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

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

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

Abstract

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

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

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

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

Keywords

Addiction

Self-Control

Self-Regulation

Acceptance and Commitment Treatment

Adolescents

*Corresponding Author

Study Type: Original
Received: 17 Sep 2017
Accepted: 09 Jun 2018

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

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-25]

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

محسن سعیدمنش*: استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران. saeidaeh@sau.ac.ir

میترا پهلوان: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران. mitarpahlavan@gmail.com

واژگان کلیدی

اعتیاد

خویشتنداری

خود تنظیمی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

نوجوانان

چکیده

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

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

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

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

* نویسنده مسئول

نوع مطالعه: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۱۹

نحوه استناد به مقاله: محسن سعیدمنش و میترا پهلوان. بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری و خویشتنداری نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۶؛ ٦ (٤): ۲۲-۱٤

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-25]

مقدمه

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

پدیده‌ی مصرف و سوء مصرف مواد در نوجوانان، یکی از بحرانی‌ترین مسایل پیشروی جوامع امروزی است، پژوهش‌ها حاکی از نگران کننده بودن میزان اعتیاد پذیری در میان نوجوانان است، متغیرهای متعدد بر پدیدآیی، تداوم و درمـان اخـتلال مصرف مواد تاثیر می‌گذارنـد. نتایج پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و خانوادگی با سـوء مصرف مواد مرتبط هسـتند.(۳) یکی از این عوامل روان‌شـناختی، خویشـتنداری است. خویشـتنداری بیانگر توانایی در تعدیل و مهار تکانش‌ها اسـت. افراد خویشـتن‌دار می‌توانند لذت‌ها را به تاخیر اندازند آن‌هـا می‌توانند در زمان گرسـنگی، عصبانیت و هیجان‌زدگی خود را آرام سـازند. نیاز بـه تذکرهای فراوان برای تنظیم رفتارهای خود ندارند.(۴) افرادی که خویشـتن داری کمی دارند، ممکن اسـت برای مبتلا شدن به اختلالات مصرف مواد مستعدتر باشند، بدین معنی که منشاء اختلالات مصرف مواد در برخی افراد را مدت‌ها قبل از شروع مصرف مواد، می‌توان در رفتارهای آنان پیدا کرد.(۵)

یافته‌های فورد و بلومنشتاین(۶) نشان داد که دانشجویانی که خویشتنداری پایینی داشتند در معرض خطر بیشتری برای گزارش مشروب خواری، استفاده ماریجوانا و سواستفاده دارویی قرار داشتند. در همین راستا نتایج پژوهش‌های کاظمی و نیـک منش(۷) نیز حاکی از آن بود که بین خودکنترلی پاییـن و گرایش به مصرف مواد رابطه معنی‌دار مثبت وجود دارد، بر اسـاس این یافته‌ها می‌توان گفت که توجه به این متغیر اساسـی در زمینه کار با نوجوانان وابسـته به مواد امری ضروری و لزوم توجه به آن بیش از پیش احساس می شود.

در همین رابطه یکی از حوزه‌های دیگری که انجام مداخلات موثر به منظور بهبود آن از اهمیت بالایی برخوردار است و بر رشد هیجانی و عاطفی نوجوانان وابسته به مواد مخدر تاثیر گذار می باشد، خودتنظیم‌گری است. خودتنظیم‌گری، به‌عنوان کوشـش‌های روانی در کنترل وضعیت درونی، فرآیندها و کارکرد برای دستیابی به اهداف بالاتر تعریف شده است.(۸) پژوهش‌های زیادی نشـان می‌دهد که سـوءمصرف‌کنندگان در معرض عدم خودتنظیمی قرار دارند. برای مثال چاواریا، استونس، جیسون و فراری(۹) نشان دادند که تغییرات خودتنظیمی و خودکارآمدی به‌صورت معناداری احتمال مصرف را پیش‌بینی می‌کنند، به‌علاوه خودتنظیمی و خودکارآمدی به‌طور گسترده‌ای به یکدیگر همبسته هستند. همچنین بخشانی و حسـین‌بر(۱۰) در پژوهشـی به مطالعه مقایسه‌ای خودتنظیمی در افراد وابسته به مواد و افراد غیر وابسته پرداختند. نتایج نشـان داد که بین دو گـروه در تمامی زیرمقیاس‌هـای خودتنظیمی تفاوت وجود دارد و مهارت‌هـای خود تنظیمی و خود کنترلی در افراد وابسـته پایینتر از افراد غیر وابسـته بود. بر اساس مسـائلی که ذکر شد شناسایی مداخلات موثر در حوزه خویشـتنداری و خودتنظیمی نوجوانان وابسـته به مواد مخدر امری اساسـی اسـت. یکی از رویکردهای درمانی که به‌نظر می‌رسـد موثر باشـد، روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشـد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بخشـی از آنچه امروز موج سـوم درمان شـناختی رفتاری نامیده می‌شود به‌حسـاب می‌آید.(۱۱) این درمان با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن‌آگاهی و راهبرهای پای‌بندی و تغییر، به درمانجویان برای دسـتیابی به زندگی پر نشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند. برخلاف رویکردهای کلاسـیک رفتاردرمانی شناختی، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر کل یا فراوانی افکار و احساسـات آزار دهنده نیست؛ بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. مراد از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضیات موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد می‌باشد. به بیانی دیگر، به افراد یاری می‌رساند تا با وجود افکار، هیجانات و احساسات ناخوشایند، زندگی پاداش بخش تری داشته باشند(۱۲) بر اساس نظریه هایس و همکاران(۱۱) که پژوهش حاضر برمبنای

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-25]

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

به نظر می‌رسد مجموعه این عوامل با بهبود خویشتنداری و خودتنظیمی متناسب باشد در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییری در روش‌های روان‌شناختی سنتی برای تنظیم هیجانی وخود تنظیمی پیشنهاد می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مبتنی بر این پیش‌فرض است که پردازش‌های طبیعی شناختی تحریف شده تجربه هیجانات منفی را تقویت می‌کند، مراجع را در به‌بکارگیری روش‌های رفتاری مشکل‌زا برای اجتناب یا کاهش هیجانات منفی هدایت می‌کند. این الگوهای رفتاری اجتنابی می‌توانند مانع حرکت مراجع به سمت اهداف ارزش‌گذاری شده شوند و مراجع را در شرایط مضری قرار دهند. رویکرد ACT، به‌جای اینکه بر روی تغییر شناخت‌ها یا کاهش سطح هیجانات کار کند، مراجع را به‌طور مستقیم برای تجربه هیجانات مشکل‌زا، از طریق کارکردهای واقعی تقویت زبانی، مفاهیم منفی آن دسته از هیجاناتی که کنار گذاشته شده‌اند، درگیر می‌کند. تمرکز این درمان تسهیل حرکت مراجع به سمت ارزش‌های بیشتر و زندگی کامل در بافتی است که هیجانات مسدود کننده پیشین، دیگر به‌عنوان مانع به‌کار نمی‌روند(۱۳) از تکنیک‌های اثر گذار در این زمینه می‌توان به تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه اشاره کرد. ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌ها، تعیین اهداف و در نهایت تعهد به انجام عمل در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات، باعث می‌شود، تحقق اهداف وکسب شادکامی منجر به کنترل رفتارهای مخاطره آمیز در آن‌ها شود.(۱۴)

فرآیندهای ذهن‌آگاهی مورد استفاده در این درمان موجب جهت‌گیری توجه شده بطوریکه به فرد اجازه می‌دهد تا رویدادهای ذهنی را مشاهده کند. در درمان مبتنی بر پذیرش فرض بر این است. موقعی که فرد با افکارش در هم می‌آمیزد نمی‌تواند قضاوت ذهنی از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد(۱۵) بر این اساس هدف درمان این است که فرد با رویدادهای ذهنی بدون آغشته شدن با آن‌ها برخورد کند و نظاره‌گر آن‌ها باشد.(۱۶)کیانی و همکاران(۱۷) اثربخشی این روش درمانی را بر همبسته‌های سوءمصرف مواد نشان داده‌اند. توجه به اثربخشی این مداخله درحیطه‌های روان‌شناختی افراد دارای اختلال مصرف مواد مانند بهبود مهارت تنظیم شناختی هیجان، کاهش درد مزمن، خودبیمارانگاری و کاهش رفتارهای خطرناک(۱۴) از یک سو و توجه به فلسفه‌ی درمانی حاکم بر این مداخله که بر خودتنظیمی تاکید می‌کند از سوی دیگر و از آنجا که تاکنون پژوهشی این مساله را مستقیما مورد بررسی قرار نداده است پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سئوال است: آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری و خویشتنداری نوجوانان نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد موثر است؟

روش

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

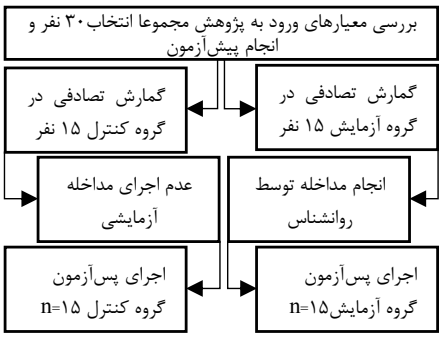
wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-25]

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

ابزار پژوهش

مقیاس درجه‌بندی خویشتنداری (پرسشنامه خودکنترلی تانجی): این پرسشنامه توسط تانجی و همکاران در سال ۲۰۰۴ تدوین شد که شامل دو خرده مقیاس ۱-خودکنترلی منع کننده یا باز دارنده. ۲-خودکنترلی اولیه می‌باشد. این پرسشنامه دارای دو فرم سی وشش سوالی و سیزده سوالی می‌باشد و هدف آن سنجش میزان کنترل افراد برخودشان

نمودار(۱) Consort



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

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

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

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-25]

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

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

یافته‌ها

همانگونه که در جدول شماره دو مشاهده می‌شود اعضای گروه کنترل را ۷۳/۳٪ پسران و۲۶/۶٪ دختران و اعضای گروه آزمایش را۸۰٪ پسران و ۲۰٪ دختران تشکیل داده است.

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

جهت ورود به بخش تحلیل داده‌ها، ابتدا پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک کوواریانس کنترل شد. برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که این پیش‌فرض بر قرار بود.(P>۰/۰۵) برای تعیین برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که این شرط برای پس‌آزمون متغیر خویشتنداری تایید نگردید،(P<۰/۰۵) اما این فرض برای بقیه متغیرها برقرار است.(P>۰/۰۵) لازم به‌ذکر است که با توجه به فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها به دو گروه می‌توان نقص این شرط تحلیل کوواریانس را نادیده گرفت و به نتایج به‌دست آمده اعتماد کرد، بنابراین امکان استفاده از تحلیل کوواریانس میسر بود که نتایج آن گزارش می‌شود. جدول شماره چهار نتایج حاصل از تحلیل مانکوا بر روی میانگین‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون را نشان می‌دهد. همانطور که نتایج نشان می‌دهد مقدار F معنی دار بوده است.(P<۰/۰۵)

همانطور که جدول شماره پنج نشان می‌دهد، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودتنظیم‌گری و خویشتنداری نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد موثر بوده است. شدت این اثر۰/۵۴ است که نشان از تاثیر بسیار بالا دارد. تحلیل هریک ازمتغیرهای وابسته به تنهایی با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-25]

جدول(۳) میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل

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

جدول(٤) نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره(مانکوا) برای خود تنظیم‌گری و خویشتن‌داری

نام آزمون	مقدار	Df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری	مجذور اتا
آزمون اثر پیلایی	۰/۵۴	۲	۲	۱۶/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۵۴
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۵	۲	۲۷	۱۶/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۵۴
آزمون اثر هتلینگ	۱/۱۸	۲	۲۷	۱۶/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۵۴
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱/۱۸	۲	۲۷	۱۶/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۵۴

جدول(۵) نتایج تحلیل واریانس تک متغیره جهت بررسی تاثیر روش درمانی بر خود تنظیم‌گری و خویشتن‌داری

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضرایب اتا	توان آزمون
خودتنظیم‌گری	پیش‌آزمون	۲۵۸۲/۴۰	۱	۲۵۸۲/۴۰	۶۹/۰۱	۰/۰۰۰	۰/۷۱	۱
	گروه	۴۴۴/۲۰	۱	۴۴۴/۲۰	۱۱/۸۷	۰/۰۰۲	۰/۳۰	۰/۹۱
خویشتن‌داری	پیش‌آزمون	۹۴/۸۱	۱	۹۴/۸۱	۰/۱۸	۰/۶۶	۰/۰۰۷	۰/۰۷
	گروه	۱۰۷۰۳/۹۸	۱	۱۰۷۰۳/۹۸	۲۱/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۴۳	۰/۹۹

برای بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد نشان داد که مقدار F بین دو گروه آزمایش و گواه با ثابت نگه داشتن اثر پیش‌آزمون برابر ۱۱/۸۷ و سطح معناداری آن ۰/۰۰۲ و ضریب اتای آن برابر ۰/۳۰ می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش خودتنظیم‌گری شده است. تحلیل متغیر وابسته خویشتنداری، به تنهایی و با استفاده از تحلیل واریانس تک متغیره نشان داد مقدار F بین دو گروه آزمایش و گواه با ثابت نگه داشتن اثر پیش‌آزمون برابر ۲۱/۰۷ و سطح معناداری آن ۰/۰۰۰ است. با توجه به اینکه ضریب اتای به‌دست آمده ۰/۴۳ می‌باشد، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر خویشتن داری نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد تاثیر گذاشته و باعث افزایش آن شده است.

جدول(۲) اطلاعات دموگرافیک

گروه	متغیر		فراوانی	درصد
آزمایش	سن	۱۱ تا ۱۴ سال	۲	٪ ۱۳/۳
		۱۴ تا ۱۷ سال	۶	٪ ۴۰
		۱۷ تا ۲۰ سال	۷	٪ ۴۶/۶
کنترل		۱۱ تا ۱۴ سال	۱	٪ ۶/۶
		۱۴ تا ۱۷ سال	۵	٪ ۳۳/۳
		۱۷ تا ۲۰ سال	۹	٪ ۶۰
آزمایش	میزان درآمد والدین	زیر ۱ میلیون	۶	٪ ۴۰
		۱ تا ۲ میلیون	۴	٪ ۲۶/۶
		۲ تا ۳ میلیون	۳	٪ ۲۰
		۳ میلیون و بیشتر	۲	٪ ۱۳/۳
کنترل		زیر ۱ میلیون	۷	٪ ۴۶/۶
		۱ تا ۲ میلیون	۴	٪ ۲۶/۶
		۲ تا ۳ میلیون	۴	٪ ۲۶/۶
		۳ میلیون و بیشتر	۰	٪ ۰
آزمایش	جنسیت	دختر	۳	٪ ۲۰
		پسر	۱۲	٪ ۸۰
		مجموع	۱۵	٪ ۱۰۰
کنترل		دختر	۴	٪ ۲۶/۶
		پسر	۱۱	٪ ۷۳/۳
		مجموع	۱۵	٪ ۱۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

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

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

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-25]

به‌عنوان یکی از مکانیسم‌های عمل بر اساس نظریه هایس و همکاران(۱۱) قابل بحث است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مفهوم درهم‌آمیختگی یا گسلش شناختی، میزان تاثیری است که یک فکر (مثلا میل به مصرف) روی رفتار دارد. رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار بین درهم‌آمیختگی یا گسلش شناختی قرار می‌گیرند و وقتی فرد با افکارش در هم می‌آمیزد نمی‌تواند قضاوت ذهنی خودش از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد. (۲۳) با این هدف مراجع می‌آموزد که با این رویدادهای ذهنی بدون آغشته شدن با آن‌ها برخورد کند و نظاره‌گر آن‌ها نباشد.(۱۶) دراین صورت فرد از این تجربیات در جهت تنظیم رفتارها، احساسات و هیجانات خود در جهت ارزش‌های مثبت استفاده می‌کند. همچنین در خصوص اثربخشی این مداخله بر بهبود مهارت‌های خویشتنداری نوجوانان، پژوهشی که مستقیما به بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خویشتنداری پرداخته باشد، وجود نداشت اما نتایج پژوهش کیانی و همکاران(۱۷) اثر بخشی روش درمانی را بر همبسته‌های سوءمصرف مواد نشان دادند. در تبیین اثربخشی این مداخله بر بهبود خویشتنداری نوجوانان و همسویی آن با پژوهش محمدی و همکاران(۱۸) می‌توان گفت که دو تکنیک، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه در این زمینه اثرگذار می‌باشد. ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف و تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات، باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی، رفتارهای مخاطره‌آمیز در آن‌ها نیز کنترل شود.بدین لحاظ خویشتنداری در آنان افزایش می‌یابد. اصطلاح خویشتنداری به موقعیت‌هایی اختصاص دارد که در آن موقعیت افراد به رفتارهایی مشغول می‌شوند که بر پاسخ‌های بسیار نیرومند (مانند یک تمایل رفتاری، انگیزش، هیجان) فائق آیند. به بیان مک کولا(۲۰۰۹) نقل از محمدی(۱۴) هنگام اعمال خویشتنداری، افراد تمایلات خویش را به گونه‌ای تغییر می‌دهند که مستلزم متوقف نمودن هدفی برای رسیدن به هدفی با سودمندی طولانی مدت‌تری باشد. بامیستر(۲۴) معیارهایی چون آرمان‌ها، ارزش‌ها، اخلاقیات و انتظارات اجتماعی یا اهداف بلند مدت‌تر را از جمله این اهداف می‌داند. بنابر این هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یعنی تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه به آن. در این فرایند ارزش‌های فرد را به او نشان می‌دهد، یعنی به فرد کمک می‌کند تا ارزش‌های زندگی خود را بشناسد و جهت دستیابی به این اهداف به او یاری می‌رساند. بدین لحاظ موثر واقع می‌شود. از سوی دیگر هر چند پژوهشگران عرصه خویشتنداری، به صراحت در زمینه نقش انگیزش‌ها در عملکرد خویشتنداری سخن به میان نیاورده‌اند، اما به‌نظر می‌رسد اساسا صرف درک فاصله وضعیت موجود و وضعیت مطلوب توسط فرد، منجر به ترک عمل نمی‌گردد بلکه در این میان باید انگیزشی برای فرد باشد تا برای تنظیم فاصله مذکور تلاش نماید.(۲۵)

مولفه تمایل و پذیرش نیز این امکان را برای فرد فراهم می‌آورد تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها بپذیرد. انجام این کار باعث می‌شود تجربیات ناخوشایند کمتر تهدید کننده به‌نظر برسد و تاثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشد.(۱۵) این مهارت به فرد کمک می‌کند تا بتواند با آگاهی توجه خود را به آنچه که مفیدتر است معطوف کند، لذا فرد را یاری می‌دهد که افکار وسوسه برانگیز را از ذهن عبور دهد و در جهت هدفی والاتر ذهن خویش را هدایت کند. همچنین تمرین فرونشانی فکر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به درمانجویان کمک می‌کند تا با نشخوار فکری یا شناخت‌واره‌های مزاحم دست و پنجه نرم کنند. در زمینه اعتیاد نشخوارهای فکری باعث می‌شود که افراد در جهت فکر خویش گام بردارند لذا مقابله کردن با نشخوارهای فکری در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش خویشتنداری در افراد می‌شود.

محدودیت‌ها: استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. ممکن است بازخورد یا نظرات و خودگزارشی افراد در مورد خود که از این آزمون‌ها به‌دست می‌آید با آن چیزی که واقعا در عمل و رفتار فرد می‌توانیم مشاهده کنیم، متفاوت باشد.

پیشنهادات: بنابر آنچه گفته شد، نیاز است تا در پژوهش‌های آتی علاوه بر ابزار خودگزارش‌دهی از روش‌های دیگر شامل مصاحبه و مشاهده و یا مصاحبه با اطرافیان استفاده شود. با توجه به اینکه نتایج این پژوهش قابل تعمیم به دیگر مقاطع تحصیلی ودیگر گروه‌ها نمی‌باشد. انجام پژوهش درگروه‌های دیگر و مقایسه نتایج آن با این پژوهش پیشنهاد می‌شود.

با توجه به تاثیر خویشتنداری و خودتنظیم‌گری در بروز اعتیاد در

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-25]

نوجوانان پیشـــنهاد می‌شود جلســـات مشاوره مبتنی بر تعهـــد و پذیرش به‌صورت گروهی و فـــردی، برای نوجوانان معتـــاد در مراکز ترک اعتیاد برگزار شـــود تا بتوان با افزایش خویشتنداری و خودتنظیم‌گری در آنان به فرایند ترک اعتیاد آنان کمک شود.

منابع

References:

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

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-25]