

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت با و بدون سرتالین بر افسردگی، استرس و اضطراب در بیماران سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: کار آزمایی بالینی

مهدي شمالي احمدآبادي^۱، سيد معزالدين حيدري خورمیزی^۲، محسن ذبيحي^{۳*}،
قاسم دستجردی^۴، زهرا موحدیان^۵، عاطفه برخورداري احمدآبادي^۶

مقاله پژوهشی

مقدمه: مطالعه حاضر با هدف اثربخشی درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت با و بدون سرتالین بر افسردگی، استرس و اضطراب در بیماران سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری دواطلبانه انتخاب و پس از هم‌تاسازی در دو گروه قرار گرفتند. گروه اول، پروتکل درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت و گروه دوم، درمان ترکیبی پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت و سرتالین را در طول مدت مداخله (۲۸ روز) دریافت کردند. ارزیابی بیماران بر اساس پرسش‌نامه اضطراب-استرس-افسردگی (DASS-21) انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS version 16 آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری و در سطح ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد هر دو روش مداخله‌ای بر افسردگی، استرس و اضطراب موثر بوده ($p < 0/01$)، اما درمان ترکیبی درمان تلفیقی درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت و سرتالین بیشترین تاثیر را بر متغیرهای وابسته داشته است ($p < 0/01$).
نتیجه‌گیری: مداخله درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت در کنار درمان دارویی بر کاهش افسردگی، استرس و اضطراب در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون موثر بوده و می‌تواند به‌عنوان روشی کارآمد در درمان اعتیاد در مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، اضطراب، استرس، سرتالین، پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت

IRCT20191106045356N1

ارجاع: شمالي احمدآبادي مهدي، سيد معزالدين حيدري خورمیزی سيد معزالدين، محسن ذبيحي، دستجردی قاسم، موحدیان زهرا، برخورداري احمدآبادي عاطفه. اثربخشی درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت با و بدون سرتالین بر افسردگی، استرس و اضطراب در بیماران سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: کار آزمایی بالینی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۲؛ ۳۱ (۲): ۲۷-۴۱۷.

۱- سازمان آموزش و پرورش، اردکان، یزد، ایران.

۲- گروه فارماکولوژی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران.

۳- گروه سم شناسی و داروشناسی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران.

۴- گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، بیمارستان روانپزشکی تفت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران.

۵- سازمان آموزش و پرورش، یزد، ایران.

۶- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۳۱۵۳۶۸۱۳، پست الکترونیکی: mzabih100@gmail.com، صندوق پستی: ۱۵۵/۸۹۱۹۵

مقدمه

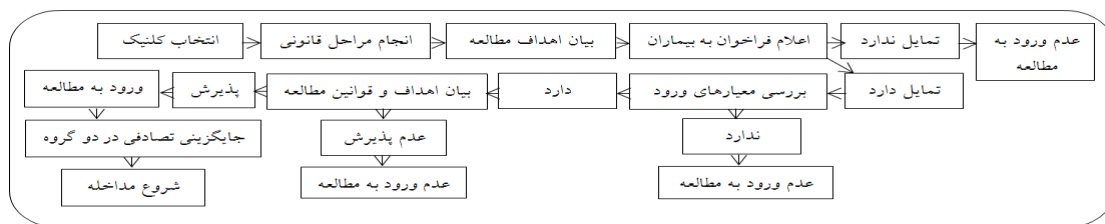
سوءمصرف مواد مخدر که در سال‌های اخیر رشد روز افزونی را در جهان و ایران داشته (۱-۲)، یکی از بیماری‌های مزمنی است که اثرات مخرب جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی را در پی دارد (۳-۴). اعتیاد زمینه‌ساز بسیاری از آسیب‌های اجتماعی از جمله طلاق، سرقت، قتل و نزاع بوده و پیامدهای منفی زیادی چون بیماری‌های جسمی و روانی را به دنبال دارد (۱). بنابراین عدم مداخله در اعتیاد می‌تواند با آسیب‌های زیادی همراه باشد. اگرچه درمان‌های سوءمصرف مواد گستره زیادی چون درمان‌های دارویی (مانند به‌ویژه نورفین و متادون)، روان‌درمانی و انجمن معتادان گمنام (NA) را شامل می‌شود، اما برنامه درمان اعتیاد با نگهدارنده متادون (Methadone maintenance treatment) یکی از مداخلاتی است که در طی سالیان اخیر در جهت درمان و پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر به میزان زیادی مورد استفاده قرار گرفته است (۵). اگرچه کارایی متادون این دارو را به عنوان یکی از مداخلات پرترفدار در خصوص درمان اعتیاد تبدیل کرده است (۶) اما مشکلات روانی همراه با اعتیاد مانند افسردگی و اضطراب (depression and anxiety) (۷-۸) و استرس (stress) (۹)، می‌تواند خطر عود مصرف را در بیماران را افزایش داده و هزینه‌های زیادی را به جامعه تحمیل نماید (۱۰). استفاده از درمان‌های مکمل با نگهدارنده متادون یکی از شیوه‌هایی است که می‌تواند اثربخشی برنامه درمان اعتیاد با نگهدارنده متادون را بهبود بخشیده و کارآمدی این شیوه درمانی را افزایش دهد. در این رابطه سرترالین (Sertraline)، که به‌عنوان یک مهارکننده انتخابی بازجذب مرکزی سروتونین (با نیمه عمر بالا)، که در درمان افسردگی و اضطراب و کاهش علائم استرس مورد استفاده قرار گرفته و برای استفاده روزانه مناسب است (۱۱)، می‌تواند به عنوان درمان مکمل برنامه درمان اعتیاد با نگهدارنده متادون مورد استفاده قرار گیرد. نتایج مطالعات مختلف حاکی از تاثیر سرترالین بر افسردگی و اضطراب (۱۳-۱۲) و استرس (۱۴) است. اما از آنجا که مصرف دارو با نگرانی‌هایی چون وابستگی، عوارض دارویی و عود مجدد همراه است بسیاری از بیماران نسبت به مصرف داروهای

روانپزشکی مقاومت دارند و در مصرف دارو مقاومت می‌کنند. از آنجا که روان‌درمانی نیز یکی از مداخلات مورد استفاده در درمان افسردگی، اضطراب و استرس است (۱۶-۱۵)، بنابراین می‌تواند با برنامه درمان اعتیاد با نگهدارنده متادون ترکیب و در جهت بهبود افسردگی، اضطراب و استرس بیماران سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون مورد استفاده قرار گیرد. از سوی دیگر در بسیاری از موارد نیز ترکیب دو روان‌درمانی، اثربخشی بهتری را به‌همراه داشته است (۱۷). در این رابطه درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت یکی از مداخلاتی است که نتایج موثری در بهبود اختلالات روانی داشته است (۱۸). درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) به جای تمرکز بر تغییر مستقیم افکار، احساسات و علائم بدنی، بر پذیرش و تلاش برای احیای ارزش‌ها متمرکز شده (۱۹) و هدف آن دستیابی به یک زندگی غنی‌شده و افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است (۲۰-۲۱). هدف درمان شفقت (compassion focus therapy) نیز تجربه احساسات و افکار به گونه‌ای است که به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتد (۲۲). بر اساس نظر گیلبرت (Gilbert) (۲۰۱۴)، به عوامل، افکار، رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی و تصاویر باید درونی شوند تا ذهن فرد همانطور که به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در برخورد با درونیات نیز آرامش یابد (۲۳). از این رو تقویت شفقت با بهبود اختلالاتی چون اضطراب و افسردگی همراه خواهد بود (۲۴-۲۵). از آنجا که روان‌درمانی به یک چرخه درمانی طولانی نیاز دارد (۲۶) و می‌تواند در شروع و تداوم درمان خلل وارد کند و از طرفی بیماران نیز معمولاً از عوارض جانبی داروها نگرانند (۲۷)، مداخله‌گران از تلفیق دارو و روان‌درمانی استفاده می‌کنند که نتایج موثرتری را در پی داشته است (۳۲-۲۸). در بررسی پیشینه پژوهش، پژوهشی که تفاوت تاثیر درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت و ترکیب آن با سرترالین بر متغیرهای پژوهش را مطالعه کرده باشد، دسترس قرار نگرفت. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت با و بدون سرترالین بر افسردگی، استرس و اضطراب در بیماران سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد.

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}\right)^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

جهت انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری داوطلبانه با گمارش همتاسازی استفاده شد. بدین صورت که با اعلام فراخوانی از علاقمندان برای شرکت در پژوهش دعوت شد تا در یک جلسه توجیهی حضور یابند. در این مرحله ۹۳ نفر حضور یافتند و پس از آگاهی از اهداف پژوهش به سوالات آزمون (DASS21) جواب دادند. افرادی که در ابعاد پرسش‌نامه نمرات بالاتر از میانگین را به دست آورده و سایر معیارهای ورود را نیز داشتند، برای شرکت در پژوهش مناسب تشخیص داده شدند. در نهایت ۴۰ نفر انتخاب و پس از همتاسازی در دو گروه جایگزین شدند. فلوجارت نمونه‌گیری مراحل پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است.

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری متشکل از تمامی بیماران سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر یزد در سال ۱۳۹۹ بود. تعیین حجم نمونه بر اساس مقالات موجود و مشابه و پس از مشاوره با متخصص آمار انجام گردید. ماکزیمم حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان ۹۰ درصد براساس میانگین نمره افسردگی در مطالعه مذکور و در نظر رفتن ۲۰٪ درصد ریزش، ۲۰ نفر برای هرگروه برآورد گردید. خروجی نرم‌افزار stata14 جهت برآورد حجم نمونه مورد نظر همراه با فرمول مورد استفاده و اجزاء مختلف آن به‌صورت زیر بود:



شکل ۱: فلوجارت نمونه‌گیری و مراحل پژوهش

پرسش‌نامه اضطراب، استرس و افسردگی (Anxiety, Stress and Depression Questionnaire): به منظور سنجش پریشانی روانی از پرسش‌نامه اضطراب، استرس و افسردگی لایبوند (۱۹۹۵) (DASS-21) استفاده شد. فرم کوتاه این مقیاس توسط لایبوند در سال ۱۹۹۵ تهیه شده و دارای ۲۱ گویه است. گویه‌ها روی مقیاس لیکرت چهار درجه ای از صفر (اصلاً) تا سه (خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌دهنده نشانه‌های شدیدتر است. سه سازه افسردگی، اضطراب و استرس هر یک به وسیله هفت گویه در این مقیاس ارزیابی می‌شود. پایایی و روایی این مقیاس برای نمونه ایرانی مناسب گزارش شده است؛ همبستگی خرده مقیاس افسردگی با آزمون افسردگی بک، ۰/۷، همبستگی خرده مقیاس اضطراب با مقیاس خود ارزیابی اضطراب زانک، ۰/۶۷ و همبستگی خرده مقیاس استرس با مقیاس استرس ادراک شده، ۰/۴۹ به دست آمده است (۳۳). چهارچوب کلی جلسات درمان مبتنی بر

گروه اول، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با درمان مبتنی بر شفقت و گروه دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با درمان مبتنی بر شفقت و سرتالین را دریافت کردند. دارو درمانی توسط روانپزشک و روان‌درمانی نیز توسط دکتری روان‌شناسی و متخصص در زمینه درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت و با نظارت استاید راهنما و مشاور انجام شد. جلسات روان‌درمانی در ۸ جلسه یک ساعته و پس از دو هفته از آغاز دارودرمانی شروع شد. دارو درمانی تا پایان دوره ادامه یافت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب میانگین نمره آزمون (DASS21) و تمایل برای شرکت در پژوهش و هم‌چنین ملاک خروج نمونه از پژوهش هم عدم شرکت در پژوهش همزمان و عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و عدم پایبندی به قوانین تعیین شد. در پژوهش حاضر از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد:

آموزش بخشش، متمرکز کردن خود مشفق به سمت دیگران، ارائه تکلیف.

جلسه هفتم: بررسی تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خودپذیرا و مشاهده‌گر، شناسایی ارزش‌ها و سنجش ارزش‌های مراجع، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه، ایجاد آمادگی برای اتمام جلسات ارائه تکلیف.

جلسه هشتم: بررسی تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، تعهد به عمل و ارزش‌ها با وجود موانع، استعاره نهال، ارزیابی تعهد به عمل، ارائه تکلیف دائمی، تکمیل پس‌آزمون. در طول جلسات ۳ نفر به دلیل گزارش مشکل عوارض دارویی از گروه درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت و سرتالین و ۱ نفر از گروه درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت (به توجه به عدم پایبندی به قوانین دوره) خارج شدند.

تجزیه و تحلیل آماری

در نهایت اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS version 16 نتایج تحلیل شد. برای توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل روابط بین متغیرها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد تایید شده است (کد اخلاق IR.SSU.MEDICINE.REC.1399.171) و ملاحظات اخلاقی نیز شامل بی‌نام بودن پرسش‌نامه‌ها، رضایت کتبی، محرمانه ماندن اطلاعات و حق انصراف در هر مرحله از پژوهش در هر دو گروه بود.

نتایج

بررسی یافته‌های دموگرافیک نشان داد از مجموع ۱۷ نفر آزمودنی گروه درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت و سرتالین، ۷ نفر مجرد و ۱۷ نفر نیز متأهل و از ۱۹ نفر آزمودنی گروه درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت ۸ نفر مجرد و ۱۱ نفر متأهل بودند. همچنین از مجموع ۱۷ نفر آزمودنی گروه

پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل اسماعیلی و همکاران (۳۴) که روایی آن به تأیید چهار نفر از اساتید خبره دانشگاه رسید، به شرح زیر بود.

جلسه اول: آشنایی با اعضاء گروه و برقراری رابطه درمانی، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، تصریح رابطه‌درمانی، معرفی مداخله‌درمانی، گفتگو در خصوص استرس، اضطراب و افسردگی و علل آن، گفتگو در خصوص کارهایی که اعضا در جهت کاهش استرس، اضطراب و افسردگی انجام داده‌اند و بررسی پیامدهای آن، آموزش تمرین تنفس و ارائه تکلیف.

جلسه دوم: بررسی تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، استعاره چاله، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آنها با یکدیگر، آشنایی با هیجانات منفی و تهدیدکننده از دیدگاه CFT، ماهیت شفقت و ارائه تکلیف.

جلسه سوم: بررسی تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، معرفی کنترل به عنوان مسئله، بحث در مورد دنیای درون و تفاوت آن با دنیای بیرون، استعاره پلی‌گراف، آشنایی با ویژگی‌های افراد دارای شفقت (مهربانی، همدلی، تحمل پریشانی، قضاوت نکردن)، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه و شرم و ارائه تکلیف.

جلسه چهارم: بررسی تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، معرفی پذیرش و تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل، استعاره میهمان و بیان احساسات پاک و ناپاک، تمرین پرورش خود مشفق (خرد، قدرت، مهربانی، قضاوت نکردن در مورد خود و مسئولیت‌پذیری)، نحوه تصویرسازی در مورد خود مشفق، تمرین رشد خود مشفق و ارائه تکلیف.

جلسه پنجم: بررسی تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، آشنایی با ویژگی‌های پنهان زبان که باعث آمیختگی می‌شود، بیان گسلس، استعاره اتوبوس، تمرین مهارت‌های شفقت (رفتار مشفقانه، تصویر ذهنی مشفقانه، احساس مشفقانه) و آموزش همدلی، ارائه تکلیف.

جلسه ششم: بررسی تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، معرفی انواع خود، استعاره شطرنج آشنایی با گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده، پرورش شفقت‌ورزی نسبت به دیگران،

ارائه شده است. جدول ۳ نشان می‌دهد که پس از کنترل پیش‌آزمون در پس‌آزمون متغیرهای وابسته بین گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). و دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (خودکارآمدی و کمال‌گرایی) بین دو گروه در پس‌آزمون اختلاف معنی‌داری وجود دارد. ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۵۳ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است. جهت پی بردن به تفاوت‌های تک متغیر، تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس را نشان می‌دهد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، با حذف اثر پیش‌آزمون و با توجه به F محاسبه شده، بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات متغیرهای پژوهش برحسب عضویت گروهی «درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت و سرتراپین یا درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت» در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$) با در نظر گرفتن میانگین‌های بدست آمده در جدول ۱، می‌توان نتیجه گرفت که درمان ترکیبی سرتراپین و درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت در مقایسه با مداخله مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت تاثیر بیشتری بر افسردگی، استرس و اضطراب در بیماران سوء‌مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون داشته است.

درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت و سرتراپین محدود سنی ۷ نفر در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۹ نفر در محدوده سنی ۳۱ تا ۴۰ سال و ۱ نفر در محدوده سنی بالای ۴۱ سال و از مجموع ۱۹ نفر آزمودنی گروه درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت نیز ۸ نفر در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۹ نفر در محدوده سنی ۳۱ تا ۴۰ سال و ۲ نفر در محدوده سنی بالای ۴۱ سال بودند. نتایج آزمون آماری کای اسکوتر نشان داد که بین دو گروه از لحاظ وضعیت تاهل ($P = 0/770$) و وضعیت سنی ($P = 0/798$) شرکت‌کنندگان در پژوهش تفاوت آماری معناداری وجود ندارد. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پژوهش به تفکیک گروه در جدول ۱ ارائه شده است. نتایج آزمون t زوجی در جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات افسردگی در هر دو گروه پس از انجام مداخله به طور معنی‌داری کاهش یافته است. بر این اساس هر دو مداخله بر متغیرهای وابسته تاثیر داشته‌اند. به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری (MNCOVA)، استفاده شد. پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تمامی مقادیر آزمون شاپیروویلیک، لوین و همگنی شیب‌های رگرسیون برای متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس در هر دو گروه غیرمعنی‌دار است ($P > 0/05$). لذا پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس بدرستی رعایت شده است. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۳

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پژوهش به تفکیک گروه

متغیر	درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت و سرتراپین انحراف معیار ± میانگین	P.	درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت انحراف معیار ± میانگین
افسردگی	۱۴/۱۷ ± ۳/۱۰	۰/۰۰۱	۱۲/۵۲ ± ۲/۶۷*
	۷/۶۲ ± ۲/۰۶		۱۰/۹۳ ± ۱/۷۶**
اضطراب	۱۳/۸۸ ± ۳/۰۲	۰/۰۰۱	۱۱/۸۴ ± ۲/۱۹*
	۷/۵۲ ± ۱/۸۴		۹/۵۸ ± ۳/۰۶**
استرس	۱۸/۸۸ ± ۳/۳۸	۰/۰۰۱	۲۰/۰۰ ± ۵/۰۴*
	۸/۲۶ ± ۲/۱۰		۱۲/۷۸ ± ۲/۱۲**

* پیش‌آزمون ** پس‌آزمون

جدول ۲: پیش فرض های آزمون تحلیل کوواریانس

متغیر	گروه	آزمون شاپیروویلک		آزمون لوین		همگنی شیب رگرسیون			آزمون باکس		
		آماره	P	F	P	F	P	F	M	F	P
افسردگی	۱	۰/۹۳۷	۰/۲۴۴	۱/۸۴۱	۰/۱۸۴	۰/۱۵۳	۰/۲۹۰				
	۲	۰/۹۴۶	۰/۳۵۲					۰/۴۳۱	۰/۹۸۹	۶/۵۷۰	
اضطراب	۱	۰/۹۲۵	۰/۲۱۷	۰/۳۷۰	۰/۵۴۷	۰/۰۳۹	۰/۸۵۰				
	۲	۰/۹۴۹	۰/۳۸۳								
استرس	۱	۰/۹۱۴	۰/۲۰۷	۱/۳۹۸	۰/۲۵۴	۰/۲۸۳	۰/۱۹۰				
	۲	۰/۹۲۱	۰/۲۱۵								

۱. درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت و سرتالین ۲. درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس با کنترل پیش آزمون

شاخص آزمون	مقدار	نسبت F	درجه آزادی فرضیه ها	درجه آزادی خطا	P	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلائی	۰/۵۹	۱۳/۹۵	۳	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۴۱	۱۳/۹۵	۳	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰
اثر هتلینگ	۱/۴۴	۱۳/۹۵	۳	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰
بزرگترین ریشه روی	۱/۴۴	۱۳/۹۵	۳	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییر	SS	df	MS	F	P	اندازه اثر	توان آزمون
افسردگی	گروه	۳۳/۴۷	۱	۳۳/۴۷	۱۰/۹۸	۰/۰۰۲	۰/۲۶	۰/۸۹
	خطا	۹۴/۴۵	۳۱	۳/۰۴				
اضطراب	گروه	۳۱/۹۹	۱	۳۱/۹۹	۸/۰۶	۰/۰۰۸	۰/۲۱	۰/۷۹
	خطا	۱۲۲/۹۸	۳۱	۳/۹۷				
استرس	گروه	۱۰۷/۵۲	۱	۱۰۷/۵۲	۱۵/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۷
	خطا	۲۱۰/۳۱	۳۱	۶/۷۸				

بحث

نتیجه پژوهش نیز حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر افسردگی، استرس و اضطراب در بیماران سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون بود (۲۵،۲۴،۱۸،۱۷). نتیجه به دست آمده را می تواند اینگونه تبیین نمود که مداخله درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت در مرحله نخست به افراد این آموزش را می دهد تا افکار آزاردهنده خود را تنها به عنوان یک فکر تجربه کرده و از ماهیت ناکارآمد فعلی خود آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، انجام آنچه در زندگی برایشان مهم است و در راستای ارزش هایشان است

مطالعه حاضر با هدف اثربخشی درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت با و بدون سرتالین بر افسردگی، استرس و اضطراب در بیماران سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد. به طور کلی نتایج نشان داد اگرچه تاثیر هر دو روش درمانی بر متغیرهای پژوهش معنی دار بوده ($p < 0.01$)، اما ترکیب این دو مداخله درمانی تاثیر بیشتری بر افسردگی، استرس و اضطراب در بیماران سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون داشته است ($p < 0.01$). نخستین

در مراجعان ایجاد نماید و به بهبود تاثیر روان‌درمانی منجر شود. پس از ایجاد زمینه مناسب مداخله روان‌درمانی با بهبود مهارت‌های آموزش‌گیرندگان، اثربخشی و ثبات بیشتری را نتایج درمان ایجاد نماید.

نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌های پژوهش حاکی از اثربخشی بیشتر درمان تلفیقی روان‌درمانی و دارودرمانی بر افسردگی، استرس و اضطراب در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. بدین ترتیب استفاده همزمان از روان‌درمانی و دارودرمانی باعث کاهش بیشتر نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون شد. پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی نگهدارنده با متادون در کنار متادون‌درمانی از درمان‌های ترکیبی روان‌درمانی و دارودرمانی نیز استفاده نمایند. تعداد کم اعضای نمونه، عدم امکان برگزاری جلسات حضوری به دلیل شیوع و خطر ابتلا به کووید ۱۹، عدم برگزاری دوره پیگیری و عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی سایر مولفه‌های مرتبط با معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون چون کیفیت زندگی، سبک زندگی و امید به زندگی نیز بررسی شود.

سپاس‌گزاری

از کارکنان و بیماران کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر یزد و تمامی افرادی که به نحوی در انجام این تحقیق محقق را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌کنم. این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دکتری رشته داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد است که با حمایت این دانشگاه به انجام رسیده است.
حامی مالی: دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.
تعارض در منافع: وجود ندارد.

بپردازند، باعث می‌شود تا بهزیستی روانشناختی افراد افزایش یابد. همچنین شفقت به خود نیز با ایجاد مهارت‌هایی در جهت تقویت من مشفق، اثرات خودسرزنشگری را در آموزش‌گیرندگان کاهش دهد. از آنجاکه احساس گناه، سرزنشگری و نشخوارگری می‌تواند اثرات درمانی را کاهش دهد، شفقت به خود با تاثیر بر این مولفه‌ها، توانست اثر درمان پذیرش و تعهد را بهبود بخشد. نتیجه دیگر پژوهش نشان داد درمان ترکیبی سرتالین و درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت در مقایسه با مداخله مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت تاثیر بیشتری بر افسردگی، استرس و اضطراب در بیماران سوءمصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون داشته است. نتیجه این بخش نیز همسو با نتایج مطالعات پیشین است که نشان می‌دهد که ترکیب روان‌درمانی و دارودرمانی تاثیر بیشتری بر مشکلات روان‌شناختی دارد (۳۰،۱۸،۱۷). در توضیح نتایج این بخش می‌تواند گفت اگرچه سرتالین با مهار بازجذب سروتونین باعث افزایش میزان این انتقال‌دهنده عصبی شده و افسردگی، اضطراب و استرس را کاهش می‌دهد (۱۴-۱۲)، اما از آنجاکه درمان دارویی طولانی مدت باعث مقاومت دارویی و بروز عوارض جانبی در برخی از بیماران می‌شود (۲۷)، بسیاری از افراد ممکن است از مصرف دارو امتناع کنند. از سوی دیگر در حالیکه روان‌درمانی نگرانی‌های مرتبط با عود و عوارض دارویی را به همراه ندارد اما با توجه به نداشتن اثر آنی، طولانی بودن فرآیند اثربخشی و درمان، ممکن است سبب شود تا بیماران دارای سوءمصرف مواد مخدر تمایلی به استفاده از آن را نداشته باشند. اما ترکیب این دو مداخله می‌تواند موانع و مشکلات هر دو روش را کاهش دهد. در واقع به نظر می‌رسد به خصوص در بیماران مقاوم به درمان یا افرادی که روان‌درمانی برای آن‌ها دشوارتر است (مثل بیماران سوءمصرف مواد مخدر)، دارو می‌تواند زمینه مناسبتری را برای بهبود همکاری درمانی

References:

- 1-Hughes K, Ford K, Kadel R, Sharp CA, Bellis MA. *Health and Financial Burden of Adverse Childhood Experiences in England and Wales: A Combined Primary Data Study of Five Surveys*. *BMJ Open* 2020; 10(6): e036374.
- 2-Hajiha Z, Bahrami Ehsan H, Rostami R. *Addict Women's Lived Experience in Tehran: Development of an Explanatory Model*. *Research on Addiction Quarterly Journal of Drug Abuse* 2018; 12(47): 111-34. [Persian]
- 3-Javed S, Chughtai K, Kiani S. *Substance Abuse: From Abstinence to Relapse*. *Life and Science* 2020; 1(2):68-71.
- 4-La France B. *Difference between Men and Women in Drug Use Disorders*. *Archives of Clinical and Medical Case Reports* 2019; 3(1): 27-32.
- 5-Hojatkah M. *Effectiveness of Positive Skills Training on Psychological Hardiness Male Substance Dependent During Treatment with Methadone*. *Scientific Quarterly Research on Addiction* 2020; 13(54): 229-43. [Persian]
- 6-Frank D. *A Chance to Do it Better: Methadone Maintenance Treatment in the Age of Covid-19*. *J Subst Abuse Treat* 2021; 123: 108246.
- 7-Windarwati HD, Megananda NK, Nova R, Kusumawati MW, Ati NA. *Stress, Anxiety, and Depression with Potential Adolescent Drug Abuse: A Cross-Sectional Study*. *Jurnal Keperawatan* 2021; 13(1): 191-202.
- 8-Giovannetti C, Garcia Arce S, Rush B, Mendive F. *Pilot Evaluation of a Residential Drug Addiction Treatment Combining Traditional Amazonian Medicine, Ayahuasca and Psychotherapy on Depression and Anxiety*. *J Psychoactive Drugs* 2020; 52(5): 472-81.
- 9-Wemm SE, Sinha R. *Drug-Induced Stress Responses and Addiction Risk and Relapse*. *Neurobiol Stress* 2019; 10: 100148.
- 10- Roodbari O, Aghayousefi A, Alipour A, Oraki M. *Comparing the Effects of Combined Cognitive Behavioral Therapy and Methadone Therapy with the Association of Narcotics Anonymous Addicts on Executive Functions of Quitting Drugs Volunteer Addicts in Jiroft*. *J Jiroft Univ Med Sci* 2020; 7(2): 366-73. [Persian]
- 11-GE W, SHENG W, XU Q, LI Q, SU L, WU S. *Effects of SSRI Antidepressant Sertraline on Ocular Surface Function in Patients with Postpartum Depression*. *Chinese Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2020; 25(4): 440.
- 12-Gilliam FG, Black KJ, Carter J, Freedland KE, Sheline YI, Tsai WY, et al. *A Trial of Sertraline or Cognitive Behavior Therapy for Depression in Epilepsy*. *Ann Neurol* 2019; 86(4): 552-60.
- 13-McDowell CP, Dishman RK, Gordon BR, Herring MP. *Physical Activity and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies*. *Am J Prev Med* 2019; 57(4): 545-56.
- 14-Rauch SAM, Kim HM, Powell C, Tuerk PW, Simon NM, Acierno R, et al. *Efficacy of Prolonged Exposure Therapy, Sertraline Hydrochloride, and their Combination among Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial*. *JAMA psychiatry* 2019; 76(2): 117-26.

- 15- Ghorbani A, Ghezelbash S, Alizadeh Mirashrafi H, Khosravi M. *The Effect of Spiritual Group Therapy on Depression, Anxiety and Stress of Family Caregivers of Children with Cancer*. Complementary Medicine Journal 2021; 11(3): 196-209.[Persian]
- 16-Järvelä-Reijonen E, Puttonen S, Karhunen L, Sairanen E, Laitinen J, Kolehmainen M, et al. *The Effects of Acceptance and Commitment Therapy (Act) Intervention on Inflammation and Stress Biomarkers: A Randomized Controlled Trial*. Int J Behav Med 2020; 27(5): 539-55.
- 17-Ariana-Kia E, Moradi AR, Hatami M. *The Effectiveness of Combined of Brief Behavioral Activation Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Patients with Major Depressive Disorder*. Journal of Clinical Psychology 2014; 6(1): 15-27. [Persian]
- 18-Zahiri S, Dehghani A, Izady R. *The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Enriched with Compassion Focus Therapy (CFT) for High School Males Obsession with Obsessive-Compulsive Disorder*. Journal of Psychological Studies 2018; 13(4): 93-108. [Persian]
- 19-Bai Z, Luo S, Zhang L, Wu S, Chi I. *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to Reduce Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis*. J Affect Disord 2020; 260: 728-37.
- 20-Coto-Lesmes R, Fernández-Rodríguez C, González-Fernández S. *Acceptance and Commitment Therapy in Group Format for Anxiety and Depression. A Systematic Review*. J Affect Disord 2020; 263: 107-20.
- 21-Hayes SC. *Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies*. Behavior therapy 2004; 35(4): 639-65.
- 22-Lathren CR, Rao SS, Park J, Bluth K. *Self-Compassion and Current Close Interpersonal Relationships: a Scoping Literature Review*. Mindfulness (N Y) 2021; 12(5): 1078-93.
- 23-Gilbert P. *The Origins and Nature of Compassion Focused Therapy*. Br J Clin Psychol 2014; 53(1): 6-41.
- 24-Hughes M, Brown SL, Campbell S, Dandy S, Cherry MG. *Self-Compassion and Anxiety and Depression in Chronic Physical Illness Populations: A Systematic Review*. Mindfulness 2021; 12: 1597-610.
- 25-Egan SJ, Rees CS, Delalande J, Greene D, Fitzallen G, Brown S, et al. *A review of self-compassion as an active ingredient in the prevention and treatment of anxiety and depression in young people*. Adm Policy Ment Health 2022; 49(3): 385-403.
- 26-Mohr DC, Ho J, Duffecy J, Baron KG, Lehman KA, Jin L, et al. *Perceived Barriers to Psychological Treatments and their Relationship to Depression*. J Clin Psychol 2010; 66(4): 394-409.
- 27-Berlim MT, Turecki G. *Definition, Assessment, and Staging of Treatment—Resistant Refractory Major Depression: A Review of Current Concepts and Methods*. Can J Psychiatry 2007; 52(1): 46-54.
- 28-Cuijpers P, Andersson G, Donker T, van Straten A. *Psychological Treatment of Depression: Results of a Series of Meta-Analyses*. Nord J Psychiatry 2011; 65(6): 354-64.
- 29- Jobst A, Brakemeier E-L, Buchheim A, Caspar F, Cuijpers P, Ebmeier KP, et al. *European Psychiatric*

- Association Guidance on Psychotherapy in Chronic Depression Across Europe*. Eur Psychiatry 2016; 33: 18-36.
- 30- Kamenov K, Twomey C, Cabello M, Prina AM, Ayuso-Mateos JL. *The Efficacy of Psychotherapy, Pharmacotherapy and their Combination on Functioning and Quality of Life in Depression: A Meta-Analysis*. Psychol Med 2017; 47(3): 414-25.
- 31- Liu W, Li G, Wang C, Wang X, Yang L. *Efficacy of Sertraline Combined with Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Comput Math Methods Med 2021; 2021: 5309588.
- 32- Xiang Y, Cuijpers P, Teng T, Li X, Fan L, Liu X, et al. *Comparative Short-Term Efficacy and Acceptability of a Combination of Pharmacotherapy and Psychotherapy for Depressive Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis*. BMC Psychiatry 2022; 22(1): 139.
- 33- Hosseini Kiasari ST, Ghamari Givi H, Khaleqkhan A. *The Efficacy of Cognitive-Existential Group Therapy in Reducing the Levels of Depression, Anxiety and Stress in Patients with Multiple Sclerosis*. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2015; 24(122): 368-72. [Persian]
- 34- Esmaeili L, Amiri S, Abedi M, Molavi H. *The Effect of Acceptance and Commitment Therapy Focused on Self-Compassion on Social Anxiety of Adolescent Girls*. Clinical Psychology Studies 2018; 8(30): 117-37. [Persian]

Effectiveness of Compassion-Enriched Acceptance and Commitment Treatment with and Without Sertraline on Depression, Stress, and Anxiety in Methadone-Containing Substance Abuse Patients: A Clinical Trial

Mehdi Shomali Ahmadabadi¹, Seyed Moazeddin Heidari Khormizi², Mohsen Zabihi^{*3},
Ghasem Dastjerdi⁴, Zahra Movahedian⁵, Atefeh Barkhordari Ahmadabadi⁶

Original Article

Introduction: This study aimed to evaluate the effectiveness of combination therapy with sertraline and compassion-enriched act on depression, stress, and anxiety in opioid abuse patients treated with methadone compared to intervention based on compassion-enriched acceptance and commitment treatment alone. **Methods:** This study was a clinical trial with a pre-test and post-test design. Forty people were selected by voluntary sampling method; after matching, they were divided into two groups with 15 participants. The first group received compassion-enriched acceptance and commitment treatment and the second group received combination therapy with compassion-enriched acceptance and commitment treatment and sertraline for 28 days. Patients were evaluated based on the Anxiety-Stress-Depression Questionnaire (DASS-21). Data were analyzed using SPSS version 16, multivariate analysis of covariance test at the level of 0.05.

Results: The results showed that both interventional methods effectively treat depression, stress, and anxiety ($p < 0.01$), while the combined treatment of enriched acceptance and commitment treatment with compassion plus sertraline has the most significant effect on the studied parameters ($p < 0.01$).

Conclusion: Acceptance and commitment treatment enriched with compassion plus drug therapy effectively reduces depression, stress, and anxiety in opioid addicts under methadone maintenance treatment and can be used as an effective method in the treatment of addiction.

Keywords: Depression, Anxiety, Stress, Sertraline, Compassion-enriched acceptance and commitment.

Citation: Shomali Ahmadabadi M, Heidari Khormizi S.M, Zabihi M, Dastjerdi GH, Movahedian Z, Barkhordari Ahmadabadi A. **Effectiveness of Compassion-Enriched Acceptance and Commitment Treatment with and Without Sertraline on Depression, Stress, and Anxiety in Methadone-Containing Substance Abuse Patients: A Clinical Trial.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2023; 31(2): 6417-27.

¹Education Department, Ardakan, Yazd, Iran

²School of Pharmacy, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

³Department of Pharmacology, School of Pharmacy, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

⁴Department of Psychiatry, School of Medicine, Taft Psychiatry Hospital, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

⁵Education Department, Yazd, Iran.

⁶Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

*Corresponding author: Tel: 09131536813, email: mzabihi100@gmail.com