

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی در افراد معتاد
تحت درمان نگهدارنده با متادون

The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on psychological well-being in addicted people Methadone maintenance treatment

ساره پیمان^{۱*}، مهین عسکری^۲، سید عبدالوهاب سماوی^۳، آرزیتا امیرفخرایی^۴

Abstract

Drug addiction as a psychiatric disorder with biological, psychological, social and spiritual dimensions is one of the problems of the present age. drug use and the phenomenon of addiction it is a chronic and reversible phenomenon that causes serious physical, financial, family and social harm. People who abuse drugs are often unable to cope with their problems and have a low degree of psychological well-being. For this reason many studies have been done in this field so that treatment methods can be as successful as possible to help infected person and reduce the disease as much as possible. The aim of this study includes the effectiveness of community-wide psychological therapies for addiction treatment. Is rooted. Which includes addicted people. The aim of this study was to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on psychological well-being in methadone maintenance (MMT) addicts in Shiraz addiction treatment centers. The results of analysis of covariance indicate that treatment

چکیده

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک اختلال روان‌پزشکی، با ابعاد زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی یکی از مشکلات عصر حاضر است. مصرف مواد مخدر و وابستگی به آن، پدیده مزمن و بازگشت‌پذیری است که آسیب جدی جسمانی، مالی، خانوادگی و اجتماعی به همراه دارد. افرادی که سوء مصرف مواد مخدر دارند اغلب در مقابله با حل مسائل خویش ناتوان هستند و از درجه پایین بهزیستی روان‌شناختی برخوردار می‌باشند. به همین منظور مطالعات زیادی در این زمینه صورت گرفته است تا روش‌های درمانی، هر چه بیشتر بتواند جهت کمک به فرد مبتلا موفق باشد و تا حد ممکن درصد عود بیماری کاهش یابد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی در افراد معتاد تحت درمان نگهدارنده با متادون در مراکز ترک اعتیاد شیراز بود. این پژوهش با روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و روش نمونه‌گیری هدفمند و جایگزینی تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری شامل گروه کنترل و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف بود که با استفاده از روش‌های آماری

۱. دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران mahinask2005@yahoo.com

۳. گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

۴. گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

with acceptance and commitment therapy based on increases psychological well-being in addicts ($P < 0.05$). The above results show that the treatment based on acceptance is an effective treatment for the recovery of patients with addiction and this method can be used along with other drug methods.

Keywords: addiction, Acceptance and Commitment Therapy, psychological well-being, Methadone

تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) و با استفاده از نرم افزار SPSS22 انجام شد. نتایج بدست آمده از آنالیز کوواریانس نشان از آن دارد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش بهزیستی روان شناختی در معتادان می گردد ($P < 0.05$). نتایج فوق نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان موثری برای بهبود بیماران مبتلا به اعتیاد می باشد و می توان از این شیوه درمانی در کنار سایر روشهای دارویی استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهزیستی روان شناختی، معتاد، متادون

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک اختلال روان پزشکی، با ابعاد زیست شناختی، روان شناختی، اجتماعی و معنوی یکی از مشکلات عصر حاضر است. گسترش مصرف مواد مخدر در جامعه امروزی به حدی است که حتی قشر جوان و تحصیل کرده را نیز به سمت خود کشانده است (دیکلمنته^۱، ۲۰۱۸). اعتیاد بانی پدید آمدن بسیاری از ناهنجاری های اجتماعی و آسیب های خانوادگی می باشد. معضل اعتیاد علاوه بر ایجاد مشکلات و عوارض جسمی و روانی آن برای شخص معتاد می شود، سلامت جامعه را از نظر بهداشتی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی مورد تهدید و آسیب جدی قرار می دهد و در اجتماع باعث رشد و گسترش انواع مختلف آسیب های اجتماعی منجر می شود (کاکویی و قوامی، ۲۰۱۵). نتایج مطالعات متعدد مبین آن است که پیامدهای جسمی و روانی اعتیاد به کاهش کیفیت رضایت زندگی و افت جدی در کنش های فردی و اجتماعی و سلامت روان در افراد مصرف کننده منجر می شود. سوء مصرف مواد در بسیاری از اوقات سلامت روان افراد را به خطر می اندازد. اغلب پژوهش ها نشان می دهند که افراد معتاد سطح بالایی از اضطراب، استرس و افسردگی و سطح پائین تری از تنظیم خلق منفی را تجربه می کنند (شیخ الاسلامی، ستوده، زینعلی، طالبی، ۱۳۹۲). در مورد کیفیت زندگی افراد معتاد پژوهش های زیادی انجام شده است و یافته های این پژوهش ها نشان دهنده این است که از پیامدهای جسمی و روانی اعتیاد در شخص معتاد به کاهش کیفیت رضایت زندگی و افت جدی در کنش های فردی و جامعه و بهداشت جان و روح در معتادین اشاره نمود. بیشتر مطالعات نشان دهنده این موضوع است که معتادین درجات بالاتری از تشویش و اضطراب و پریشانی و درجات کمتری از هنجارهای خلق منفی را تجربه می کنند (موحدی و همکاران، ۱۳۹۳). یکی از راه های درمان دارویی معتادان، درمان نگهدارنده بوسیله متادون است با استفاده از درمان به وسیله متادون علایم سندروم ترک اعتیاد در افراد معتاد در حال ترک به حداقل می رسد (گاریدو و تروکونیز، ۱۹۹۹). در بیشتر روش های درمانی بر حفظ و نگهداری رفتار جدید افراد تحت درمان یا به عبارتی پیشگیری از عود تاکید می شود (اولاری، ۲۰۱۰). در بررسی علل شروع اعتیاد و عود آن پس از درمان به عوامل مختلفی مانند تنیدگی و نبود مهارت های رویارویی کافی، نداشتن جرات و سطح سلامت روانی و همچنین به ناکارآمد بودن وضعیت خلقی اشاره دارند (رستمی و همکاران، ۲۰۱۶). بهزیستی روان شناختی از عوامل مهم و موثر در پیگیری و سرعت بخشیدن روند درمان ترک اعتیاد می باشد. بهزیستی

1 - Diclemente

2 - Garrido, & F. Trocóniz

3 - O'Leary

روان شناختی از احساس رضایت کلی از زندگی خود و دیگران است که دارای مولفه شناختی و هیجانی است. مولفه شناختی نشان دهنده رضایت مندی فرد از زندگی و ارزیابی فرد از جنبه های مختلف زندگی و مولفه هیجانی توصیف داشتن احساس مثبت و نداشتن احساس منفی است (مایر، ۲۰۰۳). یافته های مطابق با مطالعات موجود نشان می دهند که بهزیستی روان شناختی در بین مصرف کنندگان مواد مخدر، پایین می باشد (وارورک و گال، ۲۰۰۱).

مطالعات نشان داده اند که بسیاری از معتادان دارای نارسایی ها و کاستی های شخصیتی بوده و از طریق برخورد و برقراری ارتباط با افراد معتاد به این راه سوق داده می شوند. در یک مطالعه بر روی زنان وابسته به سوء مصرف مواد می گردد و به عنوان روش مداخله موثر در کنار درمان های دارویی مورد استفاده قرار گیرد (فروزانفر و همکاران، ۲۰۱۸). هاپوود و همکاران^۱ (۲۰۱۵) بیان می کنند افرادی که سوء مصرف مخدر دارند در مقابله با مسائل خویش ناتوان هستند و از درجه پایین بهزیستی روان شناختی برخوردار می باشند و با تقویت جنبه های مثبت نگر بهزیستی روان شناختی در افراد معتاد، موفقیت این افراد در ترک اعتیاد و عدم بازگشت افراد موثر است. سازه بهزیستی روان شناختی، بنابر جهت گیری نظری گوناگون از عوامل و قسمت های مختلفی تشکیل شده است، از جمله می توان به معنویت، رشد و بالندگی فردی، رضایت از زندگی، شادی، روابط مثبت با دیگران، خویشتن پذیری، معناداری، سازگاری و تسلط بر محیط، خوش بینی، و هدفمندی در زندگی اشاره کرد (سفیریان و همکاران، ۲۰۱۴؛ مومنی، ۲۰۱۳؛ احدی، ۲۰۱۲). مدل ریف از مهم ترین مدل های حوزه بهزیستی روان شناختی به شمار می رود. اگر بخواهیم شش بعد بهزیستی روان شناختی را به طور خلاصه در یک جا جمع کنیم، عبارت است از پذیرش خود، تسلط به محیط، رشد شخصی، هدف و جهت گیری، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران (ریف، ۲۰۰۴).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در عمل می تواند در قالب شش فرایند که از درون با هم مرتبط هستند، مورد توجه قرار بگیرد. این شش فرایند عبارتند از پذیرش، ناهم آمیزی، ارتباط با لحظه اکنون، عمل متعهدانه، خود به عنوان بافت و ارزش ها. راهبردهای اصلی درمان برای مقابله با آسیب شناسی روانی در رابطه با این فرایندها تعیین می شود. این فرایندهای اساسی در بسیاری از زمینه های مهم با هم مرتبط هستند و هیچ یک از آن ها نباید کاملاً مجزا در نظر گرفته شود (باخ و موران، ۲۰۰۸). چنانچه این رویکرد برای اختلالات مصرف مواد به کار رود، مراجعین، به جای مصرف مواد، با روش های پذیرش و ذهن آگاهی رابطه با تجربه های داخلی (مثال، در پاسخ به ولع یا فرار از احساس منفی)، همزمان با حرکت رو به جلو در ایجاد الگوهای معنادار فعالیت هایی را می آموزند که با مصرف مواد ناهماهنگ است. به علاوه به علت ماهیت فراتشخیصی این رویکرد، می تواند به طور موثری مشکلات روان شناختی مهم همراه با مصرف مواد شامل افسردگی، اضطراب را هدف بگیرد (لی و همکاران، ۲۰۱۵). افراد مصرف کننده مواد احساسات (مثلاً، افسردگی، اضطراب) و افکار ناخوشایند (مثلاً، من یک شکست خورده هستم) را تجربه می کنند هر دو پیامد های مصرف مواد مخدر است. مصرف مواد مخدر و دیگر رفتارهای اعتیاد آور اغلب برای اجتناب و یا کنترل این تجربیات داخلی و ناراحتی همراه با آن ها به کار می رود. پیامدهای پریشان کننده و اجتناب ناپذیر منفی مصرف مواد مخدر اغلب به طور مداوم به چرخه مداوم اجتناب تجربه ای منجر می شود (استاتز و نرثراپ، ۲۰۱۵). با توجه به مطالبی که در بالا اشاره شد هدف اساسی مطالعه حاضر بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی در افراد معتاد تحت درمان نگهدارنده با متادون در مراکز ترک شیراز بود.

1 Warwerk

2 Gal

3-Hopwood

روش

این پژوهش براساس تحقیقات نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل اجراء شد. دیاگرام طرح به شرح زیر بود:

E	y _b	x	y _a
C	y _b	~x	y _a

Y_b: متغیر وابسته پیش از دستکاری متغیر مستقل

Y_a: متغیر وابسته پس از دستکاری متغیر مستقل

X: بکارگیری متغیر مستقل

~X: عدم اعمال متغیر مستقل

E: گروه آزمایش

C: گروه کنترل

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری مطالعه حاضر مشتمل بر بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شیراز در سال ۱۳۹۹ بود. طبق جدول کوهن (۲۰۰۱، نقل از سرمد، بزرگان و حجازی، ۱۳۷۹) برای انجام پژوهش آزمایشی با دو گروه (آزمایش و کنترل) چنانچه سطح معناداری ۰/۰۵ و حجم اثر مساوی ۰/۵۰ اختیار شود با گزینش ۲۰ شرکت کننده در هر گروه توان آزمون برابر ۰/۸۸ به دست خواهد آمد. ابتدا براساس نمونه گیری هدفمند از افراد مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد تعداد ۴۰ نفر که براساس اجرای پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف نمره های پایین تر از حد میانگین گرفته بودند، به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند و در مرحله بعد، به طور تصادفی در دو گروه 20 نفری، گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) گروه کنترل گمارده شدند.

ملاک های ورود عبارت بودند از اعتیاد به تریاک، گذشت حداقل شش هفته از شروع درمان نگهدارنده با متادون، داشتن سطح تحصیلات حداقل دیپلم، داشتن سن حداقل ۱۸ سال، و عدم مصرف داروهای ضدسایکوز و تضعیف کننده سیستم اعصاب (بنزودیازپین ها)، نداشتن اختلالات شخصیتی، عدم مصرف همزمان سایر مواد مخدر، عدم مصرف متامفتامین ها، عدم مصرف مواد بصورت تزریقی. ملاک های خروج نیز عبارت از عدم حضور در جلسات درمان بطور منظم بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش عبارت بودند از: حضور داوطلبانه و آگاهانه، حفظ سلامت شرکت کنندگان و عدم افشاجری اطلاعات آن ها، عدم دریافت هزینه از شرکت کنندگان. همچنین بعد از اجرای تحقیق گروه کنترل نیز وارد دوره درمان شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه بهزیستی روان شناختی

این مقیاس را ریف (۱۹۸۹) ساخته و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. بهزیستی روان شناختی یک مفهوم چند مؤلفه ای و در بر گیرنده: ۱- پذیرش خود یعنی نگرش مثبت به خود و پذیرش جنبه های مختلف خود مانند ویژگی های خوب و بد و احساس مثبت درباره زندگی گذشته ۲- روابط مثبت با دیگران: احساس رضایت و صمیمیت از روابط با دیگران و درک و اهمیت این وابستگی ها ۳- خودمختاری: احساس استقلال و اثر گذاری در رویدادهای زندگی و نقش فعال در رفتارها ۴- تسلط بر محیط: حس تسلط بر محیط، کنترل فعالیت های بیرونی و بهره گیری مؤثر از فرصت های پیرامون ۵- زندگی هدفمند: داشتن هدف در زندگی و باور به اینکه زندگی حال و گذشته وی معنا دار بوده است ۶- رشد شخصی: احساس رشد بادوام و دستیابی به تجربه های نو به عنوان یک موجود دارای استعداد های بالقوه. مجموع نمرات این شش عامل به صورت نمره کلی بهزیستی روان شناختی محاسبه می شود. شیوه نمره گذاری در این مقیاس طبق

مقیاس لیکرت ۱ تا ۷ است که البته بعضی از سؤالات به شیوه معکوس نمره گذاری می شود که شماره های آن به شرح زیر می باشد: ۲-۱۲-۱۳-۱۴-۱۸-۱۹-۲۰-۲۴-۲۶-۲۹-۳۵-۴۰-۴۳-۴۴-۵۰-۵۳-۵۶-۵۸-۷۰-۷۳-۷۷.

روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان شناختی در پژوهش های متعددی مناسب گزارش گردیده است. دایرندوک (۲۰۰۵) همسانی درونی خرده مقیاس ها را مناسب و آلفای کرونباخ آنها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ یافته است. ریف (۱۹۹۵) همسانی درونی مقیاس های بهزیستی روان شناختی را بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است. روایی نسخه فارسی پرسشنامه در مطالعه بیانی، محمد کوچکی و بیانی (۱۳۸۷) مطلوب گزارش شده بود (خانجانی، ۱۳۹۳).

روش اجرا

در این پژوهش از پروتکل درمانی برگرفته از پروتکل هیز، استروسال و ویلسون (۱۹۹۹) و توهی (۲۰۰۷) ترجمه محمدی، صالح زاده ابرقویی و نصیریان (۱۳۹۴) استفاده شد. در این پروتکل بیماران را با توجه به "اینجا و اکنون"، با مشکلات روبه رو کرده و آن ها را بر توجه و آگاهی دعوت کرده و موجبات تغییر فراهم می شود. در این پروتکل بیماران به طور مداوم مفاهیم پذیرش، گسلش، توجه آگاهی و عمل طبق ارزش ها را انجام می دهند. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول زیر آمده است:

جدول ۱: خلاصه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه های درمان	رئوس درمان برای گروه آزمایش
۱	آشنایی با بیمار، برقراری رابطه درمانی، بیان مقررات حاکم بر جلسات درمان، معرفی و ارزیابی هیجان، شروع درماندگی خلاق، ارائه تکلیف
۲	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ادامه درماندگی خلاق، استعاره چاله و شناسایی راه حل های ناکارآمد برای حل مشکل، ارائه تکلیف
۳	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، بررسی راهبردهای کنترل خاصی که فرد تا کنون استفاده کرده است، معرفی کنترل به عنوان مسئله، بحث در مورد دنیای درون و تفاوت آن با دنیای بیرون، ارائه تکلیف
۴	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، معرفی پذیرش و تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل، استعاره میهمان و بیان احساسات پاک و ناپاک، ارائه تکلیف
۵	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، آشنایی با ویژگی های پنهان زبان که باعث آمیختگی می شود، بیان گسلش و استعاره اتوبوس، ارائه تکلیف
۶	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، معرفی انواع خود، استعاره شطرنج، آشنایی با گذشته و آینده مفهوم سازی شده، ارائه تکلیف
۷	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده گر، شناسایی ارزش ها و سنجش ارزش های مراجع، ارائه تکلیف
۸	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور، تمایل به جای اجتناب، استعاره مسافران در اتوبوس، ارائه تکلیف
۹	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، پذیرش افکار و هیجانات نامطبوع در زمان حال و اکنون، ارائه تکلیف
۱۰	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، تمرین تکنیک های درمان، آموزش چگونگی برخورد با موانع در یک زندگی ارزشمند، ارائه تکلیف
۱۱	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، تعهد به عمل و ارزش ها با وجود موانع، استعاره نهال و ارائه تکلیف
۱۲	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ارزیابی تعهد به عمل و ارائه تکلیف دائمی

یافته ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های آزمایشی از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) استفاده شد. پس از بررسی داده‌ها از طریق اکسپلور، داده پرت قابل ملاحظه‌ای مشاهده نشد و تعداد داده‌های گمشده نیز در حد صفر بود.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمره‌های گروه‌های تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (n=۲۰) و گروه

کنترل (n=۲۰) در بهزیستی روان شناختی

گروه‌ها	مراحل	میانگین	میانه	انحراف معیار	k-s	Sig
گروه آزمایشی	پیش آزمون بهزیستی	۱۱۰/۵۵	۱۰۵	۶۴/۱۴	۰/۵۰۸	۰/۹۵۸
	پس آزمون بهزیستی	۲۰۵/۶۵	۲۰۶/۵	۹۹/۱۸	۱/۰۹۲	۰/۱۸۴
گروه کنترل	پیش آزمون بهزیستی	۱۴۱	۱۳۳	۵۰/۶۰	۰/۷۴۱	۰/۶۴۲
	پس آزمون بهزیستی	۱۵۹/۲۰	۱۶۴/۵۰	۵۰/۷۲	۰/۶۷۹	۰/۷۴۶

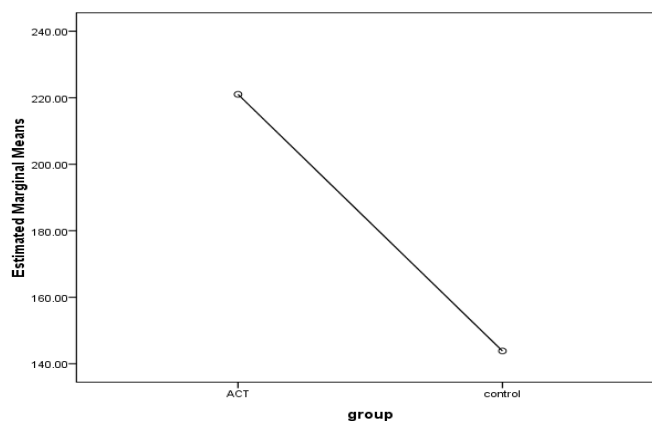
فرضیه: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی افراد معتاد تحت درمان نگهدارنده با متادون تاثیر دارد.

جدول ۳: خلاصه آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها

منابع	SS	df	MS	F	مجذور ای‌تا
گروه	۵۵۵۵۱/۴۲۲	۱	۵۵۵۵۱/۴۲۲	۱۹/۳۱۷**	۰/۳۴۳
خطا	۱۰۶۴۰۵/۹۰۰	۳۷	۲۸۷۵/۸۳۵		

**معنادار در سطح ۰/۰۱

با توجه به نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها و شاخص‌های محاسبه شده (نسبت F و سطح معناداری آن) می‌توان نتیجه گرفت که میانگین‌های نمره‌های ۲ گروه در متغیر بهزیستی روان شناختی متفاوت است. در نتیجه، شواهد کافی برای پذیرش فرضیه تحقیق وجود دارد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در پس آزمون بهزیستی روان شناختی از گروه کنترل بالاتر بوده است.



شکل ۱: توزیع میانگین‌های اصلاح شده نمره‌های آزمودنی‌های دو گروه در پس آزمون بهزیستی روان شناختی

بحث و نتیجه گیری

از نتایج این مطالعه استنباط شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود بهزیستی روان شناختی افراد معتاد تحت درمان نگهدارنده با متادون می شود در نتیجه، شواهد برای پذیرش فرضیه پژوهش کافی است. یافته های این پژوهش با مطالعه ساداتی بالادهی و سیاردوست تبریزی (۱۳۹۸) با عنوان بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی افراد معتاد همسو است. همچنین این یافته ها با پژوهش گارنفسکی (۲۰۰۵) و ولز (۲۰۱۲) سازگار است. در تبیین نتایج پژوهش حاضر می توان گفت مفهوم بهزیستی روان شناختی به توانمندی فرد برای توجه به موقعیت کنونی و استفاده از فرصت های آن موقعیت برای قدم گذاشتن در مسیر اهداف و ارزش های درونی با علم بر وجود اتفاقات روان شناختی غیرقابل پیش بینی اشاره دارد. یکی از شاخص های اصلی بهزیستی و عکس العملی موفق است و نقش مهمی در سازگاری با وقایع تنیدگی زدایی زندگی دارد (گراس، ۲۰۱۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس مجموعه قواعدی استوار است که انعطاف پذیری روانی انسان را ارتقاء می دهد. طبق تحقیقات هر چه سطح انعطاف پذیری روانی بالاتر باشد، کیفیت زندگی بهتر می شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فراوانی یا تغییر محتوای خاص تجربه های درونی تمرکز نمی شود، بلکه بر تغییر رابطه فرد با رفتار تمرکز می شود. در این درمان به جای تغییر شناخت ها سعی می شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در عمل می تواند در قالب شش فرایند که از درون با هم مرتبط هستند، مورد توجه قرار بگیرد. این شش فرایند عبارتند از پذیرش، ناهم آمیزی، ارتباط با لحظه اکنون، عمل متعهدانه، خود به عنوان بافت و ارزش ها. شواهد تجربه ای نشان می دهند که اجتناب تجربه ای در ایجاد اعتیاد و به عنوان یک عامل بازدارنده برای ورود به درمان نقش مهمی ایفا می کند. احتمال اینکه سوء مصرف مواد، توسط اجتناب تجربه ای همراه با پیامدهای بی حس کننده زندگی اعتیاد، برانگیخته شود، نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است یک درمان بالقوه موثر برای این جمعیت باشد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مهم ترین هدف به وجود آوردن انعطاف پذیری روانی می باشد، یعنی به وجود آوردن توانایی گزینش و انتخاب عملی از میان گزینه های مختلف و انتخاب مناسب ترین گزینه ها است، نه اقدامی که مخصوصاً جهت جلوگیری از تفکرات احساسی، رویدادهای گذشته یا خواسته هایی که باعث آشفتگی می شود (پور فرج عمران، ۱۳۹۰). به همین دلیل مشکلات روان شناختی انسان به طور عمده به خاطر عدم انعطاف پذیری روانی بوجود می آید که کاهش همجوشی شناختی و اجتناب تجربه ای می تواند عامل مهمی در جهت افزایش آن باشد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می گردد که ذهن فرد کمتر درگیر افکار ناخوشایند گردد. این روش درمانی به بیماران یاد می دهند که از افکار و تخیلات منفی خود فاصله بگیرند و صرفاً از احساسات، افکار و سایر اتفاقات خصوصی زندگی خود جدا نشوند (باخ و موران، ۱۳۹۴). از جمله عواملی که باعث تاثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی افراد معتاد شده است شاخص هایی مانند پذیرش و در لحظه زندگی کردن و برنامه ریزی مجدد است که می تواند تاثیر افکار منفی را کاهش دهد و یا اینکه در صورت وجود افکار منفی قادر باشد تاثیر هیجانی این افکار بر شناخت های خود را کمتر سازند. یکی از مهم ترین روش های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تصریح ارزش ها و عمل متعهدانه می باشد این که بیماران را تشویق به کشف ارزش ها و مشخص نمودن هدف، عمل ها و موانع موجود و در نهایت متعهد شدن به انجام اعمال در مسیر رسیدن به هدف ها و طی نمودن مسیر ارزش ها، با وجود مشکلات باعث می شود تا در حین دستیابی به اهداف و شادکامی از بابت رسیدن به اهداف منجر به خوشنودی و رضایت از زندگی می گردد. و سبب می شود فرد در دام ناامیدی و افکار منفی مانند استرس و اضطراب گرفتار نگردد. که جملگی این عوامل نقش برجسته ای در بالابردن سطح بهزیستی روان شناختی معتادان دارد و می توان بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود بهزیستی روان شناختی معتادان در حال ترک نقش مهمی دارد.

اهمیت نتایج این تحقیق آن است که طبق مطالعات صورت گرفته شده در داخل و خارج کشور تحمل سختی های هنگام ترک اعتیاد و حساسیت های اضطرابی در مرحله های مختلف استعمال مواد که شامل شروع مصرف، تداوم، دفعه های مصرف و عود همراه می باشد و تحمل پریشانی و حساسیت می تواند از عوامل بوجود آورنده عود در افرادی که در حال ترک هستند، باشد. از این رو شهای درمانی مانند درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند از روش های موثر برای ترک اعتیاد باشد و به فرد کمک می کند تا وابستگی خود را به اعتیاد کاهش داده و عوارض ناشی از ترک اعتیاد را تقلیل دهد و از بازگشت مجدد بهبود یافتگان به اعتیاد پیشگیری نماید.

از محدودیت های این پژوهش می توان به تاثیر احتمالی متغیرهای مخدوش کننده مانند سطح فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی نمونه گیری در دسترس بود. پیشنهاد می گردد در مطالعات آینده از روش های مداخله ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مقایسه با رویکردهای دیگر نیز استفاده گردد. همچنین بهتر است شورای هماهنگی و ستاد مبارزه با مواد مخدر درمان ریشه ای را برای بهبود این افراد در نظر بگیرد.

پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی با توجه به نتایج به دست آمده بهتر است دوره ها و کارگاه های آموزشی و مهارت آموزی برای مشاوران و روان شناسان مراکز ترک اعتیاد به جهت آشنایی با روش های درمانی، درمان مبتنی بر صورت پذیرد. همچنین پیشنهاد می شود بین جلسات درمان مصاحبه های انگیزشی برای حضور به موقع در جلسات و انجام تکالیف انجام شود. و با توجه به اهمیت نقش خانواده ها تاکید بیشتری روی مداخله درمانی خانواده ها صورت پذیرد و در نهایت با توجه به مشکلات مالی و شغلی اعضاء گروه هدف وجود یک مددکار اجتماعی در فرایند مداخله درمانی بسیار کمک کننده خواهد بود.

منابع فارسی

- احمدوند، محمدعلی (۱۳۷۷). **اعتیاد آسیب شناسی و درمان آن**. اداره کل ستاد مبارزه با مواد مخدر. تهران: پیام نور.
- انیسی، خوش لهجه صدق؛ ابوالمعالی الحسینی، خدیجه؛ خوش لهجه، زهرا؛ علیزاده فرشایف، حسن؛ ایمانی، احسان؛ حسینی، علی. (۱۳۹۱). **طرحواره های ناسازگارانه افراد معتاد موفق و ناموفق به ترک و جمعیت غیربالینی**. یافته ها نو در روانشناسی (روان شناسی اجتماعی). ۲۳ (۷)، ۶۰-۴۹.
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۴). **درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد**. تهران: جنگل.
- بیانی، علی اصغر؛ گودرزی، حسنی؛ کوچکی، عاشور محمد. (۱۳۸۷). **رابطه ابعاد بهزیستی روانشناختی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر**. نشریه دانش و پژوهش در روانشناسی، ۳۵ و ۳۶ (۹)، ۱۵۳-۱۶۴.
- پورافکاری، نصرت الله (۱۳۸۲). **فرهنگ جامع روانشناسی و زمینه های وابسته**. تهران: معاصر.
- جهانگیری، میلاد؛ گلمحمدیان، محسن؛ حجتخواه، سیدمحسن. (۱۳۹۷). **اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برنشخوار فکری و انعطاف پذیری روانشناختی در معتادان تحت درمان متادون**. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد. ۴۸ (۱۲)، ۱۸۴-۱۶۹.
- حکمتی، عیسی و بخشی پور، عباس. (۱۳۹۴). **خاستگاه فلسفی نظری و مدل آسیب شناختی روانی درمان پذیرش و تعهد**. مجله بازتاب دانش، ۶۶ (۱۰)، ۲۵-۱۴.
- رزاقی، عیسی؛ صبحی قراملکی، ناصر؛ زاد یونس، صیاد؛ وکیلی عباسعلیلو، سجاد. (۱۳۹۹). **بررسی نقش حمایت اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان در پیشگیری از عود اعتیاد افراد مبتلا به اختلالات مواد**. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، ۵۵ (۱۴)، ۲۶۲-۲۴۵.
- رزاقی عمران محمد، رحیمی موقر آ، حسینی م و همکاران. (۱۳۷۷). **بررسی سریع وضعیت سوء مصرف مواد**. سازمان بهزیستی کشور.

- رستمی، رضا. (۱۳۸۴). **راهنمای عملی درمان نگهدارنده با متادون**. تهران: تبلور
- ریماز شهناز، دستورپور مریم، مرقاتی خوبی عفت السادات، محسنی شکرالله. (۱۳۹۲). بررسی متغیرهای دموگرافیک مرتبط با عود سوء مصرف مواد در زنان و مردان مراجعه کننده به مراکز منتخب درمان اعتیاد شهر تهران. *مجله علوم پزشکی رازی*. ۲۰ (۱۰۷)، ۶۳-۷۲.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر تحقیقات و آموزش. (۱۳۹۴). **پیمایش ملی خانوار در مورد شیوع مصرف مواد مخدر و روان گردان ها در جمعیت عمومی ۱۵-۶۴ سال کشور**. مجری محسن روشن پژوه. تهران: دنیای درون
- شکری، امید؛ دستجردی، رضا؛ دانشورپور، زهره؛ غنایی، زیبا؛ زین آبادی، حسن رضا و گراوند، فریبرز. (۱۳۸۷). تفاوت‌های جنسیتی در مقایسه بهزیستی روانشناختی در دانشجویان دانشگاه‌های دولتی شهر بیرجند. *نشریه علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*. ۳(۱۵)، ۵۴-۶۲.
- شیرزاد، جلال نجفی امامی، وحید. (۱۳۹۳). رابطه اعتیاد به مواد مخدر با وقوع جرایم خرد. *پژوهش های اطلاعاتی و جنایی*. ۳ (۹)، ۱۴۳-۱۲۱.
- غفاری فاطمه، رفیعی حسن، ثنائی ذاکر محمدباقر. (۱۳۸۸). اثربخشی خانواده درمانی سیستمی بوئن بر تمایز یافتگی و کارکرد خانواده‌های دارای فرزند معتاد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*. ۳ (۱۲)، ۳۰-۱۲.
- فتحی مظفری، رسول؛ علیزاده، گلاویژ. (۱۳۹۵). بررسی مولفه های بهزیستی روانشناختی ریف در نهج البلاغه. *فصلنامه پژوهشنامه نهج البلاغه*. ۴۱ (۴).
- فروزانفر، آزاده؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و شعاع کاظمی، مهر انگیز. (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی زنان وابسته به سوء مصرف مواد. *اعتیاد پژوهی*. ۴۴ (۱۱)، ۱۴۴-۱۳۵.
- کاپلان و سادوک. **خلاصه روانپزشکی کاپلان**. ترجمه حسین رفیعی و مهدی سمیعی و فاطمه رضاعی. (۱۳۷۹). تهران: نشر بشری.
- کاکویی، عیسی، سادات قوامی، نسرين. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی های جنسیتی و پیامدهای گرایش زنان به سوء مصرف مواد مخدر. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*.
- کریم یار جهرمی، مهدی؛ افتخار زاده، محمد هادی، حمیدی پور زهرا. (۱۳۹۴). بررسی میزان تاثیر علل مختلف عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۳(۱)، ۱۲۴-۱۳۳.
- کیانی، احمدرضا؛ قاسمی، نظام الدین؛ پور عباس، علی. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف کنندگان شیشه. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد*. ۲۴ (۶)، ۳۶-۲۷.
- گنجی، محمد. (۱۳۹۲). **آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5**. جلد دوم، تهران: ساوالان.
- مستشاری گلاره. (۱۳۹۵). **طرح آزمایشی درمانگاه متادون** - تهران: اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
- مولوی، پرویز، میکائیلی، رحیمی، ندا و مهری سعید. (۱۳۹۳). تاثیر درمان مبتنی و پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان دارای ترس اجتماعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*. ۴ (۴)، ۴۲۳-۴۱۲.
- عساریان، فاطمه، امیدی، عبدالله؛ اکبری، حسین. (۱۳۷۹). بررسی ویژگی های روانشناختی و شخصیتی جوانان وابسته به مواد مخدر افیونی در شهر کاشان. *فصلنامه علمی - پژوهشی*
- عطادخت، اکبر؛ نوروزی، حمید؛ غفاری، عذار (۱۳۹۲). تاثیر آموزش حل مساله اجتماعی در ارتقای بهزیستی روانشناختی و تاب آوری کودکان دارای اختلال یادگیری. *نشریه ناتوانی های یادگیری*. ۲(۳)، ۹۲-۱۰۸

References

- Abdi ,S., babapoor, J., & Fathi, H. (2010). Relationship between Cognitive Emotion Regulation Styles and General Health among University Students. *Journal of army university of medical sciences of the I.R.Iran*, 8(4), 258-264. (Persian).
- Ahadi, B., Sotodeh, M., & Habibi, I., (2012). The comparison of psychological well-being and defense mechanisms in stuttering and nonstuttering students. *Journal of School Psychology*, 1 (4): 6-22 (In Persian).
- Ahmadi, GH., Sohrabi, F., Baratisade, F., Ghaderi ,M. (2015). Investigating the predictive role meaning of life in depression of students. *J Counsel Psychother* 2015;4(14):89-102. (Persian)
- Assarzagdegan, M., Raeisi, Z., (2019). Effectiveness of Positive Psychology Training on Psychological Well- being and Its Dimensiond Among Patients With Type II Diabetes. *J Diabetes*
- Diclemete, C.C.(2018). **Addaiction and change how addictions develop and addicted people recover Guilford publications.**
- Durm , w.m ., glaze , E.P., (2001). Relation of self acceptance and acceptance of others . *psychology Reports* . vol (88) , 410-435
- Hayes, S.C., Sterosal , K. (2015). **Practical Guide to Acceptance and Commitment-Based Treatment**, translation by Alizadeh Mousavi and Pir Javid. Tehran: Faraangizesh. 2015; 95-135.(Persian)
- Hayes. S., Strosahl. K. D., Wilson, K., (2012). Acceptance and commitment therapy: second addition. The process and practice of Mindful change. *The Guilford press*.
- Hayes, S.C., Lillis, C. (2012). Acceptance and Commitment therapy (Theory psychology). *American psychological Assn.*109-141.
- Hayes, s.c., Jason, B., luma., W. Bond, F., Lillis, J., (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 44 .1–25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G., (2004). Acceptance and commitment therapy (p. 6). New York: GuilfordKaplan, R.M., 2003. The significance of quality of life in health care. *Quality of Life Research*, 1, 3-16.
- Kheiri, M., Emami Sigaroudi , A., Farmanbar, R., Atrkarroshan , Z. , (2014). Subjective well-being and related factors among students of Gilan University. *J Health Educ Health Promot* 2014;2(1):27-36. (Persian).
- Kingston, J., Chadwick, P., Meron, D., Skinner, Ch. , (2007).. A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological wellbeing, and physiological activity. *Journal of psychosomatic Research*, 62, 297-300.
- Lee,E. , B., An, W., Levin, M.E., & Twohing, M.P., (2015). An initial meta-analysis of acceptance and commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and alcohol Dependence*, 155, 1-7, DOI: 10.1016/i.drugalcdep 2015.08.004 .
- Maremmani, I., Pani, P.P., Pacini, M., Perugi, G.(2007). substance use and quality of live over 12 mounth Among buprenorphine maintenance treated and methadone maintenance treated heroin addicted patients *Journal Substance Abuse Treat*Martin, M. W., 2012. *Happiness and the good life*. New York: Free Press.
- Hayes , L; Atkins P . W. B; Klausen , J. (2012). The empirically supported status of acceptance and commitment therapy: *Clinical Psychologist* .Volume 16, 2012 - Issue 3.
- Najafi-Mahmoud Abad, L., Arab, A. (2018).. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on the Psychological Flexibility of Substance-Dependent Women. *Jundishapur*

- Journal of Chronic Disease Care*. 2018 October; 7(4):e67681. doi: 10.5812/jjcdc.67681.
- Nastizayi, N., Hezareh Moghadam, M., Mollazehi, A., (2010). The study of factors for recurred addiction from the view of self-introduced addicts to the addiction abandonment centers of zahedan. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2010; 8 (3). (Persian).
- O honlon, B., & Bertolino, B., (2012). **The therapist's notebook on positive psychology**. New York: Routledge.
- Ryff, C. D., Keyes, C. L., M Shmotkin, D., (2004). Optimal well – Being : Empirical Encounter of Two tradition. *Journal of Personality and Social psychology*
- Ryff, C. D., (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the meaning of Psychological Well- Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081
- Robertson, K. (1998) The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *European Journal on Criminal Policy and Research*, 1998;6(3):457-66.
- Rusk, R. D., & Waters, L. E., (2013). Tracing the size, reach, impact, and breadth of positive psychology. *Journal of Positive Psychology*, 8, 207-221. Seligman, M. E. P., 2011. *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C., (2006). Positive psychotherapy
- Smith, J., 2004. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation: Three caveats. *Psychosomatic Medicine*. 66: 148–152.
- Srivastava, S.; Bhatia M.S.; Rajender, G.; Angad, S., (2009). Quality of Life in Substance Use Disorders. *Delhi Psychiatry Journal*, 12(1), 114-120.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., and Bowman, J., (2015). Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science* Vol. 4, No. 2. 56–67.
- Wersebe, H., Roselind LiebAndrea, R., H.Meyer Patrizia, H.M., Andrew, H., T.Gloster(2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention.. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Volume 18, Issue 1, January–April 2018, Pages 60-68.
- Whiskey GW, Stewart F, Peel NA. (2014). Four dimensions of personality Foundation(hopelessness, anxiety, impulsivity and sensation seeking) in the adolescent and young girls and boys. *Personality: Theory Res*; 40(7): 113-30.
- Wissing, M.P., & Van eden, C., (1994). **Psychological well being: Measurement and constrict clarification**.
- Zad Hassan, Z., Dehghanpour, M., Basatmi, M., Yar Ahmadi, H.(2017). Investigating the relationship between happiness & psychological well-being with job satisfaction of nurses in military hospitals in Khuzestan provnce. *Nurse and doctor in battle*. 5(15):11-19.