گذارد (۹).

به‌طورکلی آموزش، درمان و حمایت اجتماعی و روانی از این افراد یکی از دغدغه‌های همیشگی مسئولان و مراکز مربوط بوده است. از روش‌های درمانی ارائه‌شده در این زمینه، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[10] است. این روش درمان حائلی روان‌شناختی است که ترکیبی از استراتژی‌های آگاهی و پذیرش همراه با استراتژی‌های تعهد و تغییر رفتار برای افزایش انعطاف‌پذیری است و از پذیرش روان‌شناختی استفاده می‌کند (۱۰). هدف از پذیرش درمان مبتنی‌بر تعهد ایجاد تغییر مستقیم در افراد مراجعه‌کننده نیست؛ بلکه کمک به افراد است تا از طرق مختلف با تجربیات خود ارتباط برقرار کنند و بتوانند به‌طورکامل با زندگی معنادار و مبتنی‌بر ارزش درگیر شوند. هدف درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[11] و رفتاری در مواقعی است که فرد تجربهٔ سلطه‌پذیری دارد و او را از زندگی اساسی محروم می‌کند. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، قدرت فرد را در گزینش عملی در بین انتخاب‌های گوناگونی که بهترین انتخاب است، بیشتر می‌کند؛ نه گزینش عملی که به‌منظور دوری از افکار، احساسات یا خاطرات بی‌نظم انجام می‌شود (۱۱).

تحقیقات گوناگون گویای آن است که اجرای این روش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در همسران افراد معتاد می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی (۱۲)، افزایش احساس انسجام (۱۳)، افزایش خودکارآمدی و تنظیم شناختی هیجان (۱۴) و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سرمایهٔ روان‌شناختی آن‌ها شود (۱۵). همچنین نتایج مطالعهٔ قریشی و همکاران نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم استرس، اضطراب و افسردگی مؤثر است (۱۶). نتایج پژوهش روحی و همکاران حاکی‌از تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل آشفتگی است (۱۷)؛ همچنین نتایج پژوهش احمدی و رئیسی نشان داد درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن (تحمل پریشانی هیجانی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) تأثیر مثبت دارد (۱۸).

پیشینهٔ پژوهش نشان می‌دهد، کمتر پژوهشی به اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر وضعیت روان‌شناختی همسران افراد سوءمصرف‌کنندهٔ مواد پرداخته است که بیانگر خلأ پژوهشی در این حیطه است؛ همچنین همسران افراد معتاد به‌عنوان ارکان اصلی زندگی هستند و ازهم‌پاشیدگی روانی آنان می‌تواند لطمات شدیدی بر روابط زناشویی، فرزندان و کل نهاد خانواده بزند؛ ازاین‌رو و بنا بر مطالب مذکور، اهمیت توجه به کارکردهای روانی این زنان بیش از پیش نمایان می‌شود؛ بنابراین هدف از انجام مطالعهٔ حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی هیجانی و عدم تحمل بلاتکلیفی همسران افراد سوءمصرف‌کنندهٔ مواد بود.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش به‌لحاظ نوع روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–

[1]. Substance uses
[2]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
[3]. American Psychiatric Association
[4]. Drug and Addiction Disorders
[5]. Emotional distress
[6]. Anxiety
[7]. Stress
[8]. Depression
[9]. Uncertainty tolerance
[10]. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
[11]. Psychological flexibility

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-09-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.222.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.211]

پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی همسران (زنان) افراد سوءمصرف‌کنندهٔ مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد در سطح شهر اردبیل در نیمهٔ اول سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. بعد از هماهنگی‌های لازم و به‌روش نمونه‌گیری دردسترس تعداد چهل نفر از افراد واجد شرایط وارد مطالعه شدند و در دو گروه بیست‌نفری آزمایش و گواه به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. انتخاب تعداد نمونه با استناد به حجم نمونه‌ای پیشنهادشده برای مطالعات آزمایشی و نیمه‌آزمایشی (برای هر گروه حداقل پانزده نفر) صورت گرفت (۱۹). بعد از انتساب افراد به گروه‌ها، نمونه‌های آماری گروه آزمایش هشت جلسهٔ هفتاددقیقه‌ای آموزش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۲۰) را دریافت کردند. گروه گواه بدون هیچ‌گونه مداخله‌ای باقی ماند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: مبتلانبودن به مشکلات روان‌شناختی؛ داشتن حداقل سواد ابتدایی برای پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش نیز شامل تمایل‌نداشتن به شرکت در طول برنامه و غیبت متوالی دو جلسه بود. لازم به ذکر است باتوجه به پیگیری‌ها و تشویق پژوهشگران درخصوص ادامهٔ شرکت آزمودنی‌ها در پژوهش، در مطالعهٔ حاضر ریزش آزمودنی رخ نداد و در صورت جاماندن هریک از آزمودنی‌ها تنها از یک جلسهٔ آموزشی، پژوهشگر برنامه‌ای جبرانی را برای آن‌ها اجرا کرد.

ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در پژوهش حاضر شامل تکمیل فرم رضایت‌نامهٔ کتبی شرکت در پژوهش، محرمانه‌ماندن اطلاعات و دریافت کد اخلاق از دانشگاه علوم‌پزشکی اردبیل بود. درنهایت بعد از انجام جلسات آموزشی و سپری‌شدن چهار هفته از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد.

ابزار گردآوری داده‌ها و مشخصات روش مداخله‌ای به‌شرح زیر بود.

ـ فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس[1]: این مقیاس توسط لاویبوند و لاویبوند در سال ۱۹۹۵ ارائه شد (۲۱). فرم اصلی آن دارای ۴۲ سؤال است که ازطریق آن هریک از سازه‌های روانی (افسردگی، اضطراب و فشار روانی) توسط ۱۴ سؤال متفاوت ارزیابی می‌شود (۲۲). فرم کوتاه این مقیاس دارای ۲۱ سؤال است که سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس را براساس گزینه‌های اصلاً، کم، متوسط و زیاد می‌سنجد. کمترین امتیاز به هر سؤال صفر و بیشترین نمره ۳ است. نمرهٔ بیشتر به‌معنای وجود افسردگی، اضطراب و استرس بیشتر است (۲۱). پایایی این مقیاس توسط لاویبوند و لاویبوند با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به‌دست آمد (۲۱). در ایران نیز روایی و پایایی این مقیاس توسط سامانی و جوکار بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ را برای افسردگی، اضطراب و تنیدگی به‌ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش کردند (۲۳).

ـ مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی[2] : این مقیاس توسط فریستون و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شد (۲۴). این مقیاس ۲۷ سؤال دارد و در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (از هرگز=۱ تا همیشه=۵) پاسخ داده می‌شود. نمرهٔ بیشتر به‌معنای عدم تحمل بلاتکلیفی بیشتر است (۲۴). در نسخهٔ اولیه به زبان فرانسوی همسانی درونی ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی نسبتاً خوبی با فاصلهٔ چهار هفته ۰/۷۸ به‌دست آمد (۲۴). بوهر و دوگاس نسخهٔ انگلیسی این مقیاس را تهیه و اعتباریابی کردند و چهار عامل شامل ناتوانی برای انجام عمل، استرس‌آمیزبودن بلاتکلیفی، منفی‌بودن رویدادهای غیرمنتظره و بلاتکلیفی درمورد آینده شناسایی شد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس با فاصله پنج هفته ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۳ به‌دست آمد (۲۵). در ایران حمیدپور و اندوز به بررسی روایی و پایایی این مقیاس پرداختند و روایی آن را مطلوب و پایایی این مقیاس را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و با ضریب پایایی بازآزمایی (در فاصلهٔ سه هفته) ۰/۷۶ گزارش کردند (به نقل از ۲۶).

ـ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد: در این پژوهش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد براساس پکیج درمانی‌ـ‌آموزشی هیز و همکاران صورت‌بندی شد (۲۰) و طی هشت جلسهٔ آموزشی هفتاددقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه برگزار شد. این پکیج در مقالات بسیاری استفاده و تأیید شده است (۱۴ـ۱۱). خلاصهٔ جلسات برطبق مراحل ذیل است (جدول ۱).

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

ردیف جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی گروه با یکدیگر، برقراری رابطهٔ درمانی و سنجش کلی
دوم	درماندگی خلاق، بررسی دنیای درون و بیرون و درک اینکه کنترل مسئله است نه راه‌حل
سوم	شناسایی ارزش‌های فرد، تصریح ارزش‌ها، اعمال و موانع
چهارم	بررسی ارزش‌های افراد و به‌کارگیری استعاره‌های مربوط
پنجم	بررسی همجوشی و گسلش و انجام تمرین‌هایی برای گسلش با استفاده از استعاره
ششم	توضیح مفاهیم، نقش و زمینه، مشاهدهٔ خویشتن به‌عنوان یک بستر
هفتم	تأکید بر زمان حال بودن
هشتم	آموزش تعهد، بررسی داستان زندگی، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق ارزش‌ها و جمع‌بندی

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده، روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت؛ همچنین از آمار استنباطی شامل روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) (با بررسی پیش‌فرض‌های آن شامل آزمون شاپیرو‌ـ‌ویلک برای بررسی توزیع نرمال متغیرها، آزمون لون، آزمون ام‌باکس و آزمون شاخص‌های اعتباری) و آزمون‌های تی و کای دو در نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ

[1]. Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)

[2]. Uncertainty Tolerance Scale

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-09-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.222.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.211]

۲۲ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

گروه	سن		مدت ازدواج		تحصیلات			اشتغال	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	کمتر از دیپلم	دیپلم و کاردانی	کارشناسی	کارشناسی ارشد و بیشتر	شاغل	غیرشاغل
آزمایش	۳۷/۱۲	۴/۸۵	۶/۱۱	۲/۱۵	۲ ۱۰درصد	۵ ۲۵درصد	۹ ۴۵درصد	۴ ۲۰درصد	۸ ۴۰درصد	۱۲ ۶۰درصد
گواه	۳۶/۴۰	۴/۵۵	۶/۰۳	۲/۲۵	۱ ۵درصد	۴ ۲۰درصد	۹ ۴۵درصد	۶ ۳۰درصد	۹ ۴۵درصد	۱۱ ۵۵درصد
	T(۳۸)=۰/۳۰۷		T(۳۸)=۰/۲۴۵		χ۲(۳)=۴/۹۸۲				χ۲(۱)=۲/۶۴۱	
	p=۰/۵۱۹		p=۰/۶۱۸		p=۰/۲۷۵				p=۰/۳۸۰	

جدول ۳. میانگین و انحراف‌معیار متغیرها در گروه‌های مطالعه‌شده و نتایج آزمون شاپیرو_ویلک

متغیر	گروه	آزمون	آماره‌ها		وضعیت	آمارهٔ شاپیرو_ویلک	مقدار احتمال
			میانگین	انحراف معیار			
استرس	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۴/۲۰	۴/۷۴	پیش‌آزمون	۰/۹۱۰	۰/۳۳۰
		پس‌آزمون	۱۹/۶۴	۳/۲۸	پس‌آزمون	۰/۹۸۴	۰/۱۵۸
	گواه	پیش‌آزمون	۲۳/۷۸	۴/۶۷	پیش‌آزمون	۰/۸۱۲	۰/۲۹۷
		پس‌آزمون	۲۳/۹۳	۴/۸۵	پس‌آزمون	۰/۹۰۱	۰/۱۹۷
اضطراب	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۰/۸۷	۴/۱۰	پیش‌آزمون	۰/۸۸۷	۰/۲۴۹
		پس‌آزمون	۱۶/۵۱	۳/۳۷	پس‌آزمون	۰/۹۳۴	۰/۱۵۰
	گواه	پیش‌آزمون	۲۰/۸۸	۴/۴۱	پیش‌آزمون	۰/۸۹۷	۰/۲۶۵
		پس‌آزمون	۲۱/۱۰	۴/۵۲	پس‌آزمون	۰/۹۲۰	۰/۱۵۷
افسردگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۹/۸۳	۳/۸۸	پیش‌آزمون	۰/۹۱۳	۰/۲۴۱
		پس‌آزمون	۱۶/۰۱	۳/۱۲	پس‌آزمون	۰/۹۵۱	۰/۲۵۰
	گواه	پیش‌آزمون	۲۰/۱۴	۴/۱۲	پیش‌آزمون	۰/۹۳۰	۰/۲۳۴
		پس‌آزمون	۲۰/۰۳	۴/۰۹	پس‌آزمون	۰/۹۶۷	۰/۲۳۶
ناتوانی برای انجام عمل	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۹/۳۲	۴/۳۴	پیش‌آزمون	۰/۹۷۰	۰/۱۲۸
		پس‌آزمون	۲۳/۲۴	۳/۶۸	پس‌آزمون	۰/۹۱۷	۰/۰۹۲
	گواه	پیش‌آزمون	۲۹/۱۲	۴/۱۹	پیش‌آزمون	۰/۹۸۵	۰/۱۲۰
		پس‌آزمون	۲۹/۲۵	۴/۳۷	پس‌آزمون	۰/۹۳۰	۰/۰۹۰
استرس‌آمیزبودن بلاتکلیفی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۷/۳۶	۴/۰۸	پیش‌آزمون	۰/۹۱۳	۰/۱۲۷
		پس‌آزمون	۲۰/۱۹	۳/۷۴	پس‌آزمون	۰/۹۷۶	۰/۱۳۱
	گواه	پیش‌آزمون	۲۸/۵۱	۴/۵۱	پیش‌آزمون	۰/۹۸۰	۰/۱۱۳
		پس‌آزمون	۲۹/۳۰	۴/۷۹	پس‌آزمون	۰/۹۲۰	۰/۱۴۶
منفی‌بودن رویدادهای غیرمنتظره	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵/۴۱	۲/۶۴	پیش‌آزمون	۰/۹۸۵	۰/۳۰۱
		پس‌آزمون	۱۰/۸۲	۲/۱۲	پس‌آزمون	۰/۹۱۰	۰/۴۵۲
	گواه	پیش‌آزمون	۱۵/۶۳	۲/۷۱	پیش‌آزمون	۰/۸۵۶	۰/۰۸۴
		پس‌آزمون	۱۶/۲۰	۲/۹۲	پس‌آزمون	۰/۸۹۰	۰/۰۹۱
بلاتکلیفی در مورد آینده	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۶/۵۰	۳/۰۹	پیش‌آزمون	۰/۹۳۰	۰/۱۲۰
		پس‌آزمون	۱۱/۱۳	۲/۱۶	پس‌آزمون	۰/۹۸۳	۰/۴۹۰
	گواه	پیش‌آزمون	۱۵/۹۳	۲/۷۹	پیش‌آزمون	۰/۹۷۰	۰/۲۸۸
		پس‌آزمون	۱۶/۱۱	۲/۹۰	پس‌آزمون	۰/۹۱۵	۰/۱۲۵
عدم تحمل بلاتکلیفی	آزمایش	پیش‌آزمون	۸۸/۵۹	۱۴/۱۵	پیش‌آزمون	۰/۸۱۹	۰/۰۷۵
		پس‌آزمون	۶۵/۳۸	۱۱/۰۷	پس‌آزمون	۰/۹۰۶	۰/۵۱۲
	گواه	پیش‌آزمون	۸۹/۱۹	۱۴/۲۰	پیش‌آزمون	۰/۹۱۷	۰/۱۲۸
		پس‌آزمون	۹۰/۸۶	۱۴/۹۸	پس‌آزمون	۰/۹۲۰	۰/۱۲۶

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-09-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.222.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.211]

نتایج جدول ۲ باتوجه به مقادیر احتمال نشان می‌دهد، بین گروه آزمایش و گروه گواه به‌لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سن (p=۰/۵۱۹)، مدت ازدواج (p=۰/۶۱۸)، تحصیلات (p=۰/۲۷۵) و اشتغال (p=۰/۳۸۰) تفاوت معناداری وجود نداشت. در ادامه میانگین و انحراف‌معیار متغیرها در گروه‌های مطالعه‌شده و نتایج آزمون شاپیرو_ویلک ارائه شده است (جدول ۳). در جدول ۳ آمار توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون نرمال‌بودن توزیع متغیرهای تحقیق (آزمون شاپیرو_ویلک) مشاهده می‌شود که نتایج این آزمون حاکی‌از نرمال‌بودن توزیع متغیرها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های مطالعه‌شده است. همچنین آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها در دو گروه آزمایش و گواه انجام گرفت. نتایج نشان داد، واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه برابر بود (p>۰/۰۵). همچنین نتایج پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس_کوواریانس (آزمون ام‌باکس) حاکی‌از نبود تفاوت بین واریانس‌ها (آشفتگی هیجانی p=۰/۰۸۶، عدم تحمل بلاتکلیفی p=۰/۰۹۴) بود؛ بنابراین برای انجام ادامهٔ تحلیل مانعی وجود نداشت. در جدول ۴ نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای پژوهش

اثر	متغیر	شاخص‌های اعتباری	مقدار	مقدار F	df فرضیه	df خطا	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر	توان آماری
گروه	آشفتگی هیجانی	لامبدای ویلکز	۰/۸۱۸	۴/۱۵۸	۳/۰۰۰	۵۶/۰۰۰	۰/۰۱۲	۰/۱۰۱	۰/۹۱۲
	عدم تحمل بلاتکلیفی	لامبدای ویلکز	۰/۸۰۷	۶/۳۸۴	۵/۰۰۰	۵۴/۰۰۰	۰/۰۰۹	۰/۱۰۵	۰/۹۷۷

نتایج مربوط به آمارهٔ لامبدای ویلکز (جدول ۴) نشان داد، اثر گروه بر ترکیب متغیرهای آشفتگی هیجانی (p=۰/۰۱۲) و عدم تحمل بلاتکلیفی (p=۰/۰۰۹) معنادار است. در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) برای متغیرهای پژوهش ارائه شده است (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) برای متغیرهای پژوهش

منبع	مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات	درجهٔ ازادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر	توان آماری
گروه	استرس	۱۰۹/۳۶۴	۱	۵۴/۶۸۲	۱۰/۱۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۲۰۵	۱
	اضطراب	۱۲۵/۳۵۷	۱	۶۲/۶۷۸	۱۲/۱۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۲۱۹	۱
	افسردگی	۹۷/۰۶۷	۱	۴۸/۵۳۳	۸/۱۵۰	۰/۰۰۳	۰/۱۹۸	۱
	ناتوانی برای انجام عمل	۴۳۳/۱۱۷	۱	۴۳۳/۱۱۷	۲۲/۰۱۸۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۷	۰/۶۳۴
	استرس‌آمیزبودن بلاتکلیفی	۲۷۹/۰۵۰	۱	۲۷۹/۰۵۰	۱۲/۷۱۷	۰/۰۰۳	۰/۲۱۰	۰/۲۲۵
	منفی‌بودن رویدادهای غیرمنتظره	۲۹۵/۶۵۰	۱	۲۹۵/۶۵۰	۱۴/۴۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۳۵	۰/۴۰۱
	بلاتکلیفی در مورد آینده	۹۸۸/۲۰۰	۱	۹۸۸/۲۰۰	۴۳/۸۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۵۸	۰/۷۸۳
	عدم تحمل بلاتکلیفی	۷۱۳/۴۱۷	۱	۷۱۳/۵۱۷	۳۹/۸۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۹	۰/۴۸۱

طبق نتایج جدول ۵ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تأثیر بر کاهش آشفتگی هیجانی شامل استرس (p<۰/۰۰۱)، اضطراب (p<۰/۰۰۱) و افسردگی (p=۰/۰۰۳) و همچنین کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی (p<۰/۰۰۱) و مؤلفه‌های آن شامل ناتوانی برای انجام عمل (p<۰/۰۰۱)، استرس‌آمیزبودن بلاتکلیفی (p=۰/۰۰۳)، منفی‌بودن رویدادهای غیرمنتظره (p<۰/۰۰۱) و بلاتکلیفی در مورد آینده (p<۰/۰۰۱) در همسران افراد سوءمصرف‌کنندهٔ مواد تأثیر داشت.

۳ بحث

پژوهش حاضر به‌منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی هیجانی و عدم تحمل بلاتکلیفی همسران افراد سوءمصرف‌کنندهٔ مواد انجام شد. نتایج نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب کاهش آشفتگی هیجانی (استرس، اضطراب، افسردگی) همسران (زنان) افراد سوءمصرف‌کنندهٔ مواد شد. نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های مطالعهٔ قریشی و همکاران مبنی‌بر تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی هیجانی (۱۶) و پژوهش‌های ویسکویچ و پکنگهام (۲۷) و کوتو_لزمز و همکاران (۲۸) مبنی‌بر اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی، استرس و اضطراب همسویی دارد.

در تبیین این یافته گفته می‌شود، زنان دارای همسر معتاد به‌سبب مشکلات ناشی‌از این معضل میزان آشفتگی (استرس، اضطراب، افسردگی) زیادی دارند و طبق دیدگاه ادراک خویشتن‌دارای، افراد با آشفتگی هیجانی خودشان را تنها می‌بینند؛ درعین‌حال دنیا را مملو از توقعات طاقت‌فرسا و موانعی می‌پندارند که اجازه نمی‌دهند آن‌ها به اهدافشان برسند؛ به‌علاوه نگاه غم‌انگیزی به آینده دارند و معتقد هستند مشکلاتشان شدیدتر خواهد شد. چنین ادراک‌هایی باعث می‌شود مردد، ناامید، خسته و بی‌تفاوت شوند (۲۹) و وجود معضلات ناشی‌از اعتیاد همسر، این افکار و احساسات را شدّت می‌بخشد. در این میان

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-09-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.222.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.211]

براساس درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد دربارهٔ تجارب ذهنی (افکار، احساسات مربوط به معضل موجود) افزایش پیدا کند (۱۰) و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به فرد آموخته می‌شود هر گونه عملی برای اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد (مانند مطالب آموزشی جلسهٔ پنجم که براساس تکنیک گسلش زمینه را برای کاهش و اجتناب فراهم می‌کند و موجب تشدید آن‌ها می‌شود)؛ همچنین باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی برای حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت (۱۰).

همین‌طور بیان‌شدنی است که پذیرش و تعهددرمانی، تماس مؤثر را با لحظهٔ حال مطرح می‌کند و به مراجعان یاد می‌دهد آنچه هستند بدون قضاوت یا ارزیابی نام‌گذاری و توصیف کنند. تمرین‌های این درمان فرد را به‌سمت دنیایی هدایت می‌نماید که آن را مستقیماً تجربه می‌کند؛ نه دنیایی که محصول تفکر آنان است. درواقع، تماس با رویدادها بدون قضاوت و در اینجا و اکنون رخ می‌دهد (۹)؛ بنابراین با اجرای فرایند بنیادین درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و انجام تمرین‌ها و استعاره‌های مربوط به این درمان می‌توان با تمرکززدایی همسران از افکار و احساسات منفی و با توجه‌آگاهی و پذیرش و تجربهٔ افکار (خوشایند و ناخوشایند) به همان صورتی که هستند، همچنین مشخص‌شدن ارزش‌ها و انجام رفتارهایی در مسیر آن‌ها و براساس نتایج پژوهش حاضر، باعث کاهش آشفتگی هیجانی آنان شد.

قسمت دیگر نتایج نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی و همهٔ مؤلفه‌های آن در همسران افراد سوءمصرف‌کنندهٔ مواد شد. نتیجهٔ به‌دست‌آمده با یافته‌های پژوهش روحی و همکاران مبنی‌بر تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل آشفتگی (۱۷)، مطالعهٔ احمدی و رئیسی مبنی‌بر تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (۱۸) و مطالعهٔ فیاض‌بخش و منصوری مبنی‌بر تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتناب از تجربه (۳۰) همسوست.

در تبیین این یافته درخور ذکر است که براساس دیدگاه انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی وجود اعتیاد مرد به‌عنوان مشکل، سبب می‌شود همسران این افراد سبک پاسخ‌دهی ناکارآمدی دربرابر این مشکل داشته باشند (۸). سبک پاسخ‌دهی افکار ناکارآمد همسران باعث چسبیدن به خودمفهوم‌سازی (بد شانسم، چرا همسر من؟ من چه گناهی کرده‌ام؟ و غیره) و تمرکز بر مشکلات می‌شود. ازطرفی تکرار این رفتارها در طولانی‌مدت موجب محدودیت رفتار همسر و نگرانی و اضطراب او خواهد شد و این عامل، ایجاد افکار و احساسات ناخوشایند و افزایش نگرش‌های ناکارآمد و نپذیرفتن مشکلات را به‌دنبال دارد (۹). در این راستا اجرای فرایند بنیادین درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، با آموزش مهارت‌های تمرکززدایی افکار ناکارآمد دربارهٔ گذشته و آینده و تمرکز بر زمان حال و مشکلات موجود توسط تمرین‌های خود (مانند گسلش شناختی، تمرین‌های مربوط به جلسهٔ آموزشی پنجم)، توضیح مفاهیم، نقش و زمینه، مشاهدهٔ خویشتن به‌عنوان یک بستر (تمرین‌های مربوط به جلسهٔ آموزشی ششم)، همچنین روشن‌سازی ارزش‌های این زنان (ارتباط اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، روابط خانوادگی) با انجام تمرین‌ها و استعاره‌هایی در این باره که در پروتکل نیز ذکر شده است، به‌عنوان منبعی از انگیزش برای تغییر رفتار زنان (۹) درجهت مسیر ارزش‌ها باعث سازگاری بیشتر، کاهش نگرش‌های ناکارآمد و انعطاف‌پذیری زنان دارای همسر مصرف‌کنندهٔ مواد و توانایی مقاومت دربرابر ناکامی و افزایش تحمل بلاتکلیفی در آنان شده است.

کنترل‌نشدن ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی نمونه‌های مطالعه‌شده و استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی افراد مطالعه‌شده ازطریق پرسشنامه‌ها بررسی و کنترل شود؛ همچنین، روش‌های نمونه‌گیری احتمالی به‌کار رود.

۴ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی هیجانی و کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی همسران افراد سوءمصرف‌کنندهٔ مواد مؤثر است؛ ازاین‌رو مشاوران و درمانگران خانواده می‌توانند از یافته‌های پژوهش حاضر در راستای مداخلات بالینی و درمانی استفاده کنند.

۵ تشکر و قدردانی

گروه پژوهش بر خود لازم می‌داند از تمامی عزیزانی که به هر نحو ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی کند.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان : این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در رشتهٔ روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل است که دارای کد اخلاق از دانشگاه علوم‌پزشکی اردبیل به شمارهٔ IR.IAU.ARDABIL.REC.1399.048 است. ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در پژوهش حاضر شامل تکمیل فرم رضایت‌نامهٔ کتبی شرکت در پژوهش، محرمانه‌ماندن اطلاعات و دریافت کد اخلاق از دانشگاه علوم‌پزشکی اردبیل بود.

رضایت برای انتشار: این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد: داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل ورودی و اکسل داده در فضای ذخیره‌ای هارددرایو (به‌دلیل جلوگیری از احتمال هر گونه هک‌شدن و همچنین حفظ و دسترسی به داده‌ها) نزد نویسندهٔ مسئول حفظ خواهد شد.

تزاحم منافع: نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی: پژوهش حاضر تحت حمایت و کمک مالی هیچ نهاد یا سازمانی نبوده است.

مشارکت نویسندگان: همهٔ نویسندگان سهم یکسانی در تهیهٔ پیش‌نویس مقاله، بازبینی و اصلاح مقالهٔ حاضر داشتند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-09-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.222.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.211]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-09-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.222.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.211]

References

1. Shahbazi F, Mirtorabi SD, Ghadirzadeh MR, Ghoreishi SMS, Hashemi Nazari SS. Epidemiological study of mortality from drug abuse in bodies referred to iranian legal medicine organization in 2013–2014. Iranian Journal of Epidemiology. 2018;14(1):9–18. [Persian] https://irje.tums.ac.ir/article-1-5960-en.pdf
2. Kadivar M, Kahrazei F, Nikmanesh Z, The effectiveness of interventions based on positive psychotherapy on improving coping styles, relapse prevention in individuals with substance use disorder. Positive Psychology Reserach. 2015;1(4):41–54. [Persian] https://ppls.ui.ac.ir/article_21053.html#_ftn4
3. Salimi M. Substance abuse and mental illness. Social Health and Addiction. 2014;1(2):29–40. [Persain]
4. Tudeh Ranjbar M, Iraqi F. Barrasi vazieate salamat ravani zanan daraye hamsare motad [Assessing the mental health status of women with addicted spouses]. Journal of New Advances in Psychology, Training and Education. 2018;2(1):83–100. [Persian]
5. Aghakhani N, Erghati Z, Merghati V, Nazari H, Esmhoseini G, Zarei A, et al. A comparison study on family violence rate in wives with addicted and non-addicted husbands in Urmia. Journal of Research in Applied and Basic Medical Sciences. 2018;4(2):128–119. [Persian] http://ijrabms.umsu.ac.ir/article-1-53-en.pdf
6. Ghasemnegad S, Noorizadeh M. Determine the level of anxiety and depression in wives of husbands with addiction. Quarterly Journal of Caspian Health and Aging. 2017;1(1):36–41. [Persian] doi: 10.22088/cjhaa.1.1.36
7. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville B Chevron ES. Interpersonal psychotherapy of depression: a brief, focused, specific strategy. Jason Aronson, Incorporated; 1994.
8. Kheyrjoo E, Taher M, Farshbaf F, Alaei P. The comparison of tolerance of ambiguity, psychological capital and coping strategies between cardiac patients and healthy people. Quarterly Journal of Health Psychology. 2017;5(18):141–52. [Persian] http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_3365_d3f3802e7fee1ad876373a7e674f6a2a.pdf?lang=en
9. Dugas MJ, Robichaud M. Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: from science to practice. New York: Routledge; 2007.
10. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther. 2013;44(2):180–98. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002
11. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In: General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.; 2009. pp: 77–101.
12. Mir Mohammad Sadeghi A, Abedi M. Studing the effect of group-based consultant based on acceptance and commitment (ACT), on quality of life of addicts spouses from drug addiction treatment centers of Isfahan city. Journal of Counseling Research. 2016;14(56):87–108. [Persian] http://irancounseling.ir/journal/article-1-288-en.pdf
13. Nourian L, Sedighi F. Tasir amoozesh darman mobtani bar paziresh khanevade va ta'ahod be hamsaran mardan motad bar ensejam khanevade anan [Effectiveness of acceptance and commitment therapy on family progresses in spouses of addicted men]. In: 1st Scientific Research Conference on Psychology, Educational Sciences and Community Pathology [Internet]. Kerman, Iran: Civilica; 2015. [Persian] https://civilica.com/doc/439323/
14. Jahangiri A, Shirdal M, Gharachoorlou S. The effectiveness of Acceptance and Commitment (ACT) therapy on cognitive-emotional regulation and self-efficacy in struggling with problems in people with substance abuse treated with methadone. J North Khorasan Uni Med Sci. 2018;10(2):41–9. [Persian] http://journal.nkums.ac.ir/article-1-1517-en.pdf
15. Yavari M, Najafi M, Tabatabaee M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy in psychosocial flexibility and psychological capital among methadone-treated individuals' spouses. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2019;12(48):257–76. [Perisan] http://etiadpajohi.ir/article-1-1766-en.pdf
16. Gharashi K, Moheb N, Abdi R. Effects of acceptance and commitment therapy on decreasing anxiety and depression symptoms in mothers of hearing-impaired or deaf children. Auditory and Vestibular Research. 2019;28(2):116–23. doi: 10.18502/avr.v28i2.866
17. Roohi R, Soltani A, Zeinodini Z, Razavi Nematollahi VS. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on self-compassion and distress tolerance in students with social anxiety disorder. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2018;8:63. [Persian] https://jdisabilstud.org/article-1-824-en.pdf
18. Ahmadi A, Raeisi Z. The effect of acceptance and commitment therapy on distress tolerance in mothers of children with autism. J Child Ment Health. 2018;5(3):69-79. [Persian] http://childmentalhealth.ir/article-1-349-fa.html
19. Delavar, A. Theoretical and practical basis of research in humanities and social sciences. Tehran: Roshd Publishing; 2017. [Persian]
20. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York, NY, US: Guilford Press; 1999.

21. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. Behav Res Ther. 1995;33(3):335–343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-u
22. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item version of the depression anxiety stress scales in clinical groups and a community sample. Pychological Assessment. 1998;10(2):176-81. https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176
23. Samani S, Jokar B. Barrasi etebar va ravaie form kootah meghyase afsordegi, ezterab va feshar ravani [The validity and reliability evaluation of short-form depression anxiety and stress]. Social and Human Journal of Shiraz University. 2007;26(3):65–76. [Persian]
24. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? Personality and Individual Differences. 1994;17(6):791–802. doi: 10.1016/0191-8869(94)90048-5
25. Buhr K, Dugas MJ. The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: an experimental manipulation. Behav Res Ther. 2009;47(3):215–223. doi: 10.1016/j.brat.2008.12.004
26. Mahmud Aliloo Ma, Shahjooee T, Hashemi Z. Comparison of intolerance of uncertainty, negative problem orientation, cognitive avoidance, positive beliefs about worries in patient whit generalized anxiety disorder and control group. Journal of Modern Psychological Researches. 2011;5(20):169–87. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4189_613ae85d19161627c1b72d4c85bcf26f.pdf?lang=en
27. Viskovich S, Pakenham KI. Randomized controlled trial of a web-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) program to promote mental health in university students. J Clin Psychol. 2020;76(6):929–51. doi: 10.1002/jclp.22848
28. Coto-Lesmes R, Fernández-Rodríguez C, González-Fernández S. Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression, A systematic review. Journal of Affective Disorders. 2020;263:107–20. doi: 10.1016/j.jad.2019.11.154
29. Beck AT, Rush AJ. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
30. Fayazbakhsh E, Mansouri A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on intolerance of uncertainty, experiential avoidance, and symptoms of generalized anxiety disorder in individuals with Type II diabetes. International Archives of Health Sciences. 2019;6(1):30–5. doi: 10.4103/iahs.iahs_52_18

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-09-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.222.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.211]