

اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد (اکت) بر کیفیت زندگی در مردان معتاد

فاطمه ماه روح^۱

^۱ کارشناس ارشد مشاوره خانواده

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد (اکت) بر کیفیت زندگی در مردان معتاد شهر ری بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل معتادین مرد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان ری بود که تعداد آنها ۷۰ نفر بوده که ۴۰ نفر به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفت. اعضای گروه آزمایش در ۸ جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش شامل: پرسشنامه امید اسنایدر و کیفیت زندگی (SF-۳۶) (۱۹۹۰) بود. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد که با حذف تاثیر متغیر پیش‌آزمون، فرضیه اصلی مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای کیفیت زندگی مردان معتاد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تایید می‌گردد. همانگونه که از نتایج پیداست سطح معناداری حاصل شده برای متغیرهای کیفیت زندگی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۲۵ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۲ متغیر وابسته) کوچکتر می‌باشد. در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان متغیرهای کیفیت زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود داشته است.

واژه‌های کلیدی: معتادین، کیفیت زندگی، درمان پذیرش و تعهد

مقدمه

اعتیاد نیز می‌تواند نوعی بیماری یا آسیب‌دیدگی شمرده شود که عزت نفس فرد را تهدید کرده و آینده فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند، علیرغم تغییر الگوی ذهنی، مردم در سطوح عالی و خاص نسبت به معتادان و مصرف‌کنندگان مواد مخدر، اعتماد چندانی ندارند. آنان حتی حاضر نیستند به فرد معتادی که ترک کرده است در صورت امکان کاری واگذار کنند (کرمی و اعتمادی فرد، ۱۳۹۹). از جمله درمان‌هایی که جهت حل مسائل روانشناختی استفاده می‌شود درمان پذیرش و تعهد می‌باشد. درمان پذیرش و تعهد تنها مداخله‌ی روانی، تجربی است که در آن راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی به همراه تعهد و راهبردهای تغییر رفتار به کار گرفته می‌شود که انعطاف‌پذیری روانشناختی را افزایش دهد (هیز، ۲۰۰۵). اگرچه درمانگران شناخت درمانی با استفاده از تعدادی راهبردهای شناختی رفتاری باعث تغییر در ساختار عملکرد شناخت‌ها می‌گردند اما هدف پذیرش و تعهد درمانی افزایش پذیرش کامل حیطه‌ی وسیعی از تجارب عینی است که شامل آشفتنگی‌ها، افکار، باورها، احساسات و دریافت‌های حسی، بدنی می‌باشد و نهایتاً افراد را به سمت ارتقای کیفیت زندگی‌شان هدایت می‌کند. در این رویکرد بر روی تغییر و اصلاح رابطه فرد با افکارش تمرکز دارد، درمان پذیرش و تعهد به مراجع کمک می‌کند آنچه برای فرد مهم است را بشناسد و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند (هیز، استروسال و ویلسون، ۱۹۹۹). به علاوه در این رویکرد به جای اینکه صرفاً بر نشانه تاکید شود، زمینه‌ای تغییر داده می‌شود که این نشانه مثلاً فکر مزاحم در آن رخ می‌دهد و سپس به مراجع کمک می‌شود مطابق با ارزش‌هایش عمل کند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۸). در واقع تمرکز کمتری بر نشانه و بیشتر بر افزایش کیفیت زندگی تاکید دارد (هیز، لوین، پلامب، پولانگر و پیستورلو، ۲۰۱۹).

بیان مسئله

اعتیاد همچونین (خوگری) حالتی است که در آن شخص به علت روانی یا مصرف مواد شیمیایی، طبیعی دچار ضعف اراده در کنترل تکرار اعمال خود می‌شود. هرچند ضعف اراده، خود بیماری نیست ولی به علت عوارضی که بر دستگاه عصبی مرکزی شخص ایجاد شده به عنوان بیماری فرض می‌شود و این بیماری با ایجاد اختلال در کنترل بر سیستم رفتار، باعث تکرار آن

۱. Hayes

۲. Hayes, Strosahl, & Wilson

۳. Levin, Plumb, Boulanger, & Pistorello

رفتار می‌گردد. بیماری اعتیاد مدارهای عصبی مربوط به نظام، انگیزش و حافظه را در مغز دچار اختلال کرده، و اختلال در این سیستم‌ها در مغز باعث بروز عوارض بیولوژیکی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و روانی می‌گردد به شخصی که درگیر این اختلال عصبی باشد» معتاد «می‌گویند. بررسی اعتیاد به عنوان عارضه‌ای روانی، اجتماعی و اقتصادی از دیدگاه علوم پزشکی، روان‌شناسی و جامعه‌شناسی و همین‌طور از دیدگاه‌های فلسفه، قانون، اخلاق و مذهب صورت می‌گیرد. از سال ۱۹۶۴ میلادی، سازمان بهداشت جهانی استفاده از عبارت وابستگی دارویی یا وابستگی به دارو را به جای اصطلاح اعتیاد توصیه نموده‌است. (رضوی، ۱۳۹۷). یکی از بزرگ‌ترین مشکلات اغلب کشورها در عصر امروز، پدیده سوء مصرف مواد است، که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم، کوتاه‌مدت و بلندمدت، کیفیت زندگی ساکنین آنها را تحت‌الشعاع قرار داده‌است. اعتیاد پاسخ فیزیولوژیک بدن است به مصرف مکرر مواد اعتیادآور، این وابستگی از طرفی باعث تسکین و آرامش موقت و گاهی تحریک و نشاط گذرا برای فرد می‌گردد و از طرف دیگر بعد از اتمام این اثرات سبب جستجوی فرد برای یافتن مجدد ماده و وابستگی مداوم به آن می‌شود. در این حالت فرد هم از لحاظ جسمی و هم از لحاظ روانی به ماده مخدر وابستگی پیدا می‌کند و مجبور است به تدریج مقدار ماده مصرفی را افزایش دهد. و بر اساس گزارش سازمان ملل متحد در سال ۱۹۹۰، ۲۲۰ میلیون نفر مبتلا به سوء مصرف مواد هستند که مصرف روزانه مواد مخدری مانند تریاک، هرویین، کراک، شیشه، حشیش، کوکائین و سایر مواد مخدر را دارند (سادوک و سادوک ۱۹۹۶؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۹۱). در ایران به علت نزدیکی به کشور افغانستان به عنوان بزرگ‌ترین تولیدکننده خشخاش و تریاک جهان، تریاک و سایر مشتقات حاصل از آن بیشترین مصرف را دارند به طوری که ایران بزرگ‌ترین مصرف‌کننده تریاک در جهان محسوب می‌شود (شرق، شکیبی، نیاسری، علیلو، ۱۳۹۰). سوء مصرف مواد با پیامد و عواقب زیادی همراه بوده که به‌طور گسترده بر سلامتی جسمانی، روانی، اجتماعی و زندگی روزمره افراد اثرگذار است. در خصوص کیفیت زندگی معتادان پژوهش‌های متعددی صورت گرفته است. پژوهش‌های انجام شده در ایران و سایر کشورها نشان از پایین بودن کیفیت زندگی معتادان دارد، زیرا در اغلب موارد بر کیفیت زندگی افراد تأثیر منفی می‌گذارد (صابر، موسوی و صالحی، ۱۳۹۷). کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی افراد، وضعیت روانشناختی، روابط اجتماعی، باورهای معنوی و شخصی است و بر اساس تجارب ذهنی افراد ارزیابی می‌شود (رابینسون^۵، ۲۰۰۸). عاملی، ابوالمعالی و میرزایی در تحقیق خود نشان داده‌اند که بین معتادان لحاظ شاخص‌های کیفیت زندگی (به جز خرده مقیاس درد) در سطح پایینی قرار دارند (عاملی، ابوالمعالی و میرزایی، ۱۳۹۸). یکی دیگر از تبعات اعتیاد به مواد مخدر کاهش امید به زندگی می

۴. Sadock, & Sadock

۵. Robinson

باشد. امید سازه‌ای بسیار نزدیک به خوش‌بینی است که اسنایدر^۶ (۲۰۱۰) آن را چنین تعریف کرده است: توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به‌سوی هدف‌های مطلوب به‌رغم موانع موجود و انگیزش برای استفاده از این گذرگاه‌ها. ناامیدی شخص را در برابر عوامل تنش‌زا، بی‌دفاع و گرفتار می‌کند. شخص باگذشت زمان، تمامی امید خود را از دست می‌دهد و افسردگی عمیق را جایگزین آن می‌کند. طرز تفکر وی حالت انعطاف‌ناپذیر همه یا هیچ دارد که مانع حل مساله می‌شود (طاهری، پور، تجربی و سلطانی بهرام، ۱۳۹۸). با توجه به سن پایین اعتیاد و نیز هزینه‌های انسانی و مادی مبارزه با عرضه و توزیع مواد و عوارض جسمی و روانی و صرف وقت هزینه‌های زیاد و درصد کم موفقیت و عدم انگیزه‌ی معتادان برای بهبودی که صرفاً جهت رفع خماری اقدام به دریافت درمان دارویی می‌نمایند می‌توان گفت درمان معتادان نتیجه‌چندان مطلوبی در پی نداشته باشد و همچنین با توجه به بررسی‌های انجام شده به نظر می‌رسد ۲۰٪ تا ۹۰٪ معتادانی که تحت درمان دارویی قرار می‌گیرند، دچار عود می‌شوند) در مراکز بازپروری و کاهش آسیب به درمان‌های روانشناختی جهت تغییر نگرش سوء مصرف کنندگان مواد، بیشتر نیاز داشته باشند، لذا ضرورت توجه به درمان‌های روانشناختی و غیردارویی بیش از پیش در رفتارهای سوء مصرف مواد احساس می‌گردد (کمرزین، زارع، و بروکی میلان، ۱۳۹۸). رفتارهایی مانند سوء مصرف مواد و آسیب عمدی به خود و علایمی مانند نگرانی یا نشخوار فکری ممکن است که همگی راهبردهایی به منظور تغییر شکل یا فراوانی تجارب درونی (افکار، احساسات، حس های بدنی) باشند. به نظر می‌رسد که این تلاش‌های اجتنابی اغلب اثرات متناقضی دارند، به گونه‌ای که هم موضوعات مورد اجتناب (مانند افکار، احساسات یا حس های بدنی) را افزایش می‌دهد و هم ناراحتی روان شناختی بیشتری را به همراه می‌آورد و با کیفیت زندگی تداخل پیدا می‌کند و در یک تحقیق از شرکت کنندگان خواسته شد تا هیجانانگ خود را در زمان دیدن یک فیلم هیجانی بروز ندهند. نتیجه این شد که فعالیت فیزیولوژی آن‌ها افزایش پیدا کرد. چندین مطالعه روابط معنی داری بین اجتناب تجربی و طیف وسیع مشکلات بالینی را نشان داده اند (رومر و اورسیلو^۷، ۲۰۰۵). با این وجود پژوهشی که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و امید به زندگی معتادین به مواد مخدر مورد مطالعه قرار دهد یافت نشد؛ لذا انجام این پژوهش می‌تواند تا حدودی این خلا پژوهشی را پر کند؛ لذا پژوهش حاضر قصد دارد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر کیفیت زندگی معتادین به مواد مخدر مورد مطالعه قرار دهد لذا سوال پژوهش حاضر این است آیا درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی در معتادین شهر ری اثربخش است؟

^۶. Snyder

^۷. Roemer, Orsillo

اهمیت و ضرورت پژوهش

تحقیقات نشان می دهند پیامدهای روانی و جسمانی اعتیاد منجر به کاهش کیفیت زندگی و رضایت از آن در افراد مصرف کننده مواد می شود (بیزاری و همکاران^۸، ۲۰۰۵؛ اسمیت و لارسون^۹، ۲۰۰۳). به علاوه در معتادین همچنین نرخ افسردگی، ناامیدی و اقدام به خودکشی بالا است که سبب تنزل کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد می شود و در صورت انجام مداخلاتی می توان کیفیت زندگی آنها بهبود می یابد (کارو و همکاران، ۲۰۱۰). در هر جامعه، توجه به سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و فرهنگی و فراهم کردن زمینه ی لازم برای تحقق زندگی پویا و سالم، ضامن سلامتی افراد جامعه در سال های آینده به شمار می رود. بنابراین، بررسی کیفیت زندگی افراد و تلاش در راه بهبود و اعتلای آن، منجر به افزایش سلامت جسمی و روانی افراد خواهد شد (خسروی کبیر، موسوی، آقا یوسفی، ۱۳۹۸). کیفیت زندگی در افراد بیمار به حالتی از خوب بودن اطلاق می شود که شامل دو جزء است: توانایی انجام کار روزانه که منعکس کننده ی وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد است؛ و رضایت فرد از کنترل بیماری و عوارض درمان بیماریها و اختلالات مزمن و طولانی مانند اعتیاد، در زندگی مبتلایان بحران ایجاد می کند و می تواند به کاهش کیفیت زندگی آنها در ابعاد مختلف روحی و جسمانی منجر شود. لذا مبتلایان به اعتیاد، نیازهای زیست- شناختی، روانشناختی، اجتماعی و هیجانی دارند که در مقایسه با افراد سالم متفاوت است (عبداللهی، فروزان نیا و زارع، ۱۳۹۵). تحقیق رکتور کوبو و کوهن^{۱۰} (۱۹۹۳) نشان داده اند که سوء مصرف الکل، مواد مخدر و آرام بخش ها با کیفیت زندگی پایین مرتبط است. همچنین یافته های اسمیت و لارسون^{۱۱} (۲۰۱۴) دادند که جنبه های جسمانی و روانی کیفیت زندگی افراد معتاد پایین است. همچنین در معتادین امید به زندگی پایین است. با توجه به روند رو به رشد اعتیاد در جامعه و گرفتاری های ناشی از آن از یک سو و تقاضاهای افراد برای بهبود مشکلات معتادین از سوی دیگر نشان دهنده نیاز مبرم به انجام پژوهش و درمان در این زمینه می باشد تا راهکارهای بهبود زندگی این گروه را مورد بررسی قرار گیرد. از طرف دیگر با توجه به اهمیت و ضرورت بهداشت روانی جامعه و اهمیت کیفیت زندگی و امید به زندگی و پیامدهایی که این دو متغیر می تواند در بر داشته باشد به منظور تحقق جامعه سالم انجام پژوهش در زمینه این گروه ضروری به نظر می رسد؛ لذا ضرورت این پژوهش احساس می شود. از جهت کاربردی پژوهش حاضر به شناخت و ارائه راهکاری برای افزایش امید به زندگی و کیفیت زندگی می پردازد.

۸. Bizzarri et al.

۹. Smith, Larson

۱۰. Rector, Kubo, Cohn

۱۱. Smith, Larson

فرضیه

درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی معتادین شهر ری تاثیر دارد.

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری شامل کلیه مردان معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان ری بود ابتدا از بین مردان معتادین مراجعه کننده به یکی از مراکز ترک اعتیاد که به صورت تصادفی از چهار مرکز شهری انتخاب شد. سپس نمونه تحقیق که شامل ۴۰ نفر از ۷۰ نفری که در پرسشنامه کیفیت زندگی نمره معیار را کسب کرده بودند به صورت در دسترس انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند و پکیج درمانی درمان پذیرش و تعهد در ۸ جلسه هفته ای یک بار در ۹۰ دقیقه ارائه شد.

پکیج درمان پذیرش و تعهد

عنوان جلسات	شرح جلسات
جلسه اول مقدمه و دستور جلسه درمان	برقراری رابطه درمانی - بیان قوانین گروه - آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش
جلسه دوم تغییر رفتار و ذهن آگاهی	ارزشهای بالقوه و مسئله انتخاب - معرفی مفهوم تغییر رفتار - بیان تفاوت افکار، احساسات و عمل تمرین ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
جلسه سوم ارزشها	تعریف پذیرش - شناسایی ارزشها و بحث در مورد آن - پذیرش وقایع شخصی بدون درگیری با آنها ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
جلسه چهارم شفاف سازی ارزش ها و اهداف	شفاف سازی ارزشها - تبیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه - توضیح درباره اجتناب و آگاهی از وقایع ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
جلسه پنجم گسستگی	یکنواخت کردن حرکت - گسستگی از تهدیدهای زبان - آگاهی از دریافتهای حسی مختلف - ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
جلسه ششم عمل متعهدانه	مرور زمان - عمل متعهدانه - ذهن آگاهی و تمرین خود مشاهده گری (توجه به محتوای افکار ولی نچسبیدن به آن) - (ارائه تکلیف
جلسه هفتم رضایت	تعهد و موانع شکلگیری رضایت - ذهن آگاهی در پیاپی روی و ارائه تکلیف
جلسه هشتم ختم جلسات و نتیجه گیری	شفاف سازی ارزشها - نتیجه گیری و خداحافظی

تجزیه و تحلیل داده‌ها

توصیف آماری داده‌ها

در این بخش توصیفی آماری از داده‌ها به عمل آمده، سپس تفاوت احتمالی گروه‌ها در متغیرها در مراحل مختلف سنجش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

▪ کیفیت زندگی

اطلاعات توصیفی مقیاس کیفیت زندگی در جدول ۲ به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی کیفیت زندگی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	عوامل	پیش آزمون	پس آزمون
شاخص آماری			
کیفیت زندگی	گروه آزمایش	۵۰.۷۰	۵۶.۰۰
	میانگین		
جسمانی	انحراف معیار	۷.۷۷	۹.۶۱
	گروه کنترل	۴۸.۴۰	۴۸.۲۰
کیفیت زندگی	میانگین		
	انحراف معیار	۷.۲۶	۹.۴۶
روانی	گروه آزمایش	۵۳.۸۰	۶۴.۶۰
	میانگین		
کیفیت زندگی (کل)	انحراف معیار	۸.۵۲	۱۰.۶۵
	گروه کنترل	۵۳.۰۰	۵۱.۶۰
کیفیت زندگی (کل)	میانگین		
	انحراف معیار	۷.۵۱	۷.۰۲
کیفیت زندگی (کل)	گروه آزمایش	۱۰۴.۵۰	۱۲۰.۶۰
	میانگین		
کیفیت زندگی (کل)	انحراف معیار	۱۲.۹۴	۱۴.۷۰
	گروه کنترل	۱۰۱.۴۰	۹۹.۸۰
کیفیت زندگی (کل)	میانگین		
	انحراف معیار	۹.۹۱	۹.۷۵

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون افزایش نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که اجرای درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش مؤلفه‌های کیفیت زندگی مردان معتاد شده است.

درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی معتادین شهر ری تاثیر دارد.

در جدول زیر آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای آزمون فرضیه ی اول پژوهش آمده است.

جدول ۳ آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه

شاخص آماری	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	sig	ضریب ایتا
تفاوت دو گروه	اثر پیلای	۰.۵۴	۲۰.۸۰	۲.۰۰	۳۵.۰۰	۰.۰۰۱	۰.۵۴
با کنترل اثر	لامبدای ویلکس	۰.۴۶	۲۰.۸۰	۲.۰۰	۳۵.۰۰	۰.۰۰۱	۰.۵۴
پیش آزمون	اثر هتلینگ	۱.۱۹	۲۰.۸۰	۲.۰۰	۳۵.۰۰	۰.۰۰۱	۰.۵۴
	بزرگترین ریشه روی	۱.۱۹	۲۰.۸۰	۲.۰۰	۳۵.۰۰	۰.۰۰۱	۰.۵۴

نتایج جدول ۳ نشان می دهد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی دار برای عامل درمان پذیرش و تعهد «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می دهد که حداقل بین یکی از مولفه های کیفیت زندگی مردان معتادی که با درمان پذیرش و تعهد آموزش دیده اند، با مردان معتاد گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس = ۰/۴۶، $p > ۰/۰۵$).

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری

شاخص آماری	منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معناداری	ضریب ایتا
کیفیت زندگی جسمانی	گروه	۴۵۱.۸۵	۱.۰۰	۴۵۱.۸۵	۵.۳۲	۰.۰۲۳	۰.۱۴
	خطا	۳۰۵۵.۳۰	۳۶.۰۰	۸۴.۸۷			
کیفیت زندگی روانی	گروه	۱۵۴۷.۳۶	۱.۰۰	۱۵۴۷.۳۶	۲۸.۴۶	۰.۰۰۱	۰.۴۴
	خطا	۱۹۵۷.۵۱	۳۶.۰۰	۵۴.۳۸			

نتایج جدول ۴ نشان می دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون، فرضیه اول مبنی بر وجود تفاوت معنادار در کیفیت زندگی جسمانی و کیفیت زندگی روانی مردان معتاد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تایید می گردد. همانگونه که از نتایج جدول ۴ ملاحظه می گردد سطح معناداری حاصل شده برای کیفیت زندگی جسمانی و کیفیت زندگی روانی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۲۵ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۲ متغیر وابسته) کوچکتر می باشد. در نتیجه با توجه به میانگین های حاصل شده می توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان کیفیت زندگی جسمانی و کیفیت زندگی روانی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود داشته است.

بحث و نتیجه گیری

درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی معنادین شهر ری تاثیر دارد.

نتایج نشان می دهد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی دار برای عامل درمان پذیرش و تعهد «متغیرمستقل» وجود دارد. این اثر نشان می دهد که حداقل بین یکی از مولفه های کیفیت زندگی مردان معنادی که با درمان پذیرش و تعهد آموزش دیده اند، با مردان معتاد گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس = ۰/۴۶، $p < ۰/۰۵$). با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون، فرضیه اول مبنی بر وجود تفاوت معنادار در کیفیت زندگی جسمانی و کیفیت زندگی روانی مردان معتاد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تایید می گردد. همانگونه که از نتایج جدول ۴-۹ ملاحظه می گردد سطح معناداری حاصل شده برای کیفیت زندگی جسمانی و کیفیت زندگی روانی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۲۵ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۲ متغیر وابسته) کوچکتر می باشد. در نتیجه با توجه به میانگین های حاصل شده می توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان کیفیت زندگی جسمانی و کیفیت زندگی روانی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود داشته است. در ادامه نتایج فرضیه اول نشان داد درمان پذیرش بر کیفیت زندگی مردان معتاد شهر ری اثربخش است. نتایج این فرضیه همسو با پژوهش های پیشین از جمله اسمالواد، پوتر و رایین (۲۰۱۶)؛ هوا-یانگ و چنگناک (۲۰۱۶)؛ گراهام و همکاران (۲۰۱۴)؛ بریکر و همکاران (۲۰۱۴)؛ سوابین و همکاران (۲۰۱۳)؛ برادران و همکاران (۱۳۹۵)؛ کیانی، قاسمی، پورعباس (۱۳۹۱)؛ پورفرج عمران (۱۳۹۰)؛ جانسن و موریس (۲۰۱۷)؛ صبور و کاکابرابی (۱۳۹۵)؛ کریمی و همکاران (۱۳۹۵)؛ انوری و همکاران (۱۳۹۳)؛ محمدی و همکاران (۱۳۹۴)؛ چراغیان و همکاران (۱۳۹۴)؛ قدم پور، رادمهر و یوسفوند (۱۳۹۵)؛ مرمرچی نیا و ذوقی پایدار (۱۳۹۶)؛ ولوز، مک کرکن و اوبرین (۲۰۱۱)؛ پیترسون (۲۰۰۷)؛ بلکلج و هایس (۲۰۰۶)؛ داهل، ویلسون، نیلسون (۲۰۰۴)؛ دال، ویلسون و نیلسون (۲۰۰۴)؛ برانستتر و همکاران (۲۰۰۴)؛ دهقانی (۱۳۹۵)؛ محمدی و همکاران (۱۳۹۵)؛ چوب فروش زاده (۱۳۹۳)؛ کیانی، قاسمی، پورعباس (۱۳۹۱)؛ ایزدی (۱۳۹۱) و ایفرت و همکاران (۲۰۰۹).

در تبیین این فرضیه می توان نتیجه گرفت که در درمان پذیرش و تعهد افراد معتاد یاد می گیرد تا به جای اجتناب از رویدادهای درونی منفی مانند احساسات، افکار، آنها را به عنوان احساس و فکر خود بپذیرند. بطوریکه افراد معتاد درگیر مشکلاتی هستند که به از نتایج مصرف مواد برای آنها افکار و احساسات منفی ایجاد کرده است که در نتیجه می تواند کیفیت زندگی آنها را تحت تاثیر منفی قرار دهند. در نتایج تحقیق و کارگاه های تشکیل شده در محل های که محقق پیش بینی کرده بود مشاهدات نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بسیار کمک کننده بود بطوریکه مردان معتاد برای پذیرش افکار و احساسات شایع و معمول خود مانند یاس، ناامیدی، خستگی و غیره، کیفیت زندگی این افراد را در برابر شرایط سخت افزایش

داد و به آنها کمک کرد تا افکار برآمده از این شرایط سخت را بپذیرند. با بیان دیگر محقق دریافت اگر افراد معتاد بپذیرند که اعتیاد شرایط زندگی آنان را در هم کوبیده است براحتی قابل درمان هستند چراکه تعدادی افرادی که اعتیاد خود را کتمان نموده و پذیرش لازم را نداشتند در این گروه ها هیچ زندگی را در آینده پیش رو ندیده و بیان کردند که کیفیت زندگی آنان هیچگونه تغییراتی نخواهد داشت.

منابع

- بهراری، فرشاد. (۱۳۸۸). مبانی امید و امید درمانی: راهنمایی امید آفرینی، تهران: انتشارات دانژه.
- پسندیده، یلدا. (۱۳۸۵). بررسی رابطه‌ی سرمایه اقتصادی اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز.
- پورفرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. فصلنامه دانش و تندرستی، ۶(۲)، ۵-۱.
- چراغیان، حدیث، حیدری، ناصر، قدمی، سید امیر، زارعی، بنت الهدی. (۱۳۹۴). عنوان اثربخشی درمان پذیرش تعهد بر افسردگی حین بارداری زنان. سلامت جامعه، ۹(۲)، ۶۴-۵۶.
- چوب فروش زاده، آ. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد، آموزش نوروفیدبک و ترکیب این دو درمان بر افسردگی، اضطراب، درد، خستگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. رساله دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه اصفهان.
- حجتی، حمید، شریف نیا، سید حمید، فغانی، مریم، حجتی، هانیه و سلماسی، الگار. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط بین پذیرش اجتماعی و ارتباط آن با کیفیت زندگی معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان در سال ۱۳۸۸. جله علوم بهداشتی جندی شاپور، ۴(۳)، ۶۴-۵۷.
- خالدیان، محمد، غریبی، حسن، قلی زاده، زلیخا و شاکری، رضا. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی. دو فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۳(۲)، ۲۸۱-۲۶۱.
- خالدیان، محمد، غریبی، حسن، قلی زاده، زلیخا، شاکری، رضا. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی. مشاوره و روان درمانی خانواده، ۳(۹)، ۲۸۰-۲۶۱.
- خسروی کبیر، زهرا، موسوی، ولی الله، آقا یوسفی، علیرضا. (۱۳۸۸). مقایسه هوش هیجانی و سلامت روان در معتادان به مواد مخدر و افراد عادی. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۸(۷۰)، ۱۶-۹.

دهقانی، یوسف. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن دیالیزی. مجله روانشناسی بالینی، ۸(۳)، ۱۰-۱.

دین محمدی، محمدرضا، امینی، کوروش، یزدان خواه فرد، محمدرضا. (۱۳۸۶). بررسی عوامل محیطی و اجتماعی موثر بر گرایش مجدد به مصرف مواد افیونی از دیدگاه معتادان خودمصرف مرکز پذیرش، درمان و پیگیری سازمان بهزیستی زنجان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۱۵(۵۹)، ۹۴-۸۵.

ربانی خوراسگانی، علی، کیانپور، مسعود. (۱۳۸۹). جامعه شناسی احساسات. جامعه شناسی کاربردی، ۳۴(۳۰)، ۶۴-۳۵.

Bailey, T.C., Eng, W., Frisch, M.B., & Snyder, C.R. (۲۰۰۷). Hope and optimism as related to life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, ۲(۳), ۱۶۸-۱۷۵.

Bandura, A. (۱۹۶۹). Social-learning theory of identificatory processes. In D. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research* (pp. ۲۱۳-۲۶۲). Chicago: Rand McNally.

Bandura, A. (۱۹۷۷). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, ۸۴, ۱۹۱-۲۱۵.

Barry, P.P. (۲۰۰۰). An overview of special consideration in the evaluation and management of the geriatric patient. *AM J Gastroenterol*, ۹۵(۱), ۸-۱۰.

Bizzarri, J., Rucci, P., Vallotta, A., Gilrelli, M., Scandolari, A., Zerbetto, E. (۲۰۰۵). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance Use and Misuse*, ۴ (۲), ۱۷۶۵-۱۷۷۶.

Blackledge, J. T. & Hayes, S. (۲۰۰۶). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child and Family Behavior Therapy*, ۲۸ (۱), ۱-۱۸.

Blane, H. T., Leonard, K.E. (۱۹۸۷). Psychological Theories of Drinking and Alcoholism. *Psychiatric Services*, ۳۸(۸), ۸۹۰-۹۰۰.

Bohart, A. C., & Greening, T. (۲۰۰۱). Humanistic psychology and positive psychology. *American Psychologist*, ۵۶, ۸۱-۸۲.

Bohman, M., Sigvardsson, S, Clinger, C.R. (۱۹۸۱). Maternal inheritance of alcohol abuse: Crossfostering analysis of adopted women. *Archives in General Psychiatry*, ۳۸(۹), ۹۶۵-۹۶۹.

Bond, F.W., & Bunce, D. (۲۰۰۳). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Applied Psychology*, ۵۸: ۱۰۵۷-۱۰۶۷.

Bonomi, A., Patric, D., & Bushnell, D. (۲۰۰۰). Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, ۵۳(۳), ۱-۱۲

Bonomi, A., Patric, D., & Bushnell, D. (۲۰۰۰). Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, ۵۳(۳), ۱-۱۲.

Borkovec, T. D. (۲۰۰۲). Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology: Science and Practice*, ۹(۱), ۷۶-۸۰.

Bowling, A. (۲۰۰۱). *Measuring Disease: A Review of Disease Specific Quality of Life Measurement Scales*. ۲nd Edition UK, Open University Press.

Branstetter, A. D., Wilson, K. G., Hilde brand, M. & Mutch, D. (۲۰۰۴). Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT. *Journal of behavior therapy*, ۳۵, ۷۳۲-۷۴۸.

Bricker, J.B., Mull, K.E., Kientz, J.A., Vilardaga, R., Mercer, L.D., Akioka, K.J., Heffner J.L. (۲۰۱۴). Randomized, controlled pilot trial of a smartphone app for smoking cessation using acceptance and commitment therapy. *Drug Alcohol Depend*, ۱۴۳, ۸۷-۹۴.