مجله علوم پزشکی زانکو/ دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ زمستان ۱۳۹۸/ ۸۶-۷۶

مقاله پژوهشی
(Originalpaper)

تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی در مراجعه‌کنندگان تحت درمان نگهدارنده با متادون

حسین محمودی چالبطان[۱]، مینو متقی[۲*]، رویا ترکاشوند[۳]

۱- دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، دانشکده پرستاری و مامایی، اصفهان، ایران

۲- استادیار، گروه روان پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، دانشکده پرستاری و مامایی، اصفهان، ایران

۳- گروه پرستاری،واحدبروجرد،دانشگاه آزاد اسلامی،بروجرد،ایران

(مؤلف مسؤول): تلفن: ۰۹۱۳۲۲۸۵۷۲۰ پست الکترونیک: M.motaghi912@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: درمان شناختی رفتاری از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پتانسیل بالایی برای درمان اختلالات موارد پیچیده سوء مصرف مواد دارد. هدف از انجام این پژوهش تعیین تاثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ناگویی خلقی در مراجعه‌کنندگان تحت درمان نگهدارنده با متادون در شهرستان لردگان در سال۱۳۹۷ می‌باشد.

مواد و روش کار: جامعه آماری این پژوهش مراجعه‌کنندگان تحت درمان نگهدارنده با متادون در شهرستان لردگان در سال ۱۳۹۷ بود. نمونه آماری شامل ۷۰ نفر از مراجعین مرکز ترک اعتیاد بیمارستان شهدای لردگان بودند که به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه ناگویی خلقی تورنتو (TAS-20) بود. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش در دو سطح توصیفی و سطح استنباطی توسط نرم‌افزار SPSS21 صورت پذیرفت.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری بین ناگویی خلقی و ابعاد آن قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل وجود ندارد، اما تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین ناگویی خلقی و ابعاد آن قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله وجود دارد. مطابق با آزمون T دونمونه مستقل، قبل از اجرای مداخله بین ناگویی خلقی و ابعاد آن در گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد، اما بعد از اجرای مداخله، ناگویی خلقی و ابعاد آن درگروه مداخله افزایش آماری معنی‌داری داشت.

نتیجه‌گیری: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ناگویی خلقی در مراجعه‌کنندگان تحت درمان نگهدارنده با متادون مؤثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، ناگویی خلقی، درمان نگهدارنده با متادون

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

مقدمه

سوء مصرف مواد به حالتی گفته می‌شود که در آن مصرف‌کننده، ماده را به مقدار یا روشی که برای خودش یا دیگران مضر است استعمال کند. در بعضی مواقع وقتی که فرد تحت تأثیر مواد است جرم یا رفتارهای ضد اجتماعی از او سر می‌زند و این امکان وجود دارد که برای او تغییرات شخصیتی بلند مدت هم رخ دهد. علاوه بر این، امکان آسیب‌های فیزیکی، اجتماعی و روانی و در استفاده از بعضی مواد ممکن است به مجازات‌های کیفری نیز منجر شود (۱).

در نهایت می‌توان گفت سوءمصرف مواد با اثراتی که بر روان، جسم و روابط بین فردی افراد می‌گذارد سازگاری فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین اعتیاد به مواد یک اختلال مغزی است که می‌تواند حتی منجر به بیماری و مرگ شود (۲). بنابراین درمان سوء مصرف مواد یکی از اولویت‌های هر ملتی است. در این بین درمان نگهدارنده با متادون، یکی از مؤثرترین روش‌های درمانی در سوء مصرف مواد مخدر است. چون این نوع درمان به شدت منجر به کاهش عوارض ناشی از ترک مصرف مواد مخدر می‌شود (۳). لکن بسیاری از محققین معتقدند که متغیرهای بسیاری می‌تواند در استعداد فرد در روی آوردن یا ترک مواد مخدر (درمان) اثرگذار باشند. از این متغیرها می‌توان به ناگویی خلقی اشاره نمود (۴).

ناگویی خلقی به منزله ناتوانی در پردازش شناخت ها و تنظیم هیجانات می‌باشد که با شمار زیادی از اختلال‌های روانی و جسمی و همچنین با تنظیم شناختی هیجان مرتبط است (۵). افراد مبتلا به این اختلال، تخیلی محدود در زندگی، تصورات ضعیف، رویاهای محدود و تمرکز افکار بر منبع بیرونی به جای پرداختن به تفسیر رویدادها دارند (۶).

می‌توان گفت ناگویی خلقی یک ویژگی شناختی عاطفی است و فرد مبتلا به آن در تنظیم و فهم هیجان‌های خود و دیگران ناتوان است. زمانی که اطلاعات هیجانی نتوانند در فرآیند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی گردند، افراد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شوند و این ناتوانی باعث مختل شدن سازمان عواطف و شناخت‌های آنان می‌گردد (۷).

هین و همکاران (۸) به این نتیجه رسیدند افرادی که به اختلال ناگویی خلقی دچار شده‌اند، به دلیل اینکه مشکلاتی در توصیف و تشخیص احساسات دارند، تمایل به گرایش به مواد در آن ها زیاد است و در نتیجه، در درمان نیز کندتر هستند. همچنین ناگویی خلقی به عنوان صفت دائمی شخصیتی می‌تواند عاملی پرخطر در رشد شکایت‌های روان‌تنی، روان‌پزشکی و پزشکی و همچنین وابستگی به مواد، اختلالات شبه جسمانی، اختلالات خوردن و غیره باشد (۹).

امروزه با نسل سوم درمان‌هایی مواجه هستیم که آن ها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش دسته‌بندی کرد مانند درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد، که هدف نهایی آن دستیابی به یک زندگی مطلوب است. بسیاری از پژوهشگران، درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد را بر درمان بهتر سوءمصرف مواد مخدر مؤثر دانسته‌اند (۱۰).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اصل، یک رفتار درمانی است. موضوع آن عمل می‌باشد، عملی که اولا: ارزش‌محور باشد، ثانیا: آگاهانه باشد؛ یعنی، عملی که با هشیاری و حضور کامل انجام می‌شود. این هشیاری شامل آگاهی نسبت به تجربه و مشارکت کامل درآنچه انجام می‌شود، می‌باشد (۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجع کمک می‌کند آنچه واقعا برایش مهم است، بشناسد و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

برای هدایت و تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند (۱۲).

نتیجه استفاده ازدرمان پذیرش و تعهد می‌تواند به افراد در بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی کمک شایانی کند. بنابراین مشاوران، درمان‌گران، روان‌شناسان بالینی، روان‌پرستاران و پرستاران می‌توانند از روش درمان پذیرش و تعهد برای افزایش تنظیم شناختی هیجان و کاهش ناگویی خلقی بیماران استفاده کنند (۱۳).

در این راستا هدف این تحقیق بررسی تاثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی در مراجعه‌کنندگان تحت درمان نگهدارنده بامتادون می‌باشد و پژوهش‌گر به عنوان یک روان‌پرستار، با برقراری ارتباط و حفظ انعطاف‌پذیری، در صدد بررسی این مسئله است که آیا این درمان بر کاهش ناگویی خلقی در مراجعه‌کنندگان تحت درمان نگهدارنده با متادون موثر است؟

مواد و روش‌کار

پژوهش حاضر یک مطالعه کمی و از نوع نیمه تجربی با مداخله دو گروهه و با پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مراجعین به مرکز ترک اعتیاد بیمارستان شهداء لردگان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد در سال ۱۳۹۷ می‌باشند که تحت درمان با متادون قرار گرفتند و در بخش ترک اعتیاد این بیمارستان بستری شدند.

روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود که پس از فراخوان برگزاری درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تعداد ۷۰ نفر از مراجعین به بخش ترک اعتیاد بیمارستان شهداء لردگان انتخاب شدند. معیارهای ورود به این مطالعه شامل: ۱- مراجعین تحت درمان با متادون ۲- داشتن حداقل توانایی جسمانی و شناختی جهت شرکت در جلسات مداخله ۳- داشتن تحصیلات بالاتر از سیکل به منظور پر کردن پرسش‌نامه ۳- سن بالاتر از ۱۸ سال بودند. همچنین معیارهای خروج از این مطالعه نیز شامل موارد زیر بود: ۱- عدم تمایل فرد و یا خانواده به ادامه همکاری ۲- ترخیص، فوت یا انتقال بیمار به سایر بخش‌ها ۳- دارا بودن اختلالات حاد روان‌پزشکی بنا به نظر متخصصان مراکز ترک اعتیاد ۴- شرکت نکردن در بیش از یک جلسه درمان ۵- شرکت نکردن در پس‌آزمون

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه ناگویی خلقی بود. پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک که پژوهشگر ساخته بود اطلاعات مربوط به سن، تحصیلات، مدت زمان مصرف مواد مخدر و همچنین میزان مصرف مواد مخدر را مورد بررسی قرار می‌داد.

پرسش‌نامه ناگویی خلقی تورنتو در سال ۱۹۸۶ توسط تیلور[1] ساخته شده است و در سال ۱۹۹۴ توسط باگبی[2] و همکاران تجدید نظر گردید. نسخه فارسی پرسش‌نامه ناگویی هیجانی تورنتو یک آزمون ۲۰ ماده‌ای است که از سه خرده مقیاس: دشواری در شناسایی احساسات (۷ سؤال)، دشواری در توصیف احساسات(۵ سؤال) و تفکر عینی (۸ سؤال) در یک مقیاس لیکرت ۱(کاملا مخالف) تا ۵ (کاملا موافق) تشکیل شده است. نمره کل نیز از جمع سه زیرمقیاس به دست می‌آید.

برای تعیین اعتبار ابزارها از روش اعتبار محتوا استفاده شد. به این صورت که پس از تایید استاد راهنما و مشاور، ابزارها در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد واحد خوراسگان قرار داده شد و پس از بررسی و انجام اقدامات لازم، ابزارهای ذکر شده مورد استفاده قرار گرفت.

1- Taylor
2- Bagby

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

پایایی ابزارها نیز با استفاده از آلفای کرونباخ سنجیده شد که ضریب اعتبار آن ۰/۶۹۶ به دست آمد. روش انجام کار بدین صورت بود که پس از تصویب موضوع در گروه روان پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان و گرفتن کد اخلاق با شناسه IR.IAU.KHUISF.REC.1397.202 از کمیته اخلاق، پژوهش‌گر به بخش ترک اعتیاد بیمارستان شهداء لردگان مراجعه نموده و پس از توضیح اهداف به مسؤلین مرکز ترک اعتیاد، رضایت افراد مورد نظر توسط فرم رضایت‌مندی شرکت در مطالعه گرفته شد.

نمونه‌های آماری پژوهش به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۳۵ نفر) و کنترل (۳۵ نفر) تقسیم شدند. قبل از انجام مداخله، پیش‌آزمون از طریق پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه ناگویی خلقی تورنتو برای هر دو گروه مداخله و کنترل برگزار گردید.

سپس مداخله به صورت بحث گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، به صورت جلسات هفتگی به مدت ۸ جلسه‌ی یک ساعته برای گروه مداخله برگزار گردید و در انتها، مجددا توسط پرسش‌نامه‌های مذکور پس-آزمون به عمل آمد. لازم به ذکر است روش اجرای پژوهش به صورت تیمی انجام پذیرفت به گونه‌ای که یک متخصص روان‌پزشک به عنوان مسئول فنی واحد ترک اعتیاد و پژوهش‌گر به عنوان روان پرستار، در کنار هم به اجرای پکیج درمانی مبتنی بر تعهد حضور داشتند. مفاد پکیج درمانی که به مدت ۸ جلسه انجام شد، به صورت زیر می‌باشد:

جلسه‌ی اول

معرفی درمان‌گر، آشنایی اعضا با یکدیگر و برقراری رابطه‌ی درمانی، معرفی درمان، آموزش روانی و ارائه توضیح در مورد ناگویی خلقی.

جلسه‌ی دوم

مروری بر تجارب جلسه‌ی قبل، بحث در مورد تجربیات ناگویی خلقی و ارزیابی آن، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، بررسی انتظارات از درمان، استراحت و پذیرایی، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده.

جلسه‌ی سوم

مروری بر تجارب جلسه‌ی قبل، تشخیص راهبردهای ناکارآمد ناگویی خلقی، توضیح مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار. مشکلات و چالش‌های پذیرش و نشانه‌های آن، مورد بحث قرار خواهد گرفت؛ توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب، کشف موقعیت‌های اجتناب شده و تماس با آن‌ها از طریق پذیرش، تعریف مقابله و راهبردهای کارآمد و ناکارآمد. استراحت و پذیرایی، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه‌ی بعد، ارائه‌ی تکلیف خانگی.

جلسه‌ی چهارم

مروری بر تجارب جلسه‌ی قبل، معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلش، کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها، تضعیف و اتلاف خود با افکار و عواطف، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه‌ی بعد، ارائه‌ی تکلیف خانگی.

جلسه‌ی پنجم

مروری بر تجارب جلسه‌ی قبل، نشان‌دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود (توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزو محتوای ذهنی هستند). در این

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

تمرینات، شرکت‌کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده‌روی و ...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود، آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند. استراحت و پذیرایی، جمع-بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه‌ی بعد، ارائه‌ی تکلیف خانگی.

جلسه‌ی ششم

مرور تجارب جلسه‌ی قبلی، شناسایی "ارزش‌های زندگی" و تمرکز بر این ارزش‌ها، استفاده از تکنیک-های "ذهن‌آگاهی" با تأکید بر زمان حال، استراحت و پذیرایی، جمع‌بندی، بررسی تمرین جلسه‌ی بعد و ارائه تکلیف خانگی.

جلسه‌ی هفتم

مرور تجارب جلسه‌ی قبلی، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، توضیح تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش-ها، بحث از موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها؛ اعضا، مهم‌ترین ارزش‌هایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن‌ها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان خواهند گذاشت. اهداف مرتبط با ارزش-ها و ویژگی‌های اهداف برای گروه، بحث خواهد شد.

جلسه‌ی هشتم

درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، توضیح درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات، در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده بود و در نهایت از مراجعان برای شرکت در گروه تشکر و پس‌آزمون اجرا شد.

اطلاعات به دست آمده در این پژوهش، با استفاده از نرم افزار SPSS21 در دو سطح آمار، توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل گردید. میانگین، فراوانی، درصد، آزمون T زوجی و آزمون کای دو جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

بر اساس آزمون کای دو، دو گروه مداخله و کنترل با میانگین سنی ۴۰-۳۶ سال، از نظر سنی تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نداشتند (جدول ۱).

نتایج آزمون کای دو همچنین نشان داد که در هر دو گروه مداخله و کنترل، بیشترین افراد نمونه را افراد با مدرک تحصیلی سیکل و زیردیپلم تشکیل دادند (جدول ۲).

مطابق با آزمون کای دو، بین فراوانی مدت زمان مصرف مواد مخدر در گروه کنترل و مداخله، تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد و در هر دو گروه کنترل و مداخله، بیشترین افراد نمونه را افراد با سابقه اعتیاد ۱۰سال به بالا تشکیل دادند (جدول ۳).

بر اساس نتایج آزمون T زوجی مشخص گردید که تفاوت آماری معنی‌داری بین ناگویی خلقی و ابعاد آن قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل وجود ندارد. همچنین مطابق با آزمون T زوجی، تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین ناگویی خلقی و ابعاد آن قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله وجود دارد. مطابق با آزمونT دونمونه مستقل(تفاوت میانگین دو جامعه) قبل از اجرای مداخله بین ناگویی خلقی و ابعاد آن در گروه مداخله و کنترل، تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد اما بعد از اجرای مداخله، ناگویی خلقی و ابعاد آن در گروه مداخله افزایش آماری معنی‌داری داشت (جدول ۴).

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

جدول ۱: مقایسه فراوانی گروه‌های سنی در گروه مداخله و کنترل

گروه سنی	تعداد(درصد)		میزان کای دو	P-value
	مداخله	کنترل		
۲۶-۳۰	(٪۰)۰	(٪۵/۷)۲	۳/۷۶۵	۰/۵۶۴
۳۱-۳۵	(٪۳۱/۴)۱۱	(٪۲۵/۷)۹		
۳۶-۴۰	(٪۳۴/۳)۱۲	(٪۳۷/۱)۱۳		
۴۱-۴۵	(٪۲۲/۹)۸	(٪۲۵/۷)۹		
۴۶-۵۰	(٪۱۱/۴)۴	(٪۵/۷)۲		

جدول ۲: مقایسه فراوانی مدرک تحصیلی در گروه مداخله و کنترل

مدرک تحصیلی	تعداد(درصد)		میزان کای دو	P-value
	مداخله	کنترل		
سیکل و زیر دیپلم	(٪۶۸/۶)۲۶	(٪۶۲/۹)۲۲	۳/۳۰۹	۰/۳۴۶
دیپلم	(٪۲۲/۹)۸	(٪۲۸/۶)۱۰		
کاردانی	(٪۸/۶)۳	(٪۲/۹)۱		
کارشناسی	(٪۰)۰	(٪۵/۷)۲		

جدول ۳: . مقایسه فراوانی مدت زمان مصرف مواد مخدر درگروه مداخله و کنترل

زمان مصرف	تعداد(درصد)		میزان کای دو	P-value
	مداخله	کنترل		
۱-۴	(٪۰)۰	(٪۰)۰	۰/۶۴۰	۰/۹۸۶
۵-۸	(٪۸/۶)۳	(٪۵/۷)۲		
۹-۱۲	(٪۳۱/۴)۱۱	(٪۳۱/۴)۱۱		
۱۳-۱۶	(٪۲۸/۶)۱۰	(٪۳۱/۴)۱۱		
۱۷-۲۰	(٪۲۲/۹)۸	(٪۲۵/۷)۹		
۲۱-۲۴	(٪۲/۹)۱	(٪۲/۹)۱		
۲۵-۲۸	(٪۵/۷)۲	(٪۲/۹)۱		
۲۹-۳۲	(٪۰)۰	(٪۰)۰		

جدول ٤: مقایسه میانگین نمرات ناگویی خلقی و ابعاد آن در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله

مؤلفه	قبل و بعد از مداخله	گروه مداخله	آزمون t دونمونه مستقل	
		انحراف معیار ± میانگین	آماره t	P-value
نمره پرسش‌نامه ناگویی خلقی	قبل از مداخله	۷۳/۰۸۵± ۸/۲۸۰	۰/۰۳۰	۰/۹۷۶
	بعد از مداخله	۴۹/۸۵۱ ± ۵/۳۸۵	-۱۳/۹۲۲	۰/۰۰۱
	آزمون t زوجی	آماره t	۲۷/۳۲۱	
		P-value	۰/۰۰۱	

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

دشواری در شناسایی احساسات	قبل از مداخله		۲۵/۴۲۸± ۲/۶۶۰	۰/۱۷۳	۰/۸۹۱
	بعد از مداخله		۱۵/۶۲۸± ۲/۳۴۰	-۱۶/۳۸۸۷	۰/۰۰۱
	آزمون t زوجی	آماره t	۱۶/۴۶۵		
		P-value	۰/۰۰۱		
دشواری در توصیف احساسات	قبل از مداخله		۱۷/۴۲۸± ۲/۶۶۰	۰/۱۳۷	۰/۸۹۱
	بعد از مداخله		۱۱/۸۸۵± ۲/۴۱۰	- ۹/۲۳۷	۰/۰۰۱
	آزمون t زوجی	آماره t	۴۴/۲۳۴		
		P-value	۰/۰۰۱		
تفکر عینی	قبل از مداخله		۳۰/۲۲۸± ۲/۹۶۱	-۰/۱۷۳	۰/۸۶۴
	بعد از مداخله		۲۲/۳۴۲±۲/۸۵۸	-۱۰/۶۸۶	۰/۰۰۱
	آزمون t زوجی	آماره t	۱۸/۵۲۸		
		P-value	۰/۰۰۱		

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تاثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ناگویی خلقی در مراجعه‌کنندگان تحت درمان نگهدارنده با متادون در شهرستان لردگان در سال ۹۷ انجام شد. بر اساس یافته-های این مطالعه مشخص گردید که تفاوت آماری معنی‌داری بین ناگویی خلقی و ابعاد آن، قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل وجود نداشت. ولی تفاوت آماری معنی‌داری بین ناگویی خلقی و ابعاد آن، قبل و بعد از درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در گروه مداخله مشاهده شد.

این نتیجه‌گیری با بعضی از پژوهش‌های انجام شده نیز همسو است که نشان دادند درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی مؤثر می‌باشد (۱۴).

نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه قرایی اردکانی و همکاران (۱۵)، شیدایی اقدم و همکاران (۱۶)، حسین-زاده و همکاران (۱۷) همسو می‌باشد. تحقیق شیدایی اقدم و همکارانش مبنی بر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار ناکارآمد و پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود که نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار ناکارآمد در این بیماران مؤثر بود و می‌توان آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد را به عنوان یک روش درمان غیر

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

دارویی که فاقد عوارض ناگوار دارو درمانی است، به کار بست.

پیرانی و همکاران (۱۸) در پژوهشی به بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت نفس جنسی، ناگویی خلقی و سازگاری زناشویی در همسران جانبازان پرداختند. ایشان در نهایت نتیجه گرفتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش عزت نفس جنسی و سازگاری زناشویی و همچنین کاهش ناگویی خُلقی همسران جانبازان موثر است. نتایج این تحقیق با نتایج پژوهش حاضر همسو است.

شایان ذکر است در مطالعه‌ایی دیگر، برزگری دهج (۱۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود حالت‌های خلقی نوجوانان می‌شود که این مطلب نیز با پژوهش حاضر همسو می‌باشد.

بیماران تحت درمان با متادون با مشکلات روان-شناختی متعددی نظیر: استرس، اضطراب، افسردگی و نوسانات خلقی روبه‌رو هستند. وجود این مشکلات بر اثر عدم شناسایی هیجانات و کوشش در زمینه مهار و کنترل هیجانات و احساسات و افکار مربوط به آن‌ها است.

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را می‌توان به واسطه فرآیندهای حاکم بر آن تبیین کرد. یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های این درمان، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌باشد. ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌هایشان و تعیین اهداف، اعمال، موانع و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دست‌یابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات، باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن، منجر به رضایت از زندگی شود؛ آن‌ها را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، ناامیدی و افسردگی که به نوبه خود باعث افزایش شدت مشکلات می‌شود، رهایی دهد (۲۰).

در تبیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناگویی خلقی می‌توان گفت این روش با ارائه تکنیک پذیرش یا تمایل به تجربه مقابله با سختی یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها باعث درک بیشتر درباره ایستادگی در برابر چالش‌های زندگی می‌شود و افراد باور می‌کنند که توانایی مقابله با چالش‌های زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی را دارند. در نتیجه ابتدا اجتناب، پریشانی و ترس از چالش‌ها و در نهایت ناگویی هیجانی کاهش می‌یابد. تبیین دیگر اینکه هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد ایجاد و افزایش انعطاف‌پذیری است؛ یعنی، ایجاد توانایی انتخاب گزینه‌ای از بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد که این امر باعث افزایش تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی و احساس آرامش می‌شود و همچنین درمان پذیرش و تعهد به افراد در شناسایی تنش‌های زندگی کمک می‌کند که این امر باعث مقابله سازگار با منابع استرس‌زا می‌شود؛ بنابراین، درمان پذیرش و تعهد با کمک به افراد در شناسایی هیجان‌ها و حالت‌های هیجانی و نحوه ابراز هیجان باعث کاهش ناگویی هیجانی می‌شود. این مطلب نیز توسط امین‌پور و همکارانش تبیین شده است (۲۱).

با توجه با اینکه یکی از اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش ناگویی هیجانی و خلقی می-باشد (۲۲) بنابراین بر اساس نتایج مطالعه حاضر و سایر پژوهش‌های مرتبط و همسو می‌توان نتیجه‌گیری نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش ناگویی خلقی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون مؤثر باشد. لذا روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را می‌توان برای درمان ناگویی خلقی این بیماران به کار برد.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

نتیجه‌گیری

اعتیاد و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن، یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌رود. وابستگی به مواد، از بزرگ‌ترین نگرانی-های جوامع امروز است. اعتیاد به مواد، تهدیدی جدی برای ساختارهای فرهنگی، بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی است که تعادل، رشد و توسعه جوامع را برهم زده و منابع بسیار انسانی، اقتصادی و اجتماعی را هدر می‌دهد. ناگویی خلقی از جمله مواردی است که تحت تأثیر اعتیاد قرار می‌گیرد و نیاز به درمان دارد.

مطابق با نتایج این پژوهش، ناگویی خلقی تحت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر می‌کند و این تغییر تاثیر مهمی بر مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان-شناختی ایجاد می‌کند؛ بنابراین، می‌توان ادعا نمود درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ناگویی خلقی در مراجعه‌کنندگان تحت درمان نگهدارنده با متادون در شهرستان لردگان در سال ۱۳۹۷ تأثیر داشت.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه آقای حسین محمودی چالبطان در گروه روان پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان برگزیده شده است. بدینوسیله از کمیته اخلاق، معاونت پژوهشی، مسؤلین محترم دانشکده پرستاری و کلیه عزیزانی که در این تحقیق ما را یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1- Burrows CJ. Acceptance and commitment therapy with survivors of adult sexual assault: a case study. Clin Case Stud. 2013; 12(3):246-59.
2- Nezafati J, Mashhadi A, Yazdi A. The Effectiveness of Short-Term Interpersonal Psychotherapy on Depression Symptoms, Emotional Expression, Social Skills, and Quality of Life in Depressed university Students. J Fundament Mental health. 2015: 17(6): 318-324
3- Peles E, Schreiber S, Sason A, Adelson M. Similarities and changes between 15- and 24-year survival and retention rates of patients in a large medical-affiliated methadone maintenance treatment (MMT) center. Drug Alcohol Depend. 2018; 185(1): 112-119
4- Aghaee A, Jodeyr N. Compare simple and multiple relationships between sensation seeking, Alexithymia with drug addiction susceptibility among male and female high school students in the city of Isfahan 2015. Third global conference psychology and educational sciences, law and social sciences at the beginning of third millennium.
5- Hosaini Mehdiabadi SM, Rostami C, Yarahmadi Y. Evaluation of the Relationship between Information Processing Styles and Alexithymia (Case study covered women in Kermanshah Imam Khomeini Relief Foundation). Zanko J Med Scie. 2017; 17 (55): 32-45
6- Schimmenti A, Passanisi A, Caretti V, La Marca L, Granieri A, Iacolino C, et al. Traumatic experiences, alexithymia, and Internet addiction symptoms among late adolescents: A moderated mediation analysis. Addict Behav. 2017; 64:314-20.
7- Luminet O, Vermeulen N, Demaret C, Taylor GJ, Bagby RM. Alexithymia and levels of processing: Evidence for an overall deficit in remembering emotion words. J Res Personal. 2006; 40(5):713-33.
8- Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of acceptance and commitment therapy. Eur J Cancer Care. 2015; 24(1):15-27.
9- Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. The relationship between emotional intelligence and alexithymia. Pers Individ Differ. 2001 Jan 5;30(1):107-15.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

10- Richardson T, Bell L, Bolderston H, Clarke S. Development and Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy Delivered by Psychologists and Non-Psychologists in an NHS Community Adult Mental Health Service: a Preliminary Analysis. Behav Cogn Psychother. 2018; 46(1):121-7.
11- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change, 3nd ed. New York: Guiford, 1999:165-171.
12- Mirmohammad Sadeghi A, Abedi M. Investigating the effect of group counseling based on acceptance and commitment on the quality of life of addicted spouses in treatment centers a leaving addiction in the city of Isfahan. Counsel J. 2015; 14(56): 87-108.
13- Keshavarz Afshar H, Barabari A, Ghazinejad N, Amiri A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on the attitude of abuse and the quality of life in substance abusers. J Police Med. 2018; 7(1) :1-6.
14- Izadi R, Abedi M. Acceptance and commitment therapy.2nd ed. Tehran. Jungle publication. 2014: 90-100
15- Gharaei-Ardakani Sh, Azadfallah P.The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Pain Experience in Women with Chronic Pain. J Clin Psychol. 2012; 4(2):39-51.
16- Sheydaei Aghdam Sh, Shamseddini Lory S, Abasi S, Yousefi S, Abdollahi S, Moradijoo M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS. J Thought & Behav Clinical Psychol. 2014; 9(34): 57-68
17- Hoseinzadeh S, Fatollahzadeh N, Saadati N. The effectiveness of acceptance and commitment training on improving the quality of life and self-compassion of the mothers of educable disabled children. J Psychol Stud.2016;12(3):103-121
18- Pirani Z, Abbasi M, Kalvani M, Nourbakhsh M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on Sexual self-esteem, emotional skillfulness and marital Adjustment in Veterans' Wives. Iran J War Public Health.2017; 9 (1): 25-32.
19- Barzegari Dehaj A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotion regulation and mood status in adolescents. Tehran: Allame Tabatabaee University; 2015
20- Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin C. Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. Behav Res Ther. 2012; 50 6): 367-73.
21- Ghorbani M, Amin Pur R. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on stress coping strategies in women with ulcerative colitis. Govaresh. 2015;20(1):34-42.
22- Mohammadi L, Salehzade Abarghoei M, Nasirian M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation in men under methadone treatment. J Shahid sadoughi Univ Med Sci. 2015; 23 (9): 853-861.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

Original paper

(ACT) on Recipients Having Alexithymia under Maintenance with Methadone

Hosein Mahmodi Chalebtan[1], Mino motaghi[2*], Roya Tarkashavandeh[3]
1- Student Research Committee, Nursing and Midwifery Faculty, Khorasgan Azad University, Isfahan, Iran
2- Assistant professor, Psychiatric Unit Nurse, Nursing and Midwifery Faculty, Khorasgan Azad University, Isfahan, Iran
3-Department of nursing, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran
Corresponding Author: Tel**:** +989132285720 Email: M.motaghi912@gmail.com

Abstract

Background and Aim: Cognitive-behavioral therapy, especially the acceptance and commitment therapy (ACT) has a potential to treat complex abuse disorders. The purpose of this study was to determine the effect of group therapy based on ACT on recipients having Alexithymia under maintenance with Methadone treatment in Lordegan city in 1397.

Materials and Method: The statistical society included 70 patients under maintenance with Methadone treatment from the addiction center of Shohada lordegan Hospital (Lordegan city, 1397). The statistical society select by available method. The data gathering tool used for this study was Toronto Alexithymia Questionnaire (TAS-20). Data analysis was done in descriptive and inferential levels by spss-21 software.

Results: The finding of this study showed that there was no significant difference between Alexithymia and its dimensions before and after the intervention in the control group. However; there was a significant difference between mean of alexithymia and its dimensions before and after the intervention in the test group. According to independent T-test, before the implementation of alexithymia and its dimensions, no significant difference was observed in the test and control groups, although; after intervention, the experimental group had a significant increase.

Conclusion: Group therapy based on ACT is effective on Alexithymia in patients undergoing maintenance treatment with Methadone.

Keywords: Group therapy based on acceptance and commitment, Alexithymia, Methadone maintenance treatment

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]