Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2023, Volume 21, Issue 3

The Effectiveness of Combined Acceptance and Commitment and Cognitive-Behavioral Therapy (ACT-CBT) on Attitude Change and Self-Esteem

Abdol Karim Ghaneay [1], Massoud Shahbazi[2], Amin Koraei [3]

1. PhD student in Counseling, Counseling Department, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
2. (Corresponding author) * Assistant Professor, Counseling Department, Masjid Sulaiman Branch, Islamic Azad University, Masjid Sulaiman, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.

Abstract

Aim and Background: The purpose of the present study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment and cognitive-behavioral therapy (ACT-CBT) on changing attitudes and self-esteem.

Materials and Methods: The current research was a semi-experimental type with a pre-test and post-test design and a control and follow-up group. The statistical population of this research included all self-identified addicts of Dezful addiction treatment centers. First, a Dezful addiction treatment center was selected. Then, a sample of 30 people was selected using the available sampling method and they were randomly replaced in two experimental and control groups. The experimental group was subjected to combined acceptance and commitment and cognitive-behavioral therapy during 10 sessions. The control group did not receive any treatment during this period. To collect data, the attitude towards addiction and theoretical drugs questionnaire (1378) and the Rosenberg self-esteem scale (1965) were completed by the participants in the pre-test, post-test and follow-up stages. To analyze the data in this research, univariate covariance analysis was used in SPSS-20 software. The significance level of all tests was considered less than 0.05.

Findings: Combined acceptance and commitment and cognitive-behavioral therapy had a significant effect on changing the attitude and self-esteem of self-reported addicts in the experimental group compared to the control group. The results showed that this treatment is an effective strategy for changing the attitude and self-esteem of self-identified addicts and it can be used as an effective treatment method.

Conclusion: The results of the present study indicated that teaching creativity and learning strategies promotes optimism and adaptive performance in procrastinating female students.

Keywords: Integrative Cognitive Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment, Attitude Change, Self-Esteem.

Citation: Ghaneay AK, Shahbazi S, Amin Koraei A. **The Effectiveness of Combined Acceptance and Commitment and Cognitive-Behavioral Therapy (ACT-CBT) on Attitude Change and Self-Esteem**. Res Behav Sci 2023; 21(3): 463-474.

*** Massoud Shahbazi,**
Email: masoudshahbazi66@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.463]

اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی–رفتاری (ACT-CBT) بر تغییر نگـرش و عزت‌نفس

عبدالکریم قانعی[۱]، مسعود شهبازی[۲]، امین کرایی[۳]

۱- دانشجوی دکترای مشاوره، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه مشاوره، واحد مسجدسلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجدسلیمان، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

چکیده

مقدمه و هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی–رفتاری (ACT-CBT) بر تغییر نگرش و عـزت‌نفس بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه گواه و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه معتادان خودمعرف مراکز ترک اعتیاد دزفول بود. ابتدا یک مرکز ترک اعتیاد دزفول انتخاب شد. سپس نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با روش نمونـه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش، طی ۱۰ جلسه، تحت درمـان تلفیقـی پـذیرش و تعهـد و شناختی–رفتاری قرار گرفت. گروه گواه، در این مدت، هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیـاد و مـواد مخدر نظری (۱۳۷۸) و مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (۱۹۶۵)، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، توسط شرکت‌کنندگان، تکمیل گردیـد. جهـت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در این تحقیق، از تحلیل کوواریانس تک متغیره، در نرم‌افزار SPSS-20، استفاده شد. سطح معناداری تمام آزمون‌ها نیـز کمتـر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی– رفتاری اثر معناداری بر تغییر نگرش و عزت‌نفس معتادان خود معرف در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه داشت

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که این درمان راهبردی مؤثر بر تغییر نگرش و عزت‌نفس معتادان خـودمعرف می‌باشـد و می‌تـوان از آن، بـه‌عنوان روش درمانی مؤثر بهره برد.

واژگان کلیدی: درمان تلفیقی شناختی–رفتاری و پذیرش و تعهد، تغییر نگرش، عزت‌نفس

ارجاع: قانعی عبدالکریم، شهبازی مسعود، کرایی امین. **اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی–رفتاری (ACT-CBT) بر تغییـر نگـرش و عزت‌نفس.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۲؛ ۲۱(۳): ۴۶۳-۴۷۴.

* **مسعود شهبازی،**

رایانامه: com masoudshahbazi66@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.463]

مقدمه

از منظر روان‌شناسی، اهمال‌کاری به معنی اعتیاد به معنای پاسخ فیزیولوژیک بدن به مصرف مداوم مواد اعتیادآور است، به‌طوری‌که تکرار مصرف، نشاط آنی و آرامش موقت را برای فرد در پی دارد و با ایجاد اختلال در کنترل سیستم رفتار–پاداش، موجب افزایش جست‌وجوی فرد برای یافتن مواد و ایجاد وابستگی شدید نسبت به آن می‌شود (۱). افراد وابسته به مواد ازلحاظ روانی و جسمی وابستگی زیادی به مواد مصرفی خود پیدا می‌کنند، به‌گونه‌ای که به‌مرورزمان مقدار مصرف خود را افزایش می‌دهند (۲). مصرف مواد از مهم‌ترین معضلات سلامت در سال‌های اخیر در سطح جهانی و یک پدیده مزمن و عودکننده است. ویژگی هر یک از انواع اختلالات سوءمصرف مواد، مجموعه‌ای از علائم روان‌شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که مصرف‌کنندگان مواد باوجود مشکلات قابل‌توجه مرتبط با سوءمصرف مواد، هنوز به مصرف آن ادامه می‌دهند. سوءمصرف کنندگان مواد از نرخ بالای بیماری‌های پزشکی ازجمله مشکلات قلبی عروقی، درد قفسه سینه، اچ‌آی‌وی، ویروس هپاتیت س، عفونت باکتریایی و همچنین اختلالات روان‌شناختی ازجمله افسردگی، اضطراب، شخصیت ضداجتماعی، استرس پس از سانحه، قمار و اختلال سلوک، رنج می‌برند (۳). با توجه به وجود مشکلات گسترده ناشی از مصرف مواد، پژوهش‌های گوناگونی درزمینه سبب‌شناسی، پیشگیری و درمان مصرف مواد صورت گرفته و نشان داده‌اند که اعتیاد پدیده‌ای چندعاملی است و عوامل مختلف اجتماعی، فرهنگی، ژنتیکی و روانی در این زمینه دخیل است، اما علی‌رغم تلاش‌های روزافزونی که در راستای پیش‌گیری و درمان سوءمصرف مواد صورت می‌گیرد، همچنان شاهد آمار فزاینده‌ای از سوی سازمان بهداشت جهانی و انجمن روان‌پزشکی آمریکا درزمینه عود، شیوع مصرف مواد و مشکلات وابسته به آن هستیم (۴). دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل متحد، اخیراً در گزارشی اعلام کرده است که ایران دارای بیشترین افراد وابسته به مواد نسبت به جمعیت، در بین کشورهای جهان است. در تأیید این ادعا سازمان بهزیستی کشور نیز اعلام نمود که رشد مصرف مواد در کشور سالانه حدود ۸٪ است. درحالی‌که جمعیت کشور، سالانه حدود ۲/۶٪ رشد می‌کند؛ بنابراین تعداد افراد وابسته به مواد، سالانه بیش از ۳ برابر جمعیت رشد می‌نماید (۵).

مصرف مواد تحت تأثیر نگرشی است که افراد به مواد دارند. شکل‌گیری نگرش مثبت یا منفی ناشی از ترکیب دانش، اطلاعات، باورها و عواطف نوجوانان، درباره مواد از یک‌سو و میزان ارزشمندی است که برای آن قائل هستند (۶). نگرش به مواد دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری بوده و شامل باورهای هنجاری درباره شیوع مصرف مواد و پذیرش آن، برداشت فرد درباره سازگار بودن مصرف مواد با سبک زندگی، باورهای فرد درباره نتایج منفی مصرف مواد مخدر، الزام و مقید بودن به عدم استفاده از مواد مخدر، نگرش منفی به اعتیاد و معتاد، برخورد فعال با مسئله اعتیاد و اجتناب از مواد مخدر می‌باشد (۶). همچنین نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غلط شناختی، عامل مهمی در عدم موفقیت درمان و بازگشت هستند که باید در اولویت‌های پژوهشی و درمانی قرار گیرند و فنون شناختی-رفتاری می‌تواند در مقابله با وسوسه و افزایش خویشتن‌داری و تغییر نگرش مفید باشند (۷). آموزش مهارت‌ها، تغییر معناداری در تمایل نوجوانان به مصرف مواد و عوامل خطرساز فردی مصرف مواد (از قبیل خود پنداره، مهارت‌های خودکنترلی، مهارت‌های اجتماعی، کانون کنترل و نگرش نسبت به مصرف مواد)، ایجاد کرده است (۸).

یکی دیگر از عوامل مؤثر در گرایش به مصرف مواد، عزت‌نفس پائین است. عزت‌نفس میزان اعتبار، تائید، پذیرش و ارزشی است که فرد برای خود قائل می‌شود. احساس خود ارزشمندی و عزت‌نفس، یک نیاز اساسی است که آرامش روانی و رضایت از زندگی به‌شدت آن وابسته است (۹). عزت‌نفس از عوامل اصلی تعیین‌کننده در شکل‌دهی الگوهای رفتاری و عاطفی به شمار رفته و گویای نگرش فرد به خود و دنیای بیرونی است. افرادی که احساس خوبی در مورد خوددارند، به‌آسانی تعارض‌ها را پشت سر گذاشته، در مقابل فشارهای منفی ایستادگی می‌کنند و به‌خوبی می‌توانند از زندگی لذت ببرند (۱۰). عزت‌نفس پایین تعادل و پویایی انسان را برهم زده، بازدهی، کارآمدی، یادگیری و خلاقیت انسان را به طریقی منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد و همراه با وحشت است. برعکس عزت‌نفس بالا با راهبردهای مقابله‌ای مثبت و سازنده و انگیزش بالا و حالات عاطفی مثبت، رابطه دارد (۱۱).

تاکنون شیوه‌های متعدد درمانی بر روی افراد وابسته به مواد، صورت گرفته و هر یک از این شیوه‌ها تا حدودی اثرگذار بوده و عدم بازگشت مجدد به سوءمصرف مواد را به همراه داشته است. یکی از امیدوارکننده‌ترین درمان‌ها برای معتادان، CBT یا

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.463]

درمان‌های شناختی- رفتاری است. CBT به‌ویژه در جلوگیری از عود و بازگشت به مواد مخدر مثمر ثمر بوده است (۱۲). انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۳)، درمان شناختی-رفتاری را از مؤلفه‌های اساسی هر نوع برنامه درمانی اعتیاد در نظر می‌گیرد.

در نظریه‌های شناختی، فرایندهای شناختی عامل اصلی نگهداری رفتار محسوب می‌شوند. یکی از فرض‌های اساسی شناخت درمانی این است که افراد برحسب ادراکاتی که از امور و رویدادها دارند به آن‌ها واکنش نشان می‌دهند. دیگر اینکه شناخت‌های نادرست ممکن است منجر به اختلالات هیجانی در افراد شوند. ازاین‌رو هدف عمده شناخت درمانی ایجاد تغییر و اصلاح در فرایندهای شناختی افراد است. بنابراین تغییرات مطلوب در رفتار مراجعان از راه تغییر الگوهای فکری، باورها و نگرش‌هایشان به دست می‌آید (۱۳). فنون شناختی، عقاید مرتبط با دارو و افکار خودآیندی را که در ایجاد تمایلات و هوس‌ها نقش دارند، موردتوجه قرار می‌دهد، درحالی‌که فنون رفتاری بر اعمالی تمرکز دارند که ازلحاظ علّی با فرایندهای شناختی تعامل دارند. فنون رفتاری به بیمار کمک می‌کنند تا درستی عقاید مرتبط با دارو را که مصرف را تحریک و تهییج می‌کنند، بیازماید. این فنون، همچنین برای آموزش مهارت‌ها (نظیر ابراز وجود و آرام‌سازی) به بیماران به‌منظور مواجهه با موقعیت‌های پرخطر، امیال و هوس‌ها به کار می‌روند. مکانیسم فرضی برای تغییر درمانی، هماهنگ ساختن نظام اعتقادی فرد به‌صورت نزدیک‌تری با واقعیت است. درمانگر و بیمار نیاز دارند که با یکدیگر همکاری کنند تا نظام کنترل‌های بیمار بهبود یابد (مثلاً، با تمرین به تأخیر انداختن ارضاء) و فنون مقابله‌ای (مانند پیش‌بینی و حل مسئله) را یاد بگیرد (۱۴). فراگیری این فنون به بیماران کمک می‌کند که در کوتاه‌مدت توجه خود را از افکار برانگیزاننده دور سازند و در درازمدت نیز با این افکار به چالش برخیزند. همچنین یادگیری این فنون می‌تواند تعداد دفعه‌های لغزش را کاهش دهد و با افزایش خویشتن‌داری از عود جلوگیری به عمل آورد (۱۵). این مداخله‌ها در قیاس با رویکردهای دیگر درمانی با اجرای ساده، محدوده زمانی کوتاه‌تر و برنامه‌های نظام‌دار شناختی و رفتاری همراه‌اند (۱۶). در مطالعات پور شهباز و همکاران (۱۷)، عسگری (۱۸)، رحمتی (۱۹)، بوتوین و گریفین (۲۰) و قهاری (۲۱)، نشان داده شد که درمان شناختی_رفتاری بر نگرش معتادان نسبت به مواد مخدر مؤثر می‌باشد.

از دیگر برنامه‌های کاربردی اعتیاد، می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. در این درمان تلاش می‌شود به‌جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نه تمرکز صرف بر بازسازی‌های شناختی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند. این شش فرایند عبارت‌اند از پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه ارزش ها و عمل متعهد. در این درمان ابتدا سعی می شود، پذیرش روانی فرد درمورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یافته و متقابلاً اعمال کنترل ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم، به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی)، به‌نحوی‌که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. مرحله چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. مرحله پنجم، کمک به فرد تا این‌که ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). درنهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (۲۲). در بررسی هیز و همکاران (۲۳)، تأثیر این روش درمانی بر سوءمصرف و وابستگی به مواد، مشخص‌شده است. امیریان و همکاران (۲۴)، هم اثربخشی این درمان را بر افراد معتاد نشان دادند.

نکته حائز اهمیت که اکنون لازم است به آن توجه شود، استفاده از درمان تلفیقی شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد در مطالعه حاضر، به‌جای استفاده جداگانه از این درمان‌ها است. مبنای استفاده از درمان تلفیقی شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد در این مطالعه، علیرغم تفاوت‌هایی که بین این دو رویکرد درمانی وجود دارد، بنیان‌های نظری و هدف نهایی مطرح برای این دو درمان است. این امر از بعد نظری برای این دو درمان قابل انجام است (۲۵). مطابق با بررسی دقیق و مستند منین و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.463]

همکاران، درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اهداف نهایی تغییر توجه، تفکر و رفتار را با استفاده از فنون درمانی متفاوت دنبال می‌کنند. برای نمونه، در درمان شناختی-رفتاری از فنونی مانند ترسیم نحوه بروز مشکل و حفظ آن، شناسایی افکار خودکار منفی و پاسخ‌های هیجانی مربوط به این افکار و برخی فنون یادگیری مربوط به الگوهای فکری و در درمان پذیرش و تعهد از فنون ساختاریافته‌تری نسبت به درمان شناختی-رفتاری، مانند فنون ذهن آگاهی برای افزایش توان تمرکز فرد بر زمان حال (بدون داوری و یا پذیرش بیشتر) استفاده می‌شود (۲۶).

فرض بنیادین رویکرد شناختی- رفتاری این است که شناخت بر احساس و رفتار تأثیرگذار است و بیش از خود رویدادها، افراد به بازنمایی شناختی خود از رویدادها، پاسخ می‌دهند (۲۷). در درمان پذیرش و تعهد، نیز به افراد کمک می‌شود تا به شکلی متعهدانه و ذهن آگاهانه از افکار خودآگاه شوند و بروز و ظهور این افکار را نه به‌عنوان حقیقت، بلکه به‌عنوان چیزی که زاییده ذهن است، تلقی کنند. به معنای دیگر افکار را، فقط به‌عنوان افکار و نه حقیقت غیرقابل تغییر پذیرفته و با آن مواجه شود (۲۸). تلفیق فنون بازسازی، تعدیل و اصلاح برخی شناخت‌ها و رفتار (درمان شناختی- رفتاری)، همراه با ارتقاء سطح توان مواجهه تجربه‌ای، انعطاف‌پذیری و پذیرش مبتنی بر ارزش‌های نوین (درمان پذیرش و تعهد)، برای افزایش پوشش مشکلات افراد وابسته به مواد، امری ضروری است که در تلفیق دو درمان، حاصل می‌شود. در این پژوهش، به اثربخشی درمان تلفیقی شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد بر تغییر نگرش و عزت‌نفس معتادان خودمعرف پرداخته شد

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از حیث هدف کاربردی و ازنظر نحوه جمع‌آوری اطلاعات، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه گواه و پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتیاد دزفول بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از افراد معتاد بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و بعد از انجام مرحله پیش‌آزمون، بر اساس نمرات کسب‌شده، به دو گروه همگن (آزمایش ۱۵ نفر و گواه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. ملاک‌های ورود شامل تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش، مذکر بودن، عدم ابتلا به اختلال روان‌شناختی و روان‌پزشکی حاد یا مزمن، عدم شرکت در دوره درمانی موازی، در طول انجام پژوهش و ملاک‌های خروج نیز شامل عدم همکاری، عدم انجام تکالیف ارائه‌شده در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه، بود. برای اجرای پژوهش، دو گروه آزمایش و گواه، در مرحله پیش‌آزمون به پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد و مواد مخدر مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ، پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش بر اساس پروتکل درمان تلفیقی شناختی- رفتاری و پذیرش و تعهد، تحت آموزش قرار گرفت. گروه گواه در این مدت، هیچ‌گونه درمانی دریافت ننمود. پس از پایان جلسات درمان، دو گروه آزمایش و گواه، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری (دو ماه بعد)، مجدداً به پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد و مواد مخدر و مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ، پاسخ دادند.

پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد و مواد مخدر

پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد و مواد مخدر، توسط نظری (۲۹) ساخته‌شده است و به‌صورت لیکرتی نمره‌گذاری می‌شود. در مورد ماده‌های مساعد یا نگرش مثبت به اعتیاد، به هر یک از پاسخ‌های کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم، به ترتیب نمره‌های ۴،۳،۲،۱ و ۵ داده می‌شود و در مورد ماده‌های نامساعد یا نگرش‌های منفی به اعتیاد، نمره‌گذاری به ترتیب معکوس انجام می‌شود؛ بنابراین دامنه نمرات فرد در این پرسشنامه بین ۳۲ تا ۱۶۰ در نوسان خواهد بود و کسب نمره بالاتر نشان‌گر نگرش مساعد و مطلوب نسبت به اعتیاد و مصرف مواد مخدر است. اعتبار صوری و محتوایی و همچنین پایایی فرم موازی و همسانی درونی این مقیاس گزارش‌شده است. علاوه بر آن، میزان همسانی درونی این آزمون، توسط ضریب آلفای کرونباخ ۸۹/ محاسبه شد که ازنظر معیارهای روان‌سنجی مورد تائید می‌باشد.

پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ

پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ (۳۰) مشتمل بر ۱۰ ماده است که بر اساس مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت پاسخ داده می‌شود. ضرایب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در نوبت اول ۰/۸۷ برای مردان و ۰/۸۶ برای زنان و در نوبت دوم، ۰/۸۸ برای مردان و ۰/۸۷ برای زنان محاسبه‌شده است. همبستگی آزمون مجدد در دامنه ۰/۸۸ – ۰/۸۲ و ضریب همسانی درونی یا آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۸ – ۰/۷۷ قرار دارد (۳۰). این مقیاس از روایی داخلی رضایت‌بخشی (۰/۷۷) برخوردار است. محمدی (۳۱)، شاخص‌های روان‌سنجی این ابزار را در جامعه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.463]

ایرانی بررسی کرده و اعتبار این مقیاس را از طریق روش آلفای کرونباخ، بازآزمایی و دونیمه کردن، به ترتیب ۶۹/، ۷۸/ و ۶۸/. گزارش کرده است.

برای اجرای پژوهش، ابتدا یک مرکز ترک اعتیاد دزفول انتخاب شد. سپس نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند.. در ادامه، جلسه‌ای جهت تبیین اهداف پژوهش و جلب مشارکت و اخذ رضایت آگاهانه، برای شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکیل شد. سپس، دو گروه آزمایش و گواه، در مرحله پیش‌آزمون به پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد و مواد مخدر و مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ، پاسخ دادند. در ادامه، گروه آزمایش بر اساس پروتکل درمان تلفیقی شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد، طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (یک جلسه در هفته)، توسط درمانگر مجرب (دارای ۱۰ سال سابقه آموزش و درمان)، تحت آموزش قرار گرفتند. گروه گواه در این مدت، هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمان، دو گروه آزمایش و گواه، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری (دو ماه بعد)، مجدداً به پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد و مواد مخدر و مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (۳۰)، پاسخ دادند و درنهایت پژوهشگر اقدام به جمع‌آوری آن‌ها نمود.

به‌منظور طراحی بسته تلفیقی دو رویکرد درمانی (شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد)، همه چارچوب‌های نظری این دو رویکرد بررسی و درنهایت بر اساس چارچوب نظری و تحقیقات انجام‌شده قبلی، بسته آموزشی تدوین شد. این پروتکل، طی ۱۰ جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه‌ای (یک جلسه در هفته)، توسط درمانگر مجرب (دارای ۱۰ سال سابقه آموزش و درمان) اجرا گردید. خلاصه جلسات درمانی در جدول زیر ارائه‌شده است.

خلاصه جلسات درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری

جلسه اول. آگاه‌سازی شرکت‌کنندگان (توجیه شرکت-کنندگان در مورد اعتیاد و پیامدهای آن، ارائه اطلاعات درباره ساختار درمان و ایجاد توافق در این مورد، ضرورت آموزش روانی، فراگیری مهارت‌ها، درمانگر خویش شدن، تأکید درمانگر بر نقش تکالیف خانگی و جلوگیری از عود) و اجرای پیش‌آزمون.

جلسه دوم. گسلش، افکار ناکارآمد خود را یادداشت کنید، آن‌ها را با خود حمل کنید (استعاره اتوبوس)، مشاهده افکار و احساسات، یکسان نبودن افکار و واقعیات، تشکر از ذهن به خاطر افکار و به چالش کشیدن افکار (درماندگی خلاق)، تمایز گذاشتن بین توصیف و ارزیابی، تمرین ذهن‌آگاهی.

جلسه سوم. استفاده از بازسازی شناختی در چارچوب مدل تلفیقی پذیرش و تعهد وشناختی-رفتاری: الف-رویداد فعال‌ساز ب-افکار باورپذیر (افکار مشکل‌ساز، خطاهای شناختی) پ-نتیجه باورداشتن به افکار ت-تمرینات گسلش ث-راه‌های جدید مؤثر بودن، آموزش رابطه بین افکار، احساسات و رفتار.

جلسه چهارم. پذیرش بنیادین با استفاده از گفتگوی سقراطی:۱- هنگامی‌که احساس بدی دارید، اطرافیان می‌گویند چه‌کاری انجام می‌دهید؟ ۲- با چه چیزی در حال مبارزه بوده-اید؟ ۳- چگونه سعی کردید بر آن غلبه کنید؟ ۴- چقدر این تلاش در کوتاه‌مدت یا بلندمدت مفید بوده‌اند؟(استعاره مردی در گودال) ۵ -به خاطر این مبارزه از چه چیزهایی دست برداشته-اید؟ ۶-چرا به‌سختی تلاش می‌کنید احساس و فکرتان را تغییر دهید؟(استعاره ببر) ۷-چرا تغییر افکار و احساسات خیلی سخت است؟(استعاره کیک شکلاتی) ۸- اگر تلاش برای تغییر افکار و احساسات مؤثر نباشد، چه‌کار دیگری می‌توانید انجام دهید؟(استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا).

جلسه پنجم. ۱-کاهش چسبیدن به خود مفهوم‌سازی‌شده (دیدن جنبه‌های منفی بازی عزت‌نفس) ۲- ایجاد آگاهی از خود به‌عنوان چشم‌انداز: الف. استعاره صفحه شطرنج ب. تمرین کشف خود ۳- تماس با خود مفهوم‌سازی‌شده از طریق خود مشاهده‌گر.

جلسه ششم. شناسایی هیجان‌ها (کاربرگ)، ابراز مؤثر هیجان‌ها (تخیله هیجانی به‌صورت نوشتاری)، شناسایی نقاط داغ (کاربرگ)، به روایتی دیگر تجسم‌کردن.

جلسه هفتم. ۱- تشویق تنفس عمیق، آرام‌سازی عضلانی پیش‌رونده ۲-آموزش راهبردهای مدیریت و مقابله با هیجان: الف. تمرین راهبردهای شناختی ب.راهبردهای جسمانی (ورزش) پ.استفاده از راهبردهای فیزیولوژیکی (درمان دارویی) ت.ترغیب فعالیت (شرکت در امور فوق‌برنامه) ث. جستجوی حمایت اجتماعی برای داشتن حس خوب.

جلسه هشتم. فعال‌سازی رفتار، هدف نهایی مدل تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری، ارزش‌ها، تصریح و شناسایی ارزش‌ها (کاربرگ ارزش‌ها)، استعاره گدا دم در استعاره درختکاری.

جلسه نهم. ارائه آموزش مهارت اجتماعی، یادگیری داشتن احساسات ناخوشایند درعین‌حال عملکرد خوب، تمرین توقف:

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.463]

ایست، تمرین قدم برداشتن به عقب، مشاهده، توصیف و تقویت رفتار مؤثر مراجعان.

جلسه دهم. تمایز بین ارزش‌ها و هدف، ارزش‌ها قابل توجیه نیستند، ارزش‌ها باوجود تجارب تلخ یا شکست اهمیت خود را از دست نمی‌دهند، اقدام متعهدانه طولانی‌مدت اغلب مستلزم تحمل پریشانی بیمش از حد و تمایل مواجهه با موانع است (کاربرگ ارزش‌ها به‌سوی عمل).

روش‌های آماری

در این مطالعه از میانگین، انحراف معیار، کوواریانس تک متغیره برای تجزیه‌وتحلیل داده استفاده شد. همچنین داده با نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی ارائه شدند:

جدول ۲. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات نگرش معتادان در دو گروه کنترل و آزمایش

گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مطالعه پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۱۵	۷۳/۵۳	۱۸/۰۲	۴۸/۶۰	۹/۴۰	۵۱/۸۶	۱۲/۷۶
کنترل	۱۵	۷۵/۳۳	۱۹/۱۵	۷۶/۷۳	۱۵/۷۳	۷۳/۳۳	۱۶/۷۷

همان‌طور که نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات نگرش معتادان در پیش‌آزمون [گروه آزمایش (۷۳/۵۳) و گروه کنترل (۷۵/۳۳)] تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود، اما بین میانگین نمرات نگرش در پس‌آزمون [گروه آزمایش (۴۸/۶۰) و پس‌آزمون (۷۶/۷۳)] تفاوت آشکاری مشاهده می‌شود. علاوه بر این مقایسه میانگین گروه‌ها در مطالعه پیگیری، نشان از این است که این تفاوت میان مرحله پیش‌آزمون و پیگیری در طول زمان نیز ادامه داشته است.

جدول ۳. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات عزت‌نفس معتادان در دو گروه کنترل و آزمایش

گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مطالعه پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۱۵	۴/۸۰	۲/۷۳	۸/۶۰	۱/۸۰	۷/۲۰	۲/۵۱
کنترل	۱۵	۴/۷۳	۳/۴۹	۴/۳۳	۳/۱۰	۴/۵۳	۳/۳۵

همان‌طور که نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات عزت‌نفس معتادان خودمعرف در پیش‌آزمون [گروه آزمایش (۴/۸۰) و گروه کنترل (۴/۷۳)] تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود، اما بین میانگین نمرات عزت‌نفس در پس‌آزمون [گروه آزمایش (۸/۶۰) و گروه کنترل (۴/۳۳)] تفاوت آشکاری مشاهده می‌شود. علاوه بر این مقایسه میانگین گروه‌ها در مطالعه پیگیری، نشان از این است که این تفاوت میان مرحله پیش‌آزمون و پیگیری در طول زمان نیز ادامه داشته است.

جدول ٤. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره روی نمرات نگرش معتادان در دو گروه کنترل و آزمایش

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معناداری	Eta2	توان آزمون
همگونی شیب رگرسیونی	۳۳۰/۱۶۶	۲	۱۶۵/۰۸۳	۱/۴۷۴	۰/۲۵۳	۰/۱۲۸	۰/۲۷۷
اثر پیش‌آزمون	۱۵۷۵/۲۴۴	۱	۱۵۷۵/۲۴۴	۱۳/۵۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۳۵	۰/۹۴۴
بین گروهی	۵۶۱۹/۶۱۰	۱	۵۶۱۹/۶۱۰	۴۸/۴۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴۲	۱/۰۰۰
خطا	۳۱۲۹/۲۹۰	۲۷	۱۱۵/۹۰۰				
کل	۱۰۶۴۰/۶۶۷	۲۹					

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.463]

چنانکه در جدول (۴) ملاحظه می‌شود، بین میانگین نمرات نگرش معتادان در پس‌آزمون [گروه آزمایش (۴۸/۶۰) و گروه کنترل (۷۶/۷۳)] تفاوت معناداری وجود دارد که این تفاوت به نفع گروه آزمایش در کاهش نمره نگرش معتادان، بعد از درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی-رفتاری می‌باشد (مرحله پس‌آزمون F = ۴۸/۴۸ و سطح معنی‌داری p <۰/۰۵).

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره روی نمرات عزت‌نفس معتادان در دو گروه کنترل و آزمایش

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمونF	سطح معناداری	Eta2	توان آزمون
همگونی شیب رگرسیونی	۸/۴۴۳	۲	۴/۲۲۱	۱/۰۳۵	۰/۳۷۳	۰/۰۹۴	۰/۲۰۵
اثر پیش‌آزمون	۵۰/۶۸۶	۱	۵۰/۶۸۶	۱۰/۵۰۷	۰/۰۰۳	۰/۲۸۰	۰/۸۷۸
بین گـروهی	۱۳۴/۶۹۳	۱	۱۳۴/۶۹۳	۲۷/۹۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰۸	۰/۹۹۹
خطا	۱۳۰/۲۴۸	۲۷	۴/۸۲۴				
کل	۳۱۷/۴۶۷	۲۹					

چنانکه در جدول (۵) ملاحظه می‌شود، بین میانگین نمرات عزت‌نفس معتادان در پس‌آزمون [گروه آزمایش (۸/۶۰) و گروه کنترل (۴/۳۳)] تفاوت معناداری وجود دارد که این تفاوت به نفع گروه آزمایش در افزایش نمره عزت‌نفس معتادان، بعد از درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی- رفتاری می‌باشد (مرحله پس‌آزمون F = ۲۷/۹۲۱ و سطح معنی‌داری p <۰/۰۵)

جدول ٦. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره روی نمرات نگرش معتادان دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیگیری

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمونF	سطح معناداری	Eta2	توان آزمون
همگونی شیب رگرسیونی	۱۴/۸۲۴	۲	۷/۴۱۲	۰/۰۷۶	۰/۹۲۷	۰/۰۰۸	۰/۰۶۰
اثر پیش‌آزمون	۳۴۹۸/۵۸۸	۱	۳۴۳۹۸/۵۸۸	۳۴/۶۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶۲	۱/۰۰۰
بین گـروهی	۳۱۰۸/۷۲۰	۱	۳۱۰۸/۷۲۰	۳۰/۸۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳۳	۱/۰۰۰
خطا	۲۷۲۲/۴۷۹	۲۷	۱۰۰/۸۳۳				
کل	۹۶۷۷/۲۰۰	۲۹					

چنانکه در جدول (۶) ملاحظه می‌شود، بین میانگین نمرات نگرش معتادان در مرحله پیگیری [گروه آزمایش (۵۱/۸۶) و گروه کنترل (۷۳/۳۳)] تفاوت معناداری وجود دارد که این تفاوت به نفع گروه آزمایش در کاهش نمرات نگرش معتادان، بعد از درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی- رفتاری می‌باشد. (در مرحله پیگیری F = ۳۰/۸۳ و سطح معنی‌داری p <۰/۰۵).

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره روی نمرات عزت‌نفس معتادان دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیگیری

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمونF	سطح معناداری	Eta2	توان آزمون
همگونی شیب رگرسیونی	۶/۰۱۵	۲	۳/۰۰۷	۰/۵۷۱	۰/۵۷۴	۰/۰۵۴	۰/۱۳۱
اثر پیش‌آزمون	۷۵/۰۳۴	۱	۷۵/۰۳۴	۱۱/۸۴۱	۰/۰۰۲	۰/۳۰۵	۰/۹۱۲
بین گـروهی	۵۱/۹۴۴	۱	۵۱/۹۴۴	۸/۱۹۷	۰/۰۰۸	۰/۲۳۳	۰/۷۸۸
خطا	۱۷۱/۱۰۰	۲۷	۶/۳۳۷				
کل	۲۹۹/۴۶۷	۲۹					

چنانکه در جدول(۷) ملاحظه می‌شود، بین میانگین نمرات عزت‌نفس معتادان، در مرحله پیگیری [گروه آزمایش (۷/۲۰) و گروه کنترل (۴/۵۳)] تفاوت معناداری وجود دارد که این تفاوت به نفع گـروه آزمـایش در افـزایش نمرات عزت‌نفس معتادان ، بعد از درمان تلفیقـی پـذیرش و تعهد و شناختی- رفتاری

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.463]

می‌باشد (در مرحله پیگیری F = ۲۷/۹۲۱ و سطح معنی‌داری p <۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی درمان تلفیقی شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد بر تغییر نگرش و عزت‌نفس در معتادان خودمعرف مراکز ترک اعتیاد دزفول انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که این درمان، بر تغییر نگرش و افزایش عزت‌نفس در معتادان خودمعرف مؤثر بوده است. به عبارتی میزان نگرش مثبت نسبت به مصرف مواد مخدر در گروه آزمایش، نسبت به گروه گواه، کاهش معنادار و میزان عزت‌نفس در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، افزایش معناداری داشته است. نتایج با یافته‌های اسکندری و کرمی (۳۲)، وزیریان و مستشاری (۳۳)، رحمتی (۱۹)، کیخای فرزانه (۳۴) و بهزادی فر و علیزاده موسوی (۳۵) همخوانی دارد.

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده، می‌توان بیان کرد که استفاده از درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری در این مطالعه، امکان بهره‌مندی هم‌زمان از فنون درمانی هر دو درمان، در راستای رفع مشکلات روان‌شناختی افراد وابسته به مواد را فراهم ساخت. این مطالعه، با این منطق نظری اجرا شد که افراد وابسته به مواد، در مقابله با اثرات استعمال مواد، دارای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی لازم نبوده و اسیر افکار و باورهای ناکارآمدی هستند که درمان روان‌شناختی آن‌ها را با مشکل مواجه می‌کند. از چنین منطق و دیدگاهی، ضرورت و نیاز درمانی این افراد، افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (با استفاده از فنون و استعاره‌های درمانی در درمان پذیرش و تعهد) و جایگزینی افکار، نظرات و باورهای ناکارآمد در مورد خود، به‌طور هم‌زمان (از طریق فنون درمان شناختی-رفتاری) است. این منطق، همسو با مطالعات هالیس و همکاران (۳۶) و لاندی و نوردهاس (۳۷)، مبنی بر قابلیت ترکیب درمان شناختی-رفتاری با درمان پذیرش و تعهد، می‌باشد.

یافته‌ها، نشان می‌دهد که درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری، با ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی، شناسایی و اصلاح اعتقادات مرتبط با مواد، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، فنون کنترل میل و تکنیک‌های رفتاری، می‌تواند نگرش معتادان به مواد مخدر را منفی کند؛ یعنی، آن‌ها را نسبت به اثرات مثبت مواد مخدر، بدبین کند که توقع کمتری از مواد مخدر برای ایجاد اثرات خوشایند داشته باشند. تغییر نگرش به مواد مخدر با تأثیری دائمی که بر کاهش افکار اعتیادی دارد، می‌تواند فرد را قادر به مهار درونی تمایلات مصرف مواد نماید. به‌علاوه آموزش راهبردهای مقابله با موقعیت‌های پرخطر، می‌تواند شخص را بر کنترل مصرف روزانه خود توانا کند. اگر افراد قادر به عملی کردن یک پاسخ مقابله‌ای مؤثر در یک موقعیت پرخطر (مانند نشان دادن رفتار جرات‌مند در ارتباط با فشارهای اجتماعی) باشند، احتمالاً عود کاهش می‌یابد. فردی که در موقعیت پرخطر به‌طور موفقیت‌آمیزی عمل می‌کند، احتمال بیشتری برای تجربه احساس تسلط یا ادراک کنترل خواهد داشت. تسلط موفق بر موقعیت مشکل‌زا نیز اغلب با انتظار توانایی مقابله موفق با رویداد چالش‌برانگیز بعدی ارتباط دارد. درواقع، بااحساس خویشتن‌داری یا خودکارآمدی، ادراک کنترل بالا رفته و احتمال عود کاهش می‌یابد. ناتوانی در مقابله مؤثر با وضعیت پراسترس و انتظار مثبت از اثرات مواد، احتمال لغزش اولیه پس از ترک را به‌شدت بالا می‌برد. موقعیت‌های پرخطر احساس خودکنترلی را مورد تهدید قرار داده و زمینه عود را فراهم می‌آورند. این‌ها همیشه منجر به عود نمی‌شوند، زیرا مقابله یا مدیریت موقعیت، تعدیل می‌شود (۳۸).

علاوه بر تبیین ارائه‌شده، می‌توان بیان نمود که عزت‌نفس پدیده‌ای روان‌شناختی است که تأثیر قاطعی بر ابعاد عاطفی و شناختی انسان دارد و کارکرد آن در مقابله با فشارهای زندگی به‌عنوان یک منبع مؤثر و مهم شناخته می‌شود. ازآنجاکه عزت‌نفس، قطعی‌ترین عامل درروند رشد روانی فرد محسوب می‌شود، هراندازه که فرد در کسب عزت‌نفس دچار شکست شود، دستخوش اضطراب، تزلزل روانی، بدگمانی به خود و احساس عدم‌کفایت در زندگی می‌گردد (۳۹)؛ اما زمانی که فرد از عزت‌نفس قوی برخوردار باشد، در مقابل تمایلات گرایش به مصرف مواد ایستادگی می‌کند. به‌ویژه اینکه عزت‌نفس زائیده زندگی اجتماعی و ارزش‌های آن است و در تمامی فعالیت‌های روزانه انسان به‌نوعی جلوه‌گر بوده و به‌این‌ترتیب از مهم‌ترین جنبه‌های شخصیت و تعیین‌کننده ویژگی‌های رفتاری انسان است. پیامدهای عزت‌نفس منفی اغلب چندجانبه است (۴۰). عزت‌نفس اجتماعی قوی، می‌تواند به ارزنده سازی شخصی، ایجاد نگرش‌های مناسب و مفید، عدم آسیب‌پذیری روان‌پزشکی، پیشگیری از مشکلات اجتماعی و پرخطر (ازجمله گرایش به مواد)، منجر شود. ضمن، برخی تحقیقات خاطرنشان ساخته‌اند که اگر عزت‌نفس در افراد افزایش یابد، احساس توانمندی و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.463]

ارزشمندی در فرد احیاء می‌شود و تغییرات مثبتی همچون افزایش تلاش برای پیشرفت و کسب موفقیت، لذت بردن از تعامل و ارتباط با دیگران و دوری از رفتار پرخطر در او پدیدار می‌گردد (۴۱). همچنین برخی تحقیقات به ارتباط بین عزت‌نفس ضعیف با گرایش به سمت مصرف سیگار اشاره‌کرده‌اند (۴۲). لذا برنامه‌هایی که طی آن عزت‌نفس و نگرش نوجوانان و جوانان مدنظر قرار می‌گیرد، تأثیر به سزایی را بر کاهش تقاضای مصرف مواد نشان داده‌اند (۴۳).

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به این موضوع اشاره کرد که شیوع بیماری کرونا و دستورالعمل‌های بهداشتی، باعث ایجاد محدودیت در برگزاری کلاس‌های آموزشی گردید. همچنین، با توجه به این‌که نتایج پژوهش نشان داد که درمان تلفیقی شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد بر کاهش نگرش مثبت نسبت به مصرف مواد و افزایش عزت‌نفس معتادان، تأثیر مطلوبی داشته، پیشنهاد می‌گردد که مدیران مراکز ترک اعتیاد، به برگزاری این دوره اقدام نمایند.

به‌طورکلی، نتایج پژوهش نشان داد که درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری، راهبردی مؤثر درکاهش نگرش مثبت نسبت به مصرف مواد و افزایش عزت‌نفس معتادان می‌باشد و می‌توان از آن، به‌عنوان روش درمانی مؤثر بهره برد.

تعارض منافع

نویسندگان هیچگونه تعارض منافعی را گزارش نکردند.

حمایت مالی

این پژوهش با هزینه‌های شخصی به انجام رسیده است.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش، پس از بررسی در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اهواز، با شناسه اخلاق IR.IAU.AHVAZ.REC.1400.121 مصوب گردید.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول مقاله مجری پژوهش بوده است و نویسنده دوم و سوم مقاله به ترتیب استاد راهنما و استاد مشاوره این تحقیق هستند.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری بنده می‌باشد و در پایان نیز از تمامی عزیزانی که در این پژوهش شرکت داشتند و مرا را در انجام هرچه بهتر این مطالعه یاری نمودند کمال قدردانی راداریم.

References

1. Saxena P, Grella CE, Messina NP. Continuing care and trauma in women offenders' substance use, psychiatric status, and self-efficacy outcomes. Women & criminal justice. 2016;26(2):99-121.
2. Bliuc AM, Doan TN, Best D. Sober social networks: The role of online support groups in recovery from alcohol addiction. Journal of Community & Applied Social Psychology. 2019;29(2):121-32.
3. American Psychiatric Association D, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
4. Spears CA, Hedeker D, Li L, Wu C, Anderson NK, Houchins SC, et al. Mechanisms underlying mindfulness-based addiction treatment versus cognitive behavioral therapy and usual care for smoking cessation. Journal of consulting and clinical psychology. 2017;85(11):1029.
5. Sarami H, Ghorbani M, Minoui M. A review of decades of research on the prevalence of addiction in Iran. Addiction Scientific Research Quarterly. 2012;7(26):29-52. [Persian].
6. Pour Shahbaz A. Structural relations of psychological risk factors and protection of drug use in adolescents: a model for primary prevention and psychological intervention. PhD thesis in clinical psychology. University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare.2004. [Persian].
7. Tajeri B. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the level of temptation, attitude and adaptability of glass addicts. Quarterly Journal of Applied Psychology. 2015;6(1):45-62. [Persian].
8. Mohammad Khani S. Structural model of drug use in adolescents at risk; Evaluation of the effect of life skills training on the factors. Doctoral thesis of clinical psychology. University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare.2006. [Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.463]

9. Tosang M, Maleki H, Ahmadi mehr Z, Hariri M, shoshtari M. Relationship between self-esteem with emotional intelligence and marital satisfaction among women. Word of Science Journal. 2013;7(2):123-30.

10. Furqani T, U, Tabankhet M, Qazi M, Sahibi A, Vahidi S, Derogar K. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral group training and reality therapy on high school students' self-esteem. principles of mental health. 2012;14(2):172-80. [Persian].

11. Kazemini T, Rajabi M. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on improving self-esteem and self-efficacy of students. Psychology Achievements. 2010;3(10):191-206. [Persian].

12. Atashpour H. Cognitive behavioral therapy strategies. Sarab Monthly. 2000;12(3):15-25. [Persian].

13. Saif A. Behavior modification and behavior therapy, theory and methods (1st ed.): Tehran: Aghaz; 1998. [Persian].

14. Godarzi M. In the translation of cognitive therapy for drug addiction (teaching cognitive and practical skills for drug addiction and smoking cessation): Aaron T. Beck, Corey F. Newman, Bruce S. Licking, et al. Tehran: Rahgosha.; 2001. [Persian].

15. Tajeri B, Asadi H, Jamhari F. Investigating the cognitive-behavioral effect on abstinence, temptation, relapse and changing the attitude of glass addicts. Clinical Psychology Studies. 2012;7(2):1-29. [Persian].

16. Kehrzaei F, Danesh E, Azad F. The effectiveness of cognitive behavioral therapy in improving the quality of life of cancer patients. Applied Psychology Quarterly. 2010;5(18):7-23. [Persian].

17. Pour Shahbaz A, Shamloo S, Jazaieri A, Qazi Tabatabaie M. Structural relations of psychological risk factors and protective factors of drug use in teenagers. Scientific-Research Quarterly of Social Welfare. 2005;19(5):73-86. [Persian].

18. Askari A. The effect of psychological role playing (psychodrama) on changing the attitude of male and female students towards addiction. Master thesis. Allameh Tabatabai University2005. [Persian].

19. Rahmati A. The effect of teaching coping skills through group discussion on students' attitudes towards drug abuse. PhD thesis of Allameh Tabatabai University2004. [Persian].

20. Botvin GJ, Griffin KW. School–based program in lowinson substance abuse: a comprehensive textbook: Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2005.

21. Qahari S.. The effectiveness of the cognitive-behavioral approach in the treatment of cannabis abuse. PhD thesis in Clinical Psychology, Tehran University of Medical Sciences2006. [Persian].

22. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior therapy. 2004;35(4):639-65.

23. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: Guilford press New York; 1999.

24. Amirian K, Mami S, Ahmadi V, Mohammadzadeh J. Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) on impulsivity in drug addicts. Nurse and doctor in war. 2017;5(17):36-45. [Persian].

25. Mennin DS, Ellard KK, Fresco DM, Gross JJ. United we stand: Emphasizing commonalities across cognitive-behavioral therapies. Behavior therapy. 2013;44(2):234-48.

26. Harley J. Bridging the gap between cognitive therapy and acceptance and commitment therapy (ACT). Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015;193:131-40.

27. Li J, Jin J, Xi S, Zhu Q, Chen Y, Huang M, et al. Clinical efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic subjective tinnitus. American journal of otolaryngology. 2019;40(2):253-6.

28. 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. Behavior therapy. 2013;44(2):180-98.

29. Nazari A. The role of advertising in changing students' attitudes towards addiction in the 16th district of Tehran. Master thesis of psychology. Tehran: Faculty of Psychology: University of Welfare and Rehabilitation Sciences1999. [Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.463]

30. Rosenberg M. Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and commitment therapy Measures package. 1965;61(52):18.
31. Mohammadi N. A preliminary investigation of the validity and reliability of Rosenberg's self-esteem scale. Iranian Psychologists Quarterly. 2005;1(4):313-20. [Persian].
32. Eskandari H, Karmi A. National conference on identifying the causes and treatment of narcotic drugs.; Zanjan University of Medical Sciences2012. p. 32-42. [Persian].
33. Vazirian M, Mostashari G. A practical guide to the treatment of substance abusers: Tehran: Parshkoh; 2012. [Persian].
34. Kikhai Farzaneh A, Khakpour H, Kikhai Farzaneh M, Khaltabari J. The effect of cognitive-behavioral group therapy on self-esteem and attitude towards drugs in drug addicts. Knowledge Horizon. 2013;4(18):7-23. [Persian].
35. Behzadifar M, Alizadeh Mousavi I. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on self-esteem and people dependent on drugs. in the fourth national conference on counseling and mental health; Qochan2015. [Persian].
36. Hallis L, Cameli L, Dionne F, Knäuper B. Combining Cognitive Therapy with Acceptance and Commitment Therapy for depression: A manualized group therapy. Journal of Psychotherapy Integration. 2016;26(2):186.
37. Lunde L-H, Nordhus IH. Combining acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic pain in older adults. Clinical Case Studies. 2009;8(4):296-308.
38. Turkcapar H, Kose S, Ince A, Myrick H. Beliefs as a predictor of relapse in alcohol-dependent Turkish men. Journal of studies on alcohol. 2005;66(6):848-51.
39. McAuley E, Mihalko SL, Bane SM. Exercise and self-esteem in middle-aged adults: Multidimensional relationships and physical fitness and self-efficacy influences. Journal of behavioral medicine. 1997;20:67-83.
40. Steven G, Hosier W, Miles C. Personality and motivational correlates of alcohol consumption and alcohol-related. Addictive Behaviors. 2011;36(1):87-94.
41. Biavangard I. Methods of increasing self-esteem in children and teenagers. Tehran: Tehran: Publications of the Association of Parents and Teachers; 2003.
42. Guillon M-S, Crocq M-A, Bailey PE. Nicotine dependence and self-esteem in adolescents with mental disorders. Addictive Behaviors. 2007;32(4):758-64.
43. Malekpour M, Qurbani B. The effect of methods of attitude change and self-expression on non-tendency to drug addiction among volunteer addicts. Knowledge and Research Quarterly in Psychology. 2004;19(5):109-25. [Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.463]