Journal of Police Medicine

Autumn 2017; Vol. 6, No. 3: 189-195

Original Article

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Admission of Treatment Plan in Marijuana, Phencyclidine and Ketamine Abusers

Received: 1 January 2017 **Revised:** 17 May 2017 **Accepted:** 5 July 2017

Javad Hashemi\[1]
Aliyeh Nazemi[2*]

[1]MA, Ardabil Police Command Office of Applied Research, Institute of Police Sciences & Social Studies, Ardabil, Iran.

[2]MA, Department of Psychology, Young Researchers & Elite Club, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

ABSTRACT

Aim: Drug abuse is one of the most important mental concerns and most harmful social damages in the present time. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on admission of treatment plan in marijuana, phencyclidine and ketamine abusers.

Materials & Methods: This semi-experimental study with pretest-posttest design with control group was performed in 6 addiction treatment centers in Ardabil, Iran, in the fall of 2016. Using available sampling method, 40 samples from marijuana, phencyclidine and ketamine abusers were selected. The DUDIT questionnaire was used for data collection. Data analysis was performed using the ANCOVA covariance analysis in SPSS 21 software.

Findings: In the pre-test, the control and experimental groups had a mean of 107.60±13.02 and 102.05±18.80, respectively ($p>0.05$). These values were 101.60±17.16 and 140.04±25.55 in the post-test, respectively ($p=0.001$).

Conclusion: Acceptance and commitment therapy increases the admission of treatment plan in marijuana, phencyclidine and ketamine abusers.

Keywords: Drug Abuser, Commitment Plan Acceptance, Acceptance and Commitment Therapy, Marijuana Abuse, Phencyclidine, Ketamine

[*]**Corresponding Author:**
Aliyeh Nazemi
Tel: (+98) 4532625683
Email: a.nazemi283@gmail.com

پاییز ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۳- صفحات ۱۹۵-۱۸۹

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر پذیرش طرح درمان در مصرف‌کنندگان حشیش، فن‌سیکلیدین و کتامین

تاریخ دریافت: ۱۲ دی ۱۳۹۵ **تاریخ اصلاح:** ۲۷ اردیبهشت ۱۳۹۶ **تاریخ پذیرش:** ۱۴ تیر ۱۳۹۶

چکیده

اهداف: مصرف مواد یکی از مهم‌ترین نگرانی‌های فکری و از ناگوارترین آسیب‌های اجتماعی زمان حال است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش طرح درمان در مصرف‌کنندگان حشیش، فن‌سیکلیدین و کتامین انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل، در ۶ مرکز ترک اعتیاد شهر اردبیل در پاییز ۱۳۹۵ انجام شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۴۰ نفر از مصرف‌کنندگان حشیش، فن‌سیکلیدین و کتامینی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار پذیرش طرح درمان DUDIT استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آنالیز کواریانس آنکوا و در قالب نرم‌افزار SPSS 21 انجام شد.

یافته‌ها: در پیش‌آزمون میانگین طرح درمان گروه کنترل و آزمایش به ترتیب ۱۳/۰۲±۱۰۷/۶۰ و ۱۸/۸۰±۱۰۲/۰۵ بود ($p<۰/۰۵$). این مقادیر در پس‌آزمون نیز به ترتیب ۱۷/۱۶±۱۰۱/۶۰ و ۲۵/۵۵±۱۴۰/۰۴ شد ($p=۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش پذیرش طرح درمان در مصرف‌کنندگان حشیش، فن‌سیکلیدین و کتامین می‌شود.

جواد هاشمی[۱]

عالیه ناظمی[۲*]

[۱] MA، دفتر تحقیقات کاربردی فرماندهی انتظامی اردبیل، پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی، اردبیل، ایران.

[۲] MA، گروه روان‌شناسی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

[*] نویسنده مسئول:

عالیه ناظمی

تلفن: ۴۵۳۲۶۲۵۶۸۳ (۹۸+)

پست الکترونیک:

a.nazemi283@gmail.com

کلیدواژه‌ها: مصرف مواد، پذیرش طرح درمان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مصرف حشیش، فن‌سیکلیدین، کتامین

مقدمه

مصرف مواد (Drug Abuse) و عوارض پردامنه و ناخوشایند آن، از مهم‌ترین نگرانی‌های فکری و یکی از ناگوارترین آسیب‌های اجتماعی حال حاضر است. ارتباط مصرف مواد و رفتارهای اعتیادآمیز با سایر انحراف‌ها و کژرفتاری‌ها، اشاره به اهمیت توجه دوباره و تعمق در این مسئله دارد که با درنظرگرفتن جمعیت جوان کشور بیش از پیش اهمیت پیدا می‌کند؛ خصوصاً در سال‌های اخیر که مصرف مواد رو به افزایش است [۱]. مصرف مواد مخدر که بسیاری از کشورها و جوامع را به خود مشغول داشته، حقیقتی است که اجتناب از رویارویی و کم‌توجهی به آن، به علت پیامدهای زیان‌باری همچون تخریب منابع اجتماعی- اقتصادی و تهدید امنیت اجتماعی، عواقب زیانباری برای جامعه به‌دنبال خواهد داشت [۲]. بر اساس گزارش سازمان ملل، ایران با توجه به موقعیت جغرافیایی و داشتن مرز مشترکی نزدیک به ۲ هزار کیلومتر با کشورهای افغانستان و پاکستان، که سالانه بیش از ۳۵۰۰ تن مواد مخدر تولید می‌کنند، بیشترین میزان جرائم مربوط به مصرف مواد مخدر اپیوئیدی را در دنیا داشته است. بنا به گزارش این سازمان، در سال ۲۰۰۹ میلادی،

Journal of Police Medicine
Autumn 2017; Vol. 6, No. 3: 189-195

۸۳٪ بیماران ایرانی که به مراکز دولتی ترک اعتیاد مراجعه کرده‌اند، به مصرف مواد اپیوئیدی وابسته بوده‌اند [۳]. همچنین با توجه به جوان‌بودن کشور، شاهد گسترش روزافزون اعتیاد میان نوجوانان و جوانان هستیم. آمارهای موجود نشان می‌دهند که حدود ۱۶٪ معتادین ایران کمتر از ۱۹ سال سن دارند و ۲۸٪ آنها بین ۲۰ تا ۲۴ سالگی به اعتیاد روی می‌آوردند [۴].

فن‌سیکلیدین و کتامین ۲ نوع ماد مخدر صنعتی و توهم‌زا هستند که قبلاً به‌عنوان ماده بیهوشی استفاده می‌شدند [۵]. حشیش ماده‌ای به رنگ سبز تیره و گاهی قهوه‌ای مایل به سبز (شبیه حنا) است که از گل، برگ و ساقه گیاه شاهدانه مؤنث و همچنین از ترشحات چسبنده به آنها به‌صورت صمغ به‌دست می‌آید و به‌عنوان گسترده‌ترین ماده قاچاق در سراسر دنیا و رایج‌ترین ماده مصرفی که اکثراً آن را بی‌ضرر می‌شناسند، است. حشیش علاوه بر خطر وابستگی و مضرات جسمی، علائم شبه سایکوتیک گذرایی ایجاد می‌کند. شیوع بالای سایر اختلالات روان‌پزشکی نیز در مصرف‌کنندگان این ماده گزارش شده است [۶]. حشیش حاوی ماده‌ای شیمیایی به نام تتراهیدروکانابینول (THC) است که ماده مؤثر آن به‌شمار می‌رود و در طبقه‌بندی مواد مخدر، جزء مواد توهم‌زای طبیعی است. ترکیبات مؤثر در حشیش کمابیش همان ترکیبات سایر قسمت‌های گیاه شاهدانه با خلوص بالاتر است [۷]. بزرگ‌ترین مراکز تولید حشیش در جهان، کشورهای مراکش و پاراگوئه هستند. استرالیا، ایالات متحده آمریکا و کانادا نیز بیشترین تعداد مصرف‌کنندگان حشیش و گراس را در خود جای داده‌اند [۸].

فن‌سیکلیدین (p.c.p) در اواخر دهه ۱۹۵۰ به‌عنوان داروی بیهوشی ساخته شد ولی به دلیل عوارض جانبی همچون روان‌آشفتگی و گم‌گشتگی، در اواخر دهه ۱۹۶۰ به‌عنوان ماده مخدر مطرح شد. در آن سال‌ها فن‌سیکلیدین به‌نام سرنیلان و به‌عنوان یک داروی بیهوشی برای حیوانات نیز مورد مصرف قرارمی گرفت. امروزه نام‌های عامیانهٔ فراوانی برای فن‌سیکلیدین گذاشته‌اند که از میان آنها می‌توان به "گرد فرشته"، "سوخت راکت" و "اوزون" اشاره کرد. باآنکه اثرات روان‌گردان اولیه این دارو فقط چند ساعت طول می‌کشد، حذف کامل آن از بدن مدت زمان زیادی لازم دارد. فن‌سیکلیدین خالص پودر بلوره‌ای سفیدرنگی با قابلیت حلالیت بالا در آب است اما امروزه ترکیب آن با مواد دیگری باعث تغییر رنگ به طیف آجری تا قهوه‌ای و تغییر شکل از پودر به آدامس شده است [۹]. این ماده بسیار سریع اثر می‌کند. دوزهای پایین فن‌سیکلیدین، احساس آرامش کاذب، مورمورشدگی و کرختی ایجاد می‌کند و به‌تدریج تبدیل به احساس جدایی، دوری و بیگانگی نسبت به محیط پیرامون می‌شود. در دوزهای بالاتر برخی افراد دچار گیجی، حالت آزار رساننده و اضطراب شدید می‌شوند. در این مرحله منجر به خشونت‌های شدید رفتاری می‌شود که یکی از خطرناک‌ترین عوارض مصرف این ماده است و به مرگ فرد مصرف‌کننده منجر می‌شود. در صورت مصرف مداوم، عوارضی همچون خیرگی بدون هدف، حرکات سریع چشم، راه رفتن نامتعادل، توهمات شنوایی، تغییر اشکال هندسی، اختلالات رفتاری و فراموشی ظاهر می‌شود. این ماده همانند اغلب مواد مخدر توهم‌زا، وابستگی جسمانی حادی ایجاد نمی‌کند ولی به میزان زیادی باعث ایجاد وابستگی روانی می‌شود [۱۰].

کتامین (Ketamine) ازلحاظ ساختاری به فن‌سیکلیدین شباهت بسیاری دارد. پس از خارج‌شدن فن‌سیکلیدین از بازار مصرف، کتامین به‌عنوان جایگزین داروی بیهوشی وریدی تولید شد [۱۱] اما با به‌هوش‌آمدن فرد بعد از استفاده از این ماده به‌عنوان داروی بیهوشی، واکنش‌های ناخواسته روانی به‌صورت رویای واضح و توهمات، ممکن است ایجاد شود. این واکنش‌ها در ساعت اول بیدارشدن رخ می‌دهد و معمولاً در عرض یک یا چند ساعت فروکش می‌شود. بروز این واکنش‌ها وابسته به عواملی است که مهم‌ترین آنها دوز مصرفی دارو است و با دوزهای کمتر از دوز بیهوش‌کننده احتمال بروز این عوارض بسیار نادر است [۱۲]. گزارش‌های زیادی در مورد استفاده از دوز کم کتامین به‌عنوان یک آنتاگونیست رسپتوری (NMDA) در تسکین درد بیماران و کاهش نیاز به مخدرهای سیستمیک ارائه شده است، این دارو رسپتور در غشاء بعد سیناپسی، شاخ خلفی نخاع را بلوکه کرده و مانع انتقال درد از طریق فیبرها به سیستم اعصاب مرکزی و درنتیجه کاهش و یا عدم احساس درد می‌شود [۱۳]. تحقیقات جدید نشان داده است که کتامین دارای اثرات بی‌دردی موضعی نیز هست [۱۴]. کتامین را می‌توان از راه‌های مختلفی مانند وریدی، خوراکی (به‌صورت محلول‌های نوشیدنی)، تدخینی، عضلانی، داخل بینی، زیرجلدی، داخل مقعدی یا اپی‌دورال مورد استفاده قرار داد و ندرتاً به‌صورت داخل مفصلی نیز استفاده می‌شود [۱۵]. با استفاده از فرم دارویی کتامین موجود در مواضع مختلف (ازجمله داخل مفصلی)، گزارشی از تغییر ماهیت این دارو دریافت نشده است. فرم پودری آن می‌تواند از طریق نوشیدنی، تدخین یا تزریق (پس از حل‌کردن در مایع) مصرف شود [۱۶].

با وجود این‌که در سال‌های گذشته برنامه‌های درمانی مختلفی برای درمان اعتیاد معرفی شده است، اما همچنان شاهد عدم موفقیت برخی بیماران در این برنامه‌های درمانی هستیم [۱۷]. ازجمله روش‌هایی که برای درمان مصرف‌کنندگان مواد مخدر استفاده می‌شود و در سال‌های اخیر توجه قابل ملاحظه‌ای به آن شده، درمان‌های روان‌شناختی است. با آنکه درمان‌های رفتاری متعددی کارایی خود را در درمان اختلالات استفاده از مواد نشان داده‌اند [۱۸]. یکی از برنامه‌هایی که شواهد تحقیقاتی خوبی پشتوانه آن است و

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۳- صفحات ۱۹۵-۱۸۹

یک برنامه جامع برای پذیرش طرح درمان در مصرف مواد دارد، روش پذیرش و تعهد درمانی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تنها مداخله روانی- تجربی است که در آن راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی به همراه تعهد و راهبردهای تغییر رفتار، به‌کار گرفته می‌شود تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را همراه با رفتارهای عملکردی افزایش دهد [۱۹]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که با نام اختصاری ACT شناخته شده است. ACT ریشه در نظریه فلسفی عمیقی دارد که زمینه‌گرایی عملکردی خوانده می‌شود و به لحاظ نظری مبتنی بر نظریه چهارچوب رابطه ذهنی (RFT) است و چگونگی رنج توسط ذهن انسان و روش‌های بی‌فایده مقابله با آن و نیز رویکردهای زمینه‌ای جایگزین برای این حوزه را تبیین می‌کند [۲۰]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای ۲ بخش، ذهن‌آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است و به افراد آموزش داده می‌شود که با پذیرش احساسات و هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربی، در لحظه حال و اکنون زندگی کرده و بهتر با وسوسه‌های خود مقابله کنند [۲۱]. هدف اصلی ACT ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی توانایی انتخاب عملی میان گزینه‌های مختلف متناسب‌تر، نه اینکه صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود [۲۲]. این روش درمانی شامل تجزیه و تحلیل مشکلات رفتاری بیماران است. در این درمان ۶ مفهوم مهم شامل پذیرش، تماس با لحظه حاضر، ارزش‌ها، گسلش شناختی، فعالیت متعهدانه و توجه به خود تأیید شده و مورد توجه است [۲۳]. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و غیره) افزایش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی، ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس داشته و موجب تشدید آنها می‌شود. برای حذف این تجارب، باید بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی به‌طور کامل پذیرفته شود. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. مرحله بعدی، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی (مانند تفکر ذهنی قربانی‌بودن) است. مرحله پنجم، کمک به فرد برای شناسایی یارزش‌های شخصی اصلی خود است (روشن‌سازی ارزش‌ها). درنهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی و غیره باشند. شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات مختلف، رو به افزایش است. برای مثال، کارایی این روش درمانی در مورد اختلالاتی مانند: افسردگی، پسیکوزها، سوءمصرف و وابستگی به مواد، فرسودگی شغلی و درد مزمن مشخص شده است.

مبحث قابل بررسی در این پژوهش پذیرش طرح درمان (Admission of treatment plan) است که اجابت توصیه درمانگر در حدی که رفتار بیمار یا فردِ دچار سوءمصرف مواد (از لحاظ خوردن داروها، پیگیری رژیم غذایی یا سایر تغییراتی که در شیوه زندگی به‌وجود می‌آید) با توصیه‌های پزشکی و بهداشتی سازگار و هماهنگ باشد، تعریف می‌شود [۱۹]. "پذیرش" یک حالت طراحی‌شده و جرأت‌آمیز از طرف مراجع است و به او کمک می‌کند تا به‌طور کامل و بدون دفاع، جنبه‌هایی از تجربه روان‌شناختی خود (بد، خوب و زشت) را همان‌گونه که هست، تجربه نماید. هدف ما خلق یک انسان کارآمد است که صمیمانه با دنیای تجربی خود در تماس باشد [۲۴]. طی پژوهشی که به بررسی مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پذیرش و تعهد بر میزان ولع مصرف پرداخته شده است، یافته‌ها نشان می‌دهند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل مؤلفه‌های مشترک درمان در کاهش آسیب‌های روانی ناشی از مصرف مواد مخدر مؤثر است [۲۱].

با توجه به اینکه یکی از اهداف و زمینه‌های فعالیت در حوزه طب انتظامی، روش‌های تشخیص سریع و فوق سریع پیشگیری از سوءمصرف مواد و نیز اصول درمانی اعتیاد است لذا پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش طرح درمان در سوءمصرف‌کنندگان حشیش، فن‌سیکلیدین و کتامین انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل، مصرف‌کنندگان حشیش، فن‌سیکلیدین و کتامینی که در پاییز ۱۳۹۵ به مراکز ترک اعتیاد شهر اردبیل مراجعه کرده بودند، به عنوان جامعه آماری انتخاب شدند. ابتدا به مسئولین کلیه مراکز ترک اعتیاد اردبیل جهت همکاری و معرفی مراجعین، دعوت به عمل آمد که از بین آنها تنها ۶ مرکز اعلام همکاری کردند. از بین مراجعین واجد شرایط، افرادی که داوطلب به حضور در جلسات روان‌درمانی ACT بودند، شناسایی و به یکی از مراکز ترک اعتیاد دعوت شدند. معیارهای ورود به مطالعه، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، عدم سابقه تشنج و بیماری‌های قلبی، مراجعه مداوم به مراکز ترک اعتیاد، عدم

Journal of Police Medicine
Autumn 2017; Vol. 6, No. 3: 189-195

اعتیاد یا مسمومیت حاد با الکل و عدم دریافت دارویی با اثرات مخدر دیگر و معیارهای خروج نیز عدم حضور نمونه‌های پژوهش بیشتر از ۳ جلسه در جلسات روان‌درمانی و بیماری‌های جسمی حین درمان بود. آزمودنی‌ها تا زمان تکمیل حجم نمونه بر اساس بلوک‌های تصادفی قبلی در یکی از گروه‌ها قرار گرفتند. لازم به ذکر است در ابتدای نمونه‌گیری با توجه به اینکه در پژوهش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی تعداد نمونه‌های پژوهش حداقل باید ۱۵ نفر باشد [۲۵]، برای افزایش اعتبار آزمون و با درنظرگرفتن احتمال ریزش، ابتدا ۴۰ نفر به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به‌صورت تصادفی در ۲ گروه (۲۰ نفر آزمایش، ۲۰ نفر کنترل) گمارده شدند.

به منظور گرداوری داده‌ها از ابزار پذیرش طرح درمان DUDIT استفاده شد.

پذیرش طرح درمان DUDIT: هدف از توسعه این پرسش‌نامه، ایجاد ابزاری برای بررسی مشکلات مربوط به مصرف مواد است. ۴ زمینه موردنظر در این آزمون، جنبه‌های مثبت و منفی مصرف مواد و آمادگی درمان و مصرف مواد از دیدگاه آزمودنی(ها) است. پیش از به‌کارگیری این آزمون گسترش‌یافته، آزمون شناسایی اختلال مصرف مواد سنجیده شد. اعتبار و آلفای کرونباخ این مقیاس نزد ۹۲ مرد زندانی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۸ گزارش شده است. آزمون تشخیص مشکلات مربوط به مصرف مواد ۴ مرحله دارد. مرحله اول فرآیند بررسی برای یافتن افرادی است که محقق به دنبال بررسی مداوا یا ارجاع او به جای دیگر است. مرحله ۲، بررسی مشکل و ماهیت آن است. در مرحله ۳ برای تشخیص عمیق و کاوش موضوعاتی بیشتر از مصرف دارو بررسی‌هایی انجام می‌شود و درنهایت مرحله ۴، درمان یا اقدام بعدی (Follow up) است [۲۶].

مداخله درمانی در این پژوهش، درمان مدیریت درد و روان‌درمانی حمایتی بود. ابتدا تمامی شرکت‌کنندگان، پرسش‌نامه مقیاس پذیرش طرح درمان را در در دوره پیش‌آزمون تکمیل کردند. با توجه به اینکه در زمان انجام پژوهش، حجم نمونه بسیار پایین بود، امکان مساوی‌بودن تمام شرایط نمونه‌های پژوهش فراهم نشد؛ اما تا حد امکان سعی بر انتخاب معتادانی شد که ازلحاظ علایم روان‌شناختی تقریباً در شرایط مشابه‌ای قرار داشتند. برای گروه آزمایشی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت ۲ ماه (۸ جلسه ۹۰دقیقه‌ای) اجرا شد (جدول ۱).

جدول ۱) جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

ردیف	برنامه جلسه
جلسه اول	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی و پیش‌آزمون
	آشنایی با مفاهیم درمانی ACT (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه) در ۶ مرحله به شرح زیر:
	۱) در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و غیره) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به‌طور کامل پذیرفت.
جلسه دوم	۲) بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد.
	۳) به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به‌نحوی‌که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند.
	۴) تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است.
	۵) کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها).
	۶) ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی.
جلسه سوم	مرور تجارب جلسه قبلی، بیان کنترل به‌عنوان مشکل، سنجش عملکرد بررسی تمرین هفته بعد.
جلسه چهارم	مرور تجارب جلسه قبل، تکلیف‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان، تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف.
جلسه پنجم	ابتدا بر افزایش آگاهی روانی تمرکز می‌شود و سپس در ادامه به افراد نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی‌شان و ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آنها، آموزش داده می‌شود.
جلسه ششم	سنجش عملکرد، کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی، تضاد تجربه و ذهن، استراحت و پذیرایی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به‌عنوان یک فرایند.
جلسه هفتم	سنجش عملکرد، معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی.
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب باارزش‌ها (جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون)

پس از پایان جلسات آموزش به منظور مقایسه اثربخشی مداخله از هر ۲ گروه پس آزمون گرفته شد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر گروه‌ها با یکدیگر مقایسه شد. طرح این پژوهش به صورت یک‌سویه کور و توسط پژوهشگر اجرا شد. همچنین در مورد قوانین

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۳- صفحات ۱۹۵-۱۸۹

شرکت در پژوهش از قبیل رازداری، رعایت نظم و حضور منظم در جلسات آموزش به شرکت‌کنندگان توضیح داده و روند کلی برنامه‌ها و جلسات آموزش برای آن‌ها تشریح شد. با توجه به اینکه در یک پژوهش اثر تمام متغیرها را بر یکدیگر نمی‌توان به‌طور هم‌زمان مورد مطالعه قرار داد، در این پژوهش نیز اثر برخی از متغیرها (از قبیل رعایت همگنی گروه‌ها و رعایت آرامش مکان آزمایش) کنترل و توسط درمانگر خنثی شد. به‌منظور رعایت نکات اخلاقی قبل از شروع مطالعه، نمونه‌های پژوهش در جریان روند مطالعه و اهداف آن قرار گرفتند و اطلاعات شخصی بیماران محفوظ ماند. طی مطالعه نیز به کدهای ۲۶گانه اخلاقی پایبند بودیم. همچنین پروتکل‌های درمانی به‌کاررفته در این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اردبیل مطرح شد و به تصویب رسید.

داده‌های پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS 21 تجزیه و تحلیل شدند. در این پژوهش از روش آنالیز کواریانس یا آنکوا (Ancova) برای بررسی اثربخشی مداخله بر روی پذیرش طرح درمان استفاده شد.

یافته‌ها

تمامی نمونه‌های پژوهش، مردانی با میانگین سنی ۸/۹±۳۰/۰ سال و محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال بودند. سابقه اعتیاد نمونه‌ها نیز ۵/۰±۹/۰ سال بود. ۵۴٪ نمونه‌ها دارای شغل آزاد، ۳۶٪ بیکار و ۱۰٪ نیز شغل اداری داشتند. ۶۸٪ آنها متأهل و ۳۲٪ نیز مجرد بودند. در پیش‌آزمون میانگین طرح درمان گروه کنترل و آزمایش به ترتیب ۱۳/۰۲±۱۰۷/۶۰ و ۱۸/۸۰±۱۰۲/۰۵ بود (p>۰/۰۵). این مقادیر در پس‌آزمون نیز به ترتیب ۱۷/۱۶±۱۰۱/۶۰ و ۲۵/۵۵±۱۴۰/۰۴ شد (p=۰/۰۰۱).

بحث

هدف از انجام این پژوهش بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر پذیرش طرح درمان در مصرف‌کنندگان حشیش، فن‌سیکلیدین وکتامین بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ACT باعث تغییر پذیرش طرح درمان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های مختلف ازجمله مطالعه [۲۳-۲۰] همسو است. در پژوهش دیگری که به بررسی مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان ولع مصرف در مصرف‌کنندگان مواد مخدر پرداخته شده است، یافته‌ها نشان داده‌اند که ۲ گروه درمانی بر شدت ولع مصرف در ۲ مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری دارند [۲۱]. می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌دلیل مؤلفه‌های مشترک درمان در کاهش آسیب‌های روانی ناشی از مصرف آمفتامین‌ها مؤثر است.

مطالعه دیگری نشان داد که نژاد لاتین تمایل کمتری به پذیرش درمان نسبت به نژاد سفیدپوست از خود نشان می‌دهند که به علت عدم دسترسی به افراد با نژادهای مختلف بررسی این موضوع از محدودیت‌های پژوهش آنها است [۲۰]. همچنین پژوهشی نشان داده که ساکنین روستا به علت مشکلات اقتصادی بیشتر، دسترسی کمتر به مراکز بهداشتی- درمانی و کمبود آموزش و اطلاعات مورد نیاز در مورد بیماری و درمان، علل عدم پذیرش درمان خویش را ترس از هزینه اضافی، پشیمان‌شدن به دنبال نظر مردم و پیری و ناتوانی اعلام کرده‌اند [۲۷]. با توجه به نتایج مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که عدم دسترسی کافی به مراکز بهداشتی، منجر به ترس و افزایش حساسیت در بیماران شد و تحت تأثیر حرف دوستان و آشنایان قرار گرفتند و به‌جای مشورت با پزشک متخصص و یا کارشناس مربوطه با اطلاعات ناکامل تصمیمات نادرستی را در زمینه درمان خویش می‌گرفتند. هرچند روش نمونه‌گیری در دسترس از جامعه یکی از محدودیت‌های این تحقیق بود، لیکن به دلیل مؤثربودن برنامه درمان، ترویج و توسعه این شیوه درمانی به سایر درمانگران و پژوهشگران برای این گروه از مراجعین توصیه می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌هایی پیرامون تأثیر این برنامه درمانی برای گروه نمونه زنان نیز صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش پذیرش طرح درمان در مصرف‌کنندگان حشیش، فن‌سیکلیدین و کتامین می‌شود.

منابع

1- Bagheri M, Bahrami EH. The role of life skills education brdansh and attitude toward drug use and self-esteem of students. Research on Addiction. 2003;31(2):155. [Persian]
2- Akers RL. Criminological theories: Introduction and evaluation. Abingdon: Routledge; 2013.
3- Momtazi S. Family and addiction. Zanjan: Mahdis; 2003. [Persian].
4- Bahrami F, Moazediyan A, Husseini al-Madani A. The effectiveness of the training of problem-solving and decision-making skills on the reduction of addict's positive attitudes to narcotics. J Res Addict. 2013;7(25):57-72. [Persian]
5- Hijazi Y, Boulieu R. Contribution of CYP3A4, CYP2B6, and CYP2C9 Isoforms to N-Demethylation of Ketamine in Human Liver Microsomes. J Drug Metab Dispos. 2002;30(7):853-8.
6- Adams IB, Martin BR. Cannabis: Pharmacology and toxicology in animals and humans. J Addiction. 1996;91(11):1585-614.

Journal of Police Medicine

Autumn 2017; Vol. 6, No. 3: 189-195

Additional methadone increases craving for heroin: a double blind, placebo controlled study of chronic opiate users receiving methadone substitution treatment. J Addict. 1999;94(5):665-74.

18- DeVito EE, Worhunsky PD, Carroll KM, Rounsaville BJ, Kober H, et al. A preliminary study of the neural effects of behavioral therapy for substance use disorders. J Drug Alcohol Depend. 2012;122(3):228-35.

19- Hayes SC. Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy. Oakland: New Harbinger; 2005.

20- Izadi R, Abedi M. Acceptance & commitment therapy ACT. Tehran: Jangal (Kavoshyar); 2011. [Persian]

21- Kiani AR, Ghasemi N, Pourabbas A. Comparison of the effectiveness of group psychotherapy based on admission and commitment and mindfulness on the rate of craving and cognitive management of excitement in glass consumers. Q J Res Addict. 2012;6(24):27-36. [Persian]

22- Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. General Principles Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy. Canada: Wiley; 2009. pp. 77-101.

23- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. J Behav Res Ther. 2006;44(1):1-25.

24- Eifert GH, Forsyth JP. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. Oakland: New Harbinger; 2005.

25- Delavari A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Tehran: Roshd; 1994.

26- Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. Eur J Addict Res. 2005;11(1):22-31.

27- Khalili N, Mohseni Salehi Monfared SS, Vahidi H, Talebpoor A, Rafiee Tehrani M, et al. A review of methods other than insulin injections. Iran J Diabetes Metab. 2009;9(4):316-25.

7- Delile JM. Use of cannabis: screening strategy and evaluation of severity factors. J Rev Prat. 2005;55(1):51-63. [French]

8- Khademi N, Leghaie Z, Alikhani AR. The study of consumption of addiction among women who referred to damage reducing center. Q J Res Addict. 2009;3(12):41-90. [Persian]

9- Alatrash G, Majhail NS, Pile JC. Rhabdomyolysis after ingestion of "foxy," a hallucinogenic tryptamine derivative. J Mayo Clin Proc. 2006;81(4):550-1.

10- Dargan PI, Hudson S, Ramsey J, Wood DM. The impact of changes in UK classification of the synthetic cannabinoid receptor agonists in 'Spice'. Int J Drug Policy. 2011;22(4):274-7.

11- Imani F, Entezary SR, Alebouyeh MR, Faiz HR, Nikpour K. Comparing the analgesic effects of adding ketamine to morphine with tramadol after major abdominal surgery under general anesthesia. J Anesthesiol Pain. 2011;2(5):59-68. [Persian]

12- Ong CK, Lirk P, Seymour RA, Jenkins BJ. The efficacy of preemptive analgesia for acute postoperative pain management: a meta-analysis. J Anesth Analg. 2005;100(3):757-73.

13- McCartney CJ, Sinha A, Katz J. A qualitative systematic review of the role of N-methyl-D-aspartate receptor antagonists in preventive analgesia. J Anesth Analg. 2004;98(5):1385-400.

14- Cairns BE, Svensson P, Wang K, Hupfeld S, Graven-Nielsen T, et al. Activation of peripheral NMDA receptors contributes to human pain and rat afferent discharges evoked by injection of glutamate into the masseter muscle. J Neurophysiol. 2003;90(4):2098-105.

15- Dal D, Tetik O, Altunkaya H, Tetik Ö, Doral MN. The efficacy of intra-articular ketamine for postoperative analgesia in outpatient arthroscopic surgery. Arthroscopy. J Arthrosc Relat Surg. 2004;20(3):300-5.

16- Huang GS, Yeh CC, Kong SS, Lin TC, Ho ST, et al. Intra-articular ketamine for pain control following arthroscopic knee surgery. J Acta Anaesthesiol Sin. 2000;38(3):131-6.

17- Curran HV, Bolton J, Wanigaratne S, Smyth C.