

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Aggressive Behaviors and Improving the Quality of Marital Relationships and Treatment Satisfaction in Patients Undergoing Methadone Maintenance Treatment

ARTICLE INFO

Article Type

Analytical Review

Authors

Elham Aria Faraz¹

Arsalan Khan Mohammadi Otaghsara^{2*}

How to cite this article

Elham Aria Faraz, Arsalan Khan Mohammadi Otaghsara, The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Aggressive Behaviors and Improving the Quality of Marital Relationships and Treatment Satisfaction in Patients Undergoing Methadone Maintenance Treatment, *Journal of Islamic Life Style Centered on Health*. 2017;2(1):138-145.

1. Master, Department of Psychology, Tehran Research Sciences Branch, Islamic Azad University, Ayatollah Amoli Branch, Iran.

2. Faculty member, Islamic Azad University, Ayatollah Amoli Branch, Department of Psychology, Amol, Iran.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: a.khanmohammadi@iauamol.ac.ir

Article History

Received: 2017/11/06

Accepted: 2018/01/30

ePublished: 2018/02/19

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment based therapy in reducing aggressive behaviors and improving the quality of marital relationships and treatment satisfaction in patients undergoing methadone maintenance treatment.

Materials and Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The study population was all patients treated with MMT in Tehran who voluntarily referred to addiction treatment centers in Tehran for a period of six months in 1394 and were treated. Random sampling was selected and then individuals were randomly assigned to two groups of 15 people, including the experimental and control groups. Both groups were evaluated in two stages of pre-test and post-test by research questionnaires and the experimental group received treatment based on acceptance and commitment between the two stages. Data were analyzed by analysis of covariance.

Findings: The results showed that the scores of aggressive behaviors and treatment satisfaction of patients treated with MMT in the ACT training group were significantly different from the group ($P < 0.05$).

Conclusion: Therefore, ACT training contributes to aggressive behaviors and satisfaction with the treatment of patients treated with MMT.

Keywords: Acceptance and commitment based therapy, Aggression, Treatment satisfaction

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش

رفتارهای پرخاشگرانه و بهبود کیفیت روابط

زناشویی و رضایت از درمان در بیماران تحت درمان

نگهدارنده با متادون

الهام آریا فراز^۱

کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، واحد علوم تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت الله آملی، ایران.

ارسلان خان محمدی اطاقسرا^{۲*}

عضو هیات علمی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت الله آملی، گروه روانشناسی، آمل، ایران.

چکیده

هدف: هدف این پژوهش، تعیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و بهبود کیفیت روابط زناشویی و رضایت از درمان در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون بود.

مواد و روش ها: نوع پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش همه بیماران تحت درمان با MMT شهر تهران بودند که به طور داوطلبانه در یک دوره شش ماه در سال ۱۳۹۴ به مراکز ترک اعتیاد در شهر تهران مراجعه کرده و تحت درمان قرار گرفته اند که از بین جامعه مورد نظر، ۳۰ نفر با روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند و سپس افراد بصورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری، شامل گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. دو گروه در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون پوسبل پرسش نامه های پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند و گروه آزمایش نیز در بین دو مرحله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت نمودند. داده ها با تحلیل کواریانس تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که نمرات رفتارهای پرخاشگرانه و رضایت از درمان بیماران تحت درمان با MMT شرکت در گروه آموزش ACT، نسبت به گروه تفاوت معناداری داشته است ($P > .05$). نتیجه گیری: بنابراین آموزش ACT، به رفتارهای پرخاشگرانه و رضایت از درمان بیماران تحت درمان با MMT کمک می کند.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پرخاشگری، رضایت از درمان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۸/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۱۰

*نویسنده مسئول: a.khanmohammadi@iauamol.ac.ir

مقدمه

وابستگی و سوء مصرف مواد بعنوان اختلالات مزمن و عود کننده با تأثیرات و پیش آیندهای زیستی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می شود. همچنین اختلالات سوء مصرف مواد از رایج ترین مشکلات روانپزشکی است که از تعامل عوامل ژنتیکی و محیطی مثل ناپهنجاری های رشدی و وضعیت نامساعد روانی اجتماعی ناشی می شود. این اختلالات می تواند در اثر مصرف الکل، مواد افیونی، حشیش، مت آمفتامین ها، کوکائین و غیره به وجود آمده و به شکل مستی، وابستگی و سوء مصرف خود را نشان دهد (۱).

مصرف مواد اعتیادآور و وابستگی به آن، پدیده ای مزمن و عودکننده است که با صدمه های جدی جسمانی، مالی، خانوادگی و اجتماعی همراه است. کمتر پدیده ای را می توان یافت که همانند اعتیاد، جوامع بشری را مورد تهدید قرار داده باشد. با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد هر روز به شمار قربانیان این دام مرگبار افزوده می شود (۲). بیماری ها و اختلالات مزمن و طولانی مانند سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد، مدام در زندگی مبتلایان بحران ایجاد می کنند و می توانند منجر به کاهش کیفیت زندگی آنها در ابعاد مختلف روانی و جسمانی گردد و رفتارهای پرخاشگرانه را موجب شود (۳).

پر خاشگری انجام فعالانه عملی ناخوشایند علیه دیگری است، رفتار پر خاشگرانه ممکن است به شکل های مختلف، از بد رفتاری کلامی که موجب آسیب روانشناختی می شود تا برخورد فیزیکی شدید در نوسان باشد. در واقع پر خاشگری به هر نوع رفتاری که به قصد آسیب رساندن به شخص دیگری انجام می پذیرد، اطلاق می گردد. آسیب رسانی عمدی به دیگران، تنها شامل رفتارهای خشونت آمیز نمی باشد. بلکه ممکن است این آسیب در انواع شیوه ها پیاده شده و حتی متضمن آزارهای روانی نظیر تحقیر، توهین و فحاشی نیز شود. در واقع خشونت، حاوی مبادرت عمدی ایجاد آسیب های جسمانی به دیگران تلقی می شود (۴) و پر خاشگری می تواند بر دامنه وسیعی از کارکردهای اجتماعی تأثیرات سوء ای داشته باشد (۵).

رضایت از درمان رضایتمندی بیمار به دریافت خدمات مناسب بهداشتی-درمانی جهت تامین سلامتی و رفع نیازها و تمایلات درونی وی اطلاق می شود. رضایتمندی بیمار یک واکنش شناختی و عاطفی است که طی آن بیمار ارضاء نیازهایش را اعلام داشته و در عین حال یکی از روش های سنجش و ارزشیابی کیفیت مراقبتی محسوب می شود و مفهومی است که امروزه در مراقبت های پزشکی اهمیت ویژه ای یافته است. رضایت بیمار، شرایط، فرآیند و پیامد درمان در میزان پیروی از دستورات ارایه شده و در نهایت بهبود وضعیت و کنترل بیماری تأثیر می گذارد و بیمارانی که از پزشک معالج رضایت بیشتری دارند به مراتب بهتر از دستورات او پیروی می کنند (۶). بیماران ناراضی کمتر تجویزهای پزشکی را انجام داده و کمتر جریان درمان خود را پیگیری می کنند و در نتیجه علائم بهبود را کم تر نشان می دهند. هم چنین با احتمال بیشتری پزشک یا سیستم درمانی خود را تغییر می دهند (۷).

بود. در گروه آزمایش متغیر مستقل (درمان پذیرش و تعهد) اعمال شد، ولی در گروه گواه اعمال متغیر مستقل وجود نداشت. در این پژوهش متغیر مستقل عبارت است از درمان پذیرش و تعهد و متغیر وابسته عبارت است از نمره رفتارهای پرخطرگراانه و رضایت از درمان بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد که از پرسشنامه پرسشنامه پرخاشگری باس^۲ (BAQ) و پرسشنامه رضایت مددجویان^۳ به دست می آورند جامعه آماری این پژوهش همه بیماران تحت درمان با MMT شهر تهران که به طور داوطلبانه در یک دوره شش ماه در سال ۱۳۹۴ به مراکز ترک اعتیاد واقع در ناحیه ۴ شهرداری منطقه ۱۲ شهر تهران مراجعه کرده و تحت درمان قرار گرفته اند که دسترسی به این بیماران با همکاری مسئولین مراکز ترک اعتیاد در ناحیه ۴ شهر تهران ممکن گردید که در نهایت ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند که به صورت تصادفی انتخاب و به همین به دو گروه (۱۵ نفر آزمایشی و ۱۵ نفر گواه) تقسیم شدند و به دنبال آن، با اعضا با توافق کتبی با استفاده از ابزارهای مورد نظر ارزیابی شدند.

ابزار سنجش

پرسشنامه پرخاشگری باس (BAQ)، که نسخه قبلی آن تحت عنوان پرسشنامه خصومت بود، توسط باس و پری (1992) مورد بازنگری قرار گرفت. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۲۹ عبارت و ۴ زیر مقیاس است. که عبارت است از پرخاشگری بدنی (PA)، پرخاشگری کلامی (VA)، خشم (A) و خصومت (H). آزمودنی ها به هر یک از عبارات در یک طیف ۵ درجه ای از کاملاً شبیه من است (۵)، تا حدودی شبیه من است (۴)، نه شبیه من است نه شبیه من نیست (۳)، تا حدودی شبیه من نیست (۲)، کاملاً شبیه من نیست (۱). دو عبارت ۹ و ۱۶ به طور معکوس نمره گذاری می شود. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیر مقیاس ها بدست می آید.

نتایج ضریب باز آزمایی برای ۴ زیر مقیاس (با فاصله ۹ هفته) ۰/۸۰ تا ۰/۷۲ و همبستگی بین چهار زیر مقیاس ۰/۳۸ و ۰/۴۹ بدست آمده است. جهت سنجش پایایی درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج نشانگر همسانی درونی زیر مقیاس پرخاشگری بدنی ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی ۰/۸۱، خشم ۰/۸۳ و خصومت ۰/۸۰ بود (باس، ای.اچ. و پری، ام، ۱۹۸۹). ضریب پایایی این پرسش نامه به شیوه باز آزمایی برابر با ۰/۷۸ بود. همچنین مقایسه این عوامل میان دختران و پسران گویای آن بود که پسران در سه عامل پرخاشگری ($p < 0.001$)، خشم ($p < 0.001$) و خصومت ($p < 0.01$) نسبت به دختران به طور معنی داری نمره بیشتری دارند. همچنین همبستگی بالای عوامل با نمره کل پرسش نامه، همبستگی ضعیف عوامل با یکدیگر و مقادیر ضریب آلفا همگی نشان دهنده کفایت و کارایی این پرسش نامه برای کاربرد پژوهشگران، متخصصان و روانشناسان در ایران است (۴).

پرسشنامه رضایت مددجویان^۴

این پرسشنامه دارای ۲۳ عبارت می باشد که در یک طیف ۵ درجه ای لیکرت تهیه شده و جنبه های گوناگون رضایت از درمان را از

همواره برای درمان اعتیاد و عوارض همراه، درمان های گوناگونی مورد بررسی قرار گرفته است. یکی از درمان هایی که در سال های اخیر در این زمینه بکار گرفته شده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشد. در موج سوم روان درمانی ها که به روان درمانی های پست مدرن^۱ معروف هستند، عقیده بر این است که شناخت ها و هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده ها در نظر گرفت. به همین دلیل، به جای رویکردهایی مانند درمان شناختی- رفتاری که شناخت ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح کرده تا هیجانات و رفتارها اصلاح شود، در اینجا به بیمار آموزش داده می شود که در گام اول هیجانات خود را بپذیرد و زندگی در اینجا و اکنون از انعطاف پذیری روانشناختی بیشتری برخوردار شود که از این جمله از درمان ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشد (۸، ۹).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی شان را آزارنده می یابند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند. این تلاش ها برای کنترل بی تأثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می شود که فرد در ابتدا سعی در اجتناب از آنها داشته است (۱۰، ۱۱).

به طور کلی اختلالاتی که در آنها فرد نمی خواهد با تجارب درونی اش (افکار، هیجانات، خاطرات و احساسات بدنی) ارتباط داشته باشد و گام هایی را برای تغییر شکل این رویدادها یا زمینه های بروز آنها بر می دارد- حتی زمانی که تلاش برای چنین کارهایی، تأثیر منفی بر کیفیت زندگی اش داشته باشند- اجتناب تجربه ای نامیده می شوند (۱۲). در زمینه کاربرد درمان پذیرش و تعهد برای بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد، در سال های اخیر، پژوهش های چندی صورت گرفته است (۱۳، ۱۴). بطور مثال خاکباز در پژوهشی نشان داده است که درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی افراد وابسته به مت آمفتامین تأثیر دارد.

همچنین با توجه به چارچوب نظری مذکور، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر رفتارهای پرخاشگرانه و رضایت از درمان بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف و تحت درمان با تحت درمان با MMT انجام گرفته است. انجام این پژوهش از بعد افزایشی باعث تقویت علم روان شناسی بالینی می شود و یافته های آن با تقویت پژوهش های روان شناسی، نقش مهمی در کمک به توانبخشی بیماران تحت درمان با MMT از طریق برجسته کردن تأثیر این روش درمانی برای درمانگران مشغول به فعالیت در این حوزه داشته باشد. به همین منظور این پژوهش به دنبال دستیابی به این است که آیا درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر رفتار پرخاشگرانه و رضایت از درمان بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد تأثیر دارد؟

مواد و روش ها

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح پژوهش با پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه

³ Satisfaction of Treatment Questionnaire

⁴ Satisfaction of Treatment Questionnaire

¹ Post Modern

² Buss Aggression Questionnaire

پرسشنامه برای میزان پرخاشگری بدنی ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی ۰/۸۳، و خصومت ۰/۸۰ گزارش شد.

روش اجرا و تحلیل

برای گروه آزمایش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار، به صورت گروهی اجرا شد. برای گروه گواه نیز هیچ مداخله روان‌شناسی اعمال نشد. دستور کار جلسه‌ها و شیوه‌هایی که در پانزده جلسه درمانی آموزش داده شد، براساس دستورالعمل دارا و ستراپ^۱ بود که توسط پژوهشگر با شرایط فرهنگی متناسب سازی و تنظیم شده بود. بعد از اتمام جلسات آموزشی، برای هر دو گروه در جلسه آخر، پس از آزمون از هر دو گروه به عمل آمد. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌های خام با نرم افزار SPSS و با تحلیل کواریانس به دلیل یک متغیر بین گروهی (گروه آزمایش و گروه گواه) تجزیه و تحلیل شد.

سوی مددجویان مورد پرسش قرار می‌دهد. جهت تعیین اعتبار محتوا سؤالات در ۳ قسمت «فضای فیزیکی»، «نحوه ارتباط کارکنان» و «نحوه ارائه خدمات» مورد بررسی قرار گرفت. جهت تعیین اعتبار محتوا در این پژوهش از ۱۱ نفر از مدرسین دانشکده‌های پرستاری و مامایی علوم پزشکی تهران، ایران، شهید بهشتی، تربیت مدرس و کارکنان و مددجویان مراکز بهداشتی-درمانی خواسته شد تا اعتبار محتوا پرسشنامه طراحی شده را بر اساس اندکس اعتبار محتوا، «مربوط بودن»، «واضح بودن» و «ساده بودن» قضاوت نمایند. پس از جمع‌آوری نظرات افراد و اضافه شدن ۵ عبارت، اعتبار محتوا با استفاده از معیار اندکس اعتبار محتوا مورد قضاوت قرار گرفت. جهت بررسی اعتبار صوری پرسشنامه مورد نظر بین ۱۱ نفر از مدرسین و کارکنان و مددجویان مراکز بهداشتی-درمانی توزیع گردید. جهت تعیین ثبات درونی، پرسشنامه بین ۱۵ نفر از مدرسین دانشکده پرستاری و مامایی و کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی توزیع شد و سپس آلفای کرونباخ اندازه‌گیری گردید که ۰/۹۰ به دست آمد. در این پژوهش پایایی نیز به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای چهار زیر مقیاس این

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی

جلسه	عنوان	روش	راهِبردها
جلسه اول تا ششم	۱- اجرای پیش‌آزمون	● شناسایی و تصریح موضوعات مهم برای مراجع ● انتخاب و گزینش اهداف رفتاری ارزشمند ● درگیر شدن در اعمالی که برای فرد مهم است ● کاهش اجتناب از اعمال و ارزشهای مهم زندگی ● اقدام به انجام ارزش‌ها	✓ بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی.
	۲- مصاحبه و فرمول‌بندی		✓ تمرین «می‌خواهید زندگی‌تان به دنبال چه چیزی باشد».
	۳- افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند		✓ تمرین تصویرسازی ذهنی ✓ دسته‌بندی ارزش‌ها ✓ درجه‌بندی ارزش‌های فهرست شده ✓ تصریح اعمال ✓ تصریح موانع
			✓ ایجاد بینش نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل
جلسه هفتم تا پانزدهم	۱- تغییر روابط افراد با تجارب درونی شان	● وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی ● تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و مشفقانه با تجارب ● اصلاح و تقویت خود دلسوزی (مفهومی که با قضاوت‌ها و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است) ● کاهش واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت ● تقویت تجربه افکار، احساسات و حس‌ها به طور طبیعی ● کاهش اجتناب تجربی	✓ تفهیم آمیختگی و گسلس و انجام تمارینی برای گسلس.
	۲- کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری		✓ تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و آموزش چگونگی گسلس از آن.
			✓ بررسی دنیای درون و بیرون در درمان. ✓ ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسأله است نه راه حل و معرفی جایگزینی برای کنترل، یعنی تمایل.
			✓ مشاهده خود: دستیابی به حسی تعالی‌یافته از خود؛ تسلسلی از آگاهی که تغییرپذیر نیست. ✓ آموزش ذهن آگاهی و تأکید برای در

1. Darrah Westrup

زمان حال بودن	✓
پذیرش واکنش‌ها و بودن در زمان حال	✓
مواجهه مناسب با تجارب ذهنی	✓
ایجاد اهداف و سبک زندگی اجتماعی	✓
تعهد عملی به آنها،	

کولموگروف-اسمیرنف نشان داد که برای متغیر مورد بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیر در هر دو مرحله (پیش آزمون و پس آزمون) برقرار بوده است و فرض هنجار بودن رد نمی‌شود. بنابراین استفاده از آزمون‌های پارامتریک برای داده‌ها بدون مانع است. همچنین آزمون لوین نشان داد که پیش فرض‌های مربوط به همگنی واریانس‌ها برای گروه‌های مورد مطالعه در متغیر رفتارهای پرخاشگرانه ($F=0.213$; $P=0.648$) و رضایت از درمان ($F=0.410$; $P=0.527$) معنادار نیست. فرضیه تساوی بودن واریانس‌ها نیز در هر دو مرحله برقرار بوده است.

یافته‌ها

براساس نتایج جدول ۲ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش آزمون، پس آزمون و نمرات گروه‌های آزمایش و گواه بعد از حذف اثر پیش آزمون مقیاس رفتارهای پرخاشگرانه و رضایت از درمان ارائه شده است. در میانگین رفتارهای پرخاشگرانه و رضایت از درمان در پیش آزمون به ترتیب $77/73$ ، $45/06$ ، پس آزمون نیز $61/60$ ، $60/73$ بوده است. میانگین نمره در گروه گواه در پیش آزمون به ترتیب $76/80$ ، $46/80$ و در پس آزمون نیز $75/40$ ، $48/20$ بوده است. نتایج آزمون

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار رفتارهای پرخاشگرانه در قبل و بعد از ACT به تکفیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر مورد بررسی	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	رفتارهای پرخاشگرانه	پیش از آزمون	77/73	11/62
		پس از آزمون	61/60	10/48
کنترل	رضایت از درمان	پیش از آزمون	76/80	11/21
		پس از آزمون	75/40	11/91
آزمایش	رضایت از درمان	پیش از آزمون	45/06	9/98
		پس از آزمون	60/73	8/67
کنترل	رضایت از درمان	پیش از آزمون	46/80	9/60
		پس از آزمون	48/20	8/77

جدول ۳- خلاصه تحلیل کواریانس در بررسی تأثیر ACT بر رفتارهای پرخاشگرانه و رضایت از درمان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	مجذورات
پیش‌آزمون رفتارهای پرخاشگرانه	2035/41	1	2035/41	36/83	0/000	0/577
بین گروه‌ها	1573/32	1	1573/32	28/47	0/000	0/513
درون گروه‌ها	1491/78	27	55/25			
کل	145723	30				
پیش‌آزمون رضایت از درمان	369/32	1	369/32	5/65	0/025	0/173
بین گروه‌ها	1291/24	1	1291/24	19/78	0/001	0/423
درون گروه‌ها	1762/01	27	65/26			
کل	92308	30				

رضایت از درمان بیماران تحت درمان با MMT ارائه شده است. در بخش اول نتایج اثر مداخله پذیرش و تعهد بر رفتارهای

در جدول ۳ نتایج دو تحلیل کواریانس در بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و بهبود

پرخاشگرانه و در بخش دوم نتایج اثر این مداخله بر رضایت از درمان بررسی شده است: همانطور که مشاهده می شود اثر درمان پذیرش و تعهد در هر دو متغیر تأیید شده است ($P < .05$).

نتیجه گیری

این پژوهش به منظور بررسی تأثیر مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر کاهش رفتار پرخاشگرانه و رضایت از درمان در بیماران مبتلا به سو مصرف در حال درمان با MMT شهر تهران انجام گرفته است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین رفتارهای پرخاشگرانه گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که ACT بر بهبود رفتارهای پرخاشگرانه بیماران تحت درمان با MMT تأثیر معناداری داشته است. این یافته با نتایج پژوهش های رایت، دی و هولز، خاکباز و مصبری همسو می باشد.

در همین راستا خاکباز در پژوهشی با عنوان «اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تنظیم هیجانی افراد وابسته به مت آمفتامین بازتوانی شده»، نشان داد درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تنظیم هیجانی تأثیر دارد. مصبری نیز در پژوهشی نشان دادند که روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خشم تأثیر دارد. رایت، دی و هولز در یک پژوهش مروری با عنوان «ذهن آگاهی و درمان مشکلات خشم» نشان دادند که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان مشکلات خشم موثر است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی، با درمان شناختی رفتاری سنتی متفاوت است. اصول زیربنایی آن شامل: ۱) پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها ۲) عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته، است. روش های زبانی و فرایندهای شناختی است که در تعامل با دیگر وابستگی های غیر کلامی به شیوه ای که منجر به کارکرد سالم می شود. این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره های زبانی و روش هایی چون مراقبت ذهنی است (۱۵). هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود. در این درمان ابتدا سعی می شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن ها می شود و باید (این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن ها)، به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت) به نحوی که بتواند

مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزش ها) در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می توانند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس ها و ... باشند (۱۶). هدف روش پذیرش و تعهد درمانی ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی است که به عنوان توانایی تغییر یا پایداری با طبقات رفتارهای عملکردی که از طریق اهداف تحقق یابند، تعریف شده است. در این درمان مراجع را تشویق می کنند تا احساسات و افکار ناخوشایند و ناراحت کننده خود را بپذیرد. همچنین باید زمینه ای را که رفتار در آن رخ میدهد و عملکردی که در خدمت آن است را در نظر داشته باشند (۸). با توجه به موارد برشمرده برای ACT می توان استنباط نمود که اجرای ACT بر روی بیماران مبتلا به اعتیاد می تواند موجب گردد که این بیماران خود آگاهی بیشتری بر ذهن خود پیدا نموده، با استفاده از انعطاف پذیری ذهنی بر افکار منفی و باورهای غیرمنطقی و انتظارات غیرواقع بینانه ای که ممکن است زمینه ساز بروز پرخاشگری باشد، تسلط بیشتری پیدا نموده، و همچنین بر آرمان ها و اهدافی در زندگی شخصی و اجتماعی تعهد پیدا کرده که همه این موارد در نهایت می تواند از بروز رفتار های پرخاشگرانه در این بیماران جلوگیری به عمل آورند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین رضایت از درمان گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که ACT بر بهبود رضایت از درمان بیماران تحت درمان با MMT تأثیر معناداری داشته است. مرور پژوهش ها حاکی از آن است که پژوهش های پیشین تأثیر ACT را بر رضایت از درمان مورد بررسی قرار نداده اند.

هدف ACT تغییر کارکردهای افکار با دستکاری زمینه کلامی است که فکر در آن رخ می دهد (۱۷، ۱۸). ACT مراجعان را تشویق می کند رابطه شان را با افکار و دیگر تجارب درونی تغییر دهند و آنها را رویدادهای ذهنی ببینند که یکی پس از دیگری می آیند و می روند. مراجعان می آموزند که افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات و خاطرات را فقط خاطرات ببینند. در زمینه هایی که اجتناب تجربه ای رخ می دهد، فرایندهای گسلس شناختی و پذیرش، به فرد در شکستن الگوهای اجتناب و قوانین تنظیم کننده آنها، کمک می کند.

ACT رویکردی جدید به خود، یعنی حسی متعالی از خود را ایجاد و تقویت می کند (۸). در نظریه چهارچوب رابطه های ذهنی اعتقاد بر این است که یک حس متعالی از خود منجر به حسی از اینجا / اکنون در مقابل آنجا / سپس می شود. وقتی حسی متعالی از خود وجود داشته باشد، مهم نیست که فرد کجا و در چه زمانی است؛ این نگاه به خود به صورت اینجا و اکنون همواره وجود دارد. مزیت بزرگ این حس متعالی از خود این است که خود به عنوان میدانی

use: A meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 33 (12), 1314-1328.

3. Emamipour, Suzan Shams Esfandabad Hassan, Sadr al-Sadat, Seyed Jalal, Nejad Naderi, Samira (2008) Comparison of mental disorders and quality of life in four groups of men with AIDS addicts, non-AIDS addicts, non-AIDS addicts and healthy. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, Volume 1, Number 1, 77-69

4. Talakar, Mehrdad (1389). Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on anger and general health of female students of Khor Asgan University. Master Thesis in General Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch.

5. Flannery, D, J., Vazsonyi, A, T., Waldman, I, D., (2012). *The Cambridge Handbook of Violent Behavior and Aggression* (Cambridge Handbooks in Psychology).

6. Zahednejad Hadi, Poursharifi Hamid, Babapour Jalil (1389). Relationship between health control center, memory and physician-patient relationship with treatment satisfaction in patients with type. *Journal of Urmia School of Nursing and Midwifery*. 9 (2). 75-67.

7. Rao JK, Weinberger M. Visit specific expectation and patient- centered outcomes. *Arch Fam Med*; 1148-55.

8. Hayes S., Luoma J.B., Bond F. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, (44), 1-25.

9. Vilardaga, J. C. P., Villatte, M., & Hayes, S. C. (2014). Understanding and taking advantage of experiential work in Acceptance and Commitment Therapy. In N. Thoma (Ed.).

10. Han, K, E, J., McCracken, L, M., (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with

تجربه می‌شود که در آن محتوای هشیاری تهدید کننده نیست. بنابراین، این حس از خود که در ACT استفاده می‌شود هم به گسلش و هم به پذیرش کمک می‌کند.

همین طور ذهن آگاهی با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی هدفمندانه روی جسم و ذهن، افراد را از اشتغال ذهنی با افکار منفی و نشخواری رها کرده و ذهن آنها را از دنده اتوماتیک خارج می‌کند. یعنی این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه‌ای حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش تفکرات منفی می‌شود. چون ذهن آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان گونه که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد.

بنابراین در رابطه با تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت بیمارانی معتادی که این درمان را دریافت نموده اند، از طرفی شاهد بهبود وضعیت روانی خود بوده و مشاهده می‌نمایند که بیماری ایشان روند رو به بهبود را طی می‌کند که این موضوع خود می‌تواند بر رضایت از درمان تاثیر نهد. از طرفی دیگر ذهن آگاهی در قالب درمان پذیرش و تعهد می‌تواند به بهبود افکار منفی و نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی ای منجر شود که این موضوع خود می‌تواند بر بهبود رضایت از درمان منجر گردد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، عدم کنترل تأثیر دارو در بیماران تحت درمان با MMT و پیگیری نمودن نتایج برخاسته از درمان بود. این محدودیت‌ها احتمالاً نتایج را تحت تأثیر قرار داده است. براساس نتایج، توجه به درمان پذیرش و تعهد در بهبود رفتارهای پرخطر بیماران تحت درمان با MMT مفید و مؤثر واقع می‌شود و راهنمای مشاوران و درمانگران برای ارتقای بهزیستی جسمانی و روان شناختی بیماران تحت درمان با MMT خواهد بود.

تشکر و قدردانی

بدیون وسیله از مسئولین و دست اندرکاران مراکز ترک اعتیاد و سم زدایی ناحیه ۴ شهر تهران به دلیل همکاری صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Ghorbani, Maryam, Kazemi, Hamid, Ghorbani, Tahereh, (1390). Comparison of irrational beliefs of patients with glass abuse disorder and normal people. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, Twelfth Year, No. 3, 37-31.
2. Rooke, S. Hine, W. Thorsteinsson B. (2008) Implicit cognition and substance

year old technique. *Behavior Research and Therapy*, 42, 477-485.

chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 4, 217–227.

11. Smout, M. (2008). *Psychotherapy for Methamphetamine Dependence*, Drug and

12. Niles, A., N., & et al., (2014). Cognitive Mediators of Treatment for Social Anxiety Disorder: Comparing Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy. *Behavior Therapy*, 45, 5, 664–677.

13. Khakbaz, Hamid (1393). The effectiveness of acceptance and commitment group therapy (ACT) on emotional regulation of rehabilitated methamphetamine dependents. Master Thesis in Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences.

14. Thekiso, T., Murphy, Ph., Milines, J., Lambe, K., Curtin, A., et al. (2015). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Alcohol Use Disorder and Comorbid Affective Disorder: A Pilot Matched Control Trial. *Behavior Therapy*, 46 (6), 717-728.

15. Vallis, J.M., & Campbell, W.K., & Foster, C.A., 2003, Parenthood and Marital Satisfaction: A Meta Analytic Review, *Journal of Marriage and Family* vol 65, pp. 574–583.

16. Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2008). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31 (6), 772-799.

17. Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

18. Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety