



اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تحمل‌پریشانی

مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون

مصطفی افشار نیک^۱، احمد منصوری^{۱*}، مصطفی بلقان آبادی^۲، زهرا باقر زاده گلمکانی^۱

۱- گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

۲- استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران

چکیده

مقدمه: اختلال مصرف مواد پیامدهای جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی مختلفی از جمله کاهش انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل‌پریشانی را در پی دارد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تحمل‌پریشانی در مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان با متادون انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه آزمایشی در سال ۱۴۰۴ با دو گروه آزمایش و کنترل در شهر نیشابور انجام شد. نمونه شامل ۳۰ مرد مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان با متادون بود که به‌طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. گروه آزمایش ۸ جلسه درمان پذیرش و تعهد دریافت کرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مقیاس تحمل‌پریشانی در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) گردآوری شدند و با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که اثر زمان، گروه و تعامل زمان × گروه بر هر دو متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تحمل‌پریشانی معنادار بود ($p < 0/001$). آزمون تعقیبی بونفرونی نیز نشان داد که تفاوت نمره بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش معنادار است ($p < 0/001$), درحالی‌که اختلاف بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود ($p > 0/05$). همچنین، تفاوت نمره بین دو گروه در هر دو متغیر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد درمان پذیرش و تعهد با بهبود پایدار در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تحمل‌پریشانی، می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مکمل مؤثر در ارتقاء تاب‌آوری روان‌شناختی مردان تحت درمان با متادون مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها:

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تحمل‌پریشانی، درمان پذیرش و تعهد، متادون

نوع مقاله: پژوهشی اصیل

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱

*نویسنده مسئول: احمد منصوری

گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور،

دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور

تلفن: ۰۹۱۵۳۳۳۱۷۹۹

پست الکترونیک:

mansoury_am@iau.ac.ir



مقدمه

اختلال مصرف مواد یکی از مهم‌ترین و پایدارترین چالش‌ها در حوزه سلامت عمومی به‌شمار می‌رود که به‌عنوان یک اختلال مزمن، عودکننده و چندوجهی، پیامدهای گسترده‌ای در ابعاد فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی بر جای می‌گذارد (۱). براساس آخرین گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد در سال ۲۰۲۴، حدود ۲۸۴ میلیون نفر در دامنه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال حداقل یک‌بار مواد مصرف کرده‌اند که از این میان، بیش از ۳/۳۶ میلیون نفر معیارهای اختلال مصرف مواد را احراز کرده و نیازمند مداخله‌های تخصصی درمانی هستند (۲). این ارقام نه‌تنها بیانگر گستردگی شیوع این اختلال است، بلکه نشان می‌دهد که نظام‌های سلامت، اقتصاد و ساختارهای اجتماعی در سراسر جهان ناگزیر با پیامدهای مستقیم و غیرمستقیم آن دست‌به‌گریبان‌اند (۳).

اختلال مصرف مواد افزون بر تحمیل هزینه‌های سنگین مستقیم درمانی به نظام سلامت، با ایجاد هزینه‌های غیرمستقیم همچون کاهش بهره‌وری شغلی، افزایش غیبت از کار، افت عملکرد تحصیلی و شغلی، بروز نابسامانی‌های خانوادگی، افزایش خشونت، ارتکاب جرایم و آسیب‌های بین‌فردی، بار عظیمی بر دوش جوامع می‌گذارد (۴). درمان نگهدارنده با متادون با هدف کاهش علائم جسمانی ترک، تثبیت وضعیت مصرف، کاهش خطر مصرف تزریقی و پیامدهای مرتبط با آن و پیشگیری از عود طراحی شده است و شواهد متعددی برای اثربخشی آن در مدیریت وابستگی جسمانی وجود دارد (۵). با این حال، تجربه بالینی و پژوهش‌ها نشان می‌دهند که صرف کنترل علائم جسمانی، برای دستیابی به بهبود پایدار در مراجعان کافی نیست و بسیاری از مشکلات روان‌شناختی، شناختی و هیجانی در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون، به‌ویژه در مردان،

همچنان تداوم می‌یابد (۶). این وضعیت، ضرورت استفاده از مداخله‌های روان‌شناختی مکمل و مبتنی بر شواهد را در کنار درمان‌های دارویی برجسته می‌سازد (۷).

در سال‌های اخیر، رویکردهای موج سوم رفتاردرمانی در حوزه اختلال مصرف مواد جایگاه قابل‌توجهی یافته‌اند. یکی از مهم‌ترین آن‌ها، درمان پذیرش و تعهد است که به‌جای تلاش برای حذف یا کنترل محتوای افکار و هیجان‌های دردناک، به اصلاح رابطه فرد با این تجربیات می‌پردازد (۸). این درمان با تکیه بر فرایندهایی مانند پذیرش، گسلش شناختی، حضور در لحظه، خود به‌عنوان زمینه، شفاف‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه، در پی افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (۹). در این درمان فرض بر این است که رنج روان‌شناختی بیشتر ناشی از تلاش ناکارآمد برای کنترل یا اجتناب از تجربیات درونی است، نه خود آن‌ها؛ تلاشی که به تداوم مشکلات و رفتارهای ناسازگار ازجمله مصرف مواد منجر می‌شود (۱۰). هدف اصلی این رویکرد آن است که فرد بتواند در حضور افکار و هیجان‌های ناخوشایند، رفتارهای همسو با ارزش‌های خود را انتخاب کند (۱۱). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به توانایی تجربه آزادانه افکار و هیجان‌ها بدون اجتناب یا درگیری افراطی و درعین‌حال اقدام در راستای اهداف زندگی اشاره دارد (۱۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند سطوح پایین این سازه با شدت بیشتر ولع مصرف و خطر عود مرتبط است و افزایش آن می‌تواند تنظیم هیجان، خودکارآمدی در مواجهه با محرک‌های مصرف و احتمال بهبود پایدار را تقویت کند (۱۲). در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون، به‌ویژه مردان، باوجود کنترل نسبی علائم جسمانی ترک، مؤلفه‌های روان‌شناختی مانند افکار وسوسه‌انگیز، احساس بی‌معنایی، ناامیدی، اضطراب، افسردگی و درماندگی در برابر هیجان‌های منفی همچنان



به‌عنوان چالش‌های اساسی باقی می‌مانند (۱۳). درمان‌های سنتی شناختی-رفتاری باوجود اثربخشی در اصلاح شناخت‌ها و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در برخی افراد با مقاومت شناختی و درگیری ذهنی افراطی در تلاش برای تغییر محتوای افکار مواجه می‌شوند (۱۴). در چنین مواردی، رویکردهایی چون درمان پذیرش و تعهد که به‌جای تغییر محتوای افکار، به تغییر رابطه فرد با افکار و تجارب درونی می‌پردازند، می‌توانند گزینه‌ای کارآمدتر برای گروهی از بیماران باشند (۹).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند درمان پذیرش و تعهد در بهبود تنظیم هیجان و افزایش انعطاف‌پذیری و تحمل پریشانی مؤثر است. برای مثال باقری و همکاران افزایش معنادار تحمل پریشانی را پس‌ازاین مداخله گزارش کرده‌اند (۱۵). همچنین در مطالعه‌ای توسط کاشفی‌زاده و همکاران درمان پذیرش و تعهد منجر به کاهش گرایش به مصرف، کاهش افکار وسوسه‌انگیز و افزایش تحمل هیجانی در مصرف‌کنندگان مواد شده است (۱۶). کروتز و همکاران در یک فراتحلیل جامع نشان داده‌اند که درمان پذیرش و تعهد تأثیری معنادار بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و بهبود پیامدهای رفتاری در طیف وسیعی از اختلال‌های مصرف مواد دارد (۱۷). این یافته‌ها مجموعاً جایگاه درمان پذیرش و تعهد را به‌عنوان مداخله‌ای مبتنی بر شواهد در حوزه اختلال مصرف مواد تقویت می‌کند.

مرور نظام‌مند پژوهش‌های موجود نشان می‌دهد که بخش قابل‌توجهی از پژوهش‌های پیشین، تمرکز خود را بر علائم بالینی عمومی مانند افسردگی، اضطراب یا کیفیت زندگی معطوف کرده‌اند و کمتر به بررسی هم‌زمان سازه‌های فرایندی کلیدی در مدل درمان پذیرش و تعهد همچون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تحمل پریشانی پرداخته‌اند (۱۸). بسیاری از این پژوهش‌ها دارای

محدودیت‌هایی ازجمله طراحی‌های تک گروهی یا شبه آزمایشی، حجم نمونه محدود، استفاده از جمعیت‌های غیراختصاصی (مثل نمونه‌های ترکیبی زنان و مردان بدون تفکیک دقیق، یا نمونه‌های غیر بالینی)، یا فقدان گروه‌های مقایسه‌ای ساختاریافته بوده‌اند (۱۹). از سوی دیگر، بخشی از پژوهش‌ها اغلب بر مصرف‌کنندگان الکل، نیکوتین یا مواد محرک تمرکز داشته‌اند و کمتر به بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سازه‌های روان‌شناختی در افراد وابسته به مواد افیونی، به‌ویژه مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون، پرداخته‌اند (۲۰). این خلأ پژوهشی، به‌ویژه با توجه به تفاوت‌های جنسیتی در الگوهای مصرف، پیامدها و پاسخ به درمان، اهمیت انجام پژوهش‌های اختصاصی بر روی جمعیت مردان را دوچندان می‌کند. مراجعان تحت درمان نگهدارنده با متادون باوجود دریافت مداخله‌های دارویی، به دلیل چالش‌های هیجانی و ضعف در تحمل پریشانی، همچنان در معرض خطر بالای لغزش قرار دارند (۲۱). بااین‌حال، بسیاری از مراکز ترک اعتیاد در ایران فاقد پروتکل‌های روان‌شناختی ساختاریافته و مبتنی بر شواهد هستند؛ لذا انجام پژوهش‌های بومی‌شده در این زمینه می‌تواند راهنمایی عملی برای ارتقای کیفیت خدمات درمانی ارائه دهد. از سوی دیگر، مرور پیشینه نشان می‌دهد که اغلب پژوهش‌های پیشین به پیامدهای بلافاصله پس از مداخله بسنده کرده‌اند و بررسی دقیق و هم‌زمان سازه‌های فرایندی مانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تحمل پریشانی، آن‌هم با در نظر گرفتن ماندگاری اثرات درمان، به‌ویژه در مردان تحت درمان با متادون با خلأ پژوهشی مواجه است (۱۶، ۱۵). تبیین چگونگی تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر این سازه‌ها در طول زمان، می‌تواند به شناسایی مکانیسم‌های تغییر مؤثر در درمان اختلال مصرف مواد منجر شده و مبنایی برای طراحی مداخله‌های مکمل، هدفمند و شخصی‌سازی‌شده در مراکز



درمانی فراهم آورد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تحمل پریشانی در مردان مبتلا به اختلال

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل بود که متغیرهای موردنظر در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به فاصله سه ماه بررسی شدند. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهرستان نیشابور در سال ۱۴۰۴ بود. تعیین حجم نمونه با نرم‌افزار G*Power 3.0.10 و با در نظر گرفتن سطح معناداری ($\alpha = 0.05$)، توان آماری ($1 - \beta = 0.90$) و اندازه اثر ۰/۳۰ انجام شد. بر این اساس، حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۱۳ نفر و در مجموع ۲۶ نفر برآورد گردید؛ باوجوداین برای پیشگیری از ریزش شرکت‌کنندگان تعداد افراد گروه‌ها به ۱۵ نفر افزایش یافت. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام گرفت؛ بدین ترتیب که پس از مراجعه به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر نیشابور، پرونده افراد داوطلب بررسی شد و افراد بر اساس ارزیابی بالینی و انطباق با ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش غربالگری شدند. پس از احراز شرایط و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، ۳۰ نفر واجد شرایط به‌عنوان نمونه نهایی وارد مطالعه شدند. در مرحله بعد، به‌منظور کاهش سوگیری انتخاب و ایجاد همگنی بین گروه‌ها، شرکت‌کنندگان با استفاده از روش تصادفی سازی ساده و با نسبت تخصیص برابر در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. فرآیند تخصیص از طریق کدگذاری افراد و انتخاب تصادفی کدها انجام شد، به‌گونه‌ای که هر شرکت‌کننده با احتمال برابر در یکی از دو گروه پژوهش قرار گرفت. پس از انتخاب و غربالگری شرکت‌کنندگان بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، ابتدا هر

مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون شهرستان نیشابور انجام شد.

دو گروه در مرحله پیش‌آزمون به پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مقیاس تحمل پریشانی پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه درمان پذیرش و تعهد شرکت کردند که هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه و دو بار در هفته برگزار شد، درحالی‌که گروه کنترل تنها درمان نگهدارنده با متادون را ادامه دادند. پس از پایان جلسه‌های درمانی، هر دو گروه مجدداً به همان ابزارهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون پاسخ دادند و سه ماه بعد از مداخله درمانی نیز پیگیری انجام شد.

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که بخش قابل‌توجهی از افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون در سنین بزرگسالی قرار دارند و بیشترین میزان مصرف مواد مراجعه به مراکز درمانی نیز در این دوره سنی گزارش شده است (۲۲)؛ ازاین‌رو در این پژوهش به‌منظور کاهش ناهمگنی ناشی از تفاوت‌های تحولی، جسمانی و روان‌شناختی در سنین پایین‌تر و بالاتر و در نتیجه افزایش همگنی نمونه، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال به‌عنوان یکی از شرایط ورود در نظر گرفته شد. سایر شرایط شامل تشخیص اختلال مصرف مواد بر اساس ملاک‌های نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی توسط روان‌شناس یا روان‌پزشک، دریافت درمان نگهدارنده با متادون به مدت حداقل یک ماه پیش از ورود به پژوهش، ثابت بودن دوز متادون مصرفی طی یک ماه اخیر، تمایل به مشارکت در پژوهش و ارائه رضایت آگاهانه، و همچنین امکان حضور منظم در جلسه‌های درمانی بود. ملاک‌های خروج نیز شامل ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی شدید، خطر بالای خودکشی، دریافت سایر



مداخله‌های روان‌شناختی در طول پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه درمانی، وجود مشکلات جسمانی حاد، انصراف از همکاری در هر مرحله از پژوهش و مشارکت هم‌زمان در پژوهش‌های مشابه بود. در تمامی مراحل اجرای پژوهش اصول اخلاقی مدنظر قرار گرفت. از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید و اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند. داده‌ها با کد اختصاصی ثبت و به‌صورت ناشناس تحلیل شدند. شرکت‌کنندگان در هر زمان مجاز به انصراف از ادامه پژوهش بودند، بدون آن‌که این تصمیم بر روند درمان نگهدارنده آنان تأثیری بگذارد. اهداف پژوهش، مدت‌زمان جلسه‌ها و نحوه برگزاری آن به‌طور کامل برای شرکت‌کنندگان تشریح شد. همچنین، برای رعایت عدالت درمانی، پس از پایان پژوهش خدمات درمانی مشابه به گروه کنترل ارائه شد. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای استاندارد زیر استفاده شد.

اطلاعات جمعیت شناختی: برای توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه، متغیرهایی شامل سن، وضعیت تحصیلی، وضعیت اقتصادی، وضعیت تأهل، نوع ماده مصرفی، نوع مراجعه، سابقه بستری شدن و سابقه خودکشی موردبررسی قرار گرفت. داده‌های مربوط به این متغیرها با استفاده از فرم اطلاعات جمعیت شناختی گردآوری شد. وضعیت اقتصادی در این پژوهش بر اساس خود اظهاری شرکت‌کنندگان و در پنج طبقه پایین، متوسط به پایین، متوسط، متوسط به بالا و بالا ثبت شد؛ از این‌رو، مبنای این طبقه‌بندی ادراک فردی شرکت‌کنندگان از وضعیت اقتصادی خود بوده است.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی: در این پژوهش از پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که توسط بن ایتراک و همکارانش در سال ۲۰۱۴ ساخته شده، استفاده گردید (۲۳). این ابزار شامل ۲۰ ماده و پنج خرده مقیاس درک مثبت از تغییر، توصیف خود به‌عنوان یک شخص

انعطاف‌پذیر، توصیف خود به‌عنوان فردی گشوده و خلاق، درک واقعیت به‌صورت پویا و قابل‌تغییر و ادراک از واقعیت به‌عنوان یک مقوله چندبعدی است. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای و از ۱ (هرگز) تا ۶ (خیلی زیاد) است. دامنه نمره بین ۲۰ تا ۱۲۰ است. آن‌ها اعتبار این پرسشنامه را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۱۸ گزارش کردند. برای روایی پرسشنامه دو روایی سازه و روایی همگرا بررسی شده است. در تحلیل عاملی اکتشافی پنج عامل پرسشنامه ۶۶/۸ درصد از واریانس کل را تبیین کردند و برای روایی همگرا هم یک همبستگی مثبت میان پرسشنامه مذکور و مقیاس گشودگی و مقیاس خودکارآمدی به‌دست‌آمده است (۲۳). در پژوهش صفرائی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۸۹ گزارش شده است. این ضریب برای تفسیر مثبت از تغییر ۰/۸۲، در نظر گرفتن خود به‌عنوان یک فرد منعطف ۰/۷۹، در نظر گرفتن خود به‌عنوان یک فرد گشوده و خلاق ۰/۸۰، تفسیر واقعیت به‌عنوان پویا و قابل‌تغییر بودن ۰/۸۴ و تفسیر واقعیت به‌عنوان چندوجهی بودن ۰/۷۷ گزارش شده است (۲۴).

مقیاس تحمل پریشانی: در پژوهش حاضر برای سنجش تحمل پریشانی از مقیاسی که توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شده، استفاده گردید (۲۵). این ابزار دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم است که بر اساس یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از ۱ (کاملاً موافق) تا ۵ (کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره بین ۱۵ تا ۷۵ است. آن‌ها اعتبار این آزمون را به روش همسانی درونی در دو مطالعه برای خرده مقیاس‌های تحمل (۰/۷۳ - ۰/۷۲)، جذب (۰/۷۷ - ۰/۷۸)، ارزیابی (۰/۸۴ - ۰/۸۲) و تنظیم (۰/۷۴ - ۰/۷۰) مناسب گزارش کردند. اعتبار آزمون به روش بازآزمایی برابر ۰/۶۱ بوده است. در نهایت



۰/۰۷۷ = جذر میانگین مجذورات خطای تقریب) خوب گزارش شده است (۲۶).
درمان پذیرش و تعهد: جلسه های درمانی گروه آزمایش بر اساس مدل هیز و همکاران (۲۷) تدوین شده بود و به صورت گروهی، در هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای دو جلسه در هر هفته برگزار گردید (جدول ۱).

این مقیاس از روایی همگرا، ملاکی و افتراقی مناسبی برخوردار است (۲۵). در پژوهش صالحیان و منصوری اعتبار آزمون به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۲ بوده است. روایی سازه (۰/۹۴) = برازش تطبیقی، ۰/۹۲ = برازش نرم نشده، ۰/۹۴ = برازش افزایشی، ۰/۹۰ = نیکویی برازش،

جدول ۱. محتوای جلسه های درمان پذیرش و تعهد

شماره جلسه	محتوای جلسه	اهداف درمانی و فعالیت های اصلی
۱	مقدمه و اهداف درمان	در این جلسه اصول اساسی درمان پذیرش و تعهد معرفی شد. هدف درمان، تغییر افکار یا احساس ها نیست بلکه پذیرش تجارب ناخوشایند و حرکت به سوی زندگی غنی و معنادار است. مدل شش ضلعی انعطاف ناپذیری شامل تمرکز افراطی بر گذشته یا آینده، اجتناب تجربه ای، آمیختگی شناختی، وابستگی به خود مفهوم سازی شده، اقدام غیر مؤثر و فاصله از ارزش ها معرفی گردید. از تمثیل های فرو رفتن در باتلاق و انگشت گیری برای درک بهتر مفهوم استفاده شد. همچنین پیش آزمون اجرا و تاریخچه مراجع بررسی گردید.
۲	تمرکز بر زمان حال	در این جلسه بر نقش تسلط گذشته و آینده بر مشکلات فرد تأکید شد. تمرین هایی برای افزایش حضور در لحظه مانند تنفس شکمی، تمرین انقباض و رهایی عضلات، خوردن آگاهانه (مانند تمرین کشمش) و توجه به بدن انجام شد. هدف، تقویت توانایی بودن در لحظه حال و کاهش افکار نشخواری بود.
۳	کار بر روی اجتناب تجربه ای	در این جلسه مفهوم اجتناب تجربه ای (تلاش برای فرار از احساس ها یا افکار ناخوشایند) بررسی شد. مراجعان آموختند که این اجتناب موجب تداوم مشکلات می شود. تمرین جسمانی سازی هیجان ها انجام شد؛ در آن، شرکت کنندگان احساس های ناخوشایند خود را با رنگ، شکل و اندازه توصیف کرده و محل آن را در بدن شناسایی کردند. هدف، افزایش مواجهه مؤثر به جای اجتناب بود.
۴	آمیختگی شناختی	در این جلسه افکار درگیر کننده و چسبیده شناسایی و از واقعیت تفکیک شدند. تکنیک هایی نظیر تمرین بزاق دهان، تکرار کلمات، رقص کلمات و تکنیک تلویزیون آموزش داده شد تا شرکت کنندگان یاد بگیرند افکار را صرفاً به عنوان پدیده های ذهنی ببینند نه واقعیت. هدف، کاهش سلطه افکار ناکارآمد بر رفتار بود.
۵	کار بر مفهوم خود به عنوان زمینه	در این مرحله مراجعان افکاری را که به صورت واقعیت پذیرفته بودند، بررسی کردند. از تمثیل هایی مانند آسمان (خود به عنوان زمینه ثابت در برابر ابرهای گذرای افکار) و صحنه تئاتر برای توضیح این مفهوم استفاده شد. هدف، افزایش آگاهی نسبت به خود مشاهده گر و کاهش همانندسازی با افکار بود.
۶	تحلیل اقدامات غیر مؤثر	رفتارهای ناکارآمد شرکت کنندگان در مواجهه با افکار و احساس های ناخوشایند تحلیل شد. با طرح پرسش هایی مانند آیا این رفتار زندگی ات را گسترش داده یا محدود کرده است؟ به کشف الگوهای رفتاری معیوب پرداخته



شد. هدف این جلسه، جایگزینی رفتارهای مؤثر و ارزش محور به جای پاسخ های ناکارآمد بود.

در این جلسه شرکت کنندگان با استفاده از ابزارهایی مانند کارت های ارزش و جدول ارزش ها به شناسایی مهم ترین ارزش های زندگی خود پرداختند. سپس از میان آن ها پنج ارزش برتر انتخاب شد و میزان اهمیت و تحقق هر کدام (از ۱ تا ۱۰) ارزیابی گردید. دو پرسش کلیدی مطرح شد: امروز برای تحقق این ارزش چه می کنید؟ و تا جلسه آینده چه گامی برمی دارید؟ هدف، تعهد به رفتارهای منطبق با ارزش ها بود.

در آخرین جلسه، مدل شش ضلعی درمان پذیرش و تعهد مرور شد. بازخورد مراجعان نسبت به فرآیند درمان ارزیابی گردید و برنامه ریزی برای تداوم تغییرات در آینده انجام شد. پیشرفت شرکت کنندگان مورد بحث قرار گرفت. هدف، تثبیت دستاوردها و تقویت خودکارآمدی در مسیر ارزش محور بود.

استنباطی، به منظور بررسی فرضیه های پژوهش و مقایسه تغییرات نمره در سه مرحله، از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بهره گرفته شد. برای بررسی معناداری تفاوت ها، سطح معناداری در تمامی آزمون ها $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

برای تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. در بخش آمار توصیفی، میانگین، انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای هر دو گروه محاسبه گردید. در بخش آمار

یافته ها

مراجعه، سابقه بستری شدن و سابقه اقدام به خودکشی تفاوت آماری معناداری ($p > 0.05$) وجود ندارد (جدول ۲).

نتایج نشان داد که به جز وضعیت تأهل و نوع ماده مصرفی ($p < 0.05$)، بین دو گروه از نظر سایر متغیرهای جمعیت شناختی از جمله سن، وضعیت تحصیلی، اقتصادی، نوع

جدول ۲. توزیع جمعیت شناختی نمونه پژوهش

متغیر	گروه			
	آزمایش فراوانی	درصد	کنترل فراوانی	درصد
وضعیت تحصیلی	۱	۶/۷	۴	۲۶/۷
ابتدایی	۰	۰	۳	۲۰
راهنمایی	۵	۳۳/۳	۲	۱۳/۳
دیپلم	۷	۴۶/۷	۶	۴۰
کارشناسی	۲	۱۳/۳	۰	۰
کارشناسی ارشد	۰	۰	۰	۰
وضعیت اقتصادی	۰	۰	۰	۰
بالا	۴	۲۶/۷	۰	۰
متوسط به بالا	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷
متوسط	۴	۲۶/۷	۵	۳۳/۳
متوسط به پایین	۳	۲۰	۶	۴۰
پایین				



وضعیت اهل	مجرد	۵	۳۳/۳	۱۲	۸۰	۰/۰۳۹
	متاهل	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۳	
	طلاق گرفته	۷	۴۶/۷	۱	۶/۷	
	متارکه	۱	۶/۷	۰	۰	
نوع ماده مصرفی	محرك و صنعتی (شیشه و آمفتامین‌ها)	۱	۶/۷	۱	۶/۷	۰/۰۴۲
	سنتی (تریاک و مشتقات آن)	۳	۲۰	۱۰	۶۶/۷	
	داروهای شبه افیونی / داروهای تجویزی (مانند متادون، ترامادول و بوپرنورفین)	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۳	
	ترکیبی (مصرف هم‌زمان بیش از یک نوع ماده)	۹	۶۰	۲	۱۳/۳	
نوع مراجع	غیر ارجاعی	۱۰	۶۶/۷	۱۳	۸۶/۷	۰/۱۹۵
	ارجاعی	۵	۳۳/۳	۲	۱۳/۳	
سابقه بستری شدن	بله	۲	۱۳/۳	۰	۰	۰/۲۴۱
	خیر	۱۳	۸۶/۷	۱۵	۱۰۰	
سابقه خودکشی	بله	۴	۲۶/۷	۱	۶/۷	۰/۱۶۴
	خیر	۱۱	۷۳/۳	۱۴	۹۳/۳	
سن	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	۰/۱۵۲
	۳۳/۴۶	۱۰/۹۰	۴۱/۲۰	۸/۴۱		

روان‌شناختی و تحمل پریشانی افراد گروه آزمایش اتفاق افتاده است که لازم است با استفاده از روش‌های آماری مناسب معناداری این تفاوت‌ها به لحاظ آماری بررسی شود.

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تحمل پریشانی گزارش شده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که با گذشت زمان تغییراتی در میانگین انعطاف‌پذیری

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در بین دو گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	آزمایش	۶۶/۷۳	۱۳/۲۰	۹۰	۹/۸۰	۸۸/۳۳	۶/۰۹
	کنترل	۶۱/۳۳	۷/۸۴	۶۰/۲۰	۷/۷۲	۶۰/۷۳	۱۰/۵۲
تحمل پریشانی	آزمایش	۴۹/۲۶	۹/۹۹	۳۱/۸۶	۶/۱۵	۳۲/۹۳	۶/۸۲
	کنترل	۴۷/۹۳	۶/۵۲	۴۷/۷۳	۷/۱۵	۴۶/۵۳	۵/۰۸



از توزیع نرمال برخوردار بودند ($p > 0.05$). در جدول ۴ نتایج مربوط به پیش فرض نرمال بودن متغیرهای پژوهش با استفاده از روش شاپیرو-ویلک ارائه شده است.

متغیرهای پژوهش حاضر فاصله‌ای بودند. پیش از انجام تحلیل اصلی، نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. نتایج نشان داد که در تمامی متغیرها و مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) داده‌ها

جدول ۴. بررسی نرمال بودن و همگنی واریانس متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		آماره	P	آماره	P	آماره	P
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تحمل پریشانی	آزمایش	۰/۹۲	۰/۱۹	۰/۹۳	۰/۳۴	۰/۹۵	۰/۶۳
	کنترل	۰/۹۵	۰/۵۵	۰/۹۵	۰/۶۳	۰/۹۶	۰/۸۰
	آزمایش	۰/۹۵	۰/۵۱	۰/۹۱	۰/۱۷	۰/۹۱	۰/۱۵
	کنترل	۰/۹۰	۰/۰۹	۰/۹۶	۰/۷۸	۰/۹۷	۰/۸۸

است ($p = 0.002$, $W = 0.67$, $df = 2$)؛ بنابراین برای تحلیل اثرات درون گروهی از اصلاح گرین‌هاوس-گیزر استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد اثر اصلی زمان، اثر گروه و اثر تعاملی زمان و گروه در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی معنادار است. در متغیر تحمل پریشانی نیز اثر گروه، اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه معنادار بود. نتایج کامل این تحلیل در جدول ۵ و ۶ ارائه شده است.

نتایج سایر پیش‌فرض‌ها از جمله آزمون ام‌باکس ($p = 0.003$)، $F = 3.29$ ، $MB = 22.37$ نشان داد که فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برای متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برقرار نیست، اما نتایج آزمون کرویت ماچلی نشان داد فرض کرویت در این متغیر برقرار است ($p = 0.58$)، $p = 0.81$ ، $W = 0.81$ ، $df = 2$. نتایج آزمون ام‌باکس ($p = 0.49$)، $F = 3.33$ ، $MB = 3.33$ نشان داد که فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برقرار است، اما نتایج آزمون کرویت ماچلی نشان داد که فرض کرویت نقض شده

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی متغیرهای پژوهش

متغیرها	منابع تغییر	میانگین مجزورات	F	df	P	اندازه اثر	توان آزمون
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	اثر گروه	۱۰۱۱۲/۴۰	۷۷/۵۹	۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳	۱
	اثر زمان	۱۲۳۵/۴۱	۲۱/۹۶	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱
	تعامل زمان*گروه	۱۴۲۵/۹۰	۲۵/۳۴	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷	۱
	اثر گروه	۱۹۰۴/۴۰	۲۶/۶۷	۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸۸	۰/۹۹۹
تحمل پریشانی	اثر زمان	۱۱۹۸/۰۱	۴۳/۱۷	۱/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۷	۱
	تعامل زمان*گروه	۱۰۱۱/۲۸	۳۶/۴۴	۱/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱

پیگیری از نظر آماری معنی‌دار نیست. باوجود این نتایج مربوط به اختلاف بین گروه پذیرش و تعهد و گروه کنترل در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی معنی‌دار است. نتایج این

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون و پیگیری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی معنی‌دار است، اما اختلاف بین پس‌آزمون و



معنی‌دار نیست. باوجوداین نتایج مربوط به اختلاف بین گروه پذیرش و تعهد و گروه کنترل در تحمل پریشانی معنی‌دار است (جدول ۶).

جدول همچنین نشان می‌دهد که اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون و پیگیری تحمل پریشانی معنی‌دار است، اما اختلاف بین پس‌آزمون و پیگیری

جدول ۶. نتایج مقایسه‌های تعقیبی بونفرونی برای متغیرهای پژوهش

متغیرها	مرحله/گروه	مرحله/گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۱/۵۶	۲/۲۵	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۰/۶۰	۱/۹۸	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۹۶	۱/۵۰	۱
تحمل پریشانی	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	۲۱/۲۰	۲/۴۰	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۹/۳۳	۱/۳۲	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۹/۶۶	۱/۳۵	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۳	۰/۷۷	۱
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	-۹/۲۰	۱/۷۸	۰/۰۰۰۱

بحث

تغییر معنادار انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون نشان‌دهنده تأثیرگذاری رویکرد درمان پذیرش و تعهد بر این سازه روان‌شناختی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد است. افزایش این انعطاف‌پذیری به معنای تقویت توانایی فرد در تجربه و مدیریت افکار و احساس‌های دشوار بدون اجتناب از آن‌ها است که از مفاهیم کلیدی در درمان پذیرش و تعهد به شمار می‌رود (۲۹). یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعه کولن و همکاران هم‌راستا است که در یک کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده، بهبود پایدار انعطاف‌پذیری شناختی در پی اجرای درمان پذیرش و تعهد را گزارش کردند (۳۰). همچنین، پژوهش کاشفی‌زاده و همکاران نشان داد که این درمان موجب افزایش معنادار انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌شود (۳۱). در مطالعه استاتس و همکاران اگرچه تغییر معناداری در مصرف مواد افیونی افراد وابسته به مواد افیونی

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تحمل پریشانی مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد. نتایج نشان داد که این درمان توانست به‌طور مؤثری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تحمل پریشانی را در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش بهبود بخشد، درحالی‌که در گروه کنترل چنین تغییری مشاهده نگردید. مهم‌تر آنکه، این دستاوردهای درمانی پس از پایان دوره مداخله، یعنی در مرحله پیگیری سه‌ماهه نیز کاملاً پایدار و باثبات باقی ماندند. این الگو نشان می‌دهد که تغییرات ایجادشده، یک اثر ماندگار و عمیق بوده و صرفاً واکنشی کوتاه‌مدت به درمان نبوده‌اند. در چارچوب این رویکرد، فرآیندهایی مانند پذیرش تجربه‌های منفی، فاصله‌گیری از افکار تهدیدکننده و تعهد به ارزش‌ها، نقش اساسی در ارتقاء ظرفیت روانی برای مواجهه با شرایط دشوار ایفا می‌کنند (۲۸).



در طی درمان مشاهده نشد، اما ۳۷ درصد از شرکت‌کنندگان گروه درمان پذیرش و تعهد در پایان درمان با موفقیت سم‌زدایی شدند، درحالی‌که این رقم در گروه مشاوره دارویی، ۱۹ درصد بود. ترس از سم‌زدایی نیز در طول زمان در گروه درمان پذیرش و تعهد نسبت به مشاوره دارویی کاهش یافته بود (۳۲). از آنجاکه درمان پذیرش و تعهد به‌جای تلاش برای کنترل تجارب درونی، بر تغییر کارکرد آن‌ها تمرکز دارد، در این پژوهش نیز در طول جلسه‌های درمانی تلاش شد تا از طریق تکنیک‌های گسلش شناختی و پذیرش، به شرکت‌کنندگان آموزش داده شود که افکار و هیجان‌های نامطلوب را بدون درآمیختگی با آن‌ها و به‌عنوان پدیده‌هایی گذرا مشاهده کنند. به نظر می‌رسد این مهارت، در کنار شفاف‌سازی ارزش‌ها و تمرکز بر اقدام متعهدانه، ظرفیت آنان را برای حرکت به‌سوی اهداف معنادار زندگی، حتی در حضور موانع درونی، افزایش داد که این خود، جوهره انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است.

تغییر معنادار تحمل پریشانی مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون نشان‌دهنده تأثیرگذاری رویکرد درمان پذیرش و تعهد بر این سازه روان‌شناختی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد است. در چارچوب نظری درمان پذیرش و تعهد، افزایش تحمل پریشانی را می‌توان پیامد کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش ظرفیت مواجهه مستقیم با هیجان‌های منفی دانست؛ فرایندی که از طریق آموزش پذیرش، ذهن آگاهی و کاهش درگیری شناختی تسهیل می‌شود (۲۶). این نتیجه با یافته‌های بولانجر و همکاران هم‌راستا است که نشان دادند مؤلفه‌های پذیرش و ذهن آگاهی پیش‌بینی‌کننده قوی تحمل پریشانی در افراد وابسته به مواد هستند. همچنین، در مطالعه کاشفی‌زاده و همکاران نیز درمان پذیرش و تعهد منجر به افزایش معنادار تحمل پریشانی در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون

شد (۳۳، ۳۱). به نظر می‌رسد ارتقای ظرفیت روانی افراد برای دربرگرفتن هیجان‌ها و افکار ناخوشایند (پذیرش) و مشاهده بدون قضاوت آن‌ها (ذهن آگاهی)، به‌جای مبارزه یا سرکوب، نقش کلیدی در این زمینه ایفا کرده باشد. این تغییر مکانیسم مقابله‌ای، احتمالاً نیاز فوری به فرار از موقعیت‌های دشوار را در گروه مداخله کاهش داده و درنهایت زمینه‌ساز ارتقای توانمندی آنان در تاب آوردن و تحمل پریشانی شده است.

الگوی اثرات اصلی و تعاملی مشاهده‌شده در این مطالعه نشان می‌دهد که هم‌گذر زمان و هم عضویت گروهی، تأثیر معناداری بر متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تحمل پریشانی داشته‌اند. این یافته حاکی از آن است که تغییرات ایجادشده، صرفاً ناشی از روند طبیعی بهبود یا اثرات بیرونی نبوده، بلکه تا حد زیادی تحت تأثیر حضور در درمان پذیرش و تعهد شکل گرفته‌اند. به‌ویژه اثر تعاملی زمان و گروه، نشان می‌دهد که روند تغییر در گروه مداخله از نظر شدت و جهت، متفاوت از گروه کنترل بوده است. این الگو با مطالعاتی چون قطره سامانی و نجفی هم‌راستا است که نشان دادند شرکت‌کنندگان در درمان پذیرش و تعهد در بازه‌های زمانی مختلف، الگوی بهبودی متفاوتی از گروه‌های مقایسه‌ای تجربه کرده‌اند (۳۴). همچنین کولن و همکاران در پژوهشی طولی، بر اهمیت تغییرات تدریجی در طول جلسه‌ها و تعامل آن با محتوا و بافت مداخله تأکید کرده‌اند (۳۰). از این منظر، اثرات مشاهده‌شده نه‌تنها بر اهمیت ساختار زمانی جلسه‌ها و محتوای درمانی دلالت دارند، بلکه بر نقش فعال مداخله در اصلاح الگوهای هیجانی و شناختی در طول زمان نیز اشاره دارند.

یافته‌های حاصل نشان داد که بین نمره پس‌آزمون و پیگیری در هر دو متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تحمل پریشانی، تفاوت معناداری وجود ندارد. این موضوع



نشان می‌دهد که اثر درمانی پذیرش و تعهد پس از پایان جلسه‌ها، در کوتاه‌مدت حفظ شده است، هرچند روند افزایشی جدیدی در مرحله پیگیری رخ نداده است. ثبات مشاهده‌شده را می‌توان ناشی از درونی شدن نسبی مهارت‌های آموزش داده‌شده در درمان دانست؛ ازجمله پذیرش تجربه‌های درونی، تمرکز بر لحظه حال و تعهد به ارزش‌ها که از اجزای کلیدی درمان پذیرش و تعهد محسوب می‌شوند (۳۵). الگوی مشابهی در مطالعه لوین و همکاران نیز گزارش شده است، جایی که درمان پذیرش و تعهد موجب کاهش پایدار اجتناب تجربه‌ای و بهبود تنظیم هیجان در مرحله پیگیری شده است، بدون آنکه رشد بیشتری نسبت به پایان درمان رخ دهد (۳۶). عدم تفاوت معنادار بین پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که اثرات مداخله تا مرحله پیگیری حفظ شده است. به نظر می‌رسد ماهیت ساختارمند و فشرده جلسه‌های درمان پذیرش و تعهد و تمرکز آن‌ها بر آموزش مهارت‌های پذیرش، ذهن آگاهی و عمل متعهدانه موجب تثبیت نسبی این تغییرات شده باشد، به‌گونه‌ای که دستاوردهای حاصل از درمان در دوره پیگیری نیز پایدار باقی‌مانده‌اند.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش حاکی از آن است که درمان پذیرش و تعهد موجب بهبود معنادار انعطاف‌پذیری روانشناختی و تحمل پریشانی مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون شده و این تغییرات تا مرحله پیگیری سه‌ماهه حفظ شده‌اند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند با تقویت فرآیندهای تنظیم هیجان، پذیرش هیجان‌های منفی

این مطالعه با طرحی نیمه آزمایشی، بهره‌گیری از گروه کنترل، ابزارهای روان‌سنجی معتبر و انجام پیگیری سه‌ماهه از نقاط قوت قابل‌توجهی برخوردار بود. بااین‌حال، محدودیت‌هایی مانند حجم نمونه محدود، تمرکز بر مردان تحت درمان با متادون در یک منطقه خاص و استفاده از ابزارهای خودگزارشی، تعمیم‌پذیری و دقت یافته‌ها را تا حدی کاهش می‌دهد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های بزرگ‌تر، گروه‌های متنوع‌تر (از نظر جنس، نوع درمان و منطقه جغرافیایی) و روش‌های ترکیبی‌تری مانند داده‌های بالینی و ارزیابی مشاهده‌ای استفاده شود تا اثربخشی و پایداری درمان پذیرش و تعهد در طیف وسیع‌تری از جمعیت هدف بررسی شود. در پژوهش حاضر تحلیل‌ها بر اساس نمره کل ابزارهای پژوهش انجام شده است و خرده مقیاس‌های این سازه‌ها به‌طور جداگانه موردبررسی قرار نگرفته‌اند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، اثربخشی این مداخله بر هر یک از خرده مقیاس‌های ابزارهای پژوهش به‌طور جداگانه و همراه با نمره‌های کل بررسی شود.

و فاصله‌گیری از افکار ناکارآمد، زمینه‌ساز ارتقاء عملکرد روان‌شناختی در جمعیت مبتلا به اختلال مصرف مواد باشد. ازاین‌رو، به‌کارگیری این رویکرد به‌عنوان مکمل درمان‌های دارویی در برنامه‌های بازتوانی و مراقبت روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد، به‌ویژه در مراکز درمان نگهدارنده، از پشتوانه تجربی برخوردار است.



تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می کنند هیچ گونه تعارض
منافعی در رابطه با انجام این پژوهش وجود ندارد.

حمایت مالی

این مطالعه بدون حمایت مالی از سوی هیچ نهاد، سازمان یا
مؤسسه ای انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره
IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1403.053 از کمیته اخلاق
در پژوهش های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد
نیشابور است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول این مقاله در ارائه ایده پژوهشی، جمع آوری
داده ها، نوشتن نسخه اولیه و همچنین تدوین نسخه نهایی
مقاله نقش داشته است. نویسنده دوم نظارت، تحلیل داده ها
و تفسیر نتایج پژوهش را بر عهده داشته است. نویسنده سوم
و چهارم نیز در جستجوی منابع و ویرایش متن همکاری
داشته است. تمامی نویسندگان در تدوین نسخه نهایی مقاله
نقش داشسته و آن را تأیید کرده اند.

References

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. World Health Organization; 2024.
2. United Nations Office on Drugs. World Drug Report 2024 (Set of 3 Booklets). Stylus Publishing, LLC; 2024.
3. Baheshmat S, Gholami J, Amin-Esmaeili M, Shadloo B, Rahimi-Movaghar A. Spouse and child abuse associated with illicit drug use in iran: a systematic review and meta-analysis. Trauma, Violence, & Abuse. 2022;23(5):1494–509.
4. Sheikh M, Kashi A. Prevalence of narcotic abuse among Iranian adolescent and factors related to it among them. Strategic studies on youth and sports. 2016;14(30):145–60.
5. Connery HS, McHugh RK, Reilly M, Shin S, Greenfield SF. Substance use disorders in global mental health delivery: epidemiology, treatment gap, and implementation of evidence-based treatments. Harvard review of psychiatry. 2020;28(5):316–27.
6. Mohamad N, Bakar NHA, Choon TS, Liang SH, Nazar N, Idrus II, et al. Variability of plasma methadone concentration in opiate dependent receiving methadone: A personalised approach towards optimizing dose. Toxicity and Drug Testing. 2012;129–42.
7. Hosseini SH, Fendereski F, Yazdani F, Hamzehgardeshi Z. Exploring perceived quality of life in long-term methadone-dependent patients: a qualitative study. Harm reduction journal. 2024;21(1):225.



8. Larmar S, Wiatrowski S, Lewis-Driver S. Acceptance & commitment therapy: An overview of techniques and applications. *Journal of Service Science and Management*. 2014.
9. Carlile N, Link JS, Cowan A, Sarnoski EG. ACTing Like a Psychiatrist. *Innovations in Clinical Neuroscience*. 2019;16(9–10):17.
10. Rahbarian M, Doosti P. Effect of training the communication skills with cognitive-behavioral model to drug dependent couples on communication patterns and recurrent relapse. *Journal of Inflammatory Diseases*. 2016;20(5):51–43.
11. Barrado-Moreno V, Serrano-Ibáñez ER, Esteve R, Ramírez-Maestre C, Sánchez-Meca J. The Role of Psychological Flexibility and Inflexibility in Substance Addiction, Abuse, or Misuse: A Systematic Review and Meta-analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2025;1–24.
12. Seeger A, Kinzel A, Matthiae K, Schmitt R, Shevchenko Y, Gerhardt S, et al. Chess-Based Cognitive Remediation Training—A Candidate Add-On-Treatment for Alcohol Use Disorder? *medRxiv*. 2025;2025–07.
13. Le TA, Le MQT, Dang AD, Dang AK, Nguyen CT, Pham HQ, et al. Multi-level predictors of psychological problems among methadone maintenance treatment patients in difference types of settings in Vietnam. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2019;14(1):39.
14. Mishra S, Kar SK, Singh A, Nischal A, Agarwal V. Effect of Group Motivational Enhancement Therapy in Patients with Opioid Dependence (on Maintenance Treatment): Study Protocol of a Randomized Controlled Trial. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2025;47(2):173–8.
15. Sheykhangafshe FB, Fathi-Ashtiani A, Niri VS, Golezani HR, Baryaji S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety Sensitivity and Alexithymia of Nurses with Chronic Low Back Pain. *The Journal of Tolooebehdasht*. 2022.
16. Kashefizadeh M, Taher M, Hossein Khanzadeh A, Haj Aboutalebi N. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness and Motivational Interviewing on Distress Tolerance in Men with Substance Abuse Disorder Undergoing Maintenance Therapy. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2023;17(68):201–13.
17. Rutschmann R, Romanczuk-Seiferth N, Gloster A, Richter C. Increasing psychological flexibility is associated with positive therapy outcomes following a transdiagnostic ACT treatment. *Frontiers in Psychiatry*. 2024;15:1403718.
18. Yousefi Afrashteh M, Hasani F. Mindfulness and psychological well-being in adolescents: the mediating role of self-compassion, emotional dysregulation and cognitive flexibility. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*. 2022;9(1):22.
19. Mirshekar S, Hashemi SE, Mehrabizade Honarmand M, Arshadi N. Effectiveness of psychological flexibility Training based on Acceptance and Commitment Therapy on emotional burn out and emotional labor among nurses working at hospitals in Ahvaz, Iran. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2020;28(4):90–9.
20. Mehrabi M, Nikfarjam A, Eskandarieh S, Sadeghi M. The Impact of Social Structures on Adolescents' Deviant Behaviors: The Study of 402 High-Risk Street Drug Users in Iran. In: *ISA*; 2014.
21. Azizi A, Borjali A, Golzari M. The effectiveness of emotion regulation training and cognitive therapy on the emotional and addictional problems of substance abusers. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2010;5(2):60.
22. Baharudin A, Mislan N, Ibrahim N, Nik Jaafar NR. Depression in male patients on methadone maintenance therapy. *Asia Pacific Psychiatry*. 2013;5:67–73.
23. Ben-Itzhak S, Bluvstein I, Maor M. The psychological flexibility questionnaire (PFQ): Development, reliability and validity. 2014.



24. Ameri F, Mehrinejad SA, Khodabakhsh R, Peivastegar M. Psychometric properties of the Psychological Flexibility Questionnaire among students. 2020.
25. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*. 2005;29(2):83–102.
26. Salehian S, Mansouri A. Mediating role of self-compassion in the relationship between mindfulness and distress tolerance among teachers. *Teaching and Learning Research*. 2024;21(1):93–106.
27. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press; 2011.
28. Martinez-Calderon J, García-Muñoz C, Rufo-Barbero C, Matias-Soto J, Cano-García FJ. Acceptance and commitment therapy for chronic pain: an overview of systematic reviews with meta-analysis of randomized clinical trials. *The journal of pain*. 2024;25(3):595–617.
29. Bhullar A. Effect of Adjunctive Brief Acceptance and Commitment Therapy on Grit, Psychological Flexibility, Negative Emotional States and Craving Among Patients with Opioid Dependence Syndrome: A Prospective Study. 2022.
30. Keulen J, Deković M, Matthijssen D, Schraven J, Bodden D. Psychological Flexibility, Adaptive Emotion Regulation, Self-Compassion and Autonomy as Mechanisms of Change in Acceptance and Commitment Therapy for Transitional-Age Youth. *Behavior Therapy*. 2025.
31. Kashefizadeh M, Taher M, Hossein Khanzadeh A, Haj Abutalebi N. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on voluntary self-regulation, distress tolerance and psychological flexibility in people with substance abuse disorder undergoing maintenance treatment. *Military Psychology*. 2023;13(52):33–55.
32. Stotts AL, Green C, Masuda A, Grabowski J, Wilson K, Northrup TF, et al. A stage I pilot study of acceptance and commitment therapy for methadone detoxification. *Drug and alcohol dependence*. 2012;125(3):215–22.
33. Chawla N, Ostafin B. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of clinical psychology*. 2007;63(9):871–90.
34. Ghatreh Samani M, Najafi M. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Exposure and Schema Therapy with Exposure on Depression, Anxiety and Stress in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2025;15(1):5–24.
35. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press; 2011.
36. Levin ME, Haeger J, Pierce B, Cruz RA. Evaluating an adjunctive mobile app to enhance psychological flexibility in acceptance and commitment therapy. *Behavior Modification*. 2017;41(6):846–67.



The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Distress Tolerance in Men with Substance Use Disorder under Methadone Maintenance Treatment

Mostafa Afshar Nik¹, Ahmad Mansouri^{*1}, Mostafa Bolghan-Abadi², Zahra Bagherzadeh Golmakani¹

1- Department of Psychology, Ne.C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

2-Assistant Professor, Department of Educational Science, Faculty of Literature and Humanities, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran.

Type of Article

Received: 2025/12/01
Accepted: 2026/06/22

***Corresponding Author:**
Ahmad Mansouri
Department of Psychology,
Ne.C., Islamic Azad
University, Neyshabur, Iran
TEL: +989153331799
Email:
mansoury_am@iau.ac.ir

ABSTRACT (Maximum 250 words)

Introduction

Substance use disorder leads to various physical, psychological, and social consequences, including reduced cognitive flexibility and distress tolerance. This study aimed to examine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on psychological flexibility and distress tolerance in men with substance use disorder undergoing methadone maintenance treatment.

Methods

This quasi-experimental study was conducted in 2025 in Neyshabur with an experimental group and a control group. The sample consisted of 30 men with substance use disorder undergoing methadone treatment, who were randomly assigned to the two groups. The intervention group received eight sessions of ACT. Data were collected using standardized instruments on measuring psychological flexibility and distress tolerance at three time points (pretest, posttest, and follow up). The data were analyzed using repeated measures analysis of variance in SPSS software.

Results

The findings indicated that the effects of time, group, and the time $\times$ group interaction were significant for both psychological flexibility and distress tolerance ($p < 0.001$). Bonferroni post hoc tests showed significant differences between pre-test and post-test, as well as between pre-test and follow-up in the intervention group ($p < 0.001$), while the difference between post-test and follow-up was not significant ($p > 0.05$). Additionally, the differences between the two groups at post-test and follow-up were significant for both variables ($p < 0.001$).

Conclusion

The findings suggest that ACT, by producing sustained improvements in psychological flexibility and distress tolerance, can serve as an effective complementary intervention for enhancing psychological resilience in men undergoing methadone maintenance treatment.

Keywords

Acceptance and Commitment Therapy, Distress Tolerance, Methadone, Psychological Flexibility.

► Please cite this article as: Afshar Nik M, Mansouri A, Bolghan-Abad. M, Bagherzadeh Golmakani Z. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Distress Tolerance in Men with Substance Use Disorder under Methadone Maintenance Treatment. *J Neyshabur Univ Med Sci* 2025;13(2)