



## تأثیر رویکرد واقعیت درمانی بر خوددلسوزی و سبک زندگی در پایان دوره درمان و پیگیری در سوءمصرف کنندگان مواد

شهبین رضایی شهری: دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.  
شهنام ابوالقاسمی: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران (\* نویسنده مسئول) sh.abolghasemi@toniau.ac.ir  
فاطمه اصلاحی فرشمی: استادیار، گروه روانشناسی، واحد چالوس، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران.

### چکیده

#### کلیدواژه‌ها

واقعیت درمانی،  
خوددلسوزی،  
سوءمصرف مواد،  
سبک زندگی

**زمینه و هدف:** پدیده‌ی اعتیاد در جهان امروز باعث نابودی بسیاری از خانواده‌ها، به انحراف کشیدن نوجوانان، شیوع و گسترش بیماری‌ها و ضررهای فراوان اقتصادی و حتی مرگ‌ومیر گردید. در واقع، اعتیاد به صورت یک مشکل فراگیر دامن‌گیر اجتماع انسانی شد. لذا اعتیاد یک مشکل جدی در سطح دنیاست. امروزه برای حل این مشکل اقدامات خاصی پیش‌بینی و به‌لحاظ سبب‌شناسی، فرضیه‌های گوناگونی مطرح شده است. لذا پژوهش حاضر، با هدف تأثیر رویکرد واقعیت درمانی بر خوددلسوزی و سبک زندگی در پایان دوره درمان و پیگیری در سوءمصرف کنندگان مواد انجام شد.

**روش کار:** تحقیق حاضر طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و همراه با پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه معتادان مراجعه کننده به شش کلینیک ترک اعتیاد شهرستان گلوگاه بود که در سال ۱۴۰۱ - ۱۴۰۰ به کلینیک‌های شهرستان گلوگاه جهت ترک اعتیاد مراجعه داشتند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۵ نفر (برای هر گروه ۱۵ نفر؛ یعنی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۱ و ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۲ و ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل) بود که از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شدند. به منظور تحلیل آماری داده‌ها، واریانس اندازه مکرر یک طرفه و آنووا استفاده شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که شیوه واقعیت درمانی بر خوددلسوزی و سبک زندگی اثر معنی‌دار داشت. همچنین بین نمرات معنای زندگی، خوددلسوزی، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صرف‌نظر از گروه، تفاوت وجود داشت. درمان واقعیت درمانی در بهبود معنای زندگی، خوددلسوزی، سبک زندگی، مؤثر بود.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد که با استفاده از شیوه‌های درمان واقعیت درمانی به ویژه درمان واقعیت درمانی، می‌توان خوددلسوزی، سبک زندگی را در سوء مصرف کنندگان مواد بهبود بخشید.

**تعارض منافع:** گزارش نشده است.

**منبع حمایت‌کننده:** حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Rezaei Shahri S, Abolghasemi S, Eslahi Farshami F. The Effect of Reality Therapy Approach on Self-Compassion and Lifestyle at the End of the Treatment and Follow-Up Period in Drug Users. Razi J Med Sci. 2023;30(4): 236-244.

\*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) صورت گرفته است.

## The Effect of Reality Therapy Approach on Self-Compassion and Lifestyle at the End of the Treatment and Follow-Up Period in Drug Users

**Shahin Rezaei Shahri:** PhD Student of Health Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

**Shahnam Abolghasemi:** Associate Prof. in Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonkabon, Iran. (\* Corresponding author) sh.abolghasemi@toniau.ac.ir

**Fatemeh Eslahi Farshami:** Assistant Professor, Department of Psychology, Chalus Branch, Islamic Azad University, Chalus, Iran.

### Abstract

**Background & Aims:** Today, there are few countries in the world where the most important and one of the major problems is not the issue of drugs and addiction. The World Health Organization has considered the issue of drugs, including production, transfer, distribution, and consumption, along with three other global issues, i.e. the accumulation of weapons of mass destruction, environmental pollution, poverty, and class divide among the basic issues that affect human life in social dimensions. economic, cultural, and political threats and challenges in the global arena. The phenomenon of addiction in today's world destroyed many families, the deviation of teenagers, the spread of diseases, and many economic losses and even deaths. Addiction has become a widespread problem affecting human society. Therefore, addiction is a serious problem in the world. Today, to solve this problem, special measures have been predicted and in terms of etiology, various hypotheses have been proposed. Therefore, the present study was conducted with the aim of the effect of the reality therapy approach on self-compassion and lifestyle at the end of the treatment and follow-up period in drug users.

**Methods:** The current research was a semi-experimental design of pre-test-post-test type with a control group and follow-up. The statistical population of this research included all addicts who were referred to six addiction treatment clinics in Galugah City in 2022-2023. The sample of the current study included 45 people (15 people for each group; that is, 15 people in the experimental group 1, 15 people in the experimental group 2, and 15 people in the control group) who were used by the available sampling method. To statistically analyze the data, one-way repeated measure variance and ANOVA were used. In the present research, to collect information, after obtaining the permission of the relevant research and after presenting the research objectives, after selecting the sample, explanations were first given to the experimental groups regarding the intervention and they were asked to be actively present in all the meetings. After obtaining consent from the people participating in the study, people were matched into three groups for each group of 15 people; That is, 15 people were divided into experimental group 1, 15 people were divided into experimental group 2, and 15 people were divided into the control group. In this research, the cluster sampling method was used. Then, questionnaires on the meaning of life, self-compassion, fear of death, lifestyle, and craving for consumption were provided to the two experimental and control groups, and the participants were asked to answer the questionnaires. Then the intervention sessions will begin at Nejat addiction treatment clinic in Galugah city. The arrangement of the seats will be semi-circular to facilitate group participation. To implement reality therapy and compassion group therapy, before starting the therapy sessions, a 30-minute explanatory session was held separately for the members of the experimental and control groups, and the general principles, rules, and goals of the group were discussed in general. After the pre-test, therapy sessions were implemented within two months. The reality therapy was conducted in 8 group sessions, each session lasting about 60 minutes, one session per week for 8 weeks. Self-compassion

### Keywords

Reality Therapy,  
Self-Compassion,  
Substance Abuse,  
Lifestyle

Received: 15/05/2023

Published: 22/07/2023

therapy was performed in 8 sessions as a group, each session lasting about 90 minutes. The sessions were held once a week for 8 consecutive weeks. During the meetings, one person was present as a research assistant to distribute the necessary forms for the interventions among the people and help them. After the completion of the intervention sessions, the questionnaires were given to the people again and the people of the control group were contacted and invited to come to the clinic to answer the questionnaires. Finally, two months after the post-test, the questionnaire was completed again for the follow-up phase.

**Results:** The findings showed that reality therapy had a significant effect on self-compassion and lifestyle. Also, there was a difference between the scores of the meaning of life, and self-compassion, in the three stages of pre-test, post-test, and follow-up regardless of the group. Reality therapy was effective in improving the meaning of life, self-compassion, and lifestyle. In the case of exogenous structures, the value of this criterion is zero. The higher the R2 value related to the endogenous structures of a model, the better the fit of the model. Chin (1998). It introduces three values of 0.19, 0.33, and 0.67 or more as the criterion values for weak, medium, and strong R2 values. R2 explained variance: in fact, they show how many percent of the changes in the dependent variable are explained by the independent variables (Moradi, 2015). The important difference between the coefficient of determination and the adjusted coefficient of determination is that the coefficient of determination assumes that each observed independent variable in the model explains the variation in the dependent variable. Therefore, the percentage shown by the coefficient of determination assumes the effect of all independent variables on the dependent variable. If the percentage shown by the adjusted coefficient of determination is only the result of the actual effect of the independent variables of the model on the dependent and not all the independent variables. Another difference is that the appropriateness of the variables for the model cannot be determined by the coefficient of determination, even with a high value, if the estimated value of the adjusted coefficient of determination can be trusted.

**Conclusion:** The results of this research showed that by using reality therapy methods, especially reality therapy, self-compassion and lifestyle can be improved in drug users.

**Conflicts of interest:** None

**Funding:** None

#### Cite this article as:

Rezaei Shahri S, Abolghasemi S, Eslahi Farshami F. The Effect of Reality Therapy Approach on Self-Compassion and Lifestyle at the End of the Treatment and Follow-Up Period in Drug Users. *Razi J Med Sci.* 2023;30(4): 236-244.

\*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

## مقدمه

امروزه کمتر کشوری در دنیا وجود دارد که مهم‌ترین و یکی از عمده‌ترین مشکلاتش، مسئله مواد مخدر و اعتیاد نباشد. سازمان بهداشت جهانی مسئله مواد مخدر، اعم از تولید، انتقال، توزیع و مصرف را در کنار سه مسئله جهانی دیگر یعنی انباشت سلاح کشتار جمعی، آلودگی محیط زیست، فقر و شکاف طبقاتی از جمله مسائل اساسی شمرده است که حیات بشری را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در عرصه جهانی مورد تهدید و چالش قرار می‌دهد (۱). بر اساس آخرین گزارش منتشر شده از سوی دفتر مواد مخدر و جرائم سازمان آمار مصرف‌کنندگان مواد مخدر حدود ۲۵۵ میلیون نفر تخمین زده شده که در سنین ۱۵ تا ۶۴ ساله قرار دارند. همچنین بر اساس گزارش مرکز مطالعات سنجش میزان تحمل بیماری در سال ۲۰۱۵ حدود ۱۷ میلیون سال زندگی سالم از افراد مصرف‌کننده مواد مخدر به علت اختلالات جسمی و روانی به هدر رفته است (۲). اعتیاد به مواد یک اختلال عصبی-روان‌پزشکی است که با عادت‌های ناخوشایند و میل شدید به مصرف در بین مصرف‌کنندگان آن همراه بوده و طی سالیان طولانی با بوجود آمدن مشکلات بهداشتی برای سوء مصرف‌کنندگان آن باعث بوجود آمدن رنج‌ها و مصیبت‌های زیادی گردیده است (۳). اختلال سوء مصرف مواد می‌تواند بسیاری از بیماران وابسته به مواد را به اختلالات روان‌شناختی از جمله استرس، اضطراب و افسردگی مبتلا گرداند (۴). پرخاشگری عصبی، نوسانات شدید خلقی، تحریک‌پذیری بالا، رفتارهای مانیک‌گونه، مشکوک و مخاطره‌آمیز، رفتارهای پرخطر از جمله پرخاشگری به خود و اطرافیان، برخی از عوارض‌های روان‌شناختی اعتیاد می‌باشد که در فرد مصرف‌کننده مواد به مرور زمان رخ می‌دهد (۵). در این بیماری اهمیت درمان‌ها روان‌شناختی و روش‌های مقابله‌ای (پیشگیری) از اصول اساسی به حساب می‌آید. سالیان متمادی است که بشر به شیوه‌های مختلف مواد مخدر را به امر کاستن از آلام خویش و یا تغییر دادن حالات هشیاری خود مورد استفاده قرار داده است. در واقع امروزه وابستگی به مواد مخدر و سوء مصرف آن به صورت یک معضل شخصی، اجتماعی و بهداشتی در آمده است که در کشورهای مختلف منابع انسانی و

سرمایه‌های ملی را به شدت مورد تهدید قرار می‌دهد. بر اساس پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)، مهم‌ترین ویژگی وابستگی به مواد مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و روان‌شناختی است که شخص با وجود داشتن مشکلات قابل توجه در رابطه با مصرف مواد، به مصرف آن ادامه می‌دهد (۶). از عدیده مشکلات روان‌شناختی که در این افراد به وجود می‌آید می‌توان به عدم دلبستگی به زندگی، افسردگی و ناامیدی و غیره اشاره کرد. افسردگی یکی از شایع‌ترین مشکلات حیطة سلامت روان در جهان است که در افراد معتاد نمود بیشتری پیدا می‌کند. این اختلال با داشتن خلق افسرده در اکثر ساعات روز و تقریباً هر روز، کاهش بارز علاقه یا لذت بردن از همه فعالیت‌ها، کاهش وزن یا اضافه وزن جدی بدون رژیم، بی‌خوابی یا پرخوابی تقریباً همه روزه، تحریک‌پذیری یا کندی روانی حرکتی تقریباً هر روز، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه افراطی و نامتناسب، افت توان تمرکز، افکار تکرار شونده در مورد مرگ و اختلال بالینی معنی‌دار در کارکرد اجتماعی و شغلی مشخص می‌گردد (۷). همچنین یکی از مؤلفه‌های مهم در افراد معتاد و نیز حتی در بیماران افسرد، مشاهده می‌شود، مشکلات مرتبط با سلامت روان است. از جمله عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامت روان، مقوله مرگ است. مواجهه با مرگ و اضطراب ناشی از آن به عنوان یکی از مهمترین مؤلفه‌های سلامت روانی افراد به شمار می‌رود (۸). اضطراب مرگ به معنی ترس مداوم، غیرطبیعی و مرضی از مرگ یا مردن است. طبق تعریف سازمان خدمات بهداشت ملی بریتانیا اضطراب مرگ عبارت است از: نوعی احساس وحشت، هراس یا نگرانی زیاد هنگام فکر کردن در مورد فرآیند مردن یا قطع ارتباط خود با دنیا و یا آنچه که بعد از مرگ رخ می‌دهد (۹). لانگ (Lang) و همکاران (۲۰۲۲) اضطراب مرگ را افکار، ترس‌ها و هیجانات مرتبط به واقعه پایانی زندگی و فراتر از حالت عادی زندگی می‌دانند (۱۰). داف (Duff) و همکاران (۲۰۰۹) اضطراب مرگ را ترس آگاهانه و ناخودآگاه از مرگ یا مردن می‌دانند. اضطراب مرگ مفهومی پیچیده است که به‌سادگی قابل توضیح نیست و به‌طور کلی شامل مفاهیم ترس از مرگ خود و دیگران است (۱۱). به بیان دیگر، اضطراب مرگ شامل

موجب ارتقای سلامت روان در افراد می‌شود (۱۶). نف (Neff) و همکاران (۲۰۱۱) دریافتند که افرادی که با خود به مهربانی بیشتری رفتار می‌کنند، به احتمال کمتری خود را سرزنش می‌کنند و به احتمال بیشتری به مراقبت از خود و بهبود سلامتی خود اهمیت می‌دهند و ویژگی متمایز خوددلسوزی آن است که به سمت درد و رنج شخصی فرد جهت داده می‌شود و جزء مهم در رویکرد روانشناسی مثبت‌نگر محسوب می‌شود. خوددلسوزی شامل مراقبت کردن نسبت به خود در مواجهه با سختی‌ها و یا نارسایی‌های ادراک شده است؛ به گونه‌ای که از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود؛ بلکه با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی به آن‌ها نزدیک می‌شود. به عبارت دیگر، دلسوزی به خود شکل سالم خودپذیری است که بیان‌کننده میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی است و شامل سه عنصر اصلی است؛ نخست این‌که هر زمان که فرد متوجه ناکارآمدی خود شود و از آن رنج ببرد، موجودیت (بودن) خود را دوست می‌دارد و آن را درک می‌کند. دوم حسی است از ویژگی مشترک انسانی و تشخیص این امر که درد و شکست، جنبه‌های غیرقابل اجتناب و مشترک در بین همه انسان‌هاست. نهایتاً خوددلسوزی معرف آگاهی متعادل نسبت به هیجانان خود است و توانایی مواجهه با افکار و احساسات رنج‌آور (به جای اجتناب از آن‌ها) بدون بزرگ‌نمایی و یا احساس غم و تأسف برای خود است و کمبودها و نواقص خود را درک می‌کند. این مهربانی با خود سبب احساس امنیت، افزایش ارتباط اجتماعی و کاهش انتقاد از خود، نشخوار فکری، سرکوب افکار و اضطراب می‌شود (۱۷). با توجه به اهمیت بیماری اعتیاد و عوارض آن، روش‌های بسیاری برای درمان آن به کار برده می‌شود که می‌توان به رویکرد خودشفقت‌ورزی و واقعیت‌درمانی اشاره کرد. واقعیت‌درمانی، رویکردی استراتژیک نسبت به تغییر رفتار است؛ بنابراین برای تبیین آن ابتدا باید به توصیف تئوری انتخاب، پرداخت. در روانشناسی رویکردهای مختلفی مانند رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی، روان‌تحلیلیگری و غیره در حوزه تغییر رفتار فعال هستند. رفتاردرمانی، به تغییر رفتار از طریق

پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن افراد مهم زندگی است. اگرچه مرگ واقعیتی زیست‌شناختی و روان‌شناختی است و احساسات درباره فرایند مرگ و مردن در چگونگی اجتماعی شدن فرد در جامعه ریشه دارد، اندیشیدن به مرگ ترسناک است و بیشتر افراد افسرده ترجیح می‌دهند به آن فکر کنند. این نوع اضطراب، مؤلفه‌های انگیزشی، شناختی و هیجانی را در بر می‌گیرد و تحت تأثیر مراحل رشد و رویدادهای زندگی اجتماعی و فرهنگی تغییر می‌کند (۱۲). از نظر دوین (Devins) و همکاران (۲۰۱۴) منابع اضطراب مرگ شامل ترس از مرگ شخصی، نگرانی‌هایی درباره درد و رنج مرگ، نزدیکی ذهنی به مرگ، ترس‌های مرتبط با مرگ و افکار نگران‌کننده در مورد مرگ است. از سوی دیگر، اعتیاد با کاهش مشارکت فعال افراد در امور لذت بخش به فقدان معنای زندگی می‌انجامد (۱۳). ریکر (Rieker) و همکاران (۲۰۱۸) مفاهیم متعدد را تلفیق نموده و احساس هدفمندی (وجود اهداف لذت بخش و مهم در حوزه‌های مختلف زندگی) و انسجام (پیوستگی و تطابق حوزه‌های مختلف هدف‌گذاری شده) را معنای زندگی معرفی می‌کند. افراد معتاد از فعالیت‌های مهم زندگی دوری می‌کنند و لنجام امور را به تعویق می‌اندازند. سوراچاکول و همکاران بیان می‌کنند که افراد معتاد میل شدیدی به معنا کردن تجربه‌شان از افسردگی دارند (۱۴). طبق نظر هیکس و کینگ عاطفه منفی ناشی از اعتیاد و تحریف‌های شناختی حاصل از آن باعث محدود کردن دید فرد در ارزیابی زندگی و در نهایت به کاهش معنای زندگی او منجر خواهد شد. سردرگمی و کاهش معنا در زندگی نشان‌دهنده نزول حس ارزشمند بودن زندگی و بیانگر این عقیده است که زندگی یک تجربه منفی است. در این حالت مشوقی برای پیگیری اهداف مهم وجود ندارد و حتی افراد دچار سردرگمی در مورد خود و زندگی هستند (۱۵). به نظر وانگ (Wang) و همکاران (۲۰۲۲) همچنین خودشفقت‌ورزی یا خوددلسوزی عامل مهم روانشناسی هست که بررسی در افراد معتاد دارای اهمیت است چرا که خوددلسوزی عبارت است از نگرش مثبت به خود که

در کمیسیون کد اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به کد IR.IAU.SARI.REC.1401.148 به تصویب رسیده است. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۵ نفر (برای هر گروه ۱۵ نفر؛ یعنی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۱ و ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۲ و ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل) بود که از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد زیرا از بین افراد معتادی که به مراکز ترک اعتیاد (شش کلینیک ترک اعتیاد شهرستان گلوگاه) مراجعه داشتند، تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند که این افراد از لحاظ وضعیت و سطح معنای زندگی، خوددلسوزی، هراس از مرگ و سبک زندگی و ولع مصرف در سطح مطلوبی نبودند و غربالگری شدند و مجدداً بصورت تصادفی به سه گروه و هر گروه ۱۵ نفر آزمایشی (دو گروه) و در انتظار درمان اختصاص داده شدند. در تحقیق حاضر جهت جمع‌آوری اطلاعات، پس از اخذ مجوز پژوهش مربوطه و پس از مطرح کردن اهداف تحقیق، بعد از انتخاب نمونه، ابتدا در خصوص مداخله توضیحاتی به گروه‌های آزمایشی داده شد و از آنها خواسته شد تا در تمامی جلسات حضور فعالانه‌ای داشته باشند. پس از اخذ رضایت‌نامه از افراد شرکت‌کننده در مطالعه، افراد به صورت هم‌تاسازی به سه گروه برای هر گروه ۱۵ نفر؛ یعنی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۱ و ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۲ و ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل تقسیم شدند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد. سپس پرسشنامه‌های معنای زندگی، خوددلسوزی، هراس از مرگ، سبک زندگی، ولع مصرف در اختیار دو گروه آزمایشی و گواه قرار داده شد و از شرکت‌کنندگان خواسته شد به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. سپس جلسه‌های مداخله در کلینیک ترک اعتیاد نجات شهرستان گلوگاه آغاز خواهند شد. چیدمان صندلی‌ها به صورت نیم‌دایره خواهد بود تا مشارکت گروهی تسهیل گردد. به منظور اجرای درمان گروهی واقعیت‌درمانی و شفقت‌ورزی قبل از شروع جلسات درمانی یک جلسه توجیهی به مدت ۳۰ دقیقه برای اعضای گروه‌های آزمایشی و گواه به صورت مجزا برگزار شد و اصول کلی، قوانین و اهداف گروه به صورت کلی مورد بحث قرار گرفت. بعد از انجام پیش‌آزمون، جلسات

اصول یادگیری می‌پردازد و شناخت‌درمانی به تغییر رفتار فردی و بهبود وضعیت بهداشت روانی وی از منفی به مثبت با استفاده از اصول برگرفته از علوم و تئوری شناختی می‌پردازد (۱۸). زیرا مرگ آسیب‌پذیری بشر را با وجود پیشرفت‌های فناوری یادآوری می‌کند و اضطراب و ترس از مرگ، تجربه ناخوشایند انسان‌هاست (۱۹)، واقعیت‌درمانی، نیز رویکردی همانند سایر رویکردهای روانشناسی، برای تغییر رفتار در وهله نخست بیماران روانی، و سپس در فرایند گسترش خود کمک به تغییر رفتار مراجعین می‌باشد. واقعیت‌درمانی، مجموعه‌ای از تکنیک‌ها، روش‌ها و ابزارهایی است برای کمک به افراد، به منظور حرکت از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد، از انتخاب‌های مخرب به سازنده، و از همه مهم‌تر از سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی خشنود؛ هم‌چنان‌که سایر رویکردهای روانشناختی نیز از روش‌های مخصوص بخود به ایجاد تغییر رفتار مراجعین می‌پردازند. ویلیام گلاسر، معتقد بود انسان باید با واقعیت روبه‌رو شود. اساس واقعیت‌درمانی بر این اصل که انسان‌ها همواره رفتار خود را انتخاب می‌کنند، استوار است (۲۰). هر نوع رفتاری که از فرد سر می‌زند، انتخاب شده است و هر رفتار برای کاهش سطح ناکامی یا ارضای نیاز خاصی انجام می‌گیرد. اگرچه ممکن است این رفتار ناکارآمد باشد، اما به این علت که فرد راه بهتری برای کاهش ناکامی خود در آن لحظه نمی‌شناسد، به رفتار خود ادامه می‌دهد (۲۱). در نتیجه این پژوهش به دنبال تاثیر رویکرد واقعیت‌درمانی بر خوددلسوزی و سبک زندگی در پایان دوره درمان و پیگیری در سومصرف کنندگان مواد است.

### روش کار

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه تحقیق حاضر طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری بود و در گردآوری ادبیات تحقیق نیز از روش کتابخانه‌ای و اسنادی بهره برده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه معتادان مراجعه‌کننده به شش کلینیک ترک اعتیاد شهرستان گلوگاه بود که در سال ۱۴۰۱ - ۱۴۰۰ به کلینیک‌های شهرستان گلوگاه جهت ترک اعتیاد مراجعه داشتند که

درمانی در طی دو ماه به اجرا در آمد. واقعیت درمانی طی ۸ جلسه به صورت گروهی انجام شد که هر جلسه حدود ۶۰ دقیقه به صورت هفته‌ای یک جلسه و طی ۸ هفته برگزار شد. درمان خودشفقت ورزی طی ۸ جلسه به صورت گروهی به انجام رسید که هر جلسه حدود ۹۰ دقیقه به طول انجامید. جلسات به صورت یک جلسه در یک هفته و طی ۸ هفته متوالی انجام یافت. در طول جلسات، یک نفر به عنوان دستیار پژوهش جهت توزیع فرم‌های لازم در مداخله‌ها بین افراد و کمک به آنها حضور داشت. پس از اتمام جلسه‌های مداخله، پرسشنامه‌ها به طور مجدد به افراد داده شد و با افراد گروه کنترل تماس گرفته شد و از آنها دعوت شد تا جهت پاسخ به پرسشنامه‌ها به کلینیک مراجعه نمایند. در نهایت دو ماه بعد از اجرای پس‌آزمون، جهت انجام مرحله پیگیری، مجدداً پرسشنامه تکمیل شد. در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آماری و استنباطی به شرح زیر استفاده شد: در سطح آمار توصیفی میانگین، انحراف معیار و جداول دموگرافیک برای متغیرها در سه گروه و در دو مرحله آزمایش و کنترل استفاده شد. در سطح آمار استنباطی تحلیل واریانس اندازه مکرر یک طرفه برای مقایسه میانگین سه گروه پژوهش برای بررسی فرضیه استفاده شد. برای بررسی تأثیر عضویت گروهی در مرحله پیگیری از ANOVA استفاده شد.

### یافته‌ها

آزمون باکس این فرض صفر را مورد آزمون قرار می‌دهد که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف برابرند. در جدول (۱) چون مقدار  $F(1.137)$  در سطح خطای داده شده (۰/۲۷۸) معنی‌دار نیست بنابراین فرض صفر رد نمی‌شود. به این معنی که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده بین سه گروه مختلف پژوهش حاضر با هم برابرند. جدول (۲) نتایج آزمون‌های چند متغیره (چهار آزمون اثر پیلای، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ، بزرگترین ریشه روی) را نشان می‌دهد. برای معنی‌داری و غیر معنی‌داری هر آزمون می‌توان به مقدار Sig دقت نمود

که اگر کمتر از ۰/۰۵ باشد در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. مقادیر مجذوراتی Eta مربوط به ۵ متغیر وابسته (معنای زندگی، خوددلسوزی، اضطراب مرگ، سبک زندگی، ولع مصرف مواد) در سه گروه ۰/۹۰۹ است. قاعده کلی چنین است که اگر این مقدار بزرگتر از ۰/۱۴ باشد میزان اندازه اثر زیاد است در جدول فوق این مقدار برای متغیر مورد نظر به نام گروه ۰/۹۰۹ است این نشان دهنده اثر زیاد است. همچنین نتایج آزمون لامبدای ویلکز در مورد متغیر مذکور معنی‌دار است و معنی‌داری در ۵ متغیر وابسته نشان دهنده این است که شرکت‌کنندگان در سه گروه با هم متفاوت هستند و میانگین‌های گروه‌ها تحت تأثیر متغیر مستقل معنادار است. جدول (۳) نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای پنج متغیر وابسته را در آزمون پیگیری پنج متغیر وابسته نشان می‌دهد. همان طور که مشاهده می‌شود متغیرها در آزمون پیگیری غیر معنی‌دار هستند نتیجه اینکه، واریانس خطا در بین افراد سه گروه پژوهش متفاوت نیست. جدول (۴) اثرات متغیرها را نشان می‌دهد. ضریب تعیین یا  $R^2$  معیاری که تنها برای سازه‌های درون‌زای مدل (وابسته) محاسبه می‌گردد و نشان از تأثیری دارد که یک متغیر برون‌زا بر یک متغیر درون‌زا اثر می‌گذارد. در مورد سازه‌های برون‌زا مقدار این معیار صفر است. هرچه مقدار  $R^2$  مربوط به سازه‌های درون‌زای یک مدل بیشتر باشد، نشان از برازش بهتر مدل است چین (۱۹۹۸).  $R^2$  واریانس تبیین شده، در واقع نشان می‌دهند که چند درصد از تغییرات متغیر وابسته توسط متغیرهای مستقل تبیین می‌شود (مرادی، ۱۳۹۵). تفاوت مهم میان ضریب تعیین و ضریب تعیین تعدیل شده این است که ضریب تعیین فرض می‌کند که هر متغیر مستقل مشاهده شده در مدل، تغییرات موجود در متغیر وابسته را تبیین می‌کند. تفاوت دیگر این است که مناسب بودن متغیرها برای مدل توسط ضریب تعیین حتی با وجود مقدار بالا قابل مشخص نیست در صورتی که می‌توان به مقدار برآورد شده ضریب تعیین تعدیل شده اعتماد کرد. بنابراین با توجه به ضریب تعیین تعدیل شده متغیرهای وابسته در آزمون پیگیری می‌توان گفت که ۹۲/۳۰

**جدول ۱- نتایج آزمون باکس مربوط به برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده پنج متغیر وابسته در بین سه گروه**

آزمون	Box's M	اندازه F	درجه آزادی df1	درجه آزادی df2	سطح معناداری Sig.
پنج متغیر وابسته	۴۱/۳۱۳	۱/۱۳۷	۳۰	۵۵۸۹/۵۹۴	۰/۳۷۸

**جدول ۲- نتایج آزمون‌های چند متغیره در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آزمون پنج متغیر وابسته در سه گروه**

آزمون	ارزش	اندازه F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اثان جزئی
اثر پیلای	۰/۶۵۲	۱۲/۳۹۱	۵/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۵۲
لامبدای ویلکز	۰/۳۴۸	۱۲/۳۹۱	۵/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۵۲
اثر هتلینگ	۱/۸۷۷	۱۲/۳۹۱	۵/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۵۲
بزرگترین ریشه روی	۱/۸۷۷	۱۲/۳۹۱	۵/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۵۲
اثر پیلای	۱/۱۱۲	۸/۵۰۷	۱۰/۰۰۰	۶۸/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۵۵۶
لامبدای ویلکز	۰/۰۰۸	۶۶/۲۲۲	۱۰/۰۰۰	۶۶/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۰۹
اثر هتلینگ	۱۰۶/۱۶۸	۳۳۹/۷۳۶	۱۰/۰۰۰	۶۴/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۸۲
بزرگترین ریشه روی	۱۰۶/۰۳۰	۷۲۱/۰۰۴	۵/۰۰۰	۳۴/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹۱

اثر رهگیری (Intercept)

آزمون گروه

**جدول ۳- نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای پنج متغیر وابسته**

آزمون	اندازه اف F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری Sig.
آزمون پیگیری معنای زندگی	۰/۷۲۸	۲	۴۲	۰/۴۸۹
آزمون پیگیری خوددلسوزی	۰/۱۲۶	۲	۴۲	۰/۸۸۲
آزمون پیگیری سبک زندگی	۲/۷۶۳	۲	۴۲	۰/۰۷۵

**جدول ۴- مقادیر R<sup>2</sup> متغیرهای وابسته مدل پژوهش**

پرسشنامه (متغیر) پژوهش	ضریب تعیین R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> اصلاح شده	کیفیت
آزمون پیگیری معنای زندگی	۰/۹۳۵	۰/۹۲۳	قوی
آزمون پیگیری خوددلسوزی	۰/۸۴۹	۰/۸۲۰	قوی
آزمون پیگیری سبک زندگی	۰/۹۸۲	۰/۹۷۹	قوی

مصرف در پایان دوره درمان و پیگیری در سو مصرف کنندگان مواد به اجرا درآمد. در طرحی نیمه‌آزمایشی، با روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی واقعیت‌درمانی (تعداد= ۱۵ نفر)، شفقت‌ورزی (تعداد= ۱۵ نفر) و گروه گواه، جای داده شدند. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله با پرسشنامه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش، تحت درمان قرار گرفتند. با در نظر گرفتن مفروضه‌های تحلیل آماری، یافته‌های پژوهش با آزمون آماری واریانس اندازه مکرر یک طرفه و آنووا مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که

درصد از متغیر وابسته معنای زندگی، ۸۲/۰۰ درصد از متغیر وابسته خوددلسوزی، ۳۲/۵۰ درصد از متغیر وابسته اضطراب مرگ، ۹۷/۹۰ درصد از متغیر وابسته سبک زندگی و ۹۳/۰۰ درصد از متغیر وابسته ولع مصرف مواد، توسط متغیرهای مستقل (دو رویکرد رویکرد آموزشی: واقعیت‌درمانی و خودشفقت‌ورزی) اثرگذارند.

### بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو رویکرد واقعیت‌درمانی و شفقت‌ورزی بر معنای زندگی، خوددلسوزی، هراس از مرگ و سبک زندگی و ولع



10. Lang E, Ohashi Y, Hada A, Usui Y. Effects of 1-day e-learning education on perinatal psychological support skills among midwives and perinatal healthcare workers in Japan: a randomised controlled study. *BMC Psychol.* 2022;10(1):133.

11. Duff EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. 2009.

12. Lewis KO, Cidon MJ, Seto TL, Chen H, Mahan JD. Leveraging e-learning in medical education. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2014;44(6):150-63.

13. Devins L, Morales-Asencio JM, Veredas FJ. Effectiveness of an e-learning tool for education on pressure ulcer evaluation. *J Clin Nurs.* 2014;23(13-14):2043-52.

14. Rieker AN, Nisly S, Walton A. Student-generated e-learning for clinical education. *Clin Teach.* 2018;14(2):129-133.

15. Salter SM, Karia A, Sanfilippo FM, Clifford RM. Effectiveness of E-learning in pharmacy education. *Am J Pharm Educ.* 2014;78(4):83.

16. Wang K, Apostolakis I, Karaiskos P. A narrative review of e-learning in professional education of healthcare professionals in medical imaging and radiation therapy. *Radiography (Lond).* 2022;28(2):565-570.

17. Neff K, Jusof FF, Ismail R, Husain R. Integrating an open-source course management system (Moodle) into the teaching of a first-year medical physiology course: a case study. *Adv Physiol Educ.* 2011;35(4):369-77.

18. Niemimaa, M. Järveläinen, J. Heikkilä, M. Heikkilä, J. (2019). Business Continuity of Business Models: Evaluating the Resilience of Business Models for Contingencies *International Journal of Information Management.*

19. Savić A, Graham CD, Flaxman PE, Wilding S, Day F, O'Connor DB. A workplace Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for improving healthcare staff psychological distress: A randomised controlled trial. *PLoS one.* 2017;17(4):e0266357.

20. Pragashni S, De Villiers MR, Golakai VK. Introducing an E-learning Solution for Medical Education in Liberia. *Ann Glob Health.* 2015;84(1):190-197.

21. Beniczky S, Blümcke I, Rampp S, Shisler P, Biesel E, Wiebe S. e-learning comes of age: Web-based education provided by the International League Against Epilepsy. *Epileptic Disord.* 2020;22(3):237-244.

درمان واقعیت درمانی بر خوددلسوزی و سبک زندگی در پس‌آزمون اثر معنی‌دار داشت. همچنین بین نمرات خوددلسوزی و سبک زندگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صرف‌نظر از گروه، تفاوت وجود داشت. واقعیت درمانی در بهبود خوددلسوزی و سبک زندگی، مؤثر است.

## نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که با استفاده از شیوه‌های درمان واقعیت درمانی به ویژه درمان واقعیت درمانی، می‌توان خوددلسوزی، سبک زندگی را در سو مصرف‌کنندگان مواد بهبود بخشید.

## References

1. Shereen MA, Khan S, Kazmi A, Bashir N, Siddique R. COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *J Adv Res.* 2020;24:91-8.
2. Sinclair P, Kable A, Levett-Jones T. The effectiveness of internet-based e-learning on clinician behavior and patient outcomes: a systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2015;13(1):52-64.
3. Tarpada SP, Hsueh WD, Gibber MJ. Resident and student education in otolaryngology: A 10-year update on e-learning. *Laryngoscope.* 2017;127(7):E219-E224.
4. Bai, C. F., Sun, J. W., Li, J., Jing, W. H., Zhang, X. K., Zhang, X., ... & Cao, F. L, Gender differences in factors associated with depression in infertility patients, 2019, *Journal of advanced nursing*, 75(12), 3515-3524.
5. Barazandeh, H., Kissane, D. W., Saeedi, N., & Gordon, M, A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits, 2016. *Personality and Individual Differences*, 94, 130-139.
6. Benyon, K., Hill, S., Zadurian, N., & Mallen, C, Coping strategies and self-efficacy as predictors of outcome in osteoarthritis: a systematic review, 2017, *Musculoskeletal Care*, 8(4), 224-236.
7. Sajeve M. E-learning: Web-based education. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2006;19(6):645-9.
8. Bell BS, Federman JE. E-Learning in postsecondary education. *Future Child.* 2013;23(1):165-85.
9. Fitzgerald DA, Scott KM, Ryan MS. Blended and e-learning in pediatric education: harnessing lessons learned from the COVID-19 pandemic. *Eur J Pediatr.* 2022;181(2):447-452.