

## اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش ولع مصرف و افزایش کیفیت زندگی معنادان تحت متادون درمانی

عباس همت<sup>۱</sup>، دکتر محسن داداشی<sup>۲</sup>، دکتر سعید ممتازی<sup>۳</sup>، دکتر سعیده زنونزبان<sup>۴</sup>، جهانگیر محمدی بایتمر<sup>۵</sup>

نویسنده‌ی مسئول: دکتر محسن داداشی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران Mohsendadashi@zums.ac.ir

دریافت: ۹۶/۲/۲ پذیرش: ۹۶/۵/۲۲

### چکیده

**زمینه و هدف:** امروزه در موج سوم روان‌درمانی عقیده بر این است که افراد با انعطاف‌پذیری شناختی، آگاهی و پذیرش افکار می‌توانند احساسات و رفتارهای خود را اصلاح کنند. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش ولع مصرف و افزایش کیفیت زندگی معنادان تحت متادون درمانی بود.

روش بررسی: در این مطالعه‌ی شبه تجربی، جامعه‌ی آماری را کلیه‌ی مردان معتاد تحت درمان متادون شهر زنجان در سال ۹۴-۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده و مساوی در دو گروه مداخله و کنترل قرار داده شدند. گروه مداخله در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد شرکت کردند. پرسش‌نامه‌های ولع مصرف فرانکن و همکاران (۲۰۰۲) و کیفیت زندگی (SF-36) در قالب پیش‌آزمون، پس‌آزمون و یک دوره پیگیری سه‌ماهه در دو گروه اجرا شد.

**یافته‌ها:** گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور مؤثری توانسته ولع مصرف را کاهش و سلامت روانی را افزایش دهد ( $P < 0/05$ ). ولی اثربخشی این مداخله در افزایش سلامت جسمی از لحاظ آماری معنادار نبود ( $P > 0/05$ ). اندازه اثر گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون در مورد ولع مصرف و سلامت روانی کیفیت زندگی زیاد بود و این تأثیرات در یک دوره پیگیری سه‌ماهه با ثبات باقی ماندند.

**نتیجه‌گیری:** پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور مؤثری در کاهش ولع مصرف و افزایش سلامت روان مؤثر است.

**واژگان کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، متادون درمانی، ولع مصرف، کیفیت زندگی

### مقدمه

فرهنگی-اجتماعی و معنوی مورد بررسی قرار گرفته است و به‌عنوان یکی از معضلات اجتماعی، در جامعه، به‌ویژه

اعتیاد (Addiction)، یک پدیده‌ی پیچیده و چندعاملی است که از دیدگاه‌های مختلف زیستی، روان‌شناختی،

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان

۲- دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان

۳- دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان

۴- متخصص روان‌پزشکی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان

۵- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان

کیفیت زندگی به عنوان یک عامل مهم کاهش دهنده علائم در بیماری‌های مزمن روانی و جسمانی شناخته شده است و شواهد زیادی وجود دارند که نشان می‌دهند کیفیت زندگی پیش‌آگهی مهمی در موقعیت‌های درمانی دارد (۸). کیفیت زندگی به ادراک هر فرد از رفاه و رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی اطلاق می‌گردد (۹). در بیماری‌های روانی مزمن، کیفیت زندگی شاخصی است که نشان می‌دهد اقدامات درمانی تا چه حد برای بیمار موثر بوده است چرا که در بسیاری از این بیماری‌ها، هدف، درمان کامل افراد نیست، بلکه ایجاد شرایطی از زندگی است که فرد، احساس آرامش و امنیت نماید (۱۰).

امروزه در زمینه‌ی اعتیاد علاوه بر مداخلات دارویی از مداخلات روان‌شناختی نیز به‌طور گسترده استفاده می‌کنند. دسته‌ای از مداخلات روان‌شناختی که در سال‌های اخیر علاقه رو به رشدی را سبب شده‌اند، مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) هستند که به عنوان مداخلات شناختی-رفتاری موج سوم شناخته می‌شوند و در آن‌ها تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از رایج‌ترین نوع این درمان‌ها می‌باشد و هدف آن کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر، از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (۱۱). پژوهش‌ها نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه‌های مختلفی چون افسردگی (۱۲)؛ انواع سایکوز (۱۳)؛ سوء مصرف مواد (۱۴)؛ فرسودگی شغلی (۱۵)؛ کاهش درد (۱۶) موثر بوده است. کیانی و همکاران در پژوهشی با عنوان مقایسه‌ی اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن، آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه در نمونه‌ای به حجم ۳۴ نفر نشان دادند که دو گروه درمانی بر شدت ولع مصرف در دو مرحله‌ی پس

در بین جوانان از شیوع بالایی برخوردار بوده که این موضوع می‌تواند مضرات مختلف اجتماعی و بهداشتی مانند آسیب به زمینه اقتصادی فرد، افزایش خشونت، بزهکاری، بیکاری، افزایش اختلالات روانی و افکار خودکشی را در پی داشته باشد (۱). اختلالات سوء مصرف مواد و پیامدهای وخیم و ناخوشایند ناشی از آن به عنوان یکی از مهم‌ترین خطرات سلامت روانی و جسمانی در سراسر دنیا به شمار می‌آید. اختلالات سوء مصرف مواد نه تنها باعث درد و رنج فرد مصرف‌کننده می‌شود، بلکه آسیب فراوانی را نیز بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کند (۲).

وابستگی به اویپوئید یک اختلال مزمن و اغلب عودکننده است که فرد را مستعد مشکلات جدی مثل ایدز، هپاتیت و سایر اختلالات مزمن می‌نماید. وابستگی در مردها از زنها شایع‌تر است. در سیاه‌پوستان بالاتر از سفیدپوستان و در افراد بیکار بالاتر از افراد شاغل گزارش شده است (۳). یکی از عوامل تداوم بخش رفتارهای اعتیادی، ولع مصرف می‌باشد (۴). ولع (Craving) ریشه‌شناختی در باورهای نادرست در زمینه‌ی نیاز به مواد دارد و به نظر می‌رسد که به وسیله‌ی فرایندهای شناختی-هیجانی خودکار یا غیرخودکار کنترل می‌شوند. نظریه‌های ولع مصرف بیان می‌کنند که اشتیاق‌ها در افراد با فعال شدن هیجان‌ها و انگیزه جست‌وجوی مواد در ارتباط هستند (۵).

تحقیقات نشان داده‌اند که سوء مصرف مواد افیونی، آرام‌بخش‌ها و الکل با کیفیت زندگی پایین مرتبط است (۶). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را مفهومی مشتمل بر ابعاد سلامت جسمی، وضعیت روانی، ارتباطات اجتماعی و شرایط محیطی می‌داند. کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی از احساس خوب بودن و رضایت‌مندی از تجربیات زندگی است که جنبه‌های مثبت و منفی زندگی را در برمی‌گیرد و بیانگر روشی است که فرد وضعیت سلامت و سایر جنبه‌های زندگی خود را درک کرده و نسبت به آن واکنش نشان می‌دهد (۷).

جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی (Psychological Awareness) فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی (Cognitive Defusion) یا داستان شخصی مانند (قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه (Committed Action) یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی است (۲۰). این رویکرد دارای دو بخش، ذهن آگاهی و تجربه در زمان حال است و به افراد آموزش داده می‌شود که با پذیرش احساسات و هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربی، در لحظه حال و اکنون زندگی کرده و بهتر با وسوسه‌های مصرف خود مقابله کنند (۲۱). در درمان شناختی-رفتاری سعی می‌شود که افکار ناکارآمد برانگیزاننده‌ی علائم بیماری شناسایی شود، بیمار نسبت به نقش این افکار در بیماری‌اش بینش یابد و با مشارکت او سعی کند افکار صحیح‌تری جایگزین آن‌ها شود (۲۲)؛ اما در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجع مورد چالش قرار می‌گیرند تا به آنچه در حوزه‌های مختلف زندگی برایشان مهم است مثل شغل، خانواده، روابط صمیمانه، دوستی‌ها، رشد شخصی، سلامت، معنویت و امثال آن توجه کنند. کار روی ارزش‌ها انگیزه مراجع برای مشارکت در درمان را افزایش می‌دهد. در فرایند پذیرش از چالش نکردن با افکار وسوسه جلوگیری می‌شود و می‌تواند منجر به بهبود بیمار شود (۲۳). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیمار آموزش داده

آزمون و پیگیری تاثیر معناداری داشتند. همچنین در مقایسه اثربخشی این دو درمان بر ابعاد نه گانه تنظیم شناختی هیجان، تفاوت معناداری مشاهده نشد و هر دو درمان به یک میزان بر شاخص‌های شناختی تنظیم هیجان تاثیرگذار بودند (۱۷). همچنین اساموت و همکاران در مطالعه‌ای دیگر با قرار دادن ۱۰۴ نفر از افراد مصرف کننده‌ی مواد در دو گروه درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد که میزان ماندن افراد در درمان‌ها روان‌شناختی شدیداً چالش برانگیز است، به گونه‌ای که ۹۰ نفر از ۱۰۴ فرد مشارکت‌کننده در درمان تنها در یک جلسه خود را نگه داشته و حدود یک سوم آنها بعد از جلسه‌ی درمانی ریزش داشته‌اند و تنها ۲۱ درصد در درمان شناختی-رفتاری و ۱۲ درصد نیز در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تمام ۱۲ جلسه‌ی درمان حاضر شده‌اند. با این وجود، تاثیر این دو درمان بر مصرف آفتامین و تسکین آسیب‌های روان‌شناختی آن معنادار بوده است (۱۸). درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر بافتارگرایی کنشی بنا شده است. هدف بافتارگرایی کنشی، پیش‌بینی و تاثیر اعمال مداوم کل ارگانیسم در تعامل با بافت تاریخی و موقعیتی است. ایجاد رفتار موثر به درستکاری موفقیت‌آمیز و قایع نیاز دارد و فقط متغیرهای بافتاری می‌توانند به‌طور مستقیم درستکاری شوند (۱۹). در این رویکرد، درمان از طریق پذیرش، ناهمجوشی شناختی، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط توجه آگاهانه با زمان حال، ارزش‌ها و تعهد به عمل که در نتیجه این شش مفهوم اصلی به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خواهیم رسید (۱۱). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی (Psychological Acceptance) فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی

(ACT)، استفاده‌ی هم‌زمان از سایر رویکردهای روان‌درمانی شناخته‌شده بود. آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی ساده در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. در گروه مداخله در مراحل درمان ۵ نفر و در گروه کنترل ۴ نفر خارج شدند و در نهایت در گروه مداخله ۱۰ نفر و در گروه کنترل ۱۱ نفر باقی ماندند.

ابزار پژوهش: پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک محقق ساخته شامل سؤالات مربوط به اطلاعات فردی بیماران از قبیل سن، جنس، تأهل و مقطع تحصیلی بود.

پرسشنامه‌ی ولع مصرف: این پرسشنامه برای اولین بار جهت سنجش ولع مصرف الکل در بیماران وابسته به این ماده تدوین شد اما به علت ساختار کلی آن در توانایی سنجش ولع مواد می‌توان در سنجش ولع مصرف سایر مواد نیز به کار برد. فرانکن و همکاران از این پرسشنامه جهت سنجش ولع هروئین استفاده کردند و توصیه می‌نمایند که می‌توان از این پرسشنامه‌ها با تغییر اندک برای هر ماده‌ای استفاده کرد. در مطالعه‌ای پایایی درونی و اعتبار این پرسشنامه روی ۱۰۲ بیمار هلندی که تحت درمان وابستگی مواد بودند آزموده شد. پژوهش آن‌ها نشان داد که در مورد هروئین دارای روایی و اعتبار مطلوبی بودند و از این ابزارها می‌توان در زمینه‌ی پژوهش و بالین استفاده کرد. این پرسشنامه ۱۴ سؤال دارد که بر روی یک مقیاس ۰ تا ۱۰ تنظیم شده است به‌گونه‌ای که هرچه قدر نمره‌ی فرد بالاتر باشد ولع او بیشتر است. این پرسشنامه شامل ۳ عامل تمایل و قصد، تقویت منفی و کنترل است. آلفا کرونباخ به‌منظور سنجش سازگاری درونی برای هر یک از عوامل به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۲ و ۰/۷۹ گزارش شده همچنین واریانس مشترک سه عامل ۰/۶۲ به‌دست آمده است (۲۴).

پرسشنامه کیفیت زندگی: پرسشنامه‌های بسیاری برای سنجش کیفیت زندگی ابداع شده‌اند که معروف‌ترین آن‌ها پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (SF) است. این پرسشنامه دارای

می‌شود که در گام اول هیجانانگیز خود را بپذیرد و با زندگی در زمان حال از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری برخوردار شود. این رویکرد اخیراً در پژوهش‌های روان‌شناسی وارد شده است و در زمینه‌ی سوء مصرف مواد کمتر مورد استفاده قرار گرفته است. روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل توجه به مفاهیمی چون پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و تعهد در عمل، ضمن کاهش علائم می‌تواند انگیزه‌ی بیماران را بالا ببرد و باعث افزایش سطح سلامت روانی آنها گردد تا لغزش کمتری داشته باشند. بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش ولع مصرف و افزایش کیفیت زندگی معتادان تحت متادون درمانی است.

### روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر در کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان با کد ZUMS.REC.1395.34 تایید و به‌عنوان بخشی از پایان‌نامه‌ی تحقیقاتی با عنوان بررسی اثربخشی ترکیب متادون درمانی با گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با متادون درمانی در میزان پیشگیری از عود در افراد مبتلا به سو مصرف اپیوئیدها و با کد کارآزمایی بالینی IRCT2016062328603N1 ثبت شد.

این مطالعه از نوع تجربی دارای دو گروه مقایسه (مداخله و کنترل) همراه با گمارش تصادفی و پیش‌آزمون-پس‌آزمون و نیز یک دوره ۳ ماهه پیگیری است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی افراد تحت درمان متادون در مراکز ترک اعتیاد شهر زنجان بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و به حجم ۳۰ نفر انتخاب شد. معیارهای ورود شامل داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در تحقیق، متادون درمانی حداقل به مدت دو هفته، مرد بودن، داشتن حداقل ۱۸ و حداکثر ۴۵ سال سن، داشتن حداقل دیپلم و معیارهای خروج شامل دو جلسه غیبت در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از پروتکل همیز (۲۰۰۲) استفاده شد. در هر جلسه تکالیف و تکنیک‌ها بر اساس افکار و سوسه مصرف مواد و ولع بیماران ارائه شده است. این پروتکل شامل ۸ جلسه آموزشی است جدول (۱).

۳۶ سؤال است و از دو زیر مقیاس کلی سلامت جسمی و سلامت روانی تشکیل شده است (۲۵). ضریب پایایی این پرسشنامه در محدوده‌ی ۷۷ تا ۹۹ درصد است (۲۶).  
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: به منظور اجرای برنامه‌ی

### جدول ۱: پروتکل اجرایی جلسات ACT (همیز ۲۰۰۲)

**جلسه اول:** خوشامدگویی و آشنایی و معارفه‌ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است از جمله: به موقع آمدن- عدم غیبت (وقت‌شناسی) انجام تکالیف و بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن؛ اجرای تکنیک‌های ناامیدسازی فرد در مرحله اول.

**جلسه دوم:** توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان‌شناختی احساس می‌شود؛ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات؛ آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار و احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم؛ ارائه‌ی تکلیف در زمینه پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری اجرای تکنیک‌های اجتناب و کنترل.

**جلسه سوم:** بررسی تکالیف جلسه قبل؛ صحبت درباره‌ی احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن‌ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات؛ ارائه‌ی تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم؟

**جلسه چهارم:** بررسی تکالیف؛ ارائه‌ی تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارائه‌ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تاکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف: رویدادهای زندگی (آزاددهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم و اعتیاد را پایان کار نبینیم و آن را فقط به عنوان یک بیماری تصور کنیم نه بیشتر.

**جلسه پنجم:** بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه‌ی این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آن‌ها باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت.

**جلسه ششم:** ارائه‌ی بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون‌ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛ آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)؛ ارائه‌ی تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خود آیند منفی؛ تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن و اجرای تکنیک‌های پذیرش و ارزش

**جلسه هفتم:** ارائه‌ی بازخورد و جست‌وجوی مسائل حل‌نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته‌شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف، به گونه‌ای که مناسب‌تر باشد نه عملی‌تر.

**جلسه هشتم:** بررسی تکالیف؛ جمع‌بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارائه‌ی بازخورد به اعضا

شناختی، آزمون t مستقل برای بررسی هم‌تا بودن سن آزمودنی‌ها، تجزیه و تحلیل واریانس یک طرفه درون آزمودنی‌ها (اندازه‌گیری مکرر) برای بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و تحلیل کوواریانس برای مقایسه

تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی و جدول‌ها) و با رعایت پیش فرض‌های لازم از روش آمار استنباطی (آزمون کای دو X<sup>2</sup> برای بررسی هم‌تا بودن متغیرهای جمعیت

۴۵/۵ درصد یک‌بار، ۱۸/۲ درصد دو بار، ۱۸/۲ درصد سه بار، ۹/۱ درصد ۴ بار و ۹/۱ درصد ۵ بار سابقه‌ی ترک داشتند. بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی با توجه به نتایج آزمون خی دو ( $X^2$ ) و آزمون T مستقل تفاوت معناداری به دست نیامد ( $P > ۰/۰۵$ )، که نشان می‌دهد دو گروه مورد مطالعه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی هم‌تا شده‌اند. تعداد بیماران و میانگین (و انحراف استاندارد) نمرات ولع مصرف مواد و کیفیت زندگی در گروه‌های مداخله و کنترل به تفکیک نمرات به‌دست‌آمده در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ گزارش شده است. تعداد بیماران و میانگین (و انحراف استاندارد) نمرات ولع مصرف مواد و کیفیت زندگی در گروه‌های مداخله و کنترل به تفکیک نمرات به‌دست‌آمده در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ گزارش شده است.

اثر بخشی با شرایط بدون درمان استفاده شد. با استفاده از نرم‌افزار SPSS۲۲ داده‌ها تجزیه و تحلیل شدند.

### یافته‌ها

در بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه انتخاب‌شده در گروه مداخله از نظر تأهل در گروه مداخله ۵۰ درصد مجرد و ۵۰ درصد متأهل و در گروه کنترل ۷۲/۷ درصد مجرد و ۲۷/۳ درصد متأهل بودند. میانگین و انحراف استاندارد سن بیماران گروه مداخله به ترتیب ۲۸/۹ (۵/۳) و در گروه کنترل ۳۳/۴ (۵/۲) بود. از نظر نوع مصرف در گروه مداخله ۵۰ درصد هروئین و ۵۰ درصد تریاک مصرف می‌کردند و در گروه کنترل ۷۲/۷ درصد هروئین و ۲۷/۳ درصد تریاک مصرف می‌کردند. همچنین سابقه ترک در گروه کنترل ۲۰ درصد ۱ بار، ۵۰ درصد دو بار، ۲۰ درصد سه بار و ۲۰ درصد ۵ بار سابقه‌ی ترک داشتند، در گروه کنترل

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد ولع مصرف و کیفیت زندگی

گروه‌های مورد مطالعه				مرحله	مؤلفه	متغیر	
کنترل		مداخله					
M ± SD	تعداد	M ± SD	تعداد				
۲۷/۱ ± ۲۰/۳	۱۱	۳۳/۱ ± ۲۱/۳۴	۱۰	پیش‌آزمون		ولع مصرف مواد	
۲۰/۵۵ ± ۹/۳	۱۱	۱۶/۴ ± ۱۷/۶	۱۰	پس‌آزمون			
۲۳ ± ۱۴	۱۱	۱۴/۲ ± ۱۱/۲۷	۱۰	پیگیری			
۶۰/۶ ± ۱۱/۲۷	۱۱	۵۹/۷۵ ± ۹/۸۷	۱۰	پیش‌آزمون	سلامت جسمی	کیفیت زندگی	
۵۹/۹ ± ۷/۶	۱۱	۶۲/۵ ± ۶/۹۵	۱۰	پس‌آزمون			
۶۰/۴ ± ۸/۱۷	۱۱	۶۴/۷ ± ۱/۴	۱۰	پیگیری			
۴۹/۴۸ ± ۱۰/۰۱	۱۱	۴۵/۰۴ ± ۱۳/۹	۱۰	پیش‌آزمون	سلامت روانی		
۵۲/۳۵ ± ۱۳/۰۳	۱۱	۶۱/۶۵ ± ۷/۴	۱۰	پس‌آزمون			
۵۲/۹ ± ۱۲/۱۱	۱۱	۶۲/۷ ± ۷/۱	۱۰	پیگیری			

اندازه‌گیری مکرر) استفاده شد (جدول ۳). مفروضه کرویت با توجه به نتایج آزمون کرویت ماخلی که مفروضه اصلی آزمون اندازه‌گیری مکرر است برای متغیرهای ولع مصرف

به‌منظور بررسی اثر بخشی ترکیب متادون درمانی با ACT در سه دوره ارزیابی (پس‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس یک‌طرفه درون آزمودنی‌ها

یا همین فلت باید استفاده کرد که ما از تصحیح هین-فلت استفاده کردیم.

مواد و سلامت روانی رعایت نشده است ( $P < 0/05$ )؛ بنابراین به منظور تفسیر فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای وابسته ذکر شده آزمون‌های محافظه‌کارانه‌تری چون گرین هوس کایرز

جدول ۳: نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه عامل درون‌گرومی در متغیرهای اندازه‌گیری شده

متغیرهای وابسته	مؤلفه	منبع تغییرات	df	میانگین مجزورات	میزان F	P.value	اتا
ولع مصرف مواد		درون آزمودنی‌ها	۱/۳۱	۱۶۳۳/۸	۸/۷ <sup>xx</sup>	۰/۰۰۹	۰/۴۹۲
		خطا	۱۱/۷۷	۱۸۷/۸			
سلامت جسمی		درون آزمودنی‌ها	۲	۶۳/۲	۱/۲۵	۰/۳۱۰	۰/۱۲۲
		خطا	۱۸	۵۰/۵			
کیفیت زندگی	سلامت روانی	درون آزمودنی‌ها	۱/۴	۱۳۹۹/۶	۱۴/۰۲۴ <sup>xx</sup>	۰/۰۰۱	۰/۶۰۹
		خطا	۱۲/۶۴	۹۹/۸			

\*\*P<0/01, \*P<0/05

پس آزمون و پیگیری به‌طور معناداری کاهش ( $P < 0/05$ ) و مولفه‌ی سلامت روانی کیفیت زندگی بیماران را به‌طور معناداری افزایش دهد ( $P < 0/01$ ). به‌منظور برآورد دقیق‌تر اندازه‌ی اثر و به خاطر محدودیت ضریب جزئی اتا در تخمین تاثیرات درمان در سه سطح مختلف زمانی و مقایسه‌ی دوبه‌دوی آن‌ها، از اندازه اثر هجز که برای نمونه‌های کوچک مناسب‌تر است، استفاده شد (جدول ۴). فرمول برآورد اندازه اثر هجز در زیر آورده شده است.

$$SD \text{ Pooled} = \sqrt{\frac{(s1^2) + (s2^2)}{2}} \quad \text{hedges' } g = \frac{M1 - M}{SD \text{ Pooled}}$$

همان‌طور که نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد، اثر اصلی زمان در سه دوره ارزیابی در متغیر وابسته به‌جز مولفه سلامت جسمی کیفیت زندگی معنادار است. به‌عبارتی دیگر بین میانگین‌های ۳ دوره ارزیابی متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. اگرچه تفاوت درون‌گرومی گروه مداخله (در سه دوره زمانی) ولع مصرف مواد و سلامت روانی معنادار است، برای بررسی این‌که کدام مجموعه نمره‌ها با یکدیگر تفاوت دارند، به مقایسه‌های زوجی احتیاج پیدا می‌کنیم که نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داد که مداخله توانسته است ولع مصرف مواد بیماران را از پیش آزمون به

جدول ۴: آماره‌های توصیفی و برآورد اندازه اثر هجز در سه دوره زمانی و مقایسه دوبه‌دو آن‌ها در متغیرهای وابسته (گروه مداخله)

متغیرها	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش-پس	پیش-پیگیری	پس-پیگیری
مؤلفه	M ±SD	M ±SD	M ±SD	ESsg	ESsg	ESsg
ولع مصرف مواد	۳۳/۱ ± ۲۱/۳۴	۱۶/۷ ± ۱۷/۶	۱۴/۲ ± ۱۱/۲۷	۰/۳۸۳	۰/۵۲	۰/۱۴۸
سلامت جسمی	۵۹/۷۵ ± ۹/۸۷	۶۲/۵ ± ۶/۹۵	۶۴/۷ ± ۱/۴	-۰/۵۷	-۰/۹۸	-۰/۴۶
کیفیت زندگی	۴۵/۰۴ ± ۱۳/۹	۶۱/۶۵ ± ۷/۴	۶۲/۷ ± ۷/۱	-۱/۴۶	-۱/۴۸	-۰/۰۰۷

مداخله نیز نشان از تاثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش ولع مصرف مواد و افزایش کیفیت زندگی در بعد سلامت روانی از مرحله پیش‌آزمون به پیگیری دارد. همان‌طور که از جدول ۴ می‌توان مشاهده کرد، در مرحله پیگیری یعنی ۳ ماه بعد از مداخله هنوز تاثیرات درمانی به قوت خویش باقی هستند.

به‌منظور مقایسه‌ی گروه مداخله با گروه کنترل (شرایط بدون درمان) با کنترل تفاوت‌های اولیه گروه‌ها در پیش‌آزمون که به‌عنوان کوواریانس یا هم‌پراش لحاظ شده بود، آزمون تحلیل کوواریانس درون‌گروهی یک‌طرفه استفاده گردید (جدول ۵).

هجز به ترتیب اندازه اثر ۰/۲، ۰/۵ و ۰/۸ را کوچک، متوسط و بزرگ گزارش کرده است. بر اساس جدول ۴ درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون در کاهش ولع مصرف مواد اندازه اثر کوچک ( $hedges'g = 0.383$ ) داشت و در افزایش کیفیت زندگی بعد جسمی اندازه اثر متوسط به دست آمد ( $hedges'g = -0.57$ )، اما در بعد سلامت روانی اندازه اثر بزرگ و قابل قبولی به دست آمد ( $hedges'g = -1.46$ ). از مرحله پیش‌آزمون به پیگیری سه‌ماهه بر اساس طبقه‌بندی هجز اندازه اثر بزرگ‌تری به دست آمد. بررسی اندازه اثر این

جدول ۵: میانگین و انحراف استاندارد و آماره‌های تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه مداخله با کنترل در متغیرهای وابسته

Eta	p.value	F	میانگین مجذورات	Df	منبع	گروه‌های مورد مطالعه		مرحله	مؤلفه	متغیر
						کنترل	مداخله			
						M ± SD	M ± SD			
۰/۰۴۴	۰/۳۷۷	۰/۸۲۰	۱۴۹/۲۹	۱	گروه	۲۰/۵ ± ۹/۳	۱۶/۶ ± ۱۷/۵	پس‌آزمون	ولع مصرف مواد	
			۱۸۲/۰۳	۱۸	خطا					
۰/۲۱۰	۰/۰۴۲	۴/۸*	۵۹۳/۱۳	۱	گروه	۲۳ ± ۱۴	۱۴/۲ ± ۱۱/۲۷	پیگیری		
			۱۲۳/۶	۱۸	خطا					
۰/۰۴۷	۰/۳۵۷	۰/۸۹۶	۴۳/۲۴	۱	گروه	۵۹/۹ ± ۷/۶	۶۲/۵ ± ۶/۹۵	پس‌آزمون	سلامت جسمی	
			۴۸/۲۸	۱۸	خطا					
۰/۱۴۱	۰/۱۰۳	۲/۹	۱۰۹/۴	۱	گروه	۶۰/۴ ± ۸/۲	۶۴/۷۶ ± ۴/۱	پیگیری	کیفیت زندگی	
			۳۷/۱۸	۱۸	خطا					
۰/۲۱۴	۰/۰۴۰	۴/۹*	۵۴۹/۹۵	۱	گروه	۵۲/۳۵ ± ۱۳	۶۱/۶۵ ± ۷/۴	پس‌آزمون	سلامت روانی	
			۱۱۱/۹۴	۱۸	خطا					
۰/۲۸۰	۰/۰۱۶	۷*	۶۳۷/۱۵	۱	گروه	۵۲/۹ ± ۱۲/۱	۶۲/۷ ± ۷/۰۶	پیگیری		
			۹۰/۸۹	۱۸	خطا					

\*\*P<0/01, \*P<0/05

مداخله و گروه کنترل تفاوت معناداری به دست آمد که نشان می‌دهد گروه درمانی ACT در کاهش ولع مصرف مواد در مرحله پیگیری از لحاظ آماری نسبت به شرایط بدون مداخله موثرتر بوده است. در متغیر وابسته کیفیت زندگی در بعد

با توجه به نتایج جدول ۵ با کنترل اثر پیش‌آزمون، نتایج آزمون کوواریانس نشان داد که در متغیر وابسته ولع مصرف مواد در مرحله‌ی پس‌آزمون بین گروه مداخله و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد اما در مرحله پیگیری بین گروه



نشخوار فکری و فاجعه‌پنداری نسبت به گروه کنترل و افزایش تمرکز بر میزان اتخاذ دیدگاه مثبت و برنامه‌ریزی در بیماران می‌شود.

این یافته با نتایج تحقیقات کلدوی و همکاران، آلفونسو، کاراکول، دلگادو- پاستر و وردجو- گارسیا، مارلات، بوئن، چاوالا همسو بوده است (۲۹-۲۷) و همچنین با نتایج کایوانی و همکاران، ون سون و همکاران؛ اسپیرداو همکاران و لاندرو و همکاران در افزایش کیفیت زندگی مؤثر، (۳۳-۳۰) هم‌خوان است. در مطالعه‌ای نشان داده شد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش آسیب روانی ناشی از مصرف متامفتامین مؤثر است (۱۷). بیماران تحت درمان با داروی متادون با مشکلات روان‌شناختی متعددی نظیر استرس، افسردگی، ترس و نوسانات خلقی روبرو هستند (۳۴).

مولفه پذیرش این امکان را برای مراجع تا تجربیات درونی ناخوشایند مثل (میل به مصرف) را بدون تلاش برای کنترل کردن آن‌ها بپذیرد تا این تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسند و تاثیر کمتری بر زندگی فرد بگذارند (۳۵).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مفهوم درهم‌آمیختگی یا گسلس شناختی میزان تأثیری است که یک فکر مثلا (میل به مصرف) روی رفتار دارد؛ رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار بین درهم‌آمیختگی یا گسلس شناختی قرار می‌گیرند و وقتی فرد با افکارش درهم می‌آمیزد نمی‌تواند قضاوت ذهنی خودش از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد (۳۶). پس زمانی که فرد با افکار خود روبرو می‌شود باید بدون آغشته شدن با آن‌ها یا اجتناب از آن‌ها برخورد کند و نظاره‌گر آن‌ها باشد (۳۷). یکی دیگر از تکنیک‌هایی که در جلسات درمانی مورد تاکید قرار گرفت، فرایند اجتناب تجربی است. این فرایند قویا توسط فرهنگ تقویت می‌شوند. فرهنگ این عقیده را پرورش می‌دهد که انسان‌های سالم، درد و رنج روانی ندارند مانند: استرس، افسردگی، خاطرات آسیب‌های گذشته، اضطراب، وسواس و امثال آن. اینکه عدم وجود

سلامت جسمی هم در مرحله‌ی پس‌آزمون و هم در مرحله‌ی پیگیری بین گروه مداخله و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان می‌دهد گروه‌درمانی ACT در افزایش کیفیت به زندگی از لحاظ آماری از شرایط بدون مداخله موثرتر نبوده است. در بعد سلامت روانی هم در مرحله‌ی پس‌آزمون و هم در مرحله‌ی پیگیری بین گروه مداخله و گروه کنترل تفاوت معناداری به دست آمد. تحلیل نتایج نشان می‌دهد گروه‌درمانی ACT در افزایش سلامت روانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری از لحاظ آماری موثرتر از شرایط بدون درمان به‌تنهایی بوده است.

این نوع مداخله در مورد متغیرهای وابسته ذکر شده از شرایط بدون مداخله اثربخش‌تر است. برای هرکدام از مقایسه‌ها ضریب اتا مجزا گزارش شده است که نشان می‌دهد مقدار قابل توجهی از واریانس هرکدام از متغیرهای وابسته از طریق تفاوت‌های موجود در گروه‌های مداخله‌ای (متغیر مستقل) تبیین می‌شود. میزان ضریب اتا متغیر مستقل به ترتیب در مورد متغیرهای وابسته نیز در جدول ۵ گزارش شده است.

## بحث

هدف اصلی این مقاله بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش میزان ولع مصرف مواد و افزایش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سوءمصرف اپیوئیدها از طریق ارزیابی میزان ولع مصرف و کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله و یک دوره پیگیری ۳ ماهه بود و نتایج این مطالعه نشان داد گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اساس پروتکل هیز (۲۰۰۲) به‌طور مؤثری ولع مصرف مواد را کاهش دهد. کیفیت زندگی در دو مولفه سلامت جسمی و سلامت روانی سنجیده شد که در مولفه سلامت جسمی کیفیت زندگی تفاوت معناداری با گروه کنترل نداشت، اما به‌خوبی توانسته است مولفه سلامت روانی کیفیت زندگی بیماران را افزایش دهد. این درمان سبب کاهش

متعهدانه در ارتباط با آن ارزش‌ها، به کار می‌گیرد (۲۳) که این مولفه‌ها بیماران را ترغیب می‌کند تا با وجود موانع و مشکلات در راستای اهداف خود حرکت کنند و از احساسات و افکار منفی همچون ناامیدی، وسوسه و افکار مربوط به مصرف، افسردگی، استرس ناشی از علائم ترک رهایی یابند تا ضمن تحقق اهداف، قدرت برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری خود را بالا برده و با شادکامی ناشی از آن بتوانند رضایت از زندگی خود را افزایش دهند بنابراین بر حوزه‌های قابل تغییر تاکید می‌شود و سبب کاهش ولع مصرف و بهبود کیفیت زندگی می‌گردد. استعاره‌های به کار گرفته‌شده در جلسات مداخله برای آن‌ها الهام‌بخش و تنش‌زدا به نظر می‌رسید و آن‌ها در هنگام کار و تمرین و انتقال این تکالیف به محیط‌های خانوادگی خود علاقه و اشتیاق وافر نشان می‌دادند. نکته‌ی قابل توجه این بود که اعضا با انجام تکالیف و تمرین‌ها و مشاهده‌ی تاثیرات آن‌ها، احساس کنترل بیشتری بر بیماری خویش داشتند؛ بنابراین گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند توانایی مقابله بیمار را در کنار آمدن با وسوسه و نشانه‌های ترک بالا ببرد و سطح کیفیت زندگی در این بیماران را افزایش دهد. این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی از جمله محدود بودن حجم نمونه است که قابل تعمیم به دیگر جامعه‌ها پژوهشی نیست لذا پیشنهاد می‌شود جهت تعمیم نتایج پژوهش حاضر در جمعیت‌های دیگر نیز تکرار شود. همچنین این پژوهش فقط در جامعه‌ی مردان صورت گرفته و تعمیم آن به جامعه زنان باید با احتیاط صورت گیرد.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد انعطاف‌پذیری شناختی در درمان پذیرش و تعهد می‌تواند توانایی مقابله بیمار را در کنار آمدن با افکار و وسواسی مصرف مواد و نشانه‌های ترک به‌عنوان شاخصی برای مصرف در این بیماران افزایش دهد و

رویدادها و تجربیات منفی مطلوب است. راه‌حل‌های اجتنابی (الکل، دارو و مانند آن) در رسانه‌ها به‌صورت گسترده‌ای نمایان می‌شود. نگرش این‌چنینی در بیماری که مبتلا به اختلالی مزمن (میل به مصرف) است می‌تواند منجر به پیامدهای هیجانی منفی بسیاری مانند ترس، اضطراب و افسردگی شود. تصور اینکه این بیماری همیشه با من است منجر به احساس ناامیدی در فرد می‌شود (۲۳). در این درمان بر ارزش‌های افراد تاکید می‌شود و از آن‌ها خواسته می‌شود تا آنچه را از زندگی می‌خواهند مورد بررسی قرار دهند. این تکنیک‌ها سبب می‌شود بیماران حوزه‌های مختلف زندگی از قبیل: خانواده، دوستان، شغلی، سلامت جسمی و روانی، رشد شخصی و امثال آن را مدنظر قرار دهند. این عناصر خود از مولفه‌های کیفیت زندگی هستند. بررسی و تمرین این تکنیک‌ها می‌تواند موجب کاهش ولع مصرف و بهبود کیفیت زندگی بیماران گردد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت در آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی به دلیل مشاهده‌گری بدون داوری، افزایش آگاهی و حضور در لحظه حال، پذیرش و خودداری از اجتناب، فرد توانایی مقابله با شرایط پر استرسی همچون زندگی با شرایط نامطلوب اعتیاد را پیدا می‌کند و همسو با یافته‌های کیانی و همکاران می‌توان گفت شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش میزان عود، افزایش اطاعت درمانی و میزان ابقاء در درمان مؤثر باشد (۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله‌ی عملی - موقعیتی است که مبتنی بر نظریه‌ی نظام ارتباطی است که رنج بشر را ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌داند که توسط آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی پرورش می‌یابد. در بافت روابط درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اقدامات مستقیم و فرآیندهای کلامی غیرمستقیم را به‌منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر به‌واسطه‌ی پذیرش، گسلش شناختی، ایجاد حس متعالی از خود، در لحظه بودن، ارزش‌ها و ایجاد الگوهای عمل

### تشکر و قدردانی

این مقاله به‌عنوان بخشی از پایان‌نامه‌ی دوره کارشناسی ارشد (عباس همت) استخراج و بودجه این مطالعه از محل اعتبارات معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زنجان تامین گردیده است. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان تشکر نموده و سپاس خود را از شرکت‌کنندگان این مطالعه ابراز می‌داریم.

سطح رضایت و امید به زندگی را در آن‌ها بالا ببرد. فرایندهای موجود در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همچون پذیرش، مشاهده گری، گسلش شناختی، توجه و تمرکز به اکنون و تعهد به ارزش‌ها سبب می‌شود که بیماران دیدگاه مثبتی در زندگی خود اتخاذ کرده و کمتر به سرزنش خود و دیگران بپردازند. این نگرش مثبت سبب می‌شود توان تصمیم‌گیری گسترده‌تری داشته باشند.

### References

- 1- Reed E, Amaro H, Matsumoto A, Kaysen D. The relation between interpersonal violence and substance use among a sample of university students: Examination of the role of victimism and perpetrator substance use. *Addictive behaviors*. 2009; 34: 8-316.
- 2- Daley DC, Marlatt GA, Spotts C. Relapse prevention: clinical models and intervention strategies. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine: Principles of Addiction Medicine. 3 ed; 2003.
- 3- Sadvk B, Sadvk V. Summary of psychiatry and behavioral sciences - Clinical Psychiatry Tabriz: Shahr Abi; 1382.
- 4- Heyman GM. Received wisdom regarding the roles of craving and dopamine in addiction: A response to Lewis's critique of addiction: A disorder of choice. *Perspectives on Psychological Science*. 2011; 6: 156-165.
- 5- Tiffany ST. A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and non-automatic processes. *Psychological Review*. 1990; 97: 147-68.
- 6- Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Validity of the minnesota living with heart failure questionnaire as a measure of therapeutic response to enalapril or placebo. *Am J Cardiol*. 1993; 71: 7-1106.
- 7- Narimani M, Maleki-Pirbazari M, Mikaeili N, Abolghasemi A. Appraisal of effectiveness and comparison of exposure and response prevention therapy and acceptance and commitment therapy (act)-based training on improving of obsessive and compulsive disorder patients' components of life quality. *J Clin Psychol*. 2016; 8: 25-36.
- 8- Vanagas G, Padaiga Z, Subata E. Drug addiction maintenance treatment and quality of life measurements. *Medicina (Kaunas)*. 2004; 40: 41-833.
- 9- Kaplan RM, Ries AL. Quality of life: concept and definition. *COPD*. 2007; 4: 71-263.
- 10- Singhi PD, Goyal L, Pershad D, Singhi S, Walia B. Psychosocial problems in families of disabled children. *Br J Med Psychol*. 2011; 63: 82-173.
- 11- Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of

- patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manage*. 2011; 9-41
- 12- Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: description and comparison. *The Behavior Analyst*. 2006: 161-85.
- 13- Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2002: 1129-39.
- 14- Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Antonuccio DO, Piasecki MM, Rasmussen-Hall ML. Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy*. 2004: 689-705.
- 15- Bond FW, Bunce D. The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *J Apply Psychol*. 2013; 1057-67.
- 16- Keogh E, Bond FW, Hanmer R, Tilston J. Comparing acceptance and control-based ping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. *Euro J Pain*. 2005; 9: 591-8.
- 17- Kiani A, Ghasemi N, Poor-Abbasi A. Compare the effectiveness of group psychotherapy based on acceptance and commitment and mindfulness on craving and cognitive emotion regulation in Methamphetamine. *J Res Addict*. 2012; 24: 27-38.
- 18- Smout MF, Longo M, Harrison S, Minniti R, Wickes W, White JM. Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: A preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance Abuse*. 2010; 312: 98-107.
- 19- Hayes SC, Masuda AT, De May H. Acceptance and commitment therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie (Dutch J Behav Therap)*. 2003: 69-96.
- 20- Majid PO. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. *Knowledge & Health*. 2011; 6: 1-5.
- 21- Smout M. Psychotherapy for methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Services South Australia*. 2008.
- 22- Garland EL, Gaylord SA, Palsson O, Faurot K, Mann JD, Whitehead WE. Therapeutic mechanisms of a mindfulness-based treatment for IBS: effects on visceral sensitivity. Catastrophizing, and affective processing of pain sensations. *J Behav Med*. 2012; 35: 591-602.
- 23- Nasiri S, Ghorbani M, Adibi P. The effectiveness of acceptance and commitment therapy in quality of life in patients with functional gastro intestinal disorder. *J Clin Psychol*. 2016; 7: 93-102.
- 24- Ingmar HA, Franken, Vincent M. Brinkinitial validation of two opiate craving questionnaires the obsessive compulsive drug use scale and the desire for drug questionnaire. *Addictive Behaviors*. 2002; 27: 675-85.
- 25- Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life

- assessment (IQOLA) project. *J Clin Epidemiol*. 1998; 51: 12-903.
- 26- Azizi A, Amirian F, pashaei T, Amirian M. Prevalence of unwanted pregnancy and its relationship with health-related quality of life for pregnant women's in Salas city, Kermanshah, Iran. *Iran J Obstet Gyneocol Infertil*. 2007; 14: 24-9.
- 27- Kaldavi A, Borjali A, Falsafinezhad M, Sohrabi F. The effectiveness of mindfulness-based predictive modeling returning in relapse prevention and motivation drug-dependent individuals. *J Clin Psychol*. 2012; 3: 69-79.
- 28- Alfonso JP, Caracuel A, Delgado-Pastor LC, Verdejo-Garcia A. Combined goal Management Training and Mindfulness meditation improve executive functions and decision-making performance in abstinent polysubstance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011; 117: 78-81.
- 29- Marlatt GA, Bowen S, Chawla N, Witkiewitz K. Mindfulness-based relapse prevention for substance abusers: therapist training and therapeutic relationships. New York: Guilford Press; 2008.
- 30- Kaveyani H. Biology theory of personality: Mehr kaveyan Publications; 1386.
- 31- Van Son J, Nyklicek I, Pop V, Pouwer F. Testing the effectiveness of a mindfulness-based intervention to reduce emotional distress in outpatients with diabetes (DiaMind): design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2011; 11: 1-11.
- 32- Schirda B, Nicholas JA, Prakash RS. Examining trait mindfulness, emotion dysregulation, and quality of life in multiple sclerosis. *Health Psychol*. 2015; 34: 15-1107.
- 33- Lenders PJ, Nyklicek I, Dijkman SC, Fonteijn WA, Koolen JJ. A brief mindfulness based intervention for increase in emotional well-being and quality of life in percutaneous coronary intervention (PCI) patients: the MindfulHeart randomized controlled trial. *J Behav Med*. 2014; 37: 44-135.
- 34- Narimani M, Abasi M, Abolghasemi A, Ahadi B. Comparison of the effectiveness of acceptance & commitment with emotion regulation training on adjustment of students with dyscalculia. *Middle Eastern J Disability Studies* 2013; 4: 174-76.
- 35- Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Acceptance and commitment training and its role in psychological wellbeing. *J Personality Soc Psychology* 2003; 84: 48-822.
- 36- Hayes S, Strosahl KD, Wilson K. Acceptance and commitment therapy: second addition. *The process and practice of Mindful change*. 2012.
- 37- Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin C. Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behavior Res Therapy*. 2012; 50: 73-367.

## The Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment to Reduce Craving and Improve the Quality of Life of Addicts Undergoing Methadone Treatment

Hemmat A<sup>1</sup>, Dadashi M<sup>1,2</sup>, Momtazi S<sup>3</sup>, Zenoozian S<sup>1</sup> Mohammadi Bytamar J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dept.of Clinical psychology, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

<sup>2</sup>Social Detriments of Health Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

<sup>3</sup>Dept.of Psychiatry, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

**Corresponding Author:** Dept.of Clinical psychology, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

**E-mail:** Mohsendadashi@zums.ac.ir

**Received:** 22 Apr 2017    **Accepted:** 13 Aug 2017

**Background and Objective:** Today in the third wave of psychotherapy, it is claimed that individuals with cognitive flexibility, awareness, and acceptance of thoughts can modify their feelings and behaviors. The purpose of this study was to determine the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment in the reduction of craving and the improvement of quality of life in addicts receiving methadone treatment.

**Materials and Methods:** In this quasi-experimental study, the statistical population includes all male addicts receiving methadone treatment in Zanjan in 2015-2016. A sample of 30 subjects was selected through convenience sampling and later they were randomly assigned to intervention and control groups. The intervention group participated in 8 sessions of 90-minutes group therapy based on acceptance and commitment. Craving questionnaires of Franken et al. (2002) and quality of life (SF-36) were conducted in the form of pre-test, post-test and a quarterly follow-up period in both groups.

**Results:** Group therapy based on acceptance and commitment could effectively reduce craving and increase mental health ( $P < 0.05$ ). The effectiveness of this intervention in increasing physical health was not statistically significant ( $P > 0.05$ ). The effects of group therapy based on acceptance and commitment on post-test craving and mental health in quality of life were significant in comparison to the control group and these effects remained stable over a quarterly follow-up period.

**Conclusion:** The present study showed that acceptance and commitment therapy is effective in decreasing craving and improving mental health.

**Keywords:** *Acceptance and Commitment Therapy, Methadone Therapy, Craving, Quality of Life*