

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life among Patients under MMT

Dehghani A.* *PhD*, Rezaei Dehnavi S.¹ *PhD*

*Department of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

¹Department of Psychology and Counseling, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Abstract

Aims: Given the importance of quality of life among addicts for more effective treatment, this research was designed to assess the effectiveness of acceptance and commitment therapy on quality of life in patients undergoing methadone maintenance therapy.

Materials & Methods: The present study was a semi-experimental design with control group. The study population was all addicts under Methadone maintenance treatment (MMT) in addiction treatment clinics in Isfahan in 2017. Through cluster sampling, one center was selected. With target sampling 24 people were chosen, and divided randomly into control and experimental groups. Intervention based on acceptance and commitment was held to the experimental group for 8 sessions. The control group did not receive any intervention. Quality of life Questionnaire (WHOROL-BREF, 1996) was used in both groups in pretest and post-test. Data analyzed by spss software V-23, and One-variable covariance analysis.

Findings: ANCOVA analysis results showed the effectiveness of treatment in increasing the quality of life in the experimental group compared with the control group.

Conclusion: Acceptance and commitment treatment techniques is effective in quality of life of patients.

Keywords:

Acceptance and commitment therapy (ACT) [No items found];

Quality of Life [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Quality+of+life>];

Methadone maintenance treatment [No items found];

* Corresponding Author

Tel: +98(31)42291111

Fax: +98(31)42291111

Address: Department of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

ddehghani55@yahoo.com

Received: 17 Sep 2017

Accepted: 23 May 2018

ePublished: 23 Jul 2018

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون

اکرم دهقانی * PhD

گروه روانشناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

صدیقه رضایی PhD

استادیار بخش روان شناسی و مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

چکیده

اهداف: با توجه به اهمیت کیفیت زندگی در بین معتادان جهت درمان مؤثرتر، هدف از این پژوهش بررسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه تمام معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون در کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر اصفهان در بهار ۱۳۹۶ بودند. از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی یک مرکز انتخاب و با روش هدفمند تعداد ۲۴ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش تصادفی شدند. مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه برای گروه آزمایش برگزار شد، و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS 23 مورد ارزیابی قرار گرفتند، و از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه پس از اجرای مداخله، در کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/017$).

نتیجه‌گیری: تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با متادون مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، کیفیت زندگی، درمان نگهدارنده با متادون.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۰۲

*نویسنده مسئول: ajmoo2016@gmail.com

مقدمه

وابستگی و سوءمصرف مواد از مهم‌ترین مشکلات عصر حاضر است که گسترش جهانی پیدا کرده است و هر روز بر شمار قربانیان مصرف مواد افزوده می‌شود^[1]. سوءمصرف مواد تغییردهنده خلق و خو، رفتار و یکی از بارزترین آسیب‌های روانی - اجتماعی است که وابستگی به آن اختلالی پیچیده با علل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است. در واقع در هم تنیدگی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی این معضل را به یکی از پیچیده‌ترین مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی تبدیل کرده است^[2]. علامت اصلی وابستگی به مواد مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که طی آن فرد با وجود داشتن مشکلات قابل ملاحظه مرتبط با مصرف مواد، همچنان به مصرف ادامه می‌دهد. بنابراین وابستگی دارویی، هم از منظر جسمانی و هم از نظر روانی بایستی مدنظر قرار گیرد. در منابع پزشکی بیشتر بر جنبه جسمانی وابستگی تأکید شده است^[3]. اعتیاد و عوارض ناشی از آن در زمره مهم‌ترین معضلات جامعه بشری به شمار می‌آیند.

با توجه به پژوهش‌ها عوامل فردی مانند اختلالات و بیماری‌های روانی از جمله اضطراب و افسردگی از عوامل اعتیاد هستند^[4]. سوءمصرف مواد، اختلال مزمن و عودکننده‌ای است که شروع و تداوم آن متأثر از تعامل عوامل مختلف ژنتیکی، روانی- اجتماعی و محیط است. رویکردهای درمانی برای وابستگی به مواد، بسته به الگوی مصرف و فراهم بودن نظام‌های حمایتی روانی - اجتماعی و با توجه به ویژگی‌های خاص بیماران متفاوت است. در زمینه درمان تقسیم‌بندی‌های متفاوتی برای اهداف درمانی وجود دارد معمولاً این اهداف بر سه ایده تأکید دارند: (۱) قطع وابستگی جسمی به مواد، (۲) قطع وابستگی روانی و کاهش پیامدهای غیر جسمی ناشی از مصرف مواد و مشکلات وابسته به آن و (۳) پیشگیری از عود مجدد بیماری^[5]. تا به حال درمان‌های متعدد دارویی و روان‌شناختی برای اعتیاد به وجود آمده است. از میان درمان‌های دارویی، متادون یک درمان بسیار پرکاربرد است. متادون یک ماده افیونی مصنوعی و یک آگونیست است که پس از مصرف باعث ایجاد سرخوشی، بی‌دردی و سایر اثرات مصرف مواد شبیه افیونی می‌شود. این روش درمانی در سال ۱۹۶۵ توسط ونسال دول و نیس و ندر معرفی شد^[6]. مصرف این دارو از راه دهانی است که مقدار ثابت آن مانع ایجاد سرخوشی شدید به وجود آمده از هروئین می‌شود. درمان نگهدارنده با متادون فواید زیادی به همراه دارد از جمله این که مصرف مواد غیرقانونی را کاهش می‌دهد، زندگی مؤلد را ممکن می‌سازد و به زندگی بیمار ثبات می‌بخشد و در آخر رفتارهای پرخطر به ویژه تزریق مشترک را که همراه با خطر انتقال ایدز و هپاتیت است، کاهش می‌دهد. این دارو نیز در صورتی که خودسرانه و بدون برنامه درست و تحت نظر پزشک مصرف شود می‌تواند وابستگی جسمی به همراه داشته باشد البته وابستگی جسمی این دارو از سایر مواد مخدر کمتر است. همچنین حالت سرخوشی کمتری ایجاد می‌کند. نیمه‌عمر متادون ۲۶-۲۴ ساعت می‌باشد. ۱۲ ساعت بعد از تجویز دوز ابتدایی نیمی از متادون در خون باقی می‌ماند و دوز دوم به آن اضافه می‌گردد، نتیجه این عمل افزایش قابل توجه در میانگین سطح متادون بدون افزایش در دوز آن است. این فرآیند تجمع ادامه می‌یابد تا بعد از ۵-۳ روز نیمه‌عمر دارو به سطح پایداری در خون می‌رسد^[7]. البته این نکته نیز مورد توجه است که توجه به جوانب روان‌شناختی در درمان اعتیاد نقش مهمی در کاهش عود آن، ریزش بیماران از درمان و افزایش سطح تحمل برای ترک شده و باعث بهبود علائم روان‌شناختی برانگیزاننده فرد به سمت مصرف در طول درمان می‌شود. از جمله عوامل مهم در این راستا توجه به کیفیت زندگی افراد تحت درمان با نگهدارنده با متادون است.

در طی سه دهه اخیر توجه به کیفیت زندگی به عنوان

تحقیقات زیادی به تأثیر درمان‌های شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی [15,16,17] در افزایش اثربخشی متادون درمانی و کاهش عود انجام شده‌اند. همچنین از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش شادی در بیماری‌های مختلف [18,19,20,21,22,23,24] و کیفیت زندگی [25,26] انجام شده است. اما اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بیماران تحت درمان با متادون کمتر بکار گرفته شده است، و در رابطه با کیفیت زندگی آن‌ها پژوهشی یافت نشد. با توجه به آن که آمار اعتیاد رو به افزایش بوده و پدیده اعتیاد همان‌گونه که به‌عنوان بلای قرن از آن یاد شده علاوه بر هزینه مالی فراوان، اثرات زیادی بر همه جوانب زندگی فرد می‌گذارد، بنابراین نیاز به مداخلات عمیق و چندوجهی احساس می‌شود. بنابراین با توجه به جدید بودن درمان Act و نیاز مراکز درمان ترک اعتیاد به برنامه‌های درمانی بخصوص برای افزایش بهبود کیفیت زندگی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان Act بر کیفیت زندگی افراد تحت درمان با متادون طراحی شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای با دو گروه، شامل گروه دریافت‌کننده مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه بود. این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره 1396.45.IR.IAU.NAJAFABAD.REC است. جامعه آماری شامل کلیه مصرف‌کنندگان متادون در بهار سال ۱۳۹۶ در شهر اصفهان بود. با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی، یک مرکز ترک اعتیاد انتخاب، و با روش نمونه‌گیری تصادفی از بین مراجعه‌کنندگان به مرکز تعداد ۲۴ نفر مصرف‌کننده متادون انتخاب و به‌صورت قرعه‌کشی در گروه آزمایش (گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گواه گمارش شدند. ۸ جلسه آموزشی برای گروه آزمایش برگزار شد. لازم به ذکر است در این مدت گروه گواه فقط تحت متادون درمانی بوده و مشاوره‌های رایج در مرکز مشاوره را دریافت کردند. پس از جلسات آموزشی، برای هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. معیارهای ورود و خروج به مطالعه عبارت بودند از: مصرف حداقل یک‌ساله متادون، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال، مذکر بودن، حداقل سواد دبیرم، عدم برخورداری از اختلالات روان‌پزشکی (با استفاده از مصاحبه بالینی). تعداد جلسات شامل ۸ جلسه دوساعته بود که به‌صورت هفته‌ای یک بار برگزار شد. خلاصه جلسات اجرا شده در جدول ۱ نشان داده شده است. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 23 و از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

بازار:

یک عامل مهم در ارزیابی نتایج درمانی و اثربخشی درمان در بیماری‌های جسمانی و روانی افزایش پیدا کرده است [8]. کیفیت زندگی به روش‌های گوناگون تعریف شده است. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به‌عنوان ادراک فرد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند در ارتباط با اهداف، انتظارات، معیارها و امور تلقی می‌کند [9]. در مجموع کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلف فیزیکی - روانی و اجتماعی است که گستره وسیعی از طیف زندگی فرد را در بر می‌گیرد. تأثیر این ابعاد روی کل کیفیت زندگی به درک منحصر به فرد هر شخص وابسته است. کیفیت زندگی مفهومی است که بیانگر تأثیرات روحی، جسمی، روانی و اجتماعی بیماری بر روی زندگی روزمره فرد بیمار است که به میزان قابل توجهی نیز بر رضایت شخصی و موفقیت وی در زندگی نیز تأثیر می‌گذارد. یکی از موارد بسیار مهمی که ارزیابی کیفیت زندگی در آن مطرح می‌شود سوءمصرف مواد است. سوءمصرف مواد با پیامدها و عواقب زیادی همراه بوده و شدیداً بر سلامتی جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و زندگی روزمره فرد اثر می‌گذارد. علاوه بر این سبک نامناسب زندگی فرد از عوامل سوق‌دهنده فرد به سمت مصرف مواد می‌باشد [10]. از جمله عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی، میزان انعطاف‌پذیری افراد است. از درمان‌های مطرح و مؤثر بر میزان انعطاف‌پذیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Act) نوعی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی است و ریشه در نظریه جدیدی در مورد زبان و شناخت دارد که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی نامیده می‌شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آن‌ها اجتناب کند [11,12]. Act شش فرآیند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند، این شش فرآیند که عبارتند از پذیرش در مقابل اجتناب، ناهمجوشی در مقابل آمیختگی شناختی، خود به‌عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم‌سازی شده، ارتباط زمان حال در مقابل گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده، تصریح ارزش‌ها در مقابل عدم صراحت ارزش‌ها و ارتباط با آن‌ها و تعهد در مقابل منفصل بودن [13]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای دو بخش ذهن آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است و به افراد آموزش داده می‌شود که با پذیرش احساسات و هیجانات و خودداری از اجتناب تجربی، در لحظه حال و اکنون زندگی کرده و بهتر با وسوسه‌های مصرف خود مقابله کنند [14]. تابه‌حال

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی به تفکیک مراحل پژوهش

| شاخص‌های آماری | آزمایش | | کنترل | |
|----------------|---------|--------------|---------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| پیش‌آزمون | ۷۶/۵۰ | ۱۱/۵۱ | ۷۳/۴۵ | ۹/۳۶ |
| پس‌آزمون | ۸۵/۶۲ | ۹/۰۳ | ۷۲/۱۵ | ۱۰/۰۱ |

داده‌ها بررسی و نتایج حاکی از برقراری این پیش‌فرض داشت ($p > 0/05$)، همچنین نتایج آزمون لون نشان دهنده یکسانی واریانس‌ها در متغیر پژوهش بود ($p > 0/05$). نتایج تحلیل همگنی شیب رگرسیون نشان داد که تعامل متغیر همراه (پیش‌آزمون) و وابسته (پس‌آزمون) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) معنادار نیست ($p > 0/05$). بنابراین فرض همگنی شیب رگرسیون‌ها نیز رعایت شده است. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌ها تحلیل کوواریانس تک متغیری انجام شد و نتایج حکایت از معناداری تفاوت دو گروه داشت. نتایج در جدول ۳ ارائه گردیده است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین گروه‌ها با کنترل

جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه دو گروه در متغیر کیفیت زندگی

| منبع | مجموع مجزورات | درجه آزادی | مجدور میانگین | F | معنی‌داری | مقدار اتا | توان آماری |
|-------------|---------------|------------|---------------|-------|-----------|-----------|------------|
| کیفیت زندگی | ۴۸۳/۲۳۶ | ۱ | ۴۸۳/۲۳۶ | ۷/۵۲۳ | ۰/۰۱۷ | ۰/۳۶۷ | ۰/۷۱۸ |

پیش‌آزمون در نمرات کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p > 0/05$). این نتیجه بدین معنی است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش کیفیت زندگی در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون شده است.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. نتایج نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون تفاوت معناداری وجود داشت، و افزایش نمرات کیفیت زندگی بعد از اجرای درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه گواه مشاهده شد، که خود مؤید اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. مؤمنی و همکاران [8]، پیترسون و ایفرت [25]، پیترسون و ایفرت [26]، نریمانی، علمداری و ابوالقاسمی [28]، محبت بهار، اکبری، ملکی و مرادی [29] در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مؤثر است که با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌راستا می‌باشد. اما نتایج توینگ [13] نشان داد که Act در مقایسه با CBT از تأثیر کمتری برخوردار بوده است؛ که ناهمسو با نتایج این پژوهش است. همچنین نتایج گزالیس و همکاران [10]، کیانی پور [30]، هیز و همکاران [31]، استات و همکاران [32] حاکی از تأثیر قابل توجه فرایندهای احساسی و شناختی بر مصرف مواد، و کارایی بالقوه مداخلات مبتنی بر پذیرش برای مشکلات مربوط به مصرف

جدول ۱) پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش

| | |
|------------|--|
| جلسه اول | معرفی اعضا، انجام پیش‌آزمون، توضیح مختصری در مورد روش درمانی |
| جلسه دوم | توضیح درمان‌دگی خلق، کسب راهکارهای فعلی و ایجاد انگیزه برای تغییر آن‌ها به راهکارهای جدید |
| جلسه سوم | معرفی کنترل به‌عنوان مشکل، شناسایی راه‌های متداول کنترل رفتار و احساسات و بررسی تأثیر این روش |
| جلسه چهارم | درک اهمیت زندگی مبتنی بر ارزش، درک عملکرد اهداف در تولید یک زندگی سالم، تهیه چارت ارزش‌ها در حوزه‌های اصلی |
| جلسه پنجم | آگاهی و پذیرش، آموزش ذهن آگاهی |
| جلسه ششم | تضعیف وابستگی به خود مفهومی، ایجاد آگاهی از خود نظاره‌گر، تمایز بین خود مفهومی و خود نظاره‌گر |
| جلسه هفتم | توجه به نقش محدود زبان در درک تجربیات مستقیم، آموزش خودآگاهی، تضعیف آمیختگی بین خود و زمان |
| جلسه هشتم | خلاصه ای از جلسات قبل، ایجاد تعهد، اجرای پس‌آزمون |

اقتباس از: ایزدی و عابدی (۱۳۹۳)

پرسشنامه کیفیت زندگی: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی یک پرسشنامه ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این آزمون در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با گزینه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی ساخته شد. این پرسشنامه داری ۴ زیر مقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، سلامت اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیر مقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. نجات و همکاران [27] پایایی پرسشنامه را ۰/۸۱ گزارش کردند.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴۰ سال و در گروه گواه ۳۷ سال بود. بیشترین فراوانی تحصیلات در هر دو گروه دیپلم بود. ۶۲ درصد از گروه آزمایش و ۷۰ درصد از گروه گواه شاغل بودند. میانگین تعداد سال‌های مصرف در گروه تعهد و پذیرش ۲ سال و ۵ ماه و در گروه کنترل ۲ سال و ۸ ماه بود. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی دو گروه به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ نشان داده شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه گواه تغییر قابل‌ملاحظه ای داشته است. با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیروف نرمال بودند

تعهد، ضمن فراهم نمودن بستری به‌منظور پذیرش هیجان‌ها، با به‌کارگیری فنون ذهن آگاهی و سایر روش‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد به آموزش بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون برای رهایی از بند مبارزه بی‌حاصل و تلاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد و بیماران را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب می‌کند؛ در نتیجه می‌توان گفت که این امر منجر به افزایش مؤلفه‌های کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌گردد. متادون دارای عوارض فیزیولوژیکی از قبیل وابستگی فیزیولوژیک، تهوع و استفراغ، سرگیجه، احساس سبکی در سر، تعریق شبانه و خستگی، کاهش اشتها در اوایل مصرف، ضعف تنفس، گزارش موردی از افت فشارخون است؛ در نتیجه پیش‌بینی می‌گردد که افراد سلامت جسمانی خوبی را در طول درمان نگهدارنده گزارش نکنند. همچنین افرادی که در حال درمان با متادون (متادون درمانی) هستند، احساس آرامش و سرخوشی را به حد سابق احساس نمی‌کنند و در مقایسه با آرامش و سرزندگی سابق، هیجان‌ها و سرزندگی و عملکرد اجتماعی خود را پایین گزارش می‌کنند. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با افزایش ناهمجوشی شناختی و پذیرش آگاهانه، به بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون کمک می‌کند تا تعاملات و تفکرات منفی را به روش جدیدی تجربه کنند، در نهایت کنش منفی فرد کاهش می‌یابد. افراد یاد می‌گیرند با موقعیت‌ها و تفکراتی که قبلاً از آن اجتناب می‌کردند، درگیر شوند و افکار و احساسات متعاقب آن‌ها را بپذیرند. شفاف‌سازی ارزش‌های ارتباطی و تعهد برای عمل به‌صورت سازگار با این ارزش‌ها، به فرد این فرصت را می‌دهد تا به شیوه‌ای عمل کنند که آن‌ها را به سمت رضایت از زندگی و ارتباط هدایت کرده و بتوانند اضطراب فردی و فیزیولوژیکی را کاهش دهند. از محدودیت‌های این پژوهش عبارت بود از اینکه این پژوهش برای مردان تحت نگهدارنده با متادون در شهر اصفهان انجام شد و در تعمیم نتایج به گروه زنان و دیگر شهرهای کشور باید احتیاط نمود. همچنین با توجه به توان آماری به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌شود که پژوهشی با حجم نمونه بیشتر انجام شود که بررسی زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی نیز میسر شود. همچنین انجام و مقایسه نتایج این پژوهش در دیگر گروه‌های معتاد و دیگر درمان‌های موجود برای ترک مواد توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌ها نتیجه گرفته می‌شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با متادون مؤثر است و از این شیوه درمانی در کلینیک‌های ترک اعتیاد می‌توان بهره گرفت.

تشکر و قدردانی: از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و پرسنل مرکز ترک اعتیاد آرمین کمال سپاسگزاری را داریم
تأییدیه اخلاقی: در تمامی مراحل پژوهش ملاحظات اخلاقی کار با شرکت‌کنندگان رعایت شد.

مواد می‌باشد. مطالعه گزالیس و همکاران^[10] نشان داد که درمان ACT نسبت به CBT در طولانی‌مدت از نتایج بهتری برخوردار بوده است. آنچه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اهمیت دارد، کاهش علائم ترک ذهنی مواد است. این داده‌ها بر اهمیت پیش‌بینی مددجو و ترس از ترک و سایر تجربیات ناخوشایند سم‌زدایی تأکید دارند که به‌صورت علائم فیزیکی مرتبط با اضطراب خود را نشان می‌دهند. هدف اولیه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه روشی است که از طریق آن، مددجو بتواند به رویدادهای خصوصی دشوار، نه خود این رویدادها، نزدیک شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طراحی شده است تا تمایل مددجو را برای پذیرش رویدادها و وقایع خصوصی دشوار افزایش دهد، درحالی‌که با افزایش اقدامات و کنش‌های مبتنی بر ارزش، در مجموع با عنوان انعطاف‌پذیری روانی مورد اشاره قرار می‌گیرد. اکثر بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون اضطراب و افسردگی خود را دلیل بر مصرف بالاتر دوز متادون و عودهای مکرر خود می‌دانند. با توجه به اثری که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی و سایر علائم روان‌شناختی دارد^[18,19,21,22,24,33,34] می‌توان بهبود علائم روان‌شناختی را دلیلی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران دانست. در تبیین نظری این یافته‌ها باید بیان نمود آموزش تعهد و پذیرش که متضمن حل مسئله شناختی رفتاری، آگاهی لحظه‌به‌لحظه نسبت به هیجان‌ها (ذهن آگاهی) و پذیرش بی‌قیدوشرط ذهن است، باعث می‌شود که افراد مهارت‌های موردنیاز برای حل مشکلات را در خود تقویت نمایند. از آنجایی‌که این بیماران دچار تحریف‌ات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد هستند، فعال شدن این افکار نه‌تنها باعث تمرکز فرد بر روی خود، نا‌ارزنده‌سازی و ناامیدی نسبت به آینده و در نتیجه کاهش خلق می‌شود، بلکه تأثیر زیادی نیز بر روی تشدید علائم می‌گذارد. آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار غیرمنطقی و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مسئله که در درمان تعهد و پذیرش، ناهمجوشی شناختی نام دارد با تأثیر بر روی این جنبه‌ها می‌تواند در نهایت بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون تأثیرگذار باشند. به‌طورکلی ذهن آگاهی یکی از مفاهیم کلیدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد که یافته‌ها نشان داده است مدیریت استرس قادر است در کاهش رنج روان‌شناختی و ارتقای کیفیت زندگی نقش مؤثری داشته باشد^[31]. پذیرش، فرایند اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که تعهد را تسهیل می‌کند. فرآیندهای تعهد شامل استفاده از تمرینات تجربه‌ای و استعاره‌هاست تا به بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون کمک کند اهدافی که به‌طور هدفمند و معنادار در زندگی‌شان برمی‌گزینند را به‌طور کلامی بیان کنند (یعنی ارزش‌ها) و به تغییرات رفتاری پایدار که بر اساس این ارزش‌ها هدایت می‌شود، متعهد شوند (یعنی عمل متعهدانه). پذیرش افکار شخصی، هیجان‌ها و احساسات به‌منظور تسهیل روند عمل متعهدانه هدایت‌شده بر اساس ارزش‌ها طراحی شده‌اند^[35] اجرای مداخله گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و

J Res on Addic. 2013;7(27):79-92.

9- Katsching H. Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*. 2006;5(3):139-45.

10- Gonzalez – Menendez A, Fernandez P, Rodriguez F, Villagra P. Long – term outcomes of acceptance and commitment therapy in drug-dependent female inmates: a controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2014;14:18-27.

11- Stafford-Brown J, Pakenham KI. The effectiveness of an ACT informed intervention for managing stress and improving therapist qualities in clinical psychology trainees. *Clinical Psychology*. 2012;68(6):592-13.

12- Ezadi R, Adedi MR. Acceptance and commitment therapy. *Gangal publishd*; 2014.

13- Twohig MP. The application of acceptance and commitment therapy to obsessive – compulsive disorder. *Cogn Behave Pract*. 2009;16(1):18-28.

14- 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;31(2):98-107.

15- Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. Differences in early maladaptive schemas between a sample of young adult female substance abusers and a non-clinical comparison group. *Clin Psychol Psychother*. 2014;21(1):21-8.

16- Lee NK, Cameron J, Jenner L. Asystematic review of interventions for co-occurring substance use and borderline personality disorders. *Drugs and Alcohol Review*. 2015;34(6):663-72.

17- Ghandehari A, Dehghani A. Effectiveness of group schema therapy on Disconnection- rejection and impaired autonomy-performance in men under Methadone maintenance Treatment. *Journal of Health System Research*. 2018;14(1):Onlin.

18- Akbarkhah M, Dehghani A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression and self-esteem in women with major depression disorder. 2018, 13(4): Onlin.

19- Moradi K, Dehghani A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on happiness and social desirability of women in seminary. *Journal of Cultural Education of Women and Family*. 2018;13(42): Onlin.

20- Howells A, Ivtzan I, Eiroa-Orosa F. Putting the ‘app’ in happiness: a randomised controlled trial of a smartphone-based mindfulness intervention

تعارض منافع: در پژوهش حاضر بین نویسندگان تعارض منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان: اکرم دهقانی (نویسنده اول و مسئول)، روش شناسی و تحلیل آماری (۷۰٪): صدیقه رضایی: نگارنده مقدمه و بحث (۳۰٪).

منابع مالی: این پژوهش حاصل کار نویسندگان مقاله بوده و منابع مالی آن شخصی است.

منابع

1- Agrawal A, Budney AJ, Lynskey MT. The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: A review. *Addiction*. 2012;107(7):1221-33.

2- Ekhtiari H, Rezvanfard M, Mokri A. Impulsivity and its different assessment tools: a review of view points and conducted researches. *IJCPC*. 2008;14(3):247-57.

3- Jandaghi F, Neshat-Doost HT, Kalantari M, Jabal-Ameli Sh. The effectiveness of group cognitive-behavioral stress management on anxiety and depression in people with substance abuse and methadone maintenance therapy. *J Clinical Psychology*. 2013;5(4):43-53.

4- Mohseni-Tabrizi A, Jazayeri A, Babaei N. Factors affecting substance abuse in Iran: a meta-analysis of 49 psychosocial studies. *J Social Problems*. 2012;1(1):175-200.

5- Ghorbany T, Mohamad Khany Sh, Saramy Gh. The comparison of effectiveness of cognitive-behavioral group therapy based on coping skills and methadone maintenance treatment in improvement of emotional regulation strategies and relapse prevention. *Research on Addiction*. 2011;5(17):59-74.

6- Newcombe DA, Bochner F, White JM, Somogyi AA. Evaluation of levo-alpha-acetylmethadol (LAAM) as an alternative treatment for methadone maintenance patients who regularly experience withdrawal: a pharmacokinetic and pharmacodynamic analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2004;76(1):63-72.

7- Abidizadegan A, Mikayili Manee F, Ghaderpur Azr S, Sheikhi S, Kargar B. The effectiveness of training cognitive emotion regulation strategies and methadone treatment on improving the quality of life of men with substance use. *J Urmia Univ Med Sci*. 2014;25(5):425-34.

8- Momeni F, Moshtagh N, Poorshahbaz A. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on improving quality of life in opiate addicts under methadone maintenance treatment.

- 28- Narimani M, Alamdari E, Abolghasemi ????. The study of the efficiency of acceptance and commitment-based therapy on the quality of Infertile women's life. *J Family Counselling & Psychotherapy*. 2014;4(3):387-405
- 29- Mohabbat Bahar S, Akbari ME, Maleki F, Moradi Joo M. The effectiveness of group psychotherapy based on acceptance and commitment on quality of life in women with breast cance. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2014; 9(34):17-26.
- 30- Kiani A, Ghasemi N, Pourabbas A. The comparsion of the efficacy of group psychotherapy based on acceptance and commitment therapy, and mindfulness on craving and cognitive emotion regulation in methamphetamine addicts. *J Research on Addiction*. 2013;24(1):27-36.
- 31- Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*. 2004;35(4):639-65.
- 32- Stotts AL, Masuda A, Willson K. Using acceptance and commitment therapy during methadone dose reduction: rationale, treatment description, and a case report. *Cogn Behave Pract*. 2009;16(2):205-13.
- 33- Wicksell KR, Kanstrup M, Kemani MA, Holmstrom L, Olsson G. Acceptance and commitment therapy for children and adolescents with physical health concerns. *Current Opinion Psychology*. 2015;2:1-5
- 34- Bricker J, Tollison S. Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: a conceptual and clinical review. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 2011;39(05):541-59.
- 35- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Bissett R, Piasecki M, Batten SV, et al. A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*. 2004;35(4):667-88.
- to Enhance Wellbeing. *Journal of Happiness Study*. 2016;17(1):163-85.
- 21- Hor M, Aghaei A, Abedi A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes. *Journal of Research in Behavioral Science*. 2013;2(26):121-8
- 22- Anvarit M, Neshatdost H. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on indices Pain, stress, anxiety, depression, disaster-concept and life satisfaction Male patients with chronic pain. 2013. [Master's Thesis]. Faculty of Psychology, University of Isfahan.
- 23- Bohlmeijer ET, Lamers SM, Fledderus M. Flourishing in people with depressive symptomatology increases with acceptance and commitment therapy. Post hoc andyses of a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2015;65:101-6.
- 24- Folk F, Parling T, Melin I. Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long -term sick leave. *Cogn Behave Pract*. 2012;19(4):583-94.
- 25- Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009;16(4): 430-42.
- 26- Peterson DB, Eifert HG. Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2011;18(4):577-87.
- 27- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The world health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Ournal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006;4(4):1-12.