رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۸، شماره پیاپی ۱۱۳، آبان ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(8), 2025

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مسئولیت‌پذیری اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی سالمندان دارای اختلال مصرف مواد

The effectiveness of acceptance and commitment therapy on social responsibility, psychological well-being and happiness of the Elderly people with substance use disorders

فرزاد میرشاهی
دانشجوی دکترای روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.
عزت اله احمدی (نویسنده مسئول)
دانشیار روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.
مریم صمدی
دانشجوی دکترای روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مسئولیت‌پذیری اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی سالمندان دارای اختلال مصرف مواد انجام شد. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_ پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی سالمندان دارای اختلال وابسته به مواد محرک در شهر رشت در سال ۱۴۰۳ تشکیل داد. از این جامعه آماری تعداد ۳۰ نفر سالمند دارای اختلال وابسته به مواد محرک با استفاده نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه مسئولیت‌پذیری اجتماعی (SRS، سالکووسکیس، ۲۰۰۰)، بهزیستی روان‌شناختی (PWS، ریف، ۱۹۸۹) و شادکامی (OHI، آسفورد، ۱۹۹۰) بود. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه براساس محتوای جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز شرکت کردند. داده‌های با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری شدند. یافته‌ها نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین پس‌آزمون مسئولیت‌پذیری اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در سطح (P<۰/۰۰۱) وجود داشت. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان اظهار داشت که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند رویکرد مناسبی برای بهبود مسئولیت‌پذیری اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی سالمندان دارای اختلال مصرف مواد باشد.

واژه‌های کلیدی: *بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.*

Farzad Mirshahi
PhD student in psychology, Psychology Department, Shahid Madani University of Azerbaijan, Tabriz, Iran.
Ezatolah Ahmadi *
Associate Professor of psychology, Psychology Department, Shahid Madani University of Azerbaijan, Tabriz, Iran.
amiraliahmadi91@yahoo.com
Maryam Samadi
PhD student in psychology, Psychology Department, Shahid Madani University of Azerbaijan, Tabriz, Iran.

Abstract
The present study aimed to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on social responsibility, psychological well-being, and happiness of Elderly people with substance use disorders. The present study is a quasi-experimental design with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of the present study consisted of all elderly people with stimulant-dependent disorders in Rasht in 2024. From this statistic, 30 elderly people with stimulant-dependent disorders were selected using purposive and accessible sampling and were randomly assigned to experimental (n=15) and control (n=15) groups. The instruments of this study included Salkovskis's Social Responsibility Questionnaire (2000), Ryff Psychological Well-Being (1989), and Oxford Happiness (1990). The experimental group participated in 8 sessions, one session per week, each session lasting 60 minutes, based on the content of Hayes' acceptance and commitment therapy sessions. Data were analyzed using analysis of Multivariate analysis of covariance. The findings showed that, after controlling for the pretest effect, there was a significant difference between the posttest means of social responsibility, psychological well-being, and happiness in the experimental and control groups at the (P<0.001) level. According to the research findings, it can be stated that intervention based on ACT can be an appropriate approach to improve social responsibility, psychological well-being, and happiness in Elderly people with substance use disorders.

Keywords: *Psychological Well-Being, Happiness, Social Responsibility, Acceptance and Commitment Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : دی ۱۴۰۳** | **پذیرش: اسفند ۱۴۰۳** | **ویرایش نهایی: آبان ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

مقدمه

سالمندی یک فرآیند غیرقابل اجتناب است و معمولاً با سن تقویمی سنجش می‌شود. سازمان ملل متحد[1] سالمندی را سن ۶۰ سال به بالا تعریف می‌کند ولی در کشورهای پیشرفته سالمندی را از سن ۶۵ سال به بالا تعریف می‌کنند. (آتاکرو[2] و همکاران، ۲۰۲۱). سالمندی اغلب با مسائل بهداشتی، روانی و اجتماعی همراه است که به‌نوبهٔ خود از عوامل خطر برای سوء مصرف مواد محرک و وابستگی به آن‌ها محسوب می‌گردد (ویسنته-گابریل[3] و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از علت‌های اعتیاد افراد سالمند این است که به واسطه افزایش سن به دردهای حاد و شدید دچار می‌شوند که عموماً آنها از برخورداری از زندگی عادی و معمولی دور می‌سازد که برخی برای کنترل این دردها به سمت مواد سوق داده می‌شوند. از جمله محرک‌های بالقوه دیگر برای اعتیاد سالمندان شامل: بازنشستگی، مرگ اعضای خانواده، فقدان درآمد یا فشارهای مالی، تغییر مکان یا زندگی در خانه سالمندان، مشکلات خواب، درگیری خانواده، تغییرات ذهنی یا سلامتی است (کلی[4]، ۲۰۱۰). از جمله مهم‌ترین مواد محرک مصرفی در بین سالمندان تریاک و شیره تریاک است. تریاک از گیاه خشخاش به‌دست می‌آید و دارای بیش از ۲۰ نوع آلکالوئید می‌باشد. تریاک یک ماده غیرقانونی است که بالاترین نرخ شیوع مصرف بعد از سیگار را دارد (آرزومندان مفرد و همکاران، ۱۴۰۱) اما تاکنون آمار دقیقی از میزان مصرف تریاک در بین اقشار مختلف جامعه در ایران گزارش نشده است.

یکی از متغیرهایی که به‌نظر می‌رسد، در میان افراد وابسته به مواد محرک شایع باشد، کاهش مسئولیت‌پذیری اجتماعی[5] است (جلیلی غلامی و همکاران، ۱۴۰۳). مسئولیت فرآیندی است که شخص می‌بایست از سال‌های ابتدایی زندگی آن را بیاموزد تا با مسائل متنوعی که در دوران‌های گوناگون زندگی روبرو می‌شود به‌صورت مسئولانه برخورد نماید (فاطیما و البانا[6]، ۲۰۲۳). مسئولیت‌پذیری افراد در هر جامعه‌ای، یکی از ارزش‌های آن جامعه محسوب می‌گردد و از شاخص‌های مهم سلامت روان محسوب می‌گردد و طیف گسترده‌ای از فعالیت‌های فرهنگی، اجتماعی، محیط زیستی و امور خیریه را دربر می‌گیرد (اصغرنژاد و همکاران، ۱۴۰۲). از جمله نظریاتی که در مورد مسئولیت‌پذیری بحث می‌کند، نظریه وجودگرایان است. براساس این نظریه مسئولیت‌پذیری امری وجودی می‌باشد که به‌وسیله تعلیم و تربیت شکوفا می‌شود. به‌همین علت است که هرچه فرد آگاه‌تر باشد مسئولیت‌پذیری بالاتری دارد و با تداوم آگاهی، فرد همواره مسئولیت‌پذیرتر می‌شود (چویی[7]، ۲۰۲۲). عدم مسئولیت‌پذیری و احساس مسئولیت از جمله عوامل اثرگذار بر گرایش افراد به سوی مواد است. از سویی سوءمصرف مواد مخدر منجر به بروز مشکلات اجتماعی و علی‌الخصوص، مسئولیت‌پذیری اجتماعی برای فرد مصرف کننده می‌شود که این ارتباط دوسویه بین سوءمصرف مواد مخدر و مسئولیت‌پذیری اجتماعی را نمایان می‌سازد (جلیلی غلامی و همکاران، ۱۴۰۳).

بهزیستی روان‌شناختی[8] پایین یکی از مشکلات افراد درگیر با اعتیاد است. بهزیستی روان‌شناختی به‌معنای احساس مفید بودن و احساس رضایت‌مندی عمومی از زندگی است که شامل فرد و سایرین در حوزه‌های گوناگون است و به انواع ارزیابی‌های مختلف (مثبت و منفی) افراد از زندگی اشاره دارد که شامل ارزیابی‌های شناختی و فکری و واکنش‌های عاطفی به وقایع زندگی است (کانگ و کیم[9]، ۲۰۲۲). بهزیستی روان‌شناختی یک مفهوم نسبتاً گسترده است که به یک وضعیت خوب یا رضایت‌بخش از زندگ، وضعیتی که با سلامتی، شادکامی و کامیابی توصیف می‌شود، اشاره دارد. یافته‌های تحقیق‌های گوناگون بیانگر عدم وضعیت مطلوب بهزیستی روان‌شناختی افراد مصرف کننده مواد محرک است (ایرشاد و کارامات، ۲۰۱۲). از سویی یکی از عوامل گرایش به مواد محرک، سطح پایین بهزیستی روان‌شناختی ادراک شده در افراد است که در پی خلق شرایط بهتری از لحاظ روان‌شناختی و ذهنی هستند و این امر بیانگر ارتباط دوسویه بهزیستی روان‌شناختی و گرایش به سمت مصرف مواد مخدر است (ایرشاد و کارامات[10]، ۲۰۱۲). همچنین یافته‌های پژوهشی در این زمینه نشان داده‌اند که افراد مصرف‌کننده مواد به لحاظ سلامت و بهزیستی روان‌شناختی در وضعیت مطلوبی نیستند (پریادارشینی و ورما[11]، ۲۰۱۹).

1 UN4
2 Atakro
3 Vicente-Gabriel
4 Clay
5 Social responsibility
6 Fatima & Elbanna
7 Choi
8 Psychological well-being
9 Kang & Kim
10 Irshad & Karamat
11 Priyadarshini & Verma

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

کاهش شادکامی[1] از دیگر متغیرهای مهمی است با افزایش سن و سالمندی است و با گرایش سالمندان به مصرف مواد مخدر تشدید می‌گردد. شادکامی از جمله متغیرهای مهم حوزه سلامت روان و کیفیت زندگی است که در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است (آن[2] و همکاران، ۲۰۲۰). شادکامی را به‌عنوان قضاوت فرد در مورد اینکه تا چه اندازه از کیفیت زندگی خود رضایت دارد، تعریف می‌کنند. شادکامی به ارزیابی افراد از زندگی خود، به‌صورت کلی (مثل رضایتمندی از زندگی)، یا به‌صورت ارزیابی حیطه‌های خاص زندگی‌شان (مثل ازدواج یا کار) یا احساسات هیجانی اخیر خود در رابطه با آنچه برایشان روی داده است (مثل هیجانات خوشایند) اشاره دارد (دیوید[3] و همکاران، ۲۰۱۲). در مطالعات پیشین مشخص شده که افراد با سابقهٔ سوءمصرف مواد مخدر به دلیل تأثیرات مخرب مواد مصرفی از سابقهٔ بروز بیماری‌های روان‌شناختی متعدد و شادکامی پایینی برخوردار هستند (کائور[4] و همکاران، ۲۰۲۲).

باتوجه به توضیحات ذکر شده می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش سن، مخاطراتی برای سالمندان ایجاد می‌گردد که زمینه‌ساز سوق به سمت مصرف مواد مخدر را پایه‌ریزی می‌کند. این دوعامل (سالمندی و اعتیاد) با یکدیگر ترکیب شده و موجب کاهش مسئولیت‌پذیری اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی می‌گردند. از سویی طی سالیان اخیر، برنامه‌های مختلفی برای درمان اعتیاد معرفی شده است. اما همچنان عدم موفقیت برخی از این برنامه‌های درمانی برای درمان اعتیاد مشاهده می‌شود. برنامه‌های درمانی در قالب درمان‌های دارویی و غیردارویی ارائه می‌شوند. از جدیدترین درمان‌های غیردارویی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[5] است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از مداخلات جدید در حوزه درمانی است که کارآزمایی بالینی آن در پژوهش‌های مختلفی همچون نیکولسکو[6] و همکاران (۲۰۲۴) و گرائو[7] و همکاران (۲۰۲۳) نشان داده شده است. این درمان یکی از درمان‌های شناختی- رفتاری موج سوم است که علاوه بر راه‌کارهای تغییر رفتار، از راه‌کارهای پذیرش و تعهد هم برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بهره می‌جوید (پترسن[8] و همکاران، ۲۰۲۴). براساس یافته‌های پژوهش‌های پیشین، می‌توان بیان نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روشی کاربردی و قابل اجرا برای رفع مشکلات شناختی- رفتاری در طیف گسترده‌ای از بیماری‌های روان‌شناختی است که با تأکیدی مراجع محورانه، به دنبال شناسایی توانش‌ها و نکات مشکل‌ساز می‌باشد و در گام آغازین فرآیند درمان و آموزش را به‌کار می‌گیرد و به‌دنبال آن از توانش‌آموزی مسئله مدار برای حل مشکلات استفاده می‌کند (نیشیکاوارا و ماینس، ۲۰۲۳). به‌طور کلی، هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و شخص را از یک زندگی با آرامش دور می‌سازد (فرناندز رودریگز[9] و همکاران، ۲۰۲۳). در حوزه‌ی رفتاری، این درمان بسته به مراجع از فردی به فرد دیگر تفاوت می‌کند و می‌تواند دربرگیرنده‌ی آموزش روانی، حل مسئله، تکالیف رفتاری، ایجاد الگوی عمل متعهدانه باشد و غالباً در خدمت راهبردهای تغییر رفتار قرار می‌گیرند و روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این حوزه‌ها، تکنولوژی‌های تغییر رفتاری موجود را به عنوان قسمتی از رویکرد کلی به‌کار می‌گیرد (ایادح[10] و همکاران، ۲۰۲۳). دراین بین پژوهشگرانی همچون رستمی و همکاران (۱۴۰۱)، یعقوبی و کریمی (۱۳۹۹)، حسن‌زاده و همکاران (۲۰۱۹) نشان می‌دهند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی مؤثر است؛ یافته‌های پژوهشگرانی همچون البرزی و همکارن (۱۴۰۰) و حاج‌رضایی و همکاران (۱۳۹۷) نشان می‌دهند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مسئولیت‌پذیری مؤثر است؛ همچنین یافته‌های پژوهشگرانی همچون البرزی و همکارن (۱۴۰۰) نشان می‌دهند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی مؤثر است. اما پژوهشی که به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مسئولیت‌پذیری اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی سالمندان دارای اختلال وابسته به مواد محرک پرداخته باشد یافت نشد که ضرورت انجام این پژوهش را نمایان می‌سازد. از سویی درصورت تأیید مؤثر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی سالمندان در پژوهش حاضر، گزینه‌های بیشتری برای درمانگران در جهت درمان این قشر از جامعه وجود خواهد داشت. به‌همین منظور پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مسئولیت‌پذیری اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی سالمندان دارای اختلال وابسته به مواد محرک انجام شد.

1 Happiness
2 An
3 David
4 Kaur
5 Acceptance and Commitment Therapy
6 Nicolescu
7 Grau
8 Petersen
9 Fernández-Rodríguez
10 Eadeh

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_ پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی سالمندان دارای اختلال مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد دولتی در شهر رشت در سال ۱۴۰۳ تشکیل داد. از این جامعه آماری تعداد ۳۰ نفر سالمند دارای اختلال مصرف مواد با استفاده نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی ساده در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل؛ سالمند بالاتر از ۶۵ سال، توانایی برقراری ارتباط، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، مصرف‌کننده مواد مخدر تریاک و شیره تریاک، مثبت بودن تست اعتیاد، رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل؛ عدم تکمیل یا تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، عدم شرکت یا غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. گروه آزمایش، طی ۸ هفته، هر هفته یک جلسه و هر جلسه۶۰ دقیقه، تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که توسط پژوهشگر صورت گرفت، قرار گرفتند و در این مدت شرکت‌کنندگان گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات مداخله، پرسشنامه‌های مسئولیت‌پذیری اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی، به عنوان پس آزمون، توسط شرکت-کنندگان هر دو گروه تکمیل گردید. این پژوهش برخی اصول اخلاقی همچون توضیح اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان، حفظ رازداری، گمنام ماندن شرکت‌کنندگان، اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه در هر مرحله‌ای از آن، در اختیار قرار دادن نتایج پژوهش در صورت تمایل شرکت‌کنندگان و همچنین اجرای ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه کنترل را رعایت نمود. در نهایت داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری و نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس مسئولیت‌پذیری اجتماعی[1] (SRS): این مقیاس شامل ۲۶ گویه است که توسط سالکووسکیس[2] و همکاران (۲۰۰۰) تهیه و تدوین گردید و نسخه فارسی آن توسط کبیرنژاد و همکاران (۱۳۸۹) اعتباریابی شده است. پاسخگویی به این ابزار براساس طیف لیکرت هفت درجه‌ای است که به ترتیب از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷ درجه‌بندی می‌شود. در مجموع دامنه نمرات بدست آمده بین ۲۲ تا ۱۵۴ می‌باشد. هرچه نمره کسب شده در این آزمون بالاتر باشد بیانگر مسئولیت‌پذیری بالای فرد است. ضریب پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش سالکووسکیس، ۰/۹۰ گزارش شد و روایی آن از طریق تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و ۰/۸۷ گزارش گردید. همچنین در پژوهشی فارسی که توسط جلیلی‌غلامی و همکاران (۱۴۰۳)، انجام شد روایی پرسشنامه توسط ۳ نفر از اساتید متخصص در حیطه روان‌شناسی تأیید شد و همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به‌دست آمد. همچنین پایایی پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمده است.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی[3] (PWS): این مقیاس ریف درسال ۱۹۸۹ ساخته و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. فرم اصلی از ۱۲۰ سوال تشکیل شده است. ولی در مطالعات بعد فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سؤالی، ۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز طراحی شده است. این مقیاس شش عامل؛ خود مختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را می‌سنجد. در این پژوهش از فرم کوتاه شده‌ی ۱۸ سؤالی استفاده گردید. هرسؤال در طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۶ نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ بالاتر نشان‌دهندهٔ بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. روایی و پایایی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در پژوهش‌های متعددی مناسب گزارش شده است. آلفای کرونباخ بدست آمده در مطالعه ریف[4] برای خود مختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰)، رشد شخصی (۰/۸۷)، ارتباط با دیگران (۰/۹۱)، هدفمندی در زندگی (۰/۹۰) و پذیرش خود (۰/۹۳) گزارش شده است (ریف، ۱۹۸۹). دایرندوک[5] (۲۰۰۵)، همسانی درونی خرده مقیاس‌ها را مناسب و آلفای کرونباخ آن‌ها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است. طراحان این پرسشنامه روایی پرسشنامه را از طریق تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و آن را ۰/۷۹ گزارش کردند. جلیلی‌غلامی و همکاران (۱۴۰۳)، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۸ بدست آورد. بیانی و همکاران (۱۳۸۷)، در پژوهش روایی و پایایی پرسشنامه

1 Social Responsibility Scale (SRS)
2 Salkovskis
3 Psychological Well-being Scale (PWS)
4 Ryff
5 Dierendonck

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

را محاسبه کردند و یافته‌ها نشان داد ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس ۰/۸۲ و روایی آن با استفاده از همبستگی مقیاس با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ گزارش کردند. همچنین پایایی پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمده است.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد[1] (OHI): این پرسشنامه توسط آرگایل و لو[2] (۱۹۹۰)، تدوین گردید و دارای ۲۹ گویه است. هر یک از گویه‌های این آزمون دارای ۴ گزینه است که اصلاً=۰ و کاملاً= ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. حداکثر نمره کسب شده از کل آزمون ۸۷ است که بیانگر بالاترین میزان شادکامی بوده و کمترین میزان نمره کسب شده صفر است که بیانگر ناراضی بودن فرد از زندگی و افسردگی فرد است. نمره برش یا بهنجار این آزمون ۴۰ تا ۴۲ است. فرم اصلی این آزمون تک مقیاس است و خرده مقیاس ندارد. آرگایل و لو (۱۹۹۰) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ را بدست آوردند. روایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف محاسبه و مناسب گزارش شده است (هیلز و آرگایل[3]، ۲۰۰۱). فارنهام و چنگ[4] (۱۹۹۹)، همبستگی ۰/۵۲- را بین این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک گزارش کرده است. همچنین در ایران همسانی درونی این پرسشنامه توسط حسینی و همکاران (۱۴۰۰)، با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۱ گزارش شد. علی‌پور و همکاران (۱۳۸۶)، در پژوهشی روایی پرسشنامه را با استفاده از همبستگی پرسشنامه با فهرست افسردگی بک و زیرمقیاس‌های برونگردی و نوروزگرایی به ترتیب ۰/۴۸-، ۰/۴۵ و ۰/۳۹- گزارش کردند که روایی همگرا و واگرای فهرست شادکامی آکسفورد را تأیید کرد. همچنین پایایی پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است.

برنامه مداخله: گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه بر اساس محتوای جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از پژوهش هیز[5] (۲۰۱۹) شرکت کردند. جلسات آموزشی و تمرینات عملی برای شرکت‌کنندگان یک روز در هفته به مدت ۸ جلسه و به صورت گروهی اجرا شد. آموزش‌ها گام‌به‌گام به صورت تمرینات منظم و تکالیف هفتگی ارائه شد. در طی جلسات نیز توصیه‌ها و پیشنهادهای عملی و نهایتاً ارائه تکالیف خانگی به شرکت‌کنندگان ارائه می‌گردید. در ادامه شرح تمامی جلسات در جدول ۱ ارائه گردید:

جدول ۱. شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، ۲۰۱۹)

جلسه	اهداف
اول	برقراری ارتباط درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش آزمون و بستن قرارداد درمانی
دوم	بررسی و کشف روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی کردن میزان تأثیر آنها، بحث درباره کم اثر و موقتی بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
سوم	کمک کردن به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و همچنین پی بردن به بیهودگی آنها، پذیرش وقایع فردی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد افراد و ارائه تکلیف
چهارم	توضیح درباره اجتناب کردن از تجارب دردناک و آگاهی از نتایج و پیامدهای آنها، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
پنجم	معرفی مدل سه بعدی به منظور بیان کردن ارتباط مشترک رفتار، احساسات، کارکردهای روانشناختی، رفتار قابل مشاهده و بحث کردن برای تغییر رفتار براساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان زمینه، برقرار کردن ارتباط با خود با استفاده از آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از احساساتی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد کردن انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز آگاهی، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری طبق ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس آزمون

1 Oxford Happiness Inventory (OHI)
2 Argyle, M., & Lu
3 Hills, P., & Argyle
4 Furnham, A., & Cheng
5 Hayes

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

یافته ها

تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش مرد بودند. میانگین سنی در بین افراد شرکت‌کننده در گروه مداخله ۱۶/۶۵±۶۷/۹۰ سال و در گروه کنترل ۱۸/۳۰±۶۸/۸۱ سال بود. آزمودنی‌های گروه مداخله به‌طور میانگین ۶/۵۵±۳۲/۱۵ سال و شرکت‌کنندگان گروه کنترل به مدت ۴۱/۱۵±۳۶/۸ سال سابقه مصرف موادمخدر داشتند. شرکت‌کنندگان هردو گروه به‌طور میانگین دارای ۳ فرزند بودند. ماده مخدر مصرفی در هر دو گروه مداخله و گواه، تریاک و شیره تریاک بود. همچنین در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش ذکر شده است.

جدول ۲. مشخصات توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		شاپیروویلک	
	گروه	میانگین	*SD*	میانگین	*SD*	آماره	معنی‌داری
مسئولیت‌پذیری اجتماعی	آزمایش	۵۹/۱۶	۱۹/۰۵	۱۱۱/۶۹	۳۵/۱۹	۰/۹۴۹	۰/۴۸۱
	کنترل	۶۴/۲۲	۲۱/۱۱	۶۲/۷۵	۲۰/۰۱	۰/۹۵۶	۰/۵۳۱
بهزیستی روان‌شناختی	آزمایش	۴۰/۵۶	۹/۱۱	۶۹/۶۱	۱۹/۵۱	۰/۹۵۳	۰/۵۰۹
	کنترل	۴۲/۳۱	۱۱/۹۰	۴۰/۸۱	۱۱/۹۵	۰/۹۲۱	۰/۲۲۹
شادکامی	آزمایش	۲۶/۱۹	۱۱/۲۲	۴۹/۵۵	۱۶/۲۰	۰/۹۶۰	۰/۵۹۱
	کنترل	۲۹/۶۶	۱۲/۵۹	۲۶/۱۷	۱۲/۲۲	۰/۹۵۷	۰/۵۳۷

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش برای گروه آزمایش و کنترل در هر دو مرحله ارائه‌شده است. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو- ویلک استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو- ویلک در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود (p>۰/۰۵)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال است. برای بررسی مفروضهٔ همگنی واریانس از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به اینکه نتایج آزمون لوین در هر متغیر در سطح ۰/۰۵ تأیید شد، این مفروضه هم استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس را رد نکرد. همچنین داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است (p>۰/۰۵). برای آزمون برابری ماتریس کوواریانس خطاها از آزمون موخلی استفاده شد و نتایج نشان داد ارزش مجذور کای در متغیرها معنی‌دار نبوده و حاکی از برقراری مفروضه کرویت برای متغیرها است. همچنین مفروضه شیب رگرسیون نیز انجام شد که این میزان برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی (P=۰/۲۰۱ و F=۱/۱۳۶)، مسئولیت‌پذیری اجتماعی (P=۰/۳۵۲ و F=۱/۰۱۵) و شادکامی (P=۰/۱۲۹ و F=۱/۵۸۶) بود که همگی بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشند. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریاس چندمتغیره رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نمرات بهزیستی روان‌شناختی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و شادکامی در گروه مداخله و گواه

اثرات	آزمون	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	P	Eta	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۵۷۱	۱۲/۰۹	۹	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱	۱/۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۲۲۶	۱۲/۰۹	۹	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱	۱/۰۰
	اثر هتلینگ	۱۲/۹۱	۱۲/۰۹	۹	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱	۱/۰۰
	بزرگترین ریشه روی	۱۲/۹۱	۱۲/۰۹	۹	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱	۱/۰۰

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون دو گروه برای حداقل یکی از متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و شادکامی معنادار است (p<۰/۰۵). از این رو فرضیه اصلی پژوهش تأیید می‌شود. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد که نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در تبیین اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و شادکامی سالمندان دارای اختلال وابسته به مواد محرک

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	اندازه اثر	مقدار F	مقدار P
مسئولیت‌پذیری اجتماعی	پیش‌آزمون	۲۳۱/۲۵	۱	۲۳۱/۲۵	۰/۰۱۵	۰/۹۸۸	۰/۳۶۴
	گروه	۳۲۶۵/۸۱	۲۸	۳۲۶۵/۸۱	۰/۷۸۹	۸۹/۲۱	٭<۰/۰۰۱
	خطا	۲۱۵۶/۶۰	۲۹	۱۵۰/۱۲	–	–	–
	کل	۶۴۵۱/۱۷	۳۰	–	–	–	–
بهزیستی روان-شناختی	پیش‌آزمون	۱۵۹/۲۲	۱	۱۵۹/۲۲	۰/۰۲۲	۱/۰۱۲	۰/۳۲۹
	گروه	۱۶۹۴/۹۲	۲۸	۱۶۹۴/۹۲	۰/۹۰۱	۱۲۰/۸۶	٭<۰/۰۰۱
	خطا	۹۵۱/۹۲	۲۹	۱۲۰/۲۸	–	–	–
	کل	۳۲۲۶/۸۴	۳۰	–	–	–	–
شادکامی	پیش‌آزمون	۲۹۱/۰۴	۱	۲۹۱/۰۴	۰/۰۳۴	۱/۰۹۵	۰/۲۶۶
	گروه	۳۸۴۹/۶۶	۲۸	۳۸۴۹/۶۶	۰/۹۴۵	۱۸۸/۱۹	٭<۰/۰۰۱
	خطا	۵۲۰/۵۱	۲۹	۲۰۶/۰۹	–	–	–
	کل	۴۰۱۰/۱۹	۳۰	–	–	–	–

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نتایج بدست آمده برای متغیر مسئولیت‌پذیری اجتماعی (P<۰/۰۰۱ و F=۸۹/۲۱) و حاکی از تأثیر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مسئولیت‌پذیری اجتماعی سالمندان دارای اختلال مصرف مواد بود. به عبارت دیگر تفاوت ایجاد شده در میزان مسئولیت‌پذیری اجتماعی سالمندان در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ناشی از مداخله محقق بوده است و پیش‌آزمون تأثیر معناداری بر آن نداشته است. مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد که این تأثیر ۷۸/۹ درصد است. نتایج بدست آمده برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی (P<۰/۰۰۱ و F=۱۲۰/۸۶) و حاکی از تأثیر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان دارای اختلال مصرف مواد بود. به عبارت دیگر تفاوت ایجاد شده در میزان بهزیستی روان‌شناختی سالمندان در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ناشی از مداخله محقق بوده است و پیش‌آزمون تأثیر معناداری بر آن نداشته است. مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد که این تأثیر ۹۰/۱ درصد است. نتایج بدست آمده برای متغیر شادکامی (P<۰/۰۰۱ و F=۱۸۸/۱۹) و حاکی از تأثیر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی سالمندان دارای اختلال مصرف مواد بود. به عبارت دیگر تفاوت ایجاد شده در میزان شادکامی سالمندان در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ناشی از مداخله محقق بوده است و پیش‌آزمون تأثیر معناداری بر آن نداشته است. مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد که این تأثیر ۹۴/۵ درصد است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مسئولیت‌پذیری اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی سالمندان دارای اختلال مصرف مواد انجام شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مسئولیت‌پذیری اجتماعی سالمندان دارای اختلال مصرف مواد اثربخش است و موجب افزایش مسئولیت‌پذیری اجتماعی آنها شد. این یافته با نتایج پژوهش البرزی و همکارن (۱۴۰۰)، حاجرضایی و همکاران (۱۳۹۷) همسو بود.

برای تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رویکردی عمل‌گرا است که درباره انجام اقدام مؤثری است که به‌وسیله عمیق‌ترین ارزش‌های فرد هدایت می‌شوند، آن‌هم درحالی‌که فرد کاملاً آماده، متعهد و مسئولیت‌پذیر است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تکیه بر زندگی در زمان حال و ارزش‌های فرد، وی را در جهت اقدام متعهدانه و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی سوق می‌دهد (حاجرضایی و همکاران، ۱۳۹۷). علاوه براین، در تبیین دیگر، تأثیرگذاری این درمان می‌توان اظهار داشت که فرایند درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد به افراد کمک می‌نماید تا مسئولیت تغییرات رفتاری خود را قبول کنند و هرزمان که لازم بود تغییر یا پافشاری نماید و درواقع این درمان به‌دنبال متعادل ساختن شیوه‌های متناسب با موقعیت است. در مواردی که قابل تغییر است مثل رفتار آشکار، بر تغییر

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

متمرکز می‌شود و در مواردی که تغییر امکان‌پذیر نباشد، بر پذیرش و تمرین‌های ذهن‌آگاهی تمرکز دارد (کاشدان و روتنبرگ[1]، ۲۰۱۰). همچنین در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به فرآیندها، فرد به جای آمیختگی با افکار و احساسات مربوط به گذشته و آینده، همچنین اجتناب از انجام تکالیف، وظایف و مسئولیت‌های خود، به رفتارهایی که متناسب با اهداف در راستای نیل به اهداف و مسئولیت‌های خود است می‌پردازد (بای[2] و همکاران، ۲۰۲۰).

یافته دیگر پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان دارای اختلال مصرف مواد اثربخش است و موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی آنها شد. این یافته با نتایج پژوهش رستمی و همکاران (۱۴۰۱)، یعقوبی و کریمی (۱۳۹۹)، حسن‌زاده و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود.

برای مثال در پژوهش خود گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و موجب بهبود بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان می‌گردد. برای تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که با افزایش سن طیف گسترده‌ای از عوامل استرس‌زای روانی و اجتماعی (مثل بازنشستگی، مرگ اعضای خانواده، فقدان درآمد یا فشارهای مالی، تغییر مکان یا زندگی در خانه سالمندان، مشکلات خواب، درگیری خانواده، تغییرات ذهنی یا سلامتی) به‌سراغ فرد می‌آید که فرد را مستعد گرایش به سمت اعتیاد به مواد مخدر می‌نماید که تمامی این عوامل با یکدیگر موجب کاهش بهزیستی روان‌شناختی در فرد سالمند می‌شوند (کلی و همکاران، ۲۰۱۰). حال درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از تکنیک‌های خود به‌عنوان زمینه به فرد سالمند می‌آموزد که هرچه بیشتر در پذیرش و تحمل تجربیات ناخوش‌آیند زندگی تواناتر باشد، به‌همان میزان می‌تواند مستقل از این تجربیات عمل نماید (فرناندز رودریگز و همکاران، ۲۰۲۳). نکته مهمی که در این درمان بسیار توانمند عمل می‌کند پذیرش است. پذیرش جایگزین بسیار خوبی برای اجتناب است و به سالمند کمک می‌کند ضمن پذیرش فعال و آگاهانه‌ی رویدادهای شخصی، نهایت تلاش خود را برای رسیدن به هدف به‌کار گیرد. درواقع این درمان موجب، آگاهی از زمان حال و اجتناب از افکار منعکس کننده مشکلات می‌گردد (نیکولسکو و همکاران، ۲۰۲۴). آگاهی فراگیر فرد سالمند را قادر می‌سازد تا افکار و احساسات خود را بدون هیچگونه کنترلی به ضمیر خودآگاه منتقل نماید تا فرد با پذیرش افکار مذکور، تهدیدها را به فرصت تبدیل نماید، حوادث نامطلوب را تحمل نماید و برای مشکلات موجود چاره‌ای بیاندیشد. این توانمندی می‌تواند موجب کاهش اضطراب در شرایط دشوار گردد و به‌جای رویکرد هیجان‌محور، یک رویکرد مسئله‌محور ایجاد نماید و سازگاری اجتماعی را حفظ نماید و درنهایت بهزیستی روان‌شناختی را بهبود بخشد (گولد[3] و همکاران، ۲۰۲۴).

یافته دیگر پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی سالمندان دارای اختلال مصرف مواد اثربخش است و موجب افزایش شادکامی آنها شد. این یافته با نتایج پژوهش البرزی و همکارن (۱۴۰۰) و نصیرنیا سماکوش و یوسفی (۱۴۰۱) همسو بود.

برای تبیین این یافته می‌توان بیان نمود، روند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این صورت است که در ابتدا با استفاده از تشبیهات، استعارات و مثال‌ها، روش‌های ناکارآمد قبلی فرد را مورد بررسی قرار می‌دهد و آنها را تضعیف می‌کند و به او نشان می‌دهد چگونه روش‌های اجتنابی و کنترلی تاکنون ناکارآمد بوده‌اند و موجب تشدید بروز مشکلات متعدد شده‌اند و پس از آن کمک می‌کند تا مراجع، ادغام و اتصال شناختی خود را بکاهد و با احساسات درونی خود ارتباط بهتری برقرار نماید. این روند در نهایت موجب افزایش حالت سرخوشی درونی و شادکامی در مراجع می‌گردد (لوین[4] و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سعی دارند که به صورت منطقی موقعیت‌های استرس‌زا را برای فرد ایمن تلقی کنند. هر تمرینی که مراجع را به تجربه‌ی زمان حال پیوند دهد، ذهن‌آگاهی فرد را توانمند می‌سازد و این برخورد منطقی در مقابل موقعیت‌های گوناگون، شادکامی سالمندان را تقویت می‌نماید (آلام و موهانتی[5]، ۲۰۲۳).

در مجموع می‌توان اظهار داشت که، باتوجه به مقرون‌به‌صرفه بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، می‌توان از این درمان در مقیاس وسیع استفاده نمود و ابتدا از ترک اعتیاد به مواد مخدر در افراد سالمندان بهره برد و همچنین موجبات افزایش بهزیستی روان‌شناختی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و شادکامی این افراد را فراهم ساخت.

درنهایت پژوهش حاضر نیز همچون سایر پژوهش‌هایی که در حوزه علوم رفتاری و روان‌شناسی صورت می‌گیرد، با محدودیت‌هایی مواجه بود که موارد زیر از جمله مهم‌ترین آنها هستند: عدم دوره پیگیری در این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی و دسترسی نداشتن به

1 Kashdan & Rottenberg
2 Bai
3 Gould
4 Levin
5 Alam & Mohanty

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

شرکت‌کنندگان در طولانی مدت؛ استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس؛ استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی و عدم کنترل برخی متغیرها مانند نوع ماده مخدر مصرفی و اثرات غیرقابل کنترل وضعیت خانوادگی و محیط زندگی سالمندان بود.

با توجه به نتایج به‌دست آمده در این پژوهش مبنی بر تأثیر مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و شادکامی سالمندان دارای اختلال مصرف مواد و همچنین اثرگذاری بالای این رویکرد درمانی در محیط‌ها و مراکز ترک اعتیاد به مشاوران ترک اعتیاد و روان‌شناسان پیشنهاد می‌شود برای کمک به بهبود زندگی این سالمندان و سایر افرادی که با این سالمندان ارتباط دارند از یافته‌های این پژوهش بهره برند. همچنین برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود از دوره پیگیری چندماهه برای اطمینان از ماندگاری اثربخشی این رویکرد استفاده شود. همچنین در پژوهش‌های آتی می‌توان به بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سایر مقیاس‌های روان‌شناختی مثل افسردگی، اضطراب و عزت‌نفس برای اطمینان از تأثیر این روش درمانی پرداخت.

منابع

آرزومندان مفرد، ز.، سلمانی، ف.، شریفی، ف.، مودی، م.، و طاهر گورایی، ز. (۱۴۰۱). مقایسه فاکتورهای شایع قلبی در سالمندان معتاد و غیرمعتاد شهر بیرجند. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۲۹(۴)، ۳۵۵-۳۶۷. http://doi.org/10.34785/bums024.2022.026

اصغرنژاد، ن.، پیروزنیا، س.، مساوات‌پور، ع.، و مسعودیان، پ. (۱۴۰۲). بررسی نقش میانجی‌گری سرمایه اجتماعی در رابطه بین مسئولیت‌پذیری اجتماعی و اشتیاق شغلی معلمان شهر دهدشت. *مجله رفتار مثبت در سازمان‌های آموزشی*، ۱(۴)، ۱-۲۰. http://doi.org/10.22098/PBEO.2023.12951.102

البرزی، ز.، بنی‌سی، پ.، و زمردی، س. (۱۴۰۰). آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر مسئولیت‌پذیری و شادکامی دانشجویان علم و صنعت. *رویکردی نو در علوم تربیتی*، ۳(۱)، ۱۲-۱۹. http://doi.org/10.22034/NAES.2020.251790.1058

بیانی، ع.، محمد کوچکی، ع.، و بیانی، ع. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس به‌زیستی روانشناختی ریف. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۲)، ۱۴۶-۱۵۱. https://www.sid.ir/paper/16645/fa#downloadbottom

جلیلی‌غلامی، ز.، عرب‌هاشمی، م.، و سادات صباغ حسن‌زاده، ط. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر مدل فریش بر مسئولیت‌پذیری اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی درمان‌جویان مراکز ترک اعتیاد. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۵۳، ۱۰۹-۱۲۲. http://doi.org/10.22034/spr.2024.413952.1859

حاج‌رضایی، ب.، نوابی‌نژاد، ش.، و کیامنش، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش رویکرد تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد آماده‌سازی اولسون بر انتظار از ازدواج و مسئولیت‌پذیری دختران مجرد مانده. *روان‌شناسی خانواده*، ۵(۱)، ۳۱-۴۴. https://www.sid.ir/paper/250027/fa

حسن‌زاده، م.، اکبری، ب.، و ابوالقاسمی، ع. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی زنان با سابقه ناباروری. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا*، ۲۷(۴)، ۲۵۰-۲۵۹. http://doi.org/10.30699/ajnmc.27.4.250

حسینی، ز.، احمدی، و.، و مامی، ش. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شادکامی مردان مصرف‌کننده مت‌آمفتامین. *خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۱)، ۱۷۷-۱۹۹. https://doi.org/10.22034/AFTJ.2021.284467.1081

رستمی، م.، خسروی، ف.، و منصوری کریانی، ر. (۱۴۰۱). اثربخشی درما ن گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی سالمندان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۱(۴)، ۶۱-۷۴. http://frooyesh.ir/article-1-3547-fa.html

علی‌پور، ا.، و آگاه‌هریس، م. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانی‌ها. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۳(۱۲)، ۲۸۷-۲۹۸. https://www.sid.ir/paper/101251/fa

نصیرنیا سماکوش، ع.، و یوسفی، ن. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، شادکامی و تاب‌آوری سالمندان. روان‌شناسی پیری، ۸(۲)، ۱۶۱-۱۴۹. https://doi.org/10.22126/JAP.2022.7918.1630

یعقوبی، ا.، کریمی، ک. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی جانبازان شیمیایی کرمانشاه. *نشریه طب جانباز*، ۱۲(۴۷)، ۹۳-۹۹. http://doi.org/10.29252/ijwph.12.2.93

Alam, A., & Mohanty, A. (2023). "Happiness Engineering": Acceptance and Commitment Therapy for University Students' Classroom Engagement, Mental Health, and Psychological Flexibility. In *Interdisciplinary perspectives on sustainable development* (pp. 45-49). CRC Press. https://doi.org/10.1201/9781003457619-10

An, H. Y., Chen, W., Wang, C. W., Yang, H. F., Huang, W. T., & Fan, S. Y. (2020). The relationships between physical activity and life satisfaction and happiness among young, middle-aged, and older adults. *International journal of environmental research and public health*, *17*(13), 4817. https://doi.org/10.3390/ijerph17134817

Argyle, M., & Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and individual differences*, *11*(10), 1011-1017. https://doi.org/10.1016/0191-8869(90)90128-E

Atakro, C. A., Atakro, A., Aboagye, J. S., Blay, A. A., Addo, S. B., Agyare, D. F., ... & Ansong, I. K. (2021). Older people's challenges and expectations of healthcare in Ghana: A qualitative study. *PLoS One*, *16*(1), e0245451. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245451

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *260*, 728-737. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040

Choi, Y. J. (2022). Corporate social responsibility. In *Encyclopedia of Big Data* (pp. 220-223). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-32010-6_556

Clay, S. W. (2010). Treatment of addiction in the elderly. *Aging health*, *6*(2), 177-189. https://doi.org/10.2217/ahe.10.14

David, S., Boniwell, I., & Ayers, A. C. (Eds.). (2012). *Oxford handbook of happiness*. OUP Oxford.

Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and individual differences*, *36*(3), 629-643. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00122-3

Eadeh, H. M., Adamowicz, J. L., Markon, K., & Thomas, E. B. (2023). Using network analysis to examine connections between Acceptance and Commitment Therapy (ACT) processes, internalizing symptoms, and well-being in a sample of undergraduates. *Journal of Affective Disorders*, 320, 701-709. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.004

Fatima, T., & Elbanna, S. (2023). Corporate social responsibility (CSR) implementation: A review and a research agenda towards an integrative framework. *Journal of Business Ethics*, *183*(1), 105-121. https://doi.org/10.1007/s10551-022-05047-8

Fernández-Rodríguez, C., Coto-Lesmes, R., Martínez-Loredo, V., González-Fernández, S., & Cuesta, M. (2023). Is activation the active ingredient of transdiagnostic therapies? A randomized clinical trial of behavioral activation, acceptance and commitment therapy, and transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for emotional disorders. *Behavior Modification*, 47(1), 3-45. https://doi.org/10.1177/01454455221083309

Furnham, A., & Cheng, H. (1999). Personality as predictor of mental health and happiness in the East and West. *Personality and individual differences*, *27*(3), 395-403. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00250-5

Grau, P. P., Sripada, R. K., Ganoczy, D., Weinstein, J. H., & Pfeiffer, P. N. (2023). Outcomes of Acceptance and Commitment Therapy for depression and predictors of treatment response in Veterans Health Administration patients. *Journal of Affective Disorders*, 323, 826-833. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.025

Gould, R. L., McDermott, C. J., Thompson, B. J., Rawlinson, C. V., Bursnall, M., Bradburn, M., ... & Waterhouse, S. (2024). Acceptance and Commitment Therapy plus usual care for improving quality of life in people with motor neuron disease (COMMEND): a multicentre, parallel, randomised controlled trial in the UK. *The Lancet*, *403*(10442), 2381-2394. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00533-6/fulltext

Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World psychiatry*, *18*(2), 226. http://doi.org/10.1002/wps.20626

Hills, P., & Argyle, M. (2001). Happiness, introversion–extraversion and happy introverts. *Personality and individual Differences*, *30*(4), 595-608. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00058-1

Irshad, E., & Karamat, M. (2012). Psychological well-being in Drug Addicts. *JL & Soc'y*, *42*, 55. https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/jlsup42&div=8&id=&page=

Kang, H., & Kim, H. (2022). Ageism and psychological well-being among older adults: a systematic review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, *8*, 1-22. https://doi.org/10.1177/23337214221087023

Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, *30*(7), 865-878. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001

Kaur, J., Singh, T. G., Raghav, V., Arora, S., Chowdhary, M., & Singh, S. Happiness and Life Satisfaction Level in Recovered Drug Addicts. *International journal of health sciences*, *6*(S1), 4931-4938. https://doi.org/10.53730/ijhs.v6nS1.5947

Levin, M. E., Krafft, J., & Twohig, M. P. (2024). An Overview of Research on Acceptance and Commitment Therapy. *Psychiatric Clinic*, 47(2), 419-431. https://www.psych.theclinics.com/article/S0193-953X(24)00008-X/abstract

Nicolescu, S., Secară, E. C., Jiboc, N. M., & Băban, A. (2024). Oncovox: A randomised controlled trial of a web-based acceptance and commitment therapy for breast cancer patients. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *32*, 100729. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100729

Nishikawara, R., & Maynes, T. (2023). Moving from Moral Distress to Moral Resilience Using Acceptance and Commitment Therapy. *Canadian Journal of Career Development*, 22(1), 30-40. https://doi.org/10.53379/cjcd.2023.350

Petersen, J. M., Ona, P. Z., & Twohig, M. P. (2024). A review of acceptance and commitment therapy for adolescents: developmental and contextual considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, *31*(1), 72-89. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.08.002

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, *57*(6), 1069. https://psycnet.apa.org/buy/1990-12288-001

Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., ... & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, *38*(4), 347-372. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00071-6

Stenhoff, A., Steadman, L., Nevitt, S., Benson, L., & White, R. G. (2020). Acceptance and commitment therapy and subjective wellbeing: a systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials in adults. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *18*, 256-272. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.08.008

Vicente-Gabriel, S., Lugones-Sánchez, C., Tamayo-Morales, O., Vicente Prieto, A., González-Sánchez, S., Conde Martín, S., ... & Fernandez-Matas, L. (2024). Relationship between addictions and obesity, physical activity and vascular aging in young adults (EVA-Adic study): a research protocol of a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, *12*, 1322437. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2024.1322437/full#supplementary-material

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]