

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تصمیم‌گیری تکانشی و افکار خودکشی در

وابستگان به مواد

مجتبی قربانزاده^۱، فریبا حافظی^{۲*}، رضا پاشا^۳، پروین احتشام زاده^۴

۱. گروه روانشناسی عمومی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، ایران.
۲. گروه روانشناسی عمومی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. گروه روانشناسی عمومی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، ایران.
۴. گروه روانشناسی عمومی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره سوم، شماره دهم، تابستان ۱۴۰۰، صفحات ۹۹-۱۰۷

چکیده

هدف از مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تصمیم‌گیری تکانشی و افکار خودکشی وابستگان به مواد بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل (گواه) بود. جامعه آماری مطالعه حاضر وابستگان به مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمان سوء مصرف مواد شهر ساری می‌باشند. که مطابق با آمار دریافتی از علوم پزشکی تعداد آن‌ها ۱۷۰۰ نفر می‌باشد. به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) در هر گروه جایگزین شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات مقیاس تکانش‌گری بارت (BIS-11) پاتون، استانفورد و بارت (۱۹۹۵) و مقیاس افکار خودکشی بک (۱۹۶۱) مورد استفاده قرار گرفت. برای تحلیل داده‌های پژوهش از کوواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه‌های تصمیم‌گیری تکانشی وابستگان به مواد موثر است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی وابستگان به مواد موثر است.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، تصمیم‌گیری تکانشی، افکار خودکشی، وابستگان به مواد.

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر، یکی از مسایل مهم در جامعه واز گسترده ترین عوامل خطر زا در سلامتی است که می توان آن را از منظر عوامل زیست شناختی، روانشناختی واجتماعی بررسی کرد(کتیبایی و همکاران، ۱۳۸۹). مصرف مواد در کشور ما سابقه ای چند هزار ساله دارد. با توجه به اولین احکام مربوط به ممنوعیت مصرف تریاک که به ۴۰۰ سال پیش باز می گردد روشن می شود که عوارض آن صدها سال است که توجه سیاستمداران به خود جلب کرده است. عوارض متعدد بهداشتی، روانشناختی، اجتماعی و سیاسی اعتیاد سلامت اجتماع را از جهات گوناگون به خطر می اندازد (مشکی و همکاران، ۱۳۹۴).

اعتیاد به مواد مخدر بسیاری از رفتارهای طبیعی و رایج موجود در سبک زندگی فرد معتاد را مختل می کند و در فرد هیچ تمایلی برای پرداختن به تفریحات سالم و فعالیت های طبیعی باقی نمی گذارد. به طوری که فرد از نظر روانی همواره درگیر تهیه و مصرف مواد مخدر و یا سپری کرد دوره تشنگی پس از مصرف مواد مخدر است. در بسیاری از موارد در زمینه تغییر رفتار، بیماران حالتی توام با دوسوگرایی و تردید دارند. آنان خواهان تغییر هستند. ممکن است توانایی انجام آن را داشته باشند دلایل و علل خوبی را برای تغییر بر می شمارند، می دانند به آن نیاز دارند و به هدف هم خواهند رسید اما شروع درمان را تا ماه ها به تاخیر می اندازند و این جایی است که فکر بیمار متوقف می شود (قاسمی و فیروز آبادی، ۱۳۹۳). در این حالت ممکن است دچار درآمیختگی افکار شوند و از آنجایی که این افکار بصورت مزاحم بوده و تفکراتی ناخواسته، ناخوشایند غیرقابل کنترل و بی معنا هستند و احتمال دارد موجبات آسیب رساندن به خود یا دیگران را فراهم آورد (بساک نژاد، زرگر وحامی سربزه، ۱۳۹۲). افکار مزاحم درکنار رفتار مصرف مواد ممکن است مشکلاتی را در تعامل با دیگران بوجود آورده و دشواری های بین فردی ایجاد کند. تجربه دشواری های بین فردی موجب فقدان تعامل بین فردی موفقیت آمیز می شود که تجربه این حالت ممکن است فرد را دچار یاس و ناامیدی و گرایش به سمت رفتار آسیب به خود، خودکشی، سوء مصرف مواد وافت عملکرد شود (تقی لو و شکری، ۱۳۹۰).

از طرفی خودکشی یکی از مهمترین عوامل مرگ در جهان است و اقدام به خودکشی در بزرگسالان تبدیل به مسأله سلامت عمومی گردیده است. بغرنج بودن این مسأله زمانی برجسته تر می شود که آمارها حاکی از نرخ فزاینده افکار و تلاش های ناموفق خودکشی است، و برخی محققین شیوع اقدام به خودکشی در نوجوانان را ۵۰ تا ۱۰۰ بار بیشتر از خودکشی های منجر به فوت آنان می دانند(ویلده^۱، ۲۰۰۴). طی چند دهه گذشته تحقیقات بسیاری با محوریت خودکشی انجام شده اند که نتایج آنها نشان می دهند خودکشی با عوامل خطر چندگانه زیست شناختی، روانشناختی، اجتماعی و خانوادگی و سوء مصرف مواد مرتبط است (لیو^۲، ۲۰۰۵). در مطالعات انجام شده شواهد بسیاری حاکی از وجود ارتباط قوی بین اختلالات خلقی، سایکوتیک و شخصیت با خودکشی بدست آمده است در حالی که ارتباط بین خودکشی و سایر آسیب های روانی از جمله اختلالات اضطرابی توجه کمتری به خود، جلب نموده است (نورتون^۳، ۲۰۰۸).

¹. Wield². Liew³. Norton

مطابق با آنچه گفته شد وبا توجه به اینکه این افراد خواهان تغییر هستند و ممکن است توانایی انجام آن را نیز داشته باشند لذا می‌توانند دلایل و علل خوبی را نیز برای تغییر برشمارند چرا که می‌دانند به آن نیاز دارند اما متأسفانه شروع درمان را تا ماه‌ها به تاخیر می‌اندازند و این دقیقاً جایی است که فکر بیمار متوقف شده و دچار تصمیم‌گیری‌های تکانشی شده و تصمیمات عجولانه‌ای همانند ترک یابویی می‌گیرند که نه تنها نتایجی را در پی ندارد بلکه در بازگشت دچار عود و حشتناکی می‌شوند (مظفری و همکاران، ۱۳۹۶). بنظرمی‌رسد درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری با تاکید بر ذهن آگاهی و توجه برانعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بازتوانی افراد وابسته به مواد مخدر موثر باشد (مظفری و همکاران، ۱۳۹۶). از جمله این درمان‌ها می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)^۱ که در واقع ترکیبی از شیوه‌های پذیرش و توجه آگاهی همراه با تعهد و تغییر رفتار است اشاره کرد؛ این رویکرد به افراد می‌آموزد به جای چالش با افکارشان آنها را بدون قضاوت بپذیرند و هدف این است که افراد بیاموزند تا ارزش‌های زندگی‌شان را شناسایی کنند و بر اساس آنها طرح و اقدام عملی بریزند (هیز و همکاران^۲، ۲۰۰۸).

از منظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رنج انسان‌ها^۳ ریشه در انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی^۴ دارد که به وسیله آمیختگی شناختی^۵ و اجتناب تجربه‌ای^۶ ایجاد می‌شود. اجتناب تجربه‌ای، تلاش به منظور کنترل و یا تغییر تجارب درونی^۷ مانند افکار، احساسات، خاطرات و یا احساسات بدنی آزار دهنده بوده و زمانی اتفاق می‌افتد که فرد تمایل برای حفظ ارتباط خود با این تجارب درونی را ندارد و پیوسته تلاش می‌کند که به نوعی آن‌ها را کنترل کرده و یا از آن‌ها رهایی یابد. هدف اصلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مقابله با اجتناب تجربه‌ای به کمک افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۸ در فرد می‌باشد (نوریان و همکاران، ۱۳۹۴). نتایج مطالعات محمودی و قادری (۱۳۹۶) نشان دادند درمان گروهی پذیرش و تعهد بر کاهش میزان استرس و اضطراب افراد وابسته به مواد تحت آموزش موثر بود. تامرادی و نیک‌وری (۱۳۹۵) نشان دادند درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش عود در معتادان اثربخش بود. نورانی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همسران معتادان بر فرایند خانواده بوده است. بر این اساس مطالعه حاضر در پی پاسخ به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تصمیم‌گیری تکانشی و افکار خودکشی در وابستگان به مواد اثربخش است؟

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل (گواه) بود. جامعه آماری مطالعه حاضر وابستگان به مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمان سوء مصرف مواد شهر ساری می‌باشند. که مطابق با آمار دریافتی از علوم پزشکی تعداد آن‌ها ۱۷۰۰ نفر می‌باشد. به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای نفر، ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) در

1. Acceptance Commitment Therapy (ACT)

2. Hayes et al

3. human suffering

4. psychological inflexibility

5. cognitive fusion

6. experiential avoidance

7. private experiences

8. psychological flexibility

هر گروه جایگزین شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات مقیاس تکانش‌گری بارت (BIS-11) پاتون، استانفورد و بارت (۱۹۹۵) و مقیاس افکار خودکشی بک (۱۹۶۱) مورد استفاده قرار گرفت؛

مقیاس تکانش‌گری بارت: پرسشنامه توسط پاتون، استانفورد و بارت (۱۹۹۵) در اصل با ۳۰ سؤال ساخته شده که در هنجار ایرانی (جاوید و همکاران، ۱۳۹۱) به ۲۵ سؤال تقلیل یافته و سه مؤلفه‌ی عدم برنامه‌ریزی، تکانش‌گری حرکتی و تکانش‌گری شناختی را اندازه‌می‌گیرد. ضریب در مطالعه‌ی فساتی، سگلی، آکواریتی^۱ و بارت (۲۰۰۱) روی ۷۶۳ دانشجوی دوره کارشناسی، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۹ و ضریب اعتبار بازآزمایی بافاصله دو ماه، ۰/۸۹ به دست آمد. در ایران برای نخستین بار اختیاری و همکاران (۱۳۸۷) اعتبار و پایایی این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۳ گزارش کردند. جاوید، محمدی و رحیمی (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی باهدف بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس بر روی ۲۵۹ دانشجوی دانشگاه شیراز، آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و بازآزمایی ۰/۷۷ را گزارش کردند.

مقیاس سنجش افکار خودکشی بک: مقیاس افکار خودکشی بک (۱۹۶۱) یک ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی می‌باشد. این پرسشنامه به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی در طی هفته‌ی گذشته تهیه شده است. مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون‌های استاندارد شده‌ی بالینی افسردگی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی داشته است. ضرایب همبستگی دامنه‌اش از ۰/۹۰ برای بیماران بستری و ۰/۹۴ برای بیماران درمانگاهی بود. همچنین این مقیاس با سؤال خودکشی افسردگی بک از ۰/۵۸ تا ۰/۶۹ همبستگی داشت به علاوه با مقیاس ناامیدی بک و پرسشنامه افسردگی بک از ۰/۶۴ تا ۰/۷۵ همبستگی داشت. این مقیاس دارای پایایی بالایی است. با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون - بازآزمون پایایی آزمون ۰/۵۴ به دست آمده است. در پژوهش بر روی ۱۰۰ نفر آزمودنی مذکر با دامنه سنی ۱۹ تا ۲۸ سال اعتبار و روایی این مقیاس را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج به دست آمده نشان داد که مقیاس بک با مقیاس افسردگی آزمون گلدبرگ ۰/۷۶ همبستگی داشت، همچنین اعتبار مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و از روش دو نیمه ۰/۷۵ به دست آمد.

یافته‌ها

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون تصمیم‌گیری تکانشی

متغیرها	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
گروه		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
عدم برنامه‌ریزی	گروه آزمایش ACT	30.20	2.65	23.33	1.91
	گروه کنترل	29.20	2.65	28.87	1.55
تکانشگری حرکتی	گروه آزمایش ACT	38.87	3.16	32.47	2.67
	گروه کنترل	37.53	3.54	37.13	3.09
تکانشگری شناختی	گروه آزمایش ACT	13.47	1.25	8.73	1.22
	گروه کنترل	13.33	1.29	12.73	1.44

^۱ . Fossati, Di Ceglie, Acquarini

2.72	64.53	4.00	82.53	15	گروه آزمایش ACT	تصمیم گیری تکانشی
3.53	78.73	3.77	80.07	15	گروه کنترل	

یافته های جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمره های پیش آزمون و پس آزمون نمرات تصمیم گیری تکانشی وابستگان به مواد به تفکیک سه گروه آزمایش ACT و کنترل را نشان میدهد. همچنین میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون نمرات تصمیم گیری تکانشی وابستگان به مواد و مولفه های آن (عدم برنامه ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی) به تفکیک سه گروه آزمایش ACT و کنترل در جدول ارائه شد. همانگونه که ملاحظه می شود:

- در گروه آزمایش ACT در مرحله پیش آزمون، میانگین نمرات تصمیم گیری تکانشی (۸۲/۵۳ و ۸۰/۵۳) و مولفه های آن عدم برنامه ریزی (۳۰/۲۰ و ۲۹/۴۷)، تکانشگری حرکتی (۳۸/۸۷ و ۳۷/۹۳) و تکانشگری شناختی (۱۳/۴۷ و ۱۳/۱۳) می باشد.
- در مرحله پس آزمون گروه آزمایش ACT میانگین نمرات تصمیم گیری تکانشی (۶۴/۵۳ و ۶۳/۳۳) و مولفه های آن عدم برنامه ریزی (۲۳/۳۳ و ۲۳/۲۷)، تکانشگری حرکتی (۳۲/۴۷ و ۳۱/۸۰) و تکانشگری شناختی (۸/۷۳ و ۸/۲۷) می باشد و در گروه کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون، میانگین نمرات تصمیم گیری تکانشی (۸۰/۰۷ و ۷۸/۷۳) و مولفه های آن عدم برنامه ریزی (۲۹/۲۰ و ۲۸/۸۷)، تکانشگری حرکتی (۳۷/۵۳ و ۳۷/۱۳) و تکانشگری شناختی (۱۳/۳۳ و ۱۲/۷۳) می باشد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره های پیش آزمون و پس آزمون افکار خودکشی

گروه	متغیرها	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تمایل به مرگ	گروه آزمایش ACT	15	8.7333	.88372	5.6667	1.23443
	گروه کنترل	15	8.3333	1.11270	8.4000	1.12122
آمادگی برای خودکشی	گروه آزمایش ACT	15	12.6000	.98561	8.4667	1.18723
	گروه کنترل	15	11.3333	1.29099	12.1333	.99043
تمایل به خودکشی	گروه آزمایش ACT	15	6.9333	.96115	4.5333	1.24595
	گروه کنترل	15	6.4000	1.18322	6.7333	.88372
افکار خودکشی	گروه آزمایش ACT	15	28.2667	1.83095	18.6667	2.35028
	گروه کنترل	15	26.0667	3.17280	27.2667	2.34419

یافته های جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمره های پیش آزمون و پس آزمون نمرات افکار خودکشی وابستگان به مواد به تفکیک سه گروه آزمایش ACT و کنترل را نشان میدهد. همچنین میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون نمرات افکار خودکشی وابستگان به مواد و مولفه های آن (تمایل به مرگ، آمادگی برای خودکشی و تمایل به خودکشی) به تفکیک سه گروه آزمایش ACT و کنترل در جدول ارائه شد. همانگونه که ملاحظه می شود:

در گروه آزمایش ACT در مرحله پیش آزمون، میانگین نمرات تصمیم گیری تکانشی (۲۸/۲۷ و ۲۶/۸۷) و مولفه های آن تمایل به مرگ (۸/۷۳ و ۸/۴۷)، آمادگی برای خودکشی (۱۲/۶۰ و ۱۱/۸۰) و تمایل به خودکشی (۶/۹۳ و ۶/۰۰) در مرحله پس آزمون گروه

آزمایش ACT میانگین نمرات تصمیم‌گیری تکانشی (۱۸/۸۷ و ۱۹/۲۰) و مولفه‌های آن تمایل به مرگ (۵/۶۷ و ۶/۰۰)، آمادگی برای خودکشی (۸/۴۷ و ۸/۴۰) و تمایل به خودکشی (۴/۵۳ و ۴/۸۰) می‌باشد.

در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، میانگین نمرات تصمیم‌گیری تکانشی (۲۶/۰۷ و ۲۷/۲۷) و مولفه‌های آن تمایل به مرگ (۸/۳۳ و ۸/۴۰)، آمادگی برای خودکشی (۱۱/۳۳ و ۱۲/۱۳) و تمایل به خودکشی (۶/۴۰ و ۶/۷۳) می‌باشد.

جدول ۳. نتایج آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس‌های درآمیختگی افکار-عمل

آزمون لون	متغیر	مقدار F	df ₁	df ₂	سطح معنی داری
پس‌آزمون (گروه آزمایش ACT)	اخلاقی	.077	1	28	.784
پس‌آزمون (گروه آزمایش ACT)	احتمالاتی برای دیگران	.085	1	28	.772
پس‌آزمون (گروه آزمایش ACT)	احتمالاتی برای خود	.787	1	28	.383
پس‌آزمون (گروه آزمایش ACT)	درآمیختگی افکار-عمل	.444	1	28	.511

در نمرات پس‌آزمون متغیرهای وابسته (درآمیختگی افکار-عمل و مولفه‌های آن) در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و گروه کنترل نشان می‌دهد که این مقدار در بین گروه‌ها معنادار نیست ($P > 0.01$). یعنی نمرات گروه‌های پژوهش در پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته دارای واریانس برابری هستند. به این ترتیب شرط دیگر اجرای آزمون کواریانس برقرار می‌باشد.

جدول ۴. بررسی نرمالیت توزیع نمرات رفتار خودکشی با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک

گروه	آماره آزمون	df	سطح معناداری	نتیجه نرمال بودن
پیش‌آزمون	گروه آزمایش ACT	.888	15	.063
	گروه کنترل	.926	15	.235
	گروه آزمایش ACT	.925	15	.230
	گروه کنترل	.912	15	.143
پس‌آزمون	گروه آزمایش ACT	.896	15	.082
	گروه کنترل	.898	15	.089
	گروه آزمایش ACT	.899	15	.091
	گروه کنترل	.914	15	.156
پیش‌آزمون	گروه آزمایش ACT	.868	15	.032
	گروه کنترل	.924	15	.218
	گروه آزمایش ACT	.940	15	.386
	گروه کنترل	.888	15	.063
پس‌آزمون	گروه آزمایش ACT	.889	15	.064
	گروه کنترل	.935	15	.325
	گروه آزمایش ACT	.963	15	.738
	گروه کنترل	.940	15	.383

نمرات مندرج در جدول ۴، نشان می‌دهند که توزیع متغیرهای پژوهش نرمال می‌باشد. با توجه به اینکه توزیع متغیرهای پژوهش (رفتار خودکشی و مولفه‌های آن) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر سه گروه نرمال بوده و مقیاس اندازه‌گیری متغیرها فاصله‌ای بوده است، از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد.

جدول ۵. آزمون M باکس برای آزمون همگونی کواریانس‌های گروه‌ها

M	F	Df1	Df2	sig
2.145	.316	6	5.680.302	.929

با توجه به جدول ۵، مشاهده می‌شود که مقدار ($F = 0.316$) معنادار نیست ($P < 0.05$) لذا با توجه به این جدول می‌توان نتیجه گرفت که کواریانس‌ها در دو گروه همگون هستند.

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره

نام آزمون	مقدار	فرضیه df	خطا df	میزان f	سطح معناداری	ضریب اتا
آزمون پیلای	.939	3.000	23.000	117.80	.000	.939
آزمون لامبدای ویلکز	.061	3.000	23.000	117.80	.000	.939
آزمون اثر هتلینگ	15.371	3.000	23.000	117.80	.000	.939
آزمون بزرگترین ریشه روی	15.371	3.000	23.000	117.80	.000	.939

همانطور که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد: اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته (شاخص‌های تصمیم‌گیری تکانشی) از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ($F(3, 23) = 117.80, \text{wilks. } \lambda = 0.061$) لذا می‌توان گفت بین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (شاخص‌های تصمیم‌گیری تکانشی) تفاوت معناداری وجود دارد. همین‌طور مجذور سهمی اتا حاکی از آن است که ۹۳/۹ درصد از تغییرات همزمان متغیرهای وابسته برای متغیر گروه به حساب آمده است.

جدول ۷. آزمون M - باکس برای آزمون همگونی کواریانس‌های گروه‌ها

باکس M -	مقدار F	df1	df2	سطح معنی‌داری
9.754	1.435	6	5680.302	.197

با توجه به جدول، مشاهده می‌شود که مقدار F در نمرات پس‌آزمون ($F(6, 23) = 1.435$) معنادار نیست ($P < 0.05$) لذا با توجه به این جدول می‌توان نتیجه گرفت که کواریانس‌ها در دو گروه همگون هستند.

جدول ۸. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره

نام آزمون	مقدار	فرضیه df	خطا df	میزان f	سطح معناداری	ضریب اتا
آزمون پیلای	.831	3.000	23.000	37.662 ^a	.000	.831
آزمون لامبدای ویلکز	.169	3.000	23.000	37.662 ^a	.000	.831
آزمون اثر هتلینگ	4.912	3.000	23.000	37.662 ^a	.000	.831
آزمون بزرگترین ریشه روی	4.912	3.000	23.000	37.662 ^a	.000	.831

همانطور که نتایج جدول ۸: نشان می‌دهد: اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته (شاخص‌های رفتار خودکشی) از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ($F(3, 23) = 37.662, wilks. \lambda = 0.169$) لذا می‌توان گفت بین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (شاخص‌های افکار خودکشی) تفاوت معناداری وجود دارد. همینطور مجذور سهمی اتا حاکی از آن است که ۸۳/۱ درصد از تغییرات همزمان متغیرهای وابسته برای متغیر گروه به حساب آمده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تصمیم‌گیری تکانشی و افکار خودکشی وابستگان به مواد انجام شد. مطابق با نتایج درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه‌های درآمیختگی افکار-عمل وابستگان به مواد موثر است. این یافته با نتایج مطالعات تامردای و نیک وری (۱۳۹۵)، نوریان، صدیقی و آقای (۱۳۹۴)، ری جونن و کارهونن^۱ (۲۰۱۸) همسو و همخوان می‌باشد در تبیین نتیجه می‌توان گفت، تجربیات سال‌های گذشته در ایران و جهان در رابطه با تولید و عرضه مواد مخدر و همچنین، درمان معتادان نشانگر این است که این نوع مبارزه همه‌جانبه بوده و نتایج حاصل از آن اثر بخشی لازم را ندارد. لذا برخورد با معضل اعتیاد باید فراگیر باشد به نحوی که این تلاشها علاوه بر مبارزه با تولید و عرضه بر پیشگیری متمرکز گردد. به طور کلی مفهوم اقدام‌های مداخله‌ای به منظور پیشگیری در نتیجه پیشرفت علم پزشکی گسترش یافت و کشف عوامل بیماری‌زا، واکسیناسیون و آموزش، همگی نمونه‌هایی از موفقیت علم پزشکی در پیشگیری از بیماری‌ها می‌باشند. در رابطه با سوء استفاده از داروها و مواد یا موضوع اعتیاد، هدف از پیشگیری این است که جمعیت هدف به هیچ وجه از داروهای اعتیادآور استفاده نکند و خود را در معرض خطرات ناشی از اعتیاد و آسیب‌های ناشی از آن قرار نداده و مانع از بروز آسیب‌های اجتماعی پیامد آن گردد. به علاوه هدف دیگر پیشگیری می‌تواند کنترل عوارض وحشتناک مربوط به اعتیاد باشد (سعیدی، ۱۳۹۱).

منابع

- بساک نژاد، سودابه؛ زرگر، یداله وحامی سربزه، معصومه (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر درآمیختگی فکر-عمل، فرونشانی افکار و احساس گناه دانشجویان دختر. مجله علمی- پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری. سال سوم، (۴)، ۲۳-۳۲.
- تامردای، علیرضا و نیک وری، فرزاد (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش عود در معتادان. سومین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری.

¹. Reijonen & Karhunen

- سرمد، زهره؛ حجازی، الهه و بازرگان، عباس (۱۳۹۰) روش تحقیق در علوم رفتاری، تهران: انتشارات آگه.
- فلکمن، پ؛ بلک لج. ج. باند فرانک. (۱۳۹۴). تندآموز درمان مبتنی بر پذیرش و پای بندی، ترجمه مصلح میرزایی و سامان نونهال. تهران: ارجمند.
- نوریان، لیلی؛ صدیقی، فرشته و آقایی، اصغر (۱۳۹۴) تأثیرآموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به همسران مردان معتاد بر فرایند خانواده آنان. دومین کنگره بین المللی علوم رفتاری.
- نوروزی، محدثه؛ زرگر فاطمه و اکبری، حسین. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات بین فردی و اجتناب. مجله تحقیقات علوم رفتاری. ۱۵(۲)، ۱۷۴-۱۶۸.
- محمدی، لیلا؛ صالح زاده ابرقوئی، مریم؛ نصیریان، منصوره (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متادون. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۳ (۹)، ۸۵۳-۸۶۱.
- محمودی حجت و قادری صابر (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، استرس و اضطراب معنادان ترک کرده زندان مرکزی تبریز. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی، ۱۱ (۴۳)، ۱۹۵-۲۱۰.
- میرسلیمانی، لاله؛ ثنائی ذاکر، باقر؛ وزیری، شهرام و لطفی، فرح. (۱۳۹۲). مقایسه‌ی رفتارهای جنسی، رفتارهای جنسی پرخطر و رفتارهای آسیب به خود در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر با مواد محرک کمپ های تهران. مجله اعتیاد پژوهی، ۱۵۱-۱۶۶.
- Groleger, U., Tomori, M., & Kocmur, M. (2003). Suicidal ideation in adolescence an indicator of actual risk. *Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 40, 202-208.
- Hughes, J., Barkham, M. (2004). Scoping the Inventory of Interpersonal Problems, its derivatives and short forms.
- Barkham, M., Hardy, G.E., Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *Br J Clin Psychol*. 35(1), 21-35.
- Hayes, S.C., et al (2008). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York. Springer Science and Business, Media Inc.
- Hill, M, L., Masuda, A., Melcher, M., Morgan, J., R. ww.hig, M, P. (2015). Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on the Attitudes Affected by Substance Abuse Among American White Women. *journal Elsevier. Cognitive and behavioral practice*. Pages, 376-378.
- Ochsner, K.N., & Gross, J.J. (2007). The neural architecture of emotion regulation. In J.J. Gross (Ed), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press. 87-109.
- Lynch, T. R., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review Clinical Psychology*, 3, 181-205
- Reijonen, E, J., Karhunen, L. (2018). effectiveness of Acceptance and Committment Therapy (ACT) on self-harm and impulsive behavior of substance dependent persons *International journal of behavioral Nutrition and physical activity*. open access.
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391