

The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Quality of Life and Internal Stigma in Drug Users

Kimia Sahraian¹, Leila Razeghian Jahromi², Danial Salehi³, Sedighe Nasiripoor⁴, Shima Dehghanzadeh⁵, Sanaz Garmsirinezhad⁶

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Higher Education Center of Eghlid, Eghlid, Iran

2. M.D, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

3. M.D, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

4. PhD of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

5. M.A of Psychology, Department of psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

6. M.D, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Received: 2024/01/29

Accepted: 2024/05/03

Abstract

Introduction: Drug use is a common problem in society, and many drug users experience mental health issues that may cause or exacerbate psychiatric disorders. One of the most significant obstacles to seeking treatment services is internalized stigma, which directly affects the quality of life of individuals and leads to negative feelings and maladaptive behaviors. This highlights the importance of psychological interventions aimed at reducing the sense of stigma experienced. This study aimed to determine the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on the quality of life and internal stigma in drug users.

Materials and Methods: The statistical population of this research included all individuals who visited Ostad Mohrhari Hospital in Shiraz during January and February seeking help to overcome addiction. In this research, 30 drug users were randomly divided into two groups: experimental and control. Questionnaires measuring quality of life (Forman & Herbert, 2009) and perceived stigma (Leink & Falan, 2017) were utilized. The experimental group underwent a treatment program based on acceptance and commitment, while the control group did not receive any intervention.

Results: Compared to the control group, the mean quality of life score increased, and the mean stigma score decreased ($P < 0.001$). A significant difference was observed in the post-test scores between the experimental and control groups ($P < 0.001$).

Conclusion: The treatment program based on acceptance and commitment positively affected both the quality of life and the reduction of internal stigma in drug-using patients.

***Corresponding Author:** Kimia Sahraian

Address: Eghlid, Higher Education Center of Eghlid.

Tel: 09171921972

E-mail: Kimia.sahraian@eghlid.ac.ir

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy Program, Quality of Life, Perceived Stigma, Substance Abuse Patient

How to cite this article: Sahraian K., Razeghian Jahromi L., Salehi D., Nasiripoor S., Nasiripoor SH., Garmsirinezhad S. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on quality of life and internal stigma in drug users, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2024; 31(4):405-415.

Introduction

Substance abuse is a prevalent problem with significant mental health implications, yet many users do not seek help due to internalized stigma. Feelings of shame and diminished social value contribute to self-criticism and hinder the pursuit of treatment. Despite efforts to improve access to treatment, stigma continues to be a barrier. Strategies such as changing the discourse, enhancing service quality, and addressing misconceptions can help reduce stigma. Interventions targeting shame and self-criticism, particularly those focusing on self-compassion, have proven beneficial. Motivational interviewing and sharing success stories can combat social stigma and reduce substance abuse. Evidence-based treatments have been shown to improve distress and functional impairment. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) promotes psychological flexibility and encourages engagement in meaningful actions despite unpleasant thoughts and emotions. ACT has effectively reduced stigma among individuals with substance use disorders. ACT interventions, even in the form of workshops, can be effective in diminishing stigma. Lower levels of stigma correlate with increased life satisfaction among substance users. This study aims to investigate the impact of ACT-based treatment on reducing perceived stigma in substance users, potentially increasing treatment-seeking behavior and improving quality of life. This research represents the first clinical trial model examining the role of ACT-based treatment on stigma in substance users in Iran.

Methodology

This study was a semi-experimental research project conducted at Estedlal Hospital in Shiraz to investigate the effectiveness of ACT in enhancing quality of life and reducing perceived stigma among individuals seeking to cease their addiction. The sample comprised 30 participants who met the specified inclusion criteria. Convenience sampling was employed to select individuals who had sought treatment at Estedlal Hospital during specific months. Random assignment allocated participants to either the experimental group, which received ACT-based treatment, or the control group, which did not receive any intervention. Inclusion criteria required participants to express a willingness to participate, possess a diagnosis of substance abuse

according to DSM-5 criteria, be aged between 18 and 50 years, and have basic literacy skills. Exclusion criteria included unwillingness to participate, age outside the specified range, cognitive disorders, or comorbid psychiatric conditions. The experimental group underwent a one-month ACT program consisting of 10 sessions held twice a week, with each session lasting approximately 90 minutes. The group therapy sessions were designed to facilitate active participation and sharing of relevant experiences. Summaries of the topics covered were provided to participants at the conclusion of each session. The control group did not receive any experimental intervention during the study period. To measure participants' quality of life, the World Health Organization Quality of Life questionnaire (WHOQOL) was administered. This questionnaire comprised 26 items and assessed four domains: physical health, psychological health, social relationships, and environmental health. Participants rated their responses on a 5-point Likert scale, with higher scores indicating a better quality of life. Perceived stigma was assessed using the Perceived Stigma Questionnaire, which consisted of 28 items measuring two dimensions: attitudinal and behavioral aspects of perceived stigma. The questionnaire explored participants' beliefs regarding stereotypical views held by others about addiction, their own stereotypical views, and behaviors associated with social separation and discrimination. Participants rated their level of agreement with each statement on a 5-point Likert scale. Data analysis was conducted using the analysis of covariance (ANCOVA) method with SPSS software, utilizing a significance level of 0.05. The study was ethically approved by Shiraz University of Medical Sciences under the code IR.SUMS.MED.REC.1400.432.

Results

The experimental group demonstrated significant improvements in quality of life and reductions in inner anger compared to the control group. Specifically, the quality-of-life score in the experimental group increased from the pre-test to the post-test, with corresponding values of 56.70 ± 75.14 and 70.85 ± 14.15 , respectively. In contrast, the control group had scores of 57.69 ± 62.12 in the pre-test and 84.70 ± 89.12 in the post-test. Regarding the inner anger variable, the experimental

group exhibited a decrease from 75.77 ± 18.10 in the pre-test to 86.69 ± 68.10 in the post-test. Comparatively, the control group had scores of 99.73 ± 75.7 in the pre-test and 24.74 ± 31.8 in the post-test. The results of the analysis of covariance (ANCOVA) and mixed analysis of variance with repeated measures confirmed the significance of the group effect on both quality of life ($F = 32.16$, $p < 0.001$) and inner anger ($F = 5.9$, $p < 0.004$). These findings suggest that ACT can effectively enhance quality of life and reduce inner anger in patients with substance abuse issues.

Discussion

The aim of this research was to investigate the effectiveness of ACT in improving the quality of life and internal locus of control in substance-abusing patients. The study found a significant difference in the mean scores of quality of life and internal locus of control between the experimental and control groups ($p < 0.05$). These results align with previous studies by Lee et al. (17), Momeni et al. (28), Peterson et al., and Peterson and Eifert (29, 30), Narimani et al. (31), and Mohabbat-Behar et al. (32), all of which demonstrated the positive impact of ACT on enhancing quality of life. The improvement in quality of life can be attributed to the addressing of withdrawal symptoms and other unpleasant experiences related to substance abuse treatment. ACT interventions focus on increasing psychological flexibility and promoting value-based actions and behaviors. By accepting difficult personal circumstances and fully engaging in the present moment, individuals learn to reduce stress and distress, leading to an improved quality of life. The research also showed the effectiveness of ACT in improving the internal locus of control in substance-abusing patients. This finding is consistent with studies by Shahar et al. (7), Leaviss

and Uttley (8), Livingston et al. (11), Yang et al. (12), Gul and Aqeel (19), and Sarkar et al. (20). ACT helps individuals change their relationships with their internal experiences and increases their willingness to engage with emotions, thus enhancing their internal locus of control. The research identified limitations regarding the implementation and patient cooperation for intervention sessions. Given the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in improving quality of life and reducing internal distress in substance users, these findings can inform the design and implementation of these techniques in addiction treatment centers.

Conclusion

ACT-based treatment aimed to improve the quality of life and reduce inner anger in substance-abusing patients. By modifying individuals' relationships with their internal experiences and promoting value-based behaviors, ACT positively impacted their overall well-being and decreased feelings of inner anger.

Acknowledgment

This article is based on a research project. The research was conducted with the ethical approval IR.SBMU.RETECH.REC.1399 by Shiraz University of Medical Sciences. We would like to express our gratitude and appreciation to the scientific and spiritual support provided by the Research Deputy, the management, and all the healthcare staff at Estad Moheb Hospital, who wholeheartedly assisted us in conducting this study.

Conflict of Interest: The authors declare that there are no conflict of interest regarding the publication of this manuscript.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و داغ ننگ در بیماران مصرف کننده مواد

کیمیا صحرانیان^{۱*}، لیلا رازقیان جهرمی^۲، دانیال صالحی^۳، صدیقه نصیری پور^۴، شیمادیهقان زاده^۵، ساناز گرمسیری نژاد^۶

۱. استادیار گروه روان شناسی، مرکز آموزش عالی اقلید، اقلید، ایران
۲. روان پزشک، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۳. پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۴. دکتری روان شناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۵. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
۶. پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۰۹

چکیده

زمینه و هدف: یکی از مشکلات شایع در جامعه، مصرف مواد است و بسیاری از مصرف کنندگان، مشکلاتی در زمینه بهداشت روانی دارند که گاهی باعث بروز یا تشدید اختلالات روان پزشکی می شود. از مهم ترین موانع برای مراجعه به مراکز درمانی، داغ ننگ مصرف کننده است که مستقیماً بر کیفیت زندگی او تأثیر می گذارد و باعث ایجاد احساسات منفی و رفتار ناسازگارانه می شود. این امر نشان دهنده اهمیت روان درمانی برای کاهش داغ ننگ است. هدف از این پژوهش، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و داغ ننگ در بیماران مصرف کننده مواد بود.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر بر روی ۳۰ بیمار مصرف کننده مواد که برای ترک اعتیاد به بیمارستان استاد محمدری شهر شیراز در سال ۱۴۰۰ مراجعه کرده اند، انجام شد که به طور تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش، مقیاس کیفیت زندگی فورمن و هربرت (۲۰۰۹) و داغ ننگ ادراک شده لینک و فلان (۲۰۱۷)، بودند. گروه آزمون تحت برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت اما گروه کنترل، مداخله ای دریافت نکرد.

یافته ها: در مقایسه با گروه کنترل، میانگین نمره کیفیت زندگی افزایش و میانگین نمره داغ ننگ کاهش یافت ($P < 0/001$) و بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس آزمون، تفاوت معنی دار مشاهده شد ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و کاهش داغ ننگ در بیماران مصرف کننده مواد مؤثر می باشد.

* نویسنده مسئول: کیمیا صحرانیان

نشانی: اقلید. خیابان شهید مصطفی خمینی، میدان سلامت، مرکز آموزش عالی اقلید. کدپستی: ۷۳۸۱۹۴۳۸۸۵
تلفن: ۰۹۱۷۱۹۲۱۹۷۲
رایانامه:

Kimia.sahraian@eghlid.ac.ir

شناسه ORCID: 0000-0003-2930-7463
شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0003-2930-7463

کلیدواژه ها:

برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، داغ ننگ، بیماران مصرف کننده مواد

۱. مقدمه

های ارزشمند حتی در هنگام بروز افکار و احساسات ناراحت‌کننده را به‌دست بیاورند (۱۵). این درمان نگرش‌های انگ‌زننده را تغییر می‌دهد و در مقایسه با مداخله آموزشی برای کاهش داغ ننگ در افراد مبتلا مؤثرتر ارزیابی شده‌است (۱۶). درمان اکت با روش‌های مختلف، کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد (۱۷) و به خودانتقادی که برای افراد انتقادپذیر و مستعد شرم مهم است می‌پردازد (۱۸). گاهی حتی برگزاری یک کارگاه ساده مبتنی بر اکت تاحدی بر کاهش داغ ننگ مؤثر است (۱۹). در مطالعه‌ای در هند، بین داغ ننگ و رضایت از زندگی در مصرف‌کنندگان مواد، ارتباط عکس یافت شد (۲۰). در این پژوهش به بررسی نقش درمان مبتنی بر اکت بر کاهش میزان داغ ننگ در مصرف‌کنندگان مواد پرداخته می‌شود زیرا به‌نظر می‌رسد طبق نتایج مطالعات مختلف در صورت کاهش داغ ننگ، مراجعه آنها برای درمان بیشتر خواهد شد و به دنبال آن کیفیت زندگی افزایش خواهد یافت. این پژوهش اولین مدل طراحی‌شده از نوع کارآزمایی بالینی برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر اکت بر داغ ننگ در مصرف‌کنندگان مواد است.

۲. مواد و روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه افرادی که در ماه‌های دی و بهمن به بیمارستان استاد محمدری شهر شیراز در سال ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. به‌طور کلی، در این بیمارستان، به افرادی که برای ترک مواد مراجعه می‌کنند، در صورت وجود تخت خالی، پذیرش داده می‌شود. با هماهنگی مدیر مرکز بیمارستان استاد محمدری، پرونده‌های افراد تحت ترک اعتیاد (۹۰ نفر) در اختیار محقق قرار گرفت که دوسوم آنها (۶۰ نفر) تمایل به شرکت در پژوهش داشتند. با توجه به اینکه حجم نمونه پیشنهادی برای انجام پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی، حداقل ۱۵ نفر است (۲۱)، به روش نمونه‌گیری دردسترس ۳۰ نفر از افرادی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، شناسایی شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه (آزمایش و کنترل) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل رضایت برای شرکت در مطالعه و داشتن تشخیص سوءمصرف مواد توسط روان‌پزشک بخش براساس DSM5، داشتن سن ۱۸ تا ۵۰ سال، سواد خواندن و نوشتن، نداشتن اختلال شناختی یا

متأسفانه مصرف مواد از مشکلات شایع است. بسیاری از مصرف‌کنندگان مواد، مشکلاتی در زمینه بهداشت روان دارند که گاهی باعث بروز یا تشدید اختلالات روان‌پزشکی می‌شود. با اینکه امروزه درمان‌ها و مداخلات مؤثری برای درمان مصرف مواد وجود دارد اما تعداد کمی از مصرف‌کنندگان برای دریافت کمک مراجعه می‌کنند. یکی از مهم‌ترین موانع مراجعه برای درمان، داغ ننگ است که مستقیماً بر کیفیت زندگی^۱ مصرف‌کننده تأثیر می‌گذارد و باعث ایجاد احساسات منفی و رفتار ناسازگارانه می‌شود که نشان‌دهنده اهمیت انجام مداخلات روانی برای کاهش آن می‌باشد. یکی از عوامل مهم انتقاد از خود، شرمندگی و پایین‌بودن جایگاه اجتماعی، هویت‌های ننگ‌دار است. شرم^۲، هسته عاطفی تجربه ننگ (۱) و مؤلفه اصلی احساسی آن است که مانع از مشارکت اجتماعی می‌شود (۲)؛ بدین‌صورت که افراد تمایل به باورهای ناقص‌بودن یا دوست‌داشتنی‌نبودن دارند (۳). علی‌رغم افزایش تنوع درمانی اعتیاد و راحت‌ترشدن دسترسی (۴)، مراجعه مصرف‌کنندگان مواد برای درمان اعتیاد همچنان کم است (۵). عواملی مانند تغییر دیدگاه در مورد سوءمصرف مواد، بهبود کیفیت خدمات درمانی و نپرداختن به خرافات و باورهای غلط در مورد درمان، از عوامل کاهش ننگ هستند (۶). همچنین مداخلات درمانی که شرم و انتقاد از خود را هدف قرار می‌دهند و اغلب بر تقویت شفقت خود متمرکزند، سودمند می‌باشند (۷، ۸، ۹). انگ‌زدن نسبت به افراد دارای اختلال‌های روانی و مخصوصاً کسانی که از خدمات روان‌شناختی بهره می‌گیرند، بیشتر از بیماران جسمی است بنابراین تغییر دیدگاه افراد در مورد مصرف مواد و روش‌های درمان آن، بر پیگیری درمان مؤثر است (۱۰). مطالعات مروری نشان داده‌اند که استراتژی‌های مناسب برای مقابله با انگ اجتماعی، چون مصاحبه انگیزشی و بیان داستان‌های پیشرفت افراد مبتلا به این اختلال، باعث کاهش مصرف می‌شود (۱۱). بسیاری از مطالعات نیز فرض می‌کنند اگر مصرف‌کنندگان وارد درمان‌های رفتاری مبتنی بر شواهد و درمان‌های دارویی شوند از میزان ناراحتی و کاهش عملکرد آنها کاسته می‌شود (۱۲). در مطالعه جنسن گزارش شد که با تمرکز بر ذهن‌آگاهی و ارزش‌ها، داغ ننگ کاهش می‌یابد (۱۳). هدف درمان مبتنی بر اکت، افزایش انعطاف‌پذیری روانی و توانایی مشارکت فکری است (۱۴) و نه کاهش علائم و ناراحتی ناشی از آن‌ها. در واقع به مراجعان کمک می‌کند تا توانایی انجام اقدام-

هرگونه اختلال روان‌پزشکی همبود^۱ بود. معیارهای خروج شامل تمایل نداشتن به ادامه شرکت در جلسات در طول برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) بود. پس از انتخاب افراد نمونه، قرار ملاقات اولیه‌ای در مرکز مشاوره بیمارستان استاد محرری برای برگزاری جلسه توجیهی، اخذ رضایت آگاهانه و انجام پیش‌آزمون صورت گرفت. گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد اما گروه آزمایش در برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که توسط روان‌شناسان با مدرک دکتری روانشناسی بالینی اجرا می‌شد، شرکت کردند. در پایان، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. مجوز اجرای

این پژوهش را دانشگاه علوم پزشکی شیراز با کد اخلاق IR.SUMS.MED.REC.1400.432 صادر کرده است. برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد: گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار به مدت یک ماه، در جلسات گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا در جلسات حضور فعال داشته باشند و تجربه‌های مرتبط خود را مطرح کنند، همچنین در پایان هر جلسه یک جمع‌بندی از مطالب صورت گرفت. جلسات آموزش گروهی پذیرش و تعهد (۲۲) به شرح جدول ۱ آموزش داده شد.

جدول ۱. دستورالعمل جلسات درمانی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	توضیحات
جلسه اول	ارائه توضیحات مقدماتی، شرح مشکل، آماده‌سازی شرکت‌کنندگان، برگزاری پیش‌آزمون و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی
جلسه دوم	آشنایی با مفاهیم درمانی ACT (پذیرش روانی، انعطاف‌پذیری روانی، آگاهی روانی، خودتجسمی، جداسازی شناختی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه)
جلسه سوم	شامل آموزش شش مرحله‌ای: (۱) در ابتدا سعی شد پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش و در مقابل اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار یاد داده شد که هرگونه عملی به‌منظور اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و آن‌ها را تشدید می‌کند و تجارب ذهنی ناخواسته باید بدون هیچ واکنش بیرونی یا درونی به‌منظور حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفته شود. (۲) افزودن آگاهی روانی فرد در حال حاضر، به‌طوری که فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاه شود. (۳) جداسازی شناختی: به فرد آموزش داده شد که خود را از تجارب ذهنی ناخواسته جدا کند، به‌طوری که بتواند مستقل از این تجربه‌ها عمل کند. (۴) از فرد خواسته شد برای کاهش تمرکز مفرط بر داستان شخصی ساخته‌شده در ذهن فرد یا خودتجسمی تلاش کند. (۵) روشن‌سازی ارزش‌ها: کمک به فرد برای شناخت ارزش‌های شخصی اصلی خود و مشخص کردن آن‌ها به‌وضوح و تبدیل آن‌ها به اهداف رفتاری. (۶) ایجاد طرحواره در راستای عمل متعهدانه: عمل متعهدانه فعالیت‌هایی معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص به همراه پذیرش تجارب ذهنی است.
جلسه چهارم و پنجم	درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی شناختی (آگاهی هیجانی و خردمندانه)، آموزش به فرد در رابطه با اینکه چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف شوند و چگونه مهارت‌ها قضاوت نشوند، تمرکز شوند و این که این مهارت‌ها چطور کار می‌کنند
جلسه ششم و هفتم	تمرکز بر افزایش آگاهی روانی، نحوه مواجهه مناسب با تجارب ذهنی و پاسخگویی به آن‌ها، ایجاد اهداف و سبک زندگی اجتماعی و متعهدبودن به آن‌ها، برشمردن نقاط مثبت و منفی زوجین توسط یکدیگر بدون هیچ‌گونه قضاوت و واکنش هیجانی
جلسه هشتم	آموزش تحمل پریشانی (مهارت‌های مقاومت در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، خودتسکین‌دهی به‌وسیله حواس شش‌گانه و تمرینات ذهن‌آگاهی) و مرور جلسات قبل
جلسه نهم	آموزش نظم‌جویی شناختی هیجانی (اهداف آموزش نظم‌جویی شناختی هیجانی شامل، دانستن اهمیت، تشخیص هیجان، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت)، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر، تمرین عملی آموخته‌ها، ارائه بازخورد به‌وسیله گروه و در طرحواره
جلسه دهم	افزایش کارآمدی بین فردی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقه‌مندی و غیره). آموزش مهارت‌های بین فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرأت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت‌نفس). جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL) ۲: در این پژوهش، از فرم کوتاه پرسش‌نامه

کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۲۳) استفاده شد. این مقیاس شامل ۲۶ سؤال است که کیفیت زندگی را در چهار بعد سلامت جسمانی (موارد ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸)، سلامت

در مورد تصورات قالبی که خود به آن باور دارند و رفتارهای مبنی بر جداسازی اجتماعی و تبعیض. این مقیاس در نسخه انگلیسی دارای اعتبار درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ است (۲۷).

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام پذیرفت. سطح معنی‌داری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳. یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی بیماران مصرف‌کننده مواد شرکت‌کننده در مطالعه ($35/220 \pm 8/560$) بود. براساس جدول ۲، نتایج حاصل از آمار توصیفی این پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمون و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای وابسته، در گروه آزمایش تغییرات قابل‌توجهی داشت؛ در حالی که در گروه کنترل تغییرات چشمگیر نبود.

روانی (موارد ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶)، روابط اجتماعی (موارد ۲۰، ۲۱ و ۲۲) و سلامت محیطی (موارد ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵) ارزیابی می‌کند. پاسخ‌ها بر مبنای طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (از ۱= اصلاً تا ۵= بی‌نهایت) و دامنه نمره فرد در این مقیاس از ۲۶ تا ۱۳۰ است (۲۴). ضریب پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش‌های قبلی در ایران بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ محاسبه شده است و روایی همزمان آن نیز از طریق همبستگی معنادار با پرسش‌نامه سلامت عمومی، تأیید شده‌است (۲۵). در مطالعه پرکمانی و همکاران (۲۶)، پایایی این پرسش‌نامه با ضرایب آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی ۰/۸۴ و ۰/۷۴ تأیید شد. **پرسش‌نامه ننگ ادراک‌شده:** این پرسش‌نامه که براساس نظریه‌های مرتبط با ننگ از جمله نظریه لینک و فلان طراحی شده است شامل ۲۸ سؤال به صورت طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) است که به صورت خودگزارشی تکمیل می‌شود. این پرسش‌نامه دو زمینه نگرشی و رفتاری را ارزیابی می‌کند. این زمینه‌ها عبارتند از: باور فرد در مورد تصورات قالبی که دیگران راجع به افراد معتاد دارند، باور افراد

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای کیفیت زندگی و طرحواره درونی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمون و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
کیفیت زندگی	آزمون	$70/56 \pm 14/75$	$85/70 \pm 15/14$
	کنترل	$69/57 \pm 12/62$	$70/84 \pm 12/89$
داغ ننگ	آزمون	$77/75 \pm 10/18$	$69/86 \pm 10/68$
	کنترل	$73/99 \pm 7/75$	$74/24 \pm 8/31$

از نرمال بودن توزیع متغیرها داشت. همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد که پراکندگی متغیرهای وابسته در سطوح گروه‌ها (متغیر مداخله‌گر) همگن و مشابه بود ($p > 0/05$). مطابق نتایج و به دلیل معنادارنشدن تمامی متغیرها می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بوده و مشکلی برای اجرای تحلیل کوواریانس وجود نداشته است.

به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و داغ ننگ در بیماران مصرف‌کننده مواد از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. قبل از انجام تحلیل به بررسی پیش‌فرض‌ها پرداخته شد. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که توزیع متغیرها نرمال است ($p > 0/05$) و آماره آزمون به دست آمده برای کیفیت زندگی و داغ ننگ نشان

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر کیفیت زندگی و طرحواره درونی

متغیرها	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
کیفیت زندگی	۳۲۶۴/۶۵۱	۱۴۳۹۶/۴۲	۱۲ و ۱	۱۶/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۱۸
داغ ننگ	۷۸۷/۸۵۲	۶۲۶۵/۰۷	۱۲ و ۱	۹/۰۵	۰/۰۰۴	۰/۱۱

($F(1,12)=9/05$, $P=0/001$, $\eta^2=0/11$) در سطح ۰/۰۵ معنادار است. میانگین نمره کیفیت زندگی در مقایسه با گروه

جدول ۳ نشان داد که تأثیر گروه بر کیفیت زندگی ($F(1,12)=16/32$, $P=0/001$, $\eta^2=0/18$) و داغ ننگ

کنترل افزایش یافته و میانگین داغ ننگ در برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته ($P < 0/001$) و بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار مشاهده شد ($P < 0/001$).

۴. بحث و نتیجه‌گیری

برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش داغ ننگ در بیماران مصرف‌کننده مواد مؤثر است. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر روابط فرد با تجربه‌های درونی، افزایش میل به تجربه‌هایی که پیش‌زمینه منفی از آن‌ها دارد و افزایش رفتارهای ارزشمند در زندگی‌اش می‌باشد و از این طریق تأثیری مثبت بر کیفیت زندگی و کاهش داغ ننگ می‌گذارد.

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و داغ ننگ در بیماران مصرف‌کننده مواد بود. همان‌طور که یافته‌ها نشان داد بین میانگین خطی نمرات کیفیت زندگی و داغ ننگ بین گروه آزمون و کنترل تفاوت معنی‌دار مشاهده شد ($p < 0/05$). این یافته حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی است که با پژوهش‌های لی و همکاران (۱۷)، مؤمنی و همکاران (۲۸)، پیترسون و ایفرت (۲۹)، پیترسون و ایفرت (۳۰)، نریمانی و همکاران (۳۱)، محبت بهار و همکاران (۳۲)، همخوانی دارد. این یافته را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که آنچه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اهمیت دارد، کاهش علائم ترک مواد است. این داده‌ها بر اهمیت سایر تجربه‌های ناخوشایند فرد از ترک و ترس از ترک تأکید دارند که به‌صورت علائم فیزیکی مرتبط با اضطراب بروز می‌کند. هدف اولیه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه روشی است تا توانایی فرد را در پذیرش رویدادها و شرایط خصوصی دشوار افزایش دهد، به‌طوری که با افزایش اقدامات و کنش‌های مبتنی بر ارزش، در مجموع انعطاف‌پذیری روانی افزایش یابد (۳۳). مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل اینکه بر تجربه افراد تأکید می‌کنند و در آن‌ها ذهن‌آگاهی به همراه پذیرش به همراه تعهد، تغییر و اصلاح رفتار به کار می‌رود؛ منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌گردند که در آن شخص به‌طور کامل با لحظه‌های حال زندگی ارتباط برقرار می‌کند و براساس مقتضیات زمان حال دست به رفتار می‌زند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل تأکید بر زمان حال و اکنون باعث می‌شود افراد بر ارزش‌ها و اهداف خود به‌جای افکار، احساسات و تجارب ناخوشایند تأکید کنند (۳۴) و همین در لحظه زیستن و عمل کردن باعث کاهش

استرس و پریشانی و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی در آن‌ها می‌شود. به‌طور کلی یکی از مفاهیم اساسی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ذهن‌آگاهی است، یافته‌ها نشان داده است مدیریت استرس در کاهش رنج روان‌شناختی و بهبود کیفیت زندگی نقش مؤثری ایفا می‌کند (۳۴). می‌توان بهبود پریشانی‌های روان‌شناختی را دلیلی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران دانست. در تبیین نظری این یافته‌ها باید بیان کرد آموختن تعهد و پذیرش که ذهن‌آگاهی یا همان آگاهی نسبت به هیجانات در هر لحظه، حل مسئله شناختی رفتاری و پذیرش بی‌قید و شرط ذهن را به همراه دارد، سبب تقویت مهارت‌های موردنیاز برای حل مشکلات در افراد می‌شود. در این افراد تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد، به تمرکز فرد بر خودنارزنده‌سازی و ناامیدی نسبت به آینده و کاهش خلق می‌انجامد که نهایتاً به تشدید علائم منجر می‌شود. آموزش ناهمجوشی شناختی در درمان تعهد و پذیرش، یعنی آموزش شیوه‌های مختلف رویارویی با افکار غیرمنطقی و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مسئله‌ها می‌تواند در نهایت بر کیفیت زندگی افراد تحت درمان تأثیرگذار باشد.

یافته دیگر پژوهش حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر داغ ننگ در بیماران مصرف‌کننده مواد با پژوهش‌های شاهار و همکاران (۶)، لوویس و اتلی (۸)، لوینگتون و همکاران (۱۱)، یطرحواره و همکاران (۱۲)، گال و اکیل (۱۹)، شارکار و همکاران (۲۰) که در آن‌ها نشان داده شده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش داغ ننگ تأثیرگذار است، همخوانی دارد. این یافته را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آسیب‌روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات شکل می‌گیرد و افرادی که دچار آسیب روانی می‌شوند در مورد افکار و هیجانات خود بینش و برداشت منفی دارند و به همین دلیل از تجربه هیجانات دوری می‌کنند و همین دوری‌کردن و تجربه‌نداشتن در لحظه آن‌ها باعث پایداری آسیب‌های روانی می‌شود. به همین دلیل هدف رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر روابط اشخاص با تجربه‌های درونی فرد، افزایش میل به تجربه‌هایی که فرد پیش‌زمینه منفی از آن‌ها دارد و افزایش رفتارهای ارزشمند شخص در زندگی‌اش است (۳۵). همین تمرین‌ها عاملی برای کاهش داغ ننگ در بیماران مصرف‌کننده مواد است. علاوه بر آن، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روانی و افزایش توانایی مشارکت فکری افراد (۱۴) که هدف اصلی آن‌ها کمک به توانایی مراجعان برای انجام اقدامات ارزشمند حتی در هنگام بروز افکار و احساسات ناراحت‌کننده است (۱۵)،

صمیمانه ما را در انجام این تحقیق یاری کردند، قدردانی می‌گردد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی با کد اخلاق IR.SUMS.MED.REC.1400.432 صادرشده توسط دانشگاه علوم پزشکی شیراز است.

سهم نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشته‌اند.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

تضاد منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

باعث تغییر نگرش‌های مرتبط با ننگ در افراد مصرف‌کننده مواد می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نداشتن مراحل پیگیری و همچنین همکاری نکردن برخی بیماران برای شرکت در ده جلسه مداخله به‌صورت کامل اشاره داشت. از آن‌جا که پژوهش حاضر نشان داد که برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش داغ ننگ در بیماران مصرف‌کننده مواد تأثیرگذار است بنابراین می‌توان از نتایج این پژوهش برای طراحی و اجرای این تکنیک‌ها در مراکز ترک اعتیاد بهره جست. همچنین پیشنهاد می‌شود آموزش‌ها و راهکارهایی در چارچوب بروشور، کتاب و جزوات مبتنی بر برنامه درمانی پذیرش و تعهد به افراد ارائه شود تا داغ ننگ در بیماران مصرف‌کننده مواد کاهش یابد و کیفیت زندگی آن‌ها بهبود یابد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از حمایت‌های علمی و معنوی معاونت پژوهشی، مدیریت و نیز تمامی کادر درمانی بیمارستان استاد محمدری که

References

- [1]. Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC, Fletcher L. Slow and steady wins the race: a randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2012 Feb;80(1):43. doi: 10.1037/a0026070
- [2]. Dickerson SS, Gruenewald TL, Kemeny ME. When the social self is threatened: Shame, physiology, and health. *Journal of personality*. 2004 Dec;72(6):1191-216. doi:10.1111/j.1467-6494.2004.00295.x
- [3]. Tangney JP, Stuewig J, Mashek DJ. Moral emotions and moral behavior. *Annu. Rev. Psychol*. 2007 Jan 10;58:345-72. doi:10.1146/annurev.psych.56.091103.070145
- [4]. Myers B, Parry CD. Access to substance abuse treatment services for black South Africans: findings from audits of specialist treatment facilities in Cape Town and Gauteng. *African Journal of Psychiatry*. 2005;8(1):15-9. doi:10.4314/ajpsy.v8i1.30179
- [5]. Saloner B, Bandara S, Bachhuber M, Barry CL. Insurance coverage and treatment use under the Affordable Care Act among adults with mental and substance use disorders. *Psychiatric services*. 2017 Jun 1;68(6):542-8. doi: 10.1176/appi.ps.201600182
- [6]. Gul M, Aqeel M. Acceptance and commitment therapy for treatment of stigma and shame in substance use disorders: a double-blind, parallel-group, randomized controlled trial. *Journal of Substance Use*. 2021 Jul 4;26(4):413-9. doi:10.1080/14659891.2020.1846803
- [7]. Shahar B, Szepsenwol O, Zilcha-Mano S, Haim N, Zamir O, Levi-Yeshuvi S and et al. A wait-list randomized controlled trial of loving-kindness meditation programme for self-criticism. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2015 Jul;22(4):346-56. doi:10.1002/cpp.1893
- [8]. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*. 2015 Apr;45(5):927-45. doi:10.1017/S0033291714002141
- [9]. Albertson ER, Neff KD, Dill-Shackleford KE. Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*. 2015 Jun;6:444-54. doi:10.1007/s12671-014-0277-3
- [10]. Ashford RD, Brown AM, Canode B, McDaniel J, Curtis B. A mixed-methods exploration of the role and impact of stigma and advocacy on substance use disorder recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 2019; 37(4): 462-480. doi:10.1080/07347324.2019.1585216
- [11]. Livingston JD, Milne T, Fang ML, Amari E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*. 2012; 107(1): 39-50. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x
- [12]. Yang L, Wong LY, Grivel MM, Hasin DS. Stigma and substance use disorders: an international phenomenon. *Current opinion in psychiatry*. 2017; 30(5): 378. doi: 10.1097/YCO.0000000000000351
- [13]. Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC, Bunting K, Rye AK. Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research & Theory*. 2008; 16(2): 149-165. doi:10.1080/16066350701850295
- [14]. Chang, J, Dubbin L, Shim J. Negotiating substance use stigma: the role of cultural health capital in provider-patient interactions. *Sociology of health & illness*. 2016; 38(1): 90-108. doi:10.1111/1467-9566.12351
- [15]. Dindo L, Van Liew JR, Arch J. Acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*. 2017;14(3): 546-553. doi: 10.1007/s13311-017-0521-3
- [16]. Masuda A, Hayes SC, Fletcher LB, Seignourel PJ, Bunting K, Herbst SA and et al. Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward

- people with psychological disorders. Behaviour research and therapy. 2007; 45(11): 2764-2772. doi:10.1016/j.brat.2007.05.008
- [17]. Lee EB, An W, Levin ME, Twohig MP. An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. Drug and alcohol dependence. 2015; 155, 1-7. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004
- [18]. Luoma JB, Platt MG. Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in acceptance and commitment therapy. Current opinion in Psychology. 2015; 2: 97-101. doi:10.1016/j.copsyc.2014.12.016.
- [19]. Gul M, Aqeel M. Acceptance and commitment therapy for treatment of stigma and shame in substance use disorders: a double-blind, parallel-group, randomized controlled trial. Journal of Substance Use. 2021; 26(4): 413-419. doi:10.1080/14659891.2020.1846803
- [20]. Sarkar S, Balhara YP, Kumar S, Saini V, Kamran A, Patil V and et al. Internalized stigma among patients with substance use disorders at a tertiary care center in India. Journal of Ethnicity in Substance Abuse. 2019; 18(3): 345-358. doi:10.1080/15332640.2017.1357158
- [21]. Delaware, A. Research Methods in Psychology and Educational Sciences, Tehran: Editing Publishing. 2004. [Persian]
- [22]. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. 2009; 77-101.
- [23]. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. J Mental Health. 2015; 23(3): 24-56. doi:10.1080/00207411.1994.11449286
- [24]. Yang S, Kuo P, Su S, Wang J, Lin M. Development and Psychometric Properties of the Dialysis Module of the WHOQOL-BREF Taiwan Version. Journal of the Formosan Medical Association. 2006; 105(4): 299-309. doi:10.1016/S0929-6646(09)60121-2
- [25]. Hosseinian S, Qasemzadeh S, Niknam M. Predicting the quality of life of female teachers based on the variables of emotional intelligence and spiritual intelligence. Journal of Job and Organizational Counseling. 2012; 3 (9): 42-60.
- [26]. Pourkamali T, Yazdkhasti F, Orizi H, Chitsaz A. Comparison of the effectiveness of Dosaho method and massage therapy in increasing happiness, social adjustment, hope, quality of life and mental health of patients with Parkinson's. Journal of Health Psychology. 2016; 6 (22): 162-145.
- [27]. King M, Dinos S, Shaw J, Watson R, Stevens S, Passetti F and et al. The stigma scale: Development of a standardised measure of the stigma of mental illness. The British Journal of Psychiatry. 2007; 190(3):248-54. doi:10.1192/bjp.bp.106.024638
- [28]. Momeni F, Moshtagh N, Poorshahbaz A. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on improving quality of life in opiate addicts under methadone maintenance treatment. J Res on Addic. 2013;7(27):79-92.
- [29]. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. Cognitive and Behavioral Practice. 2009;16(4): 430-42. doi:10.1016/j.cbpra.2008.12.009
- [30]. Peterson DB, Eifert HG. Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. Cognitive and Behavioral Practice. 2011;18(4):577-87. doi:10.1016/j.cbpra.2010.03.004
- [31]. Narimani M, Alamdari E, Abolghasemi. The study of the efficiency of acceptance and commitment-based therapy on the quality of Infertile women's life. J Family Counselling & Psychotherapy. 2014; 4(3):387-405. DOR: 20.1001.1.22516654.1393.4.3.2.5
- [32]. Mohabbat Bahar S, Akbari ME, Maleki F, Moradi Joo M. The effectiveness of group psychotherapy based on acceptance and commitment on quality of life in women with breast cancer. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2014; 9(34):17-26.
- [33]. Wicksell KR, Kanstrup M, Kemani MA, Holmstrom L, Olsson G. Acceptance and commitment therapy for children and adolescents with physical health concerns. Current Opinion Psychology. 2015;2:1-5. doi:10.1016/j.copsyc.2014.12.029
- [34]. Harris, R. Getting unstuck in ACT: A clinician's guide to overcoming common obstacles in acceptance and commitment therapy. New Harbinger Publications. 2013.
- [35]. Pak R, Abdi R. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on disease acceptance and experiential avoidance in patients with multiple sclerosis (MS). Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association. 2017; 12(1): 63-72. (Persian) https://bjcp.ir/browse.php?a_code=A-10-2158-1&slc_lang=en&sid=1