

بررسی تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، بر کیفیت زندگی همسران معتادین مراکز درمان و ترک اعتیاد شهرستان اصفهان

اکرم میر محمدصادقی^۱، محمدرضا عابدی^۲

چکیده

تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۱۹ - تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۸

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، بر کیفیت زندگی همسران افراد معتاد بود.

روش: جامعه آماری پژوهش شامل کلیه همسران معتادین مراکز درمان و ترک اعتیاد شهرستان اصفهان بود، که ۳۰ نفر از بین آنها به صورت در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. طرح پژوهش پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. ابتدا شرکت‌کنندگان به پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت به عنوان پیش آزمون پاسخ دادند. سپس مداخلات درمانی (رویکرد پذیرش و تعهد، ACT) بر روی گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. بلافاصله پس از اجرای مداخله و یک ماه بعد از آن، شرکت‌کنندگان مجدداً به پرسشنامه کیفیت زندگی پاسخ دادند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که شرکت‌کنندگان گروه آزمایش که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرده بودند، نسبت به شرکت‌کنندگان گروه گواه در پس آزمون کیفیت زندگی (وزیرمقیاس‌های آن) نمره بهتری داشتند. این افزایش نمره در مرحله پیگیری نیز حفظ شده بود. **نتیجه‌گیری:** باتوجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان افراد معتاد تأثیر معنی‌داری دارد. **کلیدواژه‌ها:** مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، همسران، معتاد.

۱. کارشناسی ارشد، رشته مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر.

۲. نویسنده مسئول: استاد تمام گروه مشاوره دانشگاه اصفهان، پست الکترونیک M.r.Abedi@Edu.ui.Ac.ir. (این مقاله، مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی از دانشگاه خمینی شهر است).

مقدمه

اعتیاد یک بیماری است که اثرات روانی شدید در نزدیکان فرد معتاد می‌گذارد که این اثرات از همه بیشتر روی همسر می‌باشد. هیچ همسری مسئول بیماری اعتیاد شوهر خود نیست، اما می‌تواند با رفتارهای به جا و درست خود مشوقی برای بهبودی همسر خود باشد. آموزش‌های مناسب به همسران معتادین می‌تواند سبب شود آنها تصمیمات مناسبی در زندگی هنگام روبه روشن شدن با مشکلات اتخاذ کنند (ابوالقاسمی، فلاحی، بابائی و حجت، ۱۳۹۱). همسران افراد معتاد رنج زیادی به علت فشار بالای مشکلات زندگی متحمل می‌شوند و از مکانیسم‌های سازگاری متنوعی استفاده می‌کنند که تعدادی از این راهکارها غیر تطابقی بوده و احساس ناامیدی را در آینده در این افراد ایجاد می‌کند (دونالد^۱، ۲۰۰۴). مشکلات عمده همسران افراد معتاد یأس و ناامیدی، ترس، احساس گناه، خودکشی، افسردگی و انزوای طلبی می‌باشد (آبراهام و لورا^۲، ۲۰۰۴). اعتیاد به دلیل ماهیت پیچیده‌ای که دارد نه تنها در کلیه ابعاد زندگی، سلامتی افراد را به خطر انداخته بلکه آثار سوء آن به وضوح بر سلامت روانی، جسمانی، اجتماعی، هیجانی، معنوی و شناختی و بطور کلی کیفیت زندگی دیگر افراد خانواده خصوصاً همسران آنها نیز گسترده می‌شود (جوزف^۳ و لیندلی^۴، ۲۰۰۶). کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی افراد، وضعیت روان شناختی، روابط اجتماعی، باورهای معنوی و شخصی است و بر اساس تجارب ذهنی افراد ارزیابی می‌شود (رابینسون^۵، ۲۰۰۸). پژوهشگران عوامل زیادی را مشخص کرده‌اند که می‌تواند با کیفیت زندگی همراه باشد. از جمله این عوامل می‌توان به سبک‌های مقابله با استرس، نداشتن مهارت‌های مؤثر زندگی، ناتوانی در مقابله مؤثر با مشکلات زندگی اشاره کرد (اسمیت^۶، ۲۰۰۷، بلوول^۷، ۲۰۰۳، تیلور، اسمیت، باربور،

1. Donald, c.

2. Abraham, P., & Laura, S.

3. Joseph, S. & Lindly, A. P.

4. Lindly, A. P.

5. Robinson, P. F.

6. Smith, K. P.

7. Blavol, A.

هافمن، اسپرینگ^۱، ۲۰۰۸). مجموعه‌ای از عواطف و احساسات ویرانگر وجود دارند که سلامت روانی، رفتاری و کیفیت زندگی اعضای خانواده را به علت زندگی کردن در کنار فرد معتاد به خطر می‌اندازند. این‌گونه احساسات و رفتارها عبارتند از: اضطراب و تشویش، احساس گناه، خشم، انکار و شرمندگی. اولین و مهمترین ضربه اعتیاد بر رابطه عاطفی او و همسرش می‌باشد و طبعاً به دنبال آن دیگر مشکلات جسمی، رفتاری، ذهنی و شغلی نیز این تأثیر ناخوشایند را بر همسران آنها خواهد گذاشت (فرگوسن، ۲۰۰۹). اعتیاد پدیده‌ای نیست که در روابط با همسر مورد توجه قرار نگیرد یا نادیده گرفته شود. بازتاب اعتیاد در کیفیت رابطه با همسر وجود یا فقدان روابط صمیمی پایدار یا ناپایدار با همسر، می‌تواند آینده یک رابطه زناشویی را رقم زند. اعتیاد می‌تواند صمیمیت بین همسران را مورد تهدید قرار دهد و یا به آن آسیب برساند یا به ورطه زوالی تدریجی بکشانند (موسوی، ۱۳۸۶). از مهمترین پیامدهای اعتیاد در خانواده طلاق است. اعتیاد زن یا شوهر موجب برهم خوردن آرامش و امنیت روانی، زندگی، ایجاد روابط بیمارگونه و عدم سازگاری توأم با اختلافات مکرر و آشکار، عدم پذیرش و احساس مسئولیت چه در بعد اقتصادی و چه در بعد فرزندان و همسر، عدم تربیت صحیح فرزندان، سستی پیوند عاطفی با اعضای خانواده، آزار جسمی و جنسی همسر و فرزندان، و در نهایت طلاق می‌شود (میری آشتیانی، ۱۳۸۵). در سالهای اخیر تأکید بسیاری از پژوهشها بر وضعیت نظام خانواده و روابط مصرف‌کننده مواد مخدر در درون آن است. اکنون محققان به این نتیجه رسیده‌اند که خانواده پایه‌گذار بخش مهمی از سرنوشت اعضای خود می‌باشد و درستی و سلامت روانی افراد به نحوه عملکرد خانواده با اعضای آن ارتباط دارد، لذا آموزش خانواده برای ایجاد محیط سالم و سازنده ضروری به نظر می‌رسد (سموعی، ۱۳۷۹). درمان پذیرش و تعهد، تنها مداخله روانی، تجربی است که در آن راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی به همراه تعهد و راهبردهای تغییر رفتار به کار گرفته می‌شود که

1. Taylor, J.L., Smith, B .M., Barbour, K., Hoffman, B., & Sepring, D.

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش دهد (هایز^۱، 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 حیطه وسیعی از تجارب عینی است که شامل آشفتگی‌ها، افکار، باورها، احساسات و دریافتهای حسی، بدنی می‌باشد و نهایتاً افراد را به سمت ارتقای کیفیت زندگی شان هدایت می‌کند. در این رویکرد بر روی تغییر و اصلاح فرد با افکارش تمرکز می‌گردد (فورمن، هربرت، مویترا^۲، ۲۰۰۹). درمان پذیرش و تعهد^۳ در اصل یک رفتاردرمانی است، موضوع آن عمل است، اما نه هر عملی، بلکه عملی که اولاً ارزش محور باشد. درمان پذیرش و تعهد به مراجع کمک می‌کند آنچه واقعاً برایش مهم است را بشناسد و سپس از او می‌خواهد از این ارزشها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند. ثانیاً، عملی که ذهن آگاهانه باشد. عملی که با هشیاری و حضور کامل انجام می‌شود؛ گشوده بودن نسبت به تجربه و مشارکت کامل در آنچه انجام می‌شود (هیز، استروسال و ویلسون^۴، ۱۹۹۹). در این درمان افکار و احساسات، مهم و مرتبط به رفتار آشکار تلقی می‌شوند، اما همیشه زمینه است، نه افکار و احساسات که هدف‌های درمانی در این رویکرد می‌باشند، یعنی در درمان پذیرش و تعهد به جای اینکه صرفاً بر کاهش نشانه تأکید شود، زمینه‌ای تغییر داده می‌شود که این نشانه، مثلاً فکر مزاحم، در آن رخ می‌دهد و سپس به مراجع کمک می‌شود به گونه‌ای عمل کند که با ارزش‌هایش منطبق تر باشد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). در حقیقت درمان پذیرش و تعهد تمرکز کمتری بر کاهش نشانه دارد و بیشتر متمرکز بر افزایش کیفیت زندگی است (هیز، لوین، پلامب، بولانگر و پیستورلو^۵، ۲۰۱۱). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش و تعهد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه

1. Hayes, S. C.

2. Forman, E. M., Herbert, J., & Moitra, E.

3. Acceptance & Commitment Therapy.

4. Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G.

5. Hayes, S. C., Levin, M., Plumb, J., Boulanger, J., & Pistorello, J.

برای آنها امکان پذیراست، انتخاب کنند، به شیوه‌ای عمل نمایند که با ارزشهای انتخاب شده شان منطبق باشد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق شش فرایند اصلی و زیربنایی ایجاد می‌شود که عبارتند از: پذیرش^۱، گسلش^۲، خود به عنوان زمینه^۳، ارتباط با زمان حال^۴، ارزشها^۵ و عمل متعهد^۶ (هیز و استروسال^۷، ۲۰۱۰). به دنبال بررسی تحقیقات مختلف، رویز^۸ (۲۰۱۲) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد نتایج بهتری را در کاهش افسردگی، بهبود فوری کیفیت زندگی نسبت به درمان شناختی، رفتاری و در کاهش علائم اضطراب با درجه یکسان، مانند درمان شناختی، رفتاری به دنبال دارد، اما انجام تحقیقات بیشتر را در این زمینه لازم می‌داند. باروچ، کانکرو بوش^۹ (۲۰۰۹)، دو شیوه زوج درمانی سیستمی و پذیرش و تعهد را بر روی آشفتگی زناشویی زوج‌های ۲۰ تا ۳۰ ساله مورد مقایسه قرار دادند. نتایج آزمونها نشان داد که رویکرد پذیرش و تعهد تمام متغیرهای ارتباطی را پیش از زوج درمانی بهبود بخشیده بود. ویکسل، آلکویست، برینگ، ملینگ و آلسون^{۱۰} (۲۰۰۸)، ۲۱ بیمار مبتلا به درد را تحت درمان پذیرش و تعهد قرار دادند. پس از درمان، گروه درمان به طور معنی‌داری در ناتوانی ناشی از درد، رضایت از زندگی، ترس از حرکت، افسردگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نمرات بهتری کسب کردند ولی در نمره شدت دردهیچ یک از دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد. چوب فروش زاده (۱۳۹۳)، در پژوهش خود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش نوروفیدبک و ترکیب این دو درمان بر افسردگی و اضطراب، درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس^{۱۱} را مورد بررسی قرارداد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

1. Acceptanc.

2. Cognitive defusio.

3. Self as acontext.

4. Contact with present moment.

5. Values.

6. Committed action.

7. Hayes, S. C., & Strosahl, K.D.

8. Ruiz, F.J

9. Baruch, D. E., Kan Ker, J. T., & Busch, A. M.

10. Wicksell, R. K., Ahlqvist, J., Bring, A., Meling, L., & Olsson, G.L.

11. Multiple sclerosis.

تأثیر داشته است. ایزدی (۱۳۹۱)، تحقیقی تحت عنوان بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی و رفتاری بر علائم و باورهای وسواسی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی مقاوم به درمان انجام داد. نتایج تحقیق نشان داد روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی تأثیرگذار بوده است. انوری (۱۳۹۱)، اثربخشی درمان پذیرش و تعهد گروهی رابر شاخص‌های درد، استرس، اضطراب، افسردگی، فاجعه‌پنداری و رضایتمندی از زندگی در بیماران مرد مبتلا به درد مزمن مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که این رویکرد تأثیر معناداری برگزینه‌های فوق داشته است.

با توجه به مباحث ذکر شده در بالا، پژوهشگر بر آن شد تا به بررسی تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی، روان‌شناختی کیفیت زندگی و وضعیت جسمانی همسران معتادین بپردازد.

روش پژوهش

در این پژوهش، طرح از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه همسران معتادین مراکز درمان و ترک اعتیاد شهرستان اصفهان بوده‌اند. جهت انجام پژوهش از بین مراکز درمان و ترک اعتیاد شهرستان اصفهان، همسران افراد معتاد ۵ مرکز حاضر به همکاری شدند. لذا روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر، نمونه‌گیری در دسترس بود. در ابتدا ۱۹ نفر در گروه آزمایش و ۱۹ نفر در گروه گواه به صورت تصادفی قرار گرفتند. در حین کار در گروه آزمایش تعداد به ۱۵ نفر رسید که به صورت تصادفی ۴ نفر از گروه گواه حذف شدند. با استفاده از ابزار اندازه‌گیری پژوهش، که پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۱ بود، میزان کیفیت زندگی گروه آزمایش و گواه به عنوان پیش‌آزمون مشخص شد. گروه آزمایش

به مدت ۸ جلسه که در هفته یکبار (یک ونیم ساعته)، تحت آموزش رویکرد پذیرش و تعهد قرار گرفتند. ولی گروه گواه مشاوره‌ای دریافت نکرد. آموزش دارای یکسری اهداف بود. در طول جلسات از استعاره‌ها و تمرینات تجربه‌ای و تناقض استفاده شد و در آخر تکلیفی ارائه می‌شد. در پایان جلسات در هر دو گروه آزمایش و گواه، پس از آزمون اجرا گردید و با فاصله یک ماه پس از آن یک آزمون دیگر جهت مرحله پیگیری انجام شد. در زیر خلاصه مداخلات اعمال شده در مورد گروه آزمایش ذکر گردیده است:

جدول ۱: خلاصه مداخلات اعمال شده در گروه آزمایش

جلسه	خلاصه جلسه
اول	آشنایی با اعضا - مطرح کردن مسئله رازداری - صحبت در مورد اهداف و نوع درمان - صحبت در مورد شناسایی ذهن (فکر، احساس، علائم بدنی، میل و خاطرات) - دادن تکلیف - اجرای پیش آزمون.
دوم	مرور واکنش به جلسه قبل - مرور تکلیف - درمان‌نگر به اعضا کمک کرد همه کارهایی که برای کاهش یا اجتناب از رویدادهای درونی و اضطراب انجام می‌دهند را بشناسند و اثربخشی این راهبردها را بسنجند (درماندگی خلاق). برای این کار از استعاره کردن استفاده شد. (افتادن در چاه و تنها چیزی که وجود دارد بیلچه است پس افراد در این موقعیت برای نجات از چاه شروع به کندن می‌کنند و این شبیه این است که افراد برای رویداد درونی خود، افکار، احساسات، علائم جسمی و... انجام می‌دهند، مثلاً کارهایی که برای از بین بردن اضطراب مثل حواس‌پرتی، صحبت با خود، اجتناب از موقعیت‌ها و... انجام می‌دهند ولی روز به روز بیشتر می‌شود. دادن تکلیف در مورد شناسایی کندن‌های خود).
سوم	مرور واکنش به جلسه قبل - مرور تکلیف - با رسیدن اعضا به درماندگی خلاق، معرفی کنترل به عنوان مسئله در این جلسه نیز از استعاره استفاده شد. در مورد دنیای بیرون و درون و قوانین آن توضیح داده شد. استعاره بچه و استعاره پلی‌گراف (دستگاه حساس) نیز گفته شد. منظور از این استعاره‌ها یعنی شیوه‌های کنترلی که برای رویدادهای درونی به کار می‌بریم و این مثال کودکی است که برای بدست آوردن چیزی قشقرق به پا می‌کند و برآورده کردن نیاز او به این روش، باعث یاد گرفتن او به این روش می‌شود، و هر بار با صدای بلندتری. دادن تکلیف: تمام کارهایی که به عنوان کنترل به کار می‌برند شناسایی کنند.
چهارم	مرور واکنش به جلسه قبل - مرور تکلیف - بحث پذیرش / تمایل تجربه‌ای. رنج پاک و رنج ناپاک برای اعضا توضیح داده شد. توضیح در مورد تمایل، جایگزینی برای کنترل، با بیان کردن استعاره دومقیاس بدین منظور که به جای کم کردن درجه رویدادهای درونی یعنی افکار، هیجان، و...، درجه تمایل خود نسبت به آنها را بالا ببرند. - دادن تکلیف تمایل برای جلسه بعد.

جلسه	خلاصه جلسه
پنجم	مرور واکنش به جلسه قبل - بررسی تکالیف اعضا. از تمرینات واستعاره در این جلسه برای نشان دادن اینکه اینها فقط افکار، احساسات، خاطرات، میل و علائم بدنی هستند و نباید به عنوان واقعیت تلقی شوند، که از استعاره صفحه شطرنج استفاده شد، یا گسلش یعنی مراجع خود را به عنوان صفحه‌ای بدانند که فقط وظیفه نگهداشتن رویدادهای درونی را دارد نه جنگیدن با افکار، احساسات و... استعاره اتوبوس نیز به همین منظور بیان شد. مفهوم خودها بیان شد، (جایگزین ساختن خود به عنوان زمینه یا حس متعالی از خود، به جای خود مفهوم‌سازی شده، یعنی مراجع بتواند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه نماید و قادر به جدا کردن خود از واکنش، خاطرات و افکار ناخوشایند شود). بیان تعهد رفتاری (تعهدی که مراجع ۱۰۰ درصد بتواند آن را حفظ کند).
ششم	مرور مطالب جلسه قبل. تکالیف مرور شد. برای ایجاد ذهن آگاهی در زمان حال تمرینی به عنوان خود مشاهده گرانجام شد. برای تمرین بیشتر برای نگاه کردن به افکار و احساسات و همچنین حرکت در جهت ارزش‌ها از استعاره قطار و استعاره گدادم در، استفاده شد این استعاره‌ها به این می‌پردازند که همه افکار، احساسات و خاطراتی که پدیدار می‌شوند و آنها را دوست نداریم مثل گدایی می‌مانند که وارد مهمانی ما می‌شوند اگر حواسمان فقط به او باشد، باعث می‌شود هدف خود یعنی مهمانی را از دست بدهیم یعنی فقط به دنبال بیرون کردن رویداد درونی خود باشیم تا پرداختن به ارزشهای زندگی. تکلیف سنجیدن ارزشها و مشخص کردن ارزشها.
هفتم	ابهامات در مورد جلسه قبل برطرف شد. تکلیف بررسی شد. بعد از شناسایی ارزش‌های اعضا، اهداف و اعمالی که اعضا در راستای این ارزش‌ها سوق دهد تعیین شد. برای سوق دادن اعضا به اعمال متعهدانه استعاره درختکاری بیان شد. استعاره حباب نیز گفته شد. به عنوان تکلیف فرم شرح ارزشها به مراجعان داده شد. و از آنها خواسته شد اهداف کوتاه مدت و بلند مدت خود را بنویسند و موانع را نیز بررسی کنند و از آنها خواسته شد نسبت به آنها متعهد شوند.
هشتم	مرور تمام مطالب و استعاره‌های جلسات قبل توسط مراجعان انجام شد. تکالیف همه اعضا مورد بررسی قرار گرفت. تغییر رفتار اعضا در راستای ارزشها ایجاد، انجام دادن چندین هدف توسط اعضا. اختتام جلسات. در پایان اجرای پس آزمون.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS-۱۷ استفاده شده است. ابتدا با استفاده از روشهای آمار توصیفی که شامل ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنی‌هاست، داده‌ها توصیف شدند. سپس با استفاده از روشهای آمار استنباطی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر داده‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری

اطلاعات، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بود. این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی در سال ۱۹۸۹ انجام شده است. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۷۳/ تا ۸۹/ برای خرده مقیاسهای چهارگانه وکل مقیاس گزارش شده است. این پرسشنامه ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان، رابطه اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد (هریک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال می‌باشد). دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. بنابراین این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد. پس از انجام محاسبه‌های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۴ تا ۲۰، برای هر حیطه به تفکیک بدست خواهد آمد که در آن ۴، نشانه‌ی بدترین و ۲۰ نشانه‌ی بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این پرسشنامه در سال ۱۳۸۵ توسط نجات، منتظری، هلاکویی، نائینی و مجدزاده، ترجمه شده است. مقادیر پایایی با شاخص همبستگی درون خوشه‌ای در حیطه سلامت جسمانی ۷۷/، در حیطه روانی ۷۷/، در حیطه اجتماعی ۷۵/ و در نهایت در حیطه سلامت محیط برابر ۸۴/ بود. پرسشنامه ترجمه شده فارسی کیفیت زندگی در شرایط کشوری دارای روایی و پایایی قابل قبولی می‌باشد. برای اعتبار سنجی این ابزار ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران به صورت تصادفی انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفتند. شرکت کنندگان بر اساس وجود یا عدم وجود بیماری مزمن یا غیر مزمن به ادعای خود، به ۴ گروه تقسیم گردیدند. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه‌ای حاصل از آن مجدد سنجیده شد. روایی پرسشنامه با قابلیت متمایز از این ابزار در گروه‌های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی مورد ارزیابی واقع شد و جهت سنجش عوامل ساختاری پرسشنامه از ماتریس همبستگی سؤالات با حیطه‌ها استفاده شد. نتایج میانگین نسبی شرکت کنندگان ۳۶/۶ و میانگین

سالهای تحصیلی ۱۱/۵ بدست آمد. مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای آلفای کرونباخ / ۵۵ / بود که می‌تواند به علت تعداد سؤال کم در این حیطة با سؤالات حساس آن باشد. از طرفی در ۸۳ / موارد، همبستگی هر سؤال با حیطة اصلی خود از سایر حیطة‌ها بالاتر و امتیازهای گروههای سالم و بیمار در حیطة‌های مختلف اختلاف معنادار داشتند (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). از آنجا که تعداد سؤالات این ابزار کم است استفاده از آن در مطالعات مختلف راحت می‌باشد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). پاسخ به هر سؤال با طیف ۵ درجه‌ای (خیلی کم، کم، نه کم نه زیاد، زیاد و خیلی زیاد) درجه بندی می‌شود. در این پژوهش کیفیت زندگی بصورت کلی، سلامت روان و وضعیت جسمانی همسران معتادین مورد بررسی قرار گرفته و دو بعد روابط اجتماعی و سلامت محیط به دلیل رد شدن و تأیید نشدن مورد بررسی قرار نمی‌گیرد. در این پژوهش ابتدا با استفاده از روشهای آمار توصیفی که شامل ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنی‌هاست، داده‌ها توصیف شدند. سپس با استفاده از روشهای آمار استنباطی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر داده‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری ۱۷-SPSS استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی‌هاست که در جدول ۲ در گروههای آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری درج شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌های کیفیت زندگی، سلامت روان و وضعیت جسمانی در گروه‌های

آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	آزمون	میانگین	انحراف معیار	تعداد نمونه
کیفیت زندگی	آزمایش	پیش آزمون	۷۷/۴۶	۱۳/۲۸	۱۵
		پس آزمون	۹۱/۷۳	۱۰/۶۶	۱۵
		پیگیری	۹۳/۷۳	۱۰/۶۸	۱۵
	گواه	پیش آزمون	۷۳/۸۰	۱۴/۲۴	۱۵
		پس آزمون	۷۰/۱۳	۱۳/۲۵	۱۵
		پیگیری	۶۸/۸۰	۹/۸۲	۱۵
سلامت روان	آزمایش	پیش آزمون	۱۷/۲۶	۴/۳۹	۱۵
		پس آزمون	۲۱/۷۳	۳/۰۸	۱۵
		پیگیری	۲۲/۴۶	۲/۶۱	۱۵
	گواه	پیش آزمون	۱۷/۲۶	۴/۲۸	۱۵
		پس آزمون	۱۶/۰۰	۴/۱۹	۱۵
		پیگیری	۱۵/۷۳	۴/۰۶	۱۵
وضعیت جسمانی	آزمایش	پیش آزمون	۲۲/۹۳	۳/۹۳	۱۵
		پس آزمون	۲۷/۱۳	۳/۱۱	۱۵
		پیگیری	۲۷/۱۳	۳/۲۲	۱۵
	گواه	پیش آزمون	۲۲/۲۰	۴/۴۷	۱۵
		پس آزمون	۲۱/۱۳	۴/۲۲	۱۵
		پیگیری	۲۱/۰۶	۲/۹۶	۱۵

نتایج توصیفی (میانگین‌ها) در جدول ۳ نشان می‌دهد که در مؤلفه‌های کیفیت زندگی، سلامت روان و وضعیت جسمانی در گروه آزمایش، میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تغییر یافته است. در گروه گواه، تغییرات محسوسی مشاهده نمی‌شود.

در متغیر کیفیت زندگی، پیش‌از انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به منظور بررسی برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردید. نتایج نشان داد که در کیفیت زندگی، سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ لذا واریانس‌ها برابر هستند و استفاده از تحلیل واریانس در داده‌های پژوهش بلامانع بوده و پایایی نتایج بدست آمده از آن تأیید می‌گردد. برای بررسی کروی بودن ماتریس واریانس-کوواریانس متغیر وابسته (کیفیت زندگی)، از آزمون کرویت ماکلی استفاده شد. به دلیل معنادار شدن آزمون ماکلی از جدول آزمون‌های اثرات درون‌آزمودنی، اسپیلن‌گرین‌هاوس-گیزرا استفاده شد. نتایج نشان داد که متغیر کیفیت زندگی در اجرای آزمون از لحاظ آماری معنادار می‌باشد ($p < 0/05$). در اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری یکی از برون داده‌ها تحلیل واریانس چندمتغیری است. برای توضیح بیشتری وجود تفاوت بین سه بار اجرا در دو گروه به مقایسه زوجی سه آزمون در دو گروه پرداخته شد که در جدول ۳ آمده است. نتایج نشان می‌دهد، آزمون‌های چهارگانه مربوط به تفاضل متغیرهای پژوهش در کیفیت زندگی در اجرای سه بار آزمون از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. به عبارت دیگر مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بر میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر داشته است ($p < 0/05$). میزان این تأثیرات تفاوت در عامل کیفیت زندگی در اجرای آزمون برابر ۰/۲۷ می‌باشد. توان آماری بالا نمایانگر کفایت حجم نمونه است. همچنین در مقایسه زوجی دو گروه در سه بار آزمون، در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت‌هایی ایجاد شده است. ولی در پیگیری تفاوت نسبت به پس‌آزمون معنادار نمی‌باشد. و در گروه گواه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پیش

آزمون ویپیگیری تفاوت معنادار است. ولی در پیگیری نسبت به پس آزمون تفاوتی وجود ندارد.

جدول ۳: نتایج تحلیل مانوآ مربوط به تأثیر عضویت گروهی و مقایسه زوجی دو گروه در سه بار آزمون کیفیت زندگی

توان	مجذوراتا	Sig	dfخطا	dfفرضیه	F	میزان	اثر
۰/۷۸	۰/۲۷	۰/۰۱	۲۷	۲	۵/۱۷	۰/۲۷	اثر پیلایی
۰/۷۸	۰/۲۷	۰/۰۱	۲۷	۲	۵/۱۷	۰/۷۲	لامبدای ویلکز
۰/۷۸	۰/۲۷	۰/۰۱	۲۷	۲	۵/۱۷	۰/۳۸	اثر هوتلینگ
۰/۷۸	۰/۲۷	۰/۰۱	۲۷	۲	۵/۱۷	۰/۳۸	بزرگترین ریشه روی
معناداری		خطا	تفاوت میانگین		آزمون	آزمون	گروه
۰/۰۰۰	۲/۹۶۶	-۱۴/۲۶۷	پس آزمون		پیش آزمون		مقایسه زوجی دو گروه در سه بار آزمون
۰/۰۰۰	۳/۰۲۰	-۱۶/۲۶۷	پیگیری				
۰/۱۰۷	۱/۱۶۳	-۲/۰۰۰	پیگیری		پس آزمون		
۰/۰۲۶	۱/۴۶۹	۳/۶۶۷	پس آزمون		پیش آزمون		گواه
۰/۰۱۶	۱/۸۳۶	۵/۰۰۰	پیگیری				
۰/۲۰۵	۱/۰۰۳	۱/۳۳۳	پیگیری		پس آزمون		

درمتغیر سلامت روان، پیش از انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به منظور بررسی برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردید. نتایج نشان داد که در بعد سلامت روان، سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ لذا واریانس‌ها برابر هستند و استفاده از تحلیل واریانس در داده‌های پژوهش بلا مانع بوده و پایایی نتایج بدست آمده از آن تأیید می‌گردد. برای بررسی کروی بودن ماتریس واریانس - کوواریانس متغیر وابسته (سلامت روان)، از آزمون کروییت ماکلی استفاده شد. به دلیل معنادار شدن آزمون ماکلی از جدول آزمون‌های اثرات درون آزمودنی، اسپیلن گرین هاوس - گیزرا استفاده شد. نتایج نشان داد که متغیر سلامت روان در اجرای آزمون از لحاظ آماری معنادار می‌باشد ($p < 0/05$).

در اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری یکی از برون داده‌ها تحلیل واریانس چندمتغیری است. برای توضیح بیشتر یعنی وجود تفاوت بین سه بار اجراء در دو گروه به مقایسه زوجی سه آزمون در دو گروه پرداخته شد که در جدول ۴ آمده است. نتایج نشان می‌دهد، آزمونهای چهارگانه مربوط به تفاضل متغیرهای پژوهش در بعد سلامت روان در اجرای سه بار آزمون از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. به عبارت دیگر مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان بر میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون و پیگیری تأثیر داشته است ($p < 0/05$). میزان این تأثیرات تفاوت در عامل سلامت روان در اجرای آزمون برابر ۰/۲۹ می‌باشد. توان آماری بالا نمایانگر کفایت حجم نمونه است. همچنین در مقایسه زوجی دو گروه در سه بار آزمون، در گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون تفاوت‌هایی ایجاد شده است. ولی در پیگیری تفاوت نسبت به پس آزمون معنادار نمی‌باشد. و در گروه گواه بین پیش آزمون و پیگیری تفاوت معنادار است. ولی در پیش آزمون، پس آزمون و پس آزمون، پیگیری تفاوتی وجود ندارد.

جدول ۴- نتایج تحلیل مانوا مربوط به تأثیر عضویت گروهی و مقایسه زوجی دو گروه در سه بار آزمون سلامت روان

اثر	میزان	F	فرضیه df	خطا df	Sig	مجذوراتا	توان
نتایج تحلیل مانوا	اثر پیلایی	۵/۶۷	۲	۲۷	۰/۰۰۹	۰/۲۹	۰/۸۲
	لامبدای ویلکز	۵/۶۷	۲	۲۷	۰/۰۰۹	۰/۲۹	۰/۸۲
	اثر هوثلینگ	۵/۶۷	۲	۲۷	۰/۰۰۹	۰/۲۹	۰/۸۲
	بزرگترین ریشه روی	۵/۶۷	۲	۲۷	۰/۰۰۹	۰/۲۹	۰/۸۲
مقایسه زوجی دو گروه در سه بار آزمون	گروه	آزمون	آزمون	تفاوت میانگین	خطا	معناداری	
	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۴۶۷	۰/۷۸۰	۰/۰۰۰	
		پس آزمون	پیگیری	-۵/۲۰۰	۰/۸۶۸	۰/۰۰۰	
	گواه	پس آزمون	پیگیری	-۰/۷۳۳	۰/۳۹۶	۰/۰۸۵	
		پیش آزمون	پس آزمون	۱/۲۶۷	۰/۵۹۷	۰/۰۵۲	
			پیگیری	۱/۵۳۳	۰/۶۸۹	۰/۰۴۳	
	پس آزمون	پیگیری	۰/۲۶۷	۰/۴۷۳	۰/۵۸۲		

در متغیر وضعیت جسمانی، پیش از انجام تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر به منظور بررسی برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردید. نتایج نشان داد که در بعد وضعیت جسمانی، سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ لذا واریانس‌ها برابر هستند و استفاده از تحلیل واریانس در داده‌های پژوهش بلا مانع بوده و پایایی نتایج بدست آمده از آن تأیید می‌گردد. برای بررسی کروی بودن ماتریس واریانس-کوواریانس متغیر

وابسته (وضعیت جسمانی)، از آزمون کرویت ماکلی استفاده شد. به دلیل معنادار شدن آزمون ماکلی از جدول آزمون‌های اثرات درون آزمودنی، اسپیلن گرین هاوس - گیزر استفاده شد. نتایج نشان داد که متغیر وضعیت جسمانی در اجرای آزمون از لحاظ آماری معنادار می‌باشد ($p < 0/05$).

در اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری یکی از بیرون داده‌ها تحلیل واریانس چندمتغیری است. برای توضیح بیشتری وجود تفاوت بین سه بار اجرا در دو گروه به مقایسه زوجی سه آزمون در دو گروه پرداخته شد که در جدول ۵ آمده است. نتایج نشان می‌دهد، آزمون‌های چهارگانه مربوط به تفاضل متغیرهای پژوهش در بعد وضعیت جسمانی در اجرای سه بار آزمون از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. به عبارت دیگر مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وضعیت جسمانی بر میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون و پیگیری تأثیر داشته است ($p < 0/05$). میزان این تأثیر یا تفاوت در عامل وضعیت جسمانی در اجرای آزمون برابر ۰/۱۹ می‌باشد. همچنین در مقایسه زوجی دو گروه در سه بار آزمون، در گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون تفاوت‌هایی ایجاد شده است. ولی در پیگیری تفاوت نسبت به پس آزمون معنادار نمی‌باشد. و در گروه گواه تفاوت معناداری در سه بار آزمون وجود ندارد.

جدول ۵: نتایج تحلیل مانوا مربوط به تأثیر عضویت گروهی و مقایسه

زوجی دو گروه در سه بار آزمون وضعیت جسمانی

توان	مجذوراتا	Sig	خطا df	فرضیه df	F	میزان	اثر
۰/۵۸	۰/۱۹	۰/۰۵	۲۷	۲	۳/۳۵	۰/۱۹	اثر پیلایی
۰/۵۸	۰/۱۹	۰/۰۵	۲۷	۲	۳/۳۵	۰/۸۰	لامبدای ویلکز
۰/۵۸	۰/۱۹	۰/۰۵	۲۷	۲	۳/۳۵	۰/۲۴	اثر هوتلینگ
۰/۵۸	۰/۱۹	۰/۰۵	۲۷	۲	۳/۳۵	۰/۲۴	بزرگترین ریشه روی

توان	مجدوراتا	Sig	خطا df	فرضیه df	F	میزان	اثر
معناداری	خطا		تفاوت میانگین	آزمون	آزمون	گروه	مقایسه زوجی دو گروه در سه بار آزمون
۰/۰۰۱	۱/۰۱۰	- ۴/۲۰۰		پس آزمون	پیش آزمون	آزمایش	
۰/۰۰۲	۱/۰۷۰	- ۴/۲۰۰		پیگیری	آزمون		
۱/۰۰۰	۰/۴۲۵	۰/۰۰۰		پیگیری	پس آزمون		
۰/۱۱۲	۰/۶۲۸	۱/۰۶۷		پس آزمون	پیش آزمون	گواه	
۰/۱۸۶	۰/۸۱۶	۱/۱۳۳		پیگیری	آزمون		
۰/۹۱۳	۰/۵۹۷	۰/۰۶۷		پیگیری	پس آزمون		

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج، متغیر کیفیت زندگی در اجرای سه بار آزمون از لحاظ آماری معنادار شد. پس می توان نتیجه گرفت که متغیر مستقل پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی همسران معتادین تأثیر داشته است. این یافته با نتایج پژوهش های توهی^۱ (۲۰۰۷)، که تفاوت معناداری بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تن آرامی در متغیر کیفیت زندگی، پس از درمان مشاهده کرد، همخوانی دارد. همچنین رویز (۲۰۱۲)، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نتایج بهتری در بهبود فوری کیفیت زندگی نسبت به CBT به دنبال دارد. ایزدی (۱۳۹۱)، تحت عنوان اثربخشی شیوه های درمانی پذیرش و تعهد بر علایم و باورهای و سواسی بر کیفیت زندگی، انعطاف پذیری روان شناختی، افسردگی و اضطراب بیماران، همخوانی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت، اساس درمان پذیرش و تعهد مدل جدیدی از شناخت آدمی است. این مدل به افراد کمک می کند در دیدگاه خویش نسبت به مشکلات و مسیری که زندگی آن ها در آن جریان دارد تغییر ایجاد کنند. بسیاری از درمان ها به درمانجویان کمک می کنند تا احساس بهتری داشته باشند.

ولی درمان پذیرش و تعهد صراحتاً بر زندگی بهتر تمرکز دارد. صرف نظر از اینکه زندگی بهتر با احساس بهتر همراه باشد یا نباشد. (لوما، هیزو والسر^۱، ۲۰۰۷). یکی از اهداف مداخلات در این پژوهش ایجاد یک زندگی غنی و با معنا در مراجعان بود. هدف کاهش نشانه (افکار، احساسات، خاطرات، علایم بدنی) نبود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق آموزش، فضایی را برای مراجعان ایجاد کرد تا نگرشی مثبت به افکار، احساسات و خاطرات ناراحت کننده‌ای که در زندگی با آن روبه‌رو بوده‌اند، بوجود آورد.

همچنین در پژوهش حاضر، نتایج حاکی از آن است که روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بعد سلامت روان همسران معتادین مؤثر است و از لحاظ آماری معنادار شد. این یافته با نتایج کارسون و همکاران^۲ (۲۰۰۷)، که درمان پذیرش و تعهد و تمرکز ذهنی را بر روی ۴۴ زوج در دو گروه آزمایش و گواه مورد بررسی قرار دادند و نتایج نشان داد که مداخلات سبب غنی‌سازی ارتباطات زوجین و سلامت روانی فردی گردیده بود همخوانی دارد. همچنین این یافته با نتایج رومرو و اورسیلو^۳ (۲۰۰۷)، که در مطالعه‌ای نشان دادند رویکرد مبتنی بر پذیرش، کاهش واضحی در شدت علایم بالینی از جمله اضطراب و افسردگی، ترس و اجتناب از تجارب درونی و همچنین بهبود در کیفیت زندگی مراجعان پس از درمان و در پیگیری سه ماهه نیز تداوم داشت همخوان است. این یافته با پژوهش‌های ویکسل^۴ (۲۰۰۸)، توهی (۲۰۰۷) و ایزدی (۱۳۹۱) نیز همخوانی دارد. ایفرت^۵ و همکاران (۲۰۰۵)، درمان پذیرش و تعهد را در مورد بیماران اضطرابی اجرا کردند. آنها گزارش کردند که تغییرات مثبتی بعد از درمان در کاهش رفتارهای اجتنابی، افزایش کیفیت زندگی، کاهش در اندازه پریشانی و اضطراب ایجاد شد. نتایج با این یافته نیز همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، بر حسب درمان پذیرش و تعهد

1. Luma, J.B., Hayes, S.E. & Walser, R.

2. Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M. & Baucom, D, H.

3. Roemer, L., & Orsillo, S. M.

4. Wicksell, R. K.

5. Eifert, G.H.

آمیختگی یعنی گرایش افراد به زندگی در دنیایی که کاملاً با زبان لفظی ساختار یافته است (ماسودا، هیز، ساکندوتوهی^۱، ۲۰۰۴). وقتی آمیختگی رخ می‌دهد فرد نمی‌تواند دنیایی که به طور کلامی مفهوم‌سازی و ارزشیابی شده را از دنیایی که مستقیماً تجربه می‌شود، متمایز سازد. وقتی مراجعی با محتوای کلامی آمیخته می‌شود، آن محتوا می‌تواند غلبه کاملی بر رفتار او داشته باشد. وقتی آمیختگی با پیام‌های فرهنگی مبنی بر اینکه رویدادهای درونی منفی، مضر و آسیب‌زا هستند ترکیب می‌شود، چرخه بسیار خطرناکی ایجاد می‌شود. هرچه مراجع برای حذف و کنترل رویدادهای درونی سخت‌تر و سخت‌تر تلاش می‌کند بیشتر آمیخته می‌شود (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). یکی از فرایندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شود گسلش‌شناختی است (هیز، لوما، باند، ماسود اولیلیس^۲، ۲۰۰۶). در حقیقت هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آن است که به منظور کاهش تأثیر و اهمیت رویدادهای درونی دشوار، زمینه‌ای که این رویداد در آن رخ می‌دهد را تغییر دهد (هیز، پانکی و گرس^۳، ۲۰۰۲). درمانگر از طریق فرایند گسلش‌شناختی به مراجع می‌آموزد که رویدادهای درونی را همان‌طور که واقعاً هستند ببینند نه آن‌طور که خود آن رویدادها می‌گویند. این در نهایت باعث می‌شود فرایند پذیرش بهتر رخ دهد، چون گسلش از افکار، ارزشیابی، و احساسات، باعث می‌شود کارکرد این رویدادهای درونی به عنوان موانع روان‌شناختی کاهش یابد (هیز و لیلیس^۴، ۲۰۱۲). آنچه مراجعان در طول جلسات بیان می‌کردند حاکی از مواردی از جمله شکست‌ها، تجربه‌های ناموفق، ناامیدی، اضطراب، افسردگی، ناتوان بودن در انجام فعالیت‌های خود، لذت نبردن از زندگی، تمرکز نداشتن در مسائل و امور خود بود. مداخلات پذیرش و تعهد درمانی در جلسات آموزش برای مراجعان این امکان را فراهم آورد تا تجربیات ناخوشایند درونی، افکار، احساسات، خاطرات ناراحت‌کننده را

1. Masuda, A., Hayes, S. C., Sackenth, C. F., & Twohig, M. P.

2. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond F. W., Masuda, A., & Lillis J.

3. Hayes, S. C., Pankey, J., Gress, J.

4. Hayes, S. C., & Lillis, J.

بدون تلاش به منظور کنترل احساس کنند و انجام این کار باعث شد آنها کمتر تهدیدکننده به نظر برسند و تأثیرشان بر روی زندگی فرد کاهش یافت. در تکنیک‌های گسلش شناختی بر روی مواردی چون تفاوت‌ها، تفاسیر و پیش‌بینی‌های مراجعان کار شد و در حقیقت عملکرد پنهان زبان برای مراجعین آشکار شد و به مراجعان آموزش داده شد تا خودشان را از افکار و هیجانات و احساساتشان جدا ببینند. همچنین با توجه به نتایج، مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بروضعیت جسمانی همسران معتادین تأثیر داشت و از لحاظ آماری معنادار شد. این یافته با نتایج قرایی اردکانی و همکاران (۱۳۹۱) همخوانی دارد. آنها اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد درمانی را در شدت تجربه درد در زنان مبتلا به اختلال سردرد مزمن انجام دادند و نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تجربه درد در زنان مبتلا به سردرد مزمن مؤثر بوده است. همچنین با نتایج ویکسل و همکاران (۲۰۰۸) همخوان است. آنها درمان پذیرش و تعهد را روی بیماران مبتلا به درد اجرا و پس از درمان مشاهده کردند که گروه آزمایش به طور معناداری در ناتوانی ناشی از درد، رضایت از زندگی، ترس از حرکت، افسردگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نمرات بهتری نسبت به گروه گواه کسب کردند و در نمره شدت درد در هیچ یک از دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش، ابزار اصلی برای مقابله با افکار، احساسات بدنی، احساسات و خاطرات است (هافمن و آسموندسون^۱، ۲۰۰۸). در حقیقت پذیرش عبارت است از آگاهی از تجارب درونی (افکار، علایم بدنی و...)، و پذیرفتن فعال آنها، بدون اقدامی برای کاهش آنها و بدون اقدام براساس جنبه لفظی آنها. یک موضوع مشترک در بسیاری از مداخلات درمان پذیرش و تعهد این است که «کنترل مسأله است نه راه حل» مراجعان به شیوه‌ای تجربی با اثرات متناقض کنترل در حوزه افکار و احساسات بدنی و... مواجه می‌شوند و تفاوت‌های آشکار بین نتایج ناکارآمد کنترل در

این حوزه‌ها در مقابل فواید زیاد کنترل در حوزه‌های دیگر زندگی به آن‌ها نشان داده می‌شود. همچنان که بر پذیرش تمرکز می‌شود، مراجعان از طریق استعاره‌ها و تمرینات مختلف، تفاوت بین پذیرش و تحمل را یاد می‌گیرند و مهارت‌های پذیرش در زمینه انواع رویدادهای درونی دشوار را تمرین می‌کنند. مراجعان می‌آموزند که می‌توان احساسات شدید را تجربه کرد یا به احساسات بدنی شدید توجه کرد، بدون اینکه آسیبی به آنها وارد شود (هیزو و همکاران، ۲۰۰۲). در جلسات آموزشی تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد، از جمله پذیرش توانستند علایم ناراضایتی را به خوبی هدف قرار دهند. با استفاده از این روش، میزان ناراحتی و آزرده‌گی از جمله بیماری، درد، بی‌خوابی و... مراجعان کاهش داده شد. استفاده از این تکنیک به مراجعان کمک کرد تا افکار، علایم بدنی و احساسات را به همان صورتی که هست بپذیرند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش کوچک بودن نمونه، بصورت گروهی برگزار شدن و در شهر اصفهان بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در شهرستان‌های دیگر، بصورت فردی و در گروه‌های بزرگتر مورد آزمون قرار گیرد تا با اطمینان بالاتری برآورده شود. با توجه به تأثیر این رویکرد بر کیفیت زندگی، سلامت روان و سلامت جسمانی پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی در مراکز درمان و ترک اعتیاد، مراکز مشاوره و مراکز آموزشی جهت کمک به خانواده‌های معتادین و دیگر اقشار جامعه استفاده گردد.

منابع

- ابوالقاسمی، ش، فلاحی، م، بابائی، ط، و حجت، ک. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی آموزش دلگرم‌سازی و مهارت‌های زندگی بر خودکارآمدی همسران معتادین. *مجله دانشگاه علوم پزشکی*. ۱۴ (۵)، ۳۰۰-۲۹۳.
- انوری، م. (۱۳۹۱). *اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر شاخص‌های درد، استرس، اضطراب، افسردگی، فاجعه‌پذیری و رضایتمندی از زندگی در بیماران مرد مبتلابه درد مزمن*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.
- ایزدی، ر. (۱۳۹۱). *بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی رفتاری (CBT) بر علایم و باورهای وسواسی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب*

- بیماران مبتلابه وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان. رساله دکتری، رشته روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.
- ایزدی، ر و عابدی، م. (۱۳۹۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. چاپ اول، تهران: انتشارات جنگل.
- چوب فروش زاده، آ. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش نوروفیدبک و ترکیب این دو درمان برافسردگی، اضطراب، درد، خستگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلابه مولتیپل اسکروزیس. رساله دکتری، رشته روان‌شناسی عمومی، دانشگاه اصفهان.
- سموعی، ر. (۱۳۷۹). مقایسه عملکرد خانواده معنادان خودمعرف و غیر معنادان. مجله دانش و پژوهش، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان. ۸۶-۷۳: ۳.
- قرایی اردکانی، ش، آزاد فلاح، پ و تولایی، ع. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در کاهش شدت درد در زنان مبتلابه اختلال سردرد مزمن. مجله روان‌شناسی بالینی، ۱۳ (۲)، ۱۲۷-۱۱۷.
- موسوی، ا. (۱۳۸۶). مشاوره قبل از ازدواج. تهران: نشر مهر کاویان.
- میری آشتیانی، ر. (۱۳۸۵). جامعه‌شناسی اعتیاد در ایران امروز. نشر مهاجر.
- نجات، س، منتظری، ح، هلاکویی نائینی، ک، مجدزاده، ر. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ترجمه روان‌سنجی‌گونه ایران. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱ (۴)، ۱۷۱-۱۶۴.
- Abraham, P., & Laura, S. (2004). Spousal physical violence against woman During pregnancy. *British Journal of obstetrics and gynaecology*, 111 (7), 682-687.
- Baruch, D. E., Kan Ker, J. T., & Busch, A. M. (2009). Acceptance and therapy: Enhancing the relationships. *Journal of clinical Case studies*. 8 (3), 241-251.
- Blavol, A. (2003). The codman award paper: *Quality of life in stroke Survivors and their spouses*. Predictors and clinical implications for Rehabilitation teams. *Axone* 25, 10(19), 383-391.
- Carson, J. W., Carson, K, M., Gil, K, M. & Baucom, D, H. (2007). Mind fullness and acceptan-based relationship erhancemement. *Journal of Behavior therapy*. 39, 471-494.
- Donald. (2004). *Stress Inculation training for coping with stressors*. The Clinical psychologist, 49 (1), 4-7.
- Eifert, G.H., & Forsyth, J.p. (2005). *Acceptanc and commitment therapy for Anxiety disorders: Apractitioners treatment guide to using mind fullness, Acceptance, and value-guided behavior change strategies Acceptance, and value-guided behavior change strategies*. Okland CA. New Harbinger.
- Ferguson, P. L. (2009). *Lowsself-esteem of the spouse as an impact of Addiction in the family*, Habbard house publishing.
- Forman, E. M., Herbert, J. & Moitra, E. (2009). Arandomized controlled of And commitment therapy & cognitive therapy for anxiety & depression. *Journal of Behavior modification*. 31 (6), 172-799.
- Hayes, S. C. (2005). Acceptance and commitment therapy, relational frame therapy, and the third ware of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665

- Hayes, S. C., Levin, M., Plumb, J., Boulanger, J., & Pistorello, J. (2011). Acceptance commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and Cognitive therapy. *Behavior Therapy*.
- Hayes, S. C., & Lillis, J. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy (Theory and psychotherapy)*. Amer Psychology Assn.
- Hayes, S.C, Luoma, J.B., Bond F.W., Masuda, A., & Lillis J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (12), 1-28
- Hayes, S. C., & Strosahl, K.D. (2010). *Apractical Guide to Acceptance and Commitment therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Pankey, J., Gress, J. (2002). *Acceptance and Commitment Therapy*. In R.A. Di Tomasso & E. A. Gosh (Eds.), *Anxiety disorders, a practitioners guide to comparative treatment* (PP. 110-130). Springer press.
- Hofman, S. & Asmundson, G. (2008). Acceptance and mind fullness-based therapy: New wave or old hat. Available online at: www.science-direct.com.
- Joseph, S. & Lindly, A. P. (2006). *Positive Therapy*. USA, Ruthledge press.
- Luma, J.B., Hayes, S.E. & Walser, R. (2007). *Learning ACT. An acceptance & commitment therapy skills training manual for therapists*. Oakland. New Harbinger publications
- Masuda, A., Hayes, S. C. Sackenth, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of anxiety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, 42 (5), 471-485.
- Robinson, P.F. (2008). Measurement of life. *Journal of Association Nursing In AIDS Care*, 15 (3), 14-19.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy, for generalized anxiety disorder. *Behavior therapy*, 36, 72-85.
- Ruiz, F.J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus traditional Cognitive behavior therapy: A systematic review and meta-analysis of Current empirical evidence. *International Journal of psychology and Psychological therapy*. 12 (2), 333-357.
- Smith, K.P. (2007). *Nursing and stroke rehabilitation: A study of the rehabilitation of stroke survivors quality of life, functional, and meaningful function*. Ph.D dissertation, university of florida. 14 (3), 11-25.
- Taylor, J.L., Smith, B. M., Barbour, K., Hoffman, B., & Sepring, D. (2008). Coping and quality of life inpatients a waiting lung transplantation. *Journal of psychosomatic research*. 65 (16), 71-19.
- Twohig, M.P. (2007). *Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder*. Doctoral dissertation, University of Nevada, Reno.
- Wicksell, R. K., Ahlqvist, J., Bring, A., Meling, L. & Olsson, G.L. (2008). Can Exposure and Acceptance Strategies Improve Functioning and life Satisfaction in people with chronic pain and Whiplash-Associated Disorders (WAD)? *A randomized controlled trial cognitive behavior therapy*. 37 (3), 169-782.