



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصمیم‌گیری تکانشی و افکار خودکشی زنان و مردان وابسته به مواد

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

مجتبی قربانزاده 

فریبا حافظی* 

رضا پاشا 

پروین احتشامزاده 

Febam315@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۱۰

دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۸

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۲ | پیاپی ۶ | ۲۸۳-۲۷۰
تابستان ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف از مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصمیم‌گیری تکانشی و افکار خودکشی وابستگان به مواد بود. **روش پژوهش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود و جامعه آماری ۱۷۰۰ نفر از زنان و مردان وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمان سوءمصرف مواد شهر ساری بودند که پس از غربالگری به صورت هدفمند ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش مقیاس تکانش گری پاتون، استانفورد و بارت (۱۹۹۵) و مقیاس افکار خودکشی بک (۱۹۶۱) بود. گروه آزمایش هشت جلسه درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر بسته درمانی هییز و همکاران (۱۹۹۹) را دریافت کرد و گروه گواه در حالت انتظار قرار گرفت؛ داده‌ها با استفاده از واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تصمیم‌گیری تکانشی ($F=۴/۸۷, P=۰/۰۳۶$) و نمره افکار خودکشی ($F=۵/۰۲, P=۰/۰۳۳$) مؤثر بود و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار گزارش شد ($P=۰/۰۱$). **نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد راهبردی مناسب برای کاهش تکانشگری و افکار خودکشی زنان و مردان وابسته به مواد است و می‌توان از آن به عنوان یک شیوه مداخله مؤثر استفاده کرد.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(قربانزاده، حافظی، پاشا و احتشامزاده، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

قربانزاده، مجتبی، حافظی، فریبا، پاشا، رضا، و احتشامزاده، پروین. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصمیم‌گیری تکانشی و افکار خودکشی زنان و مردان وابسته به مواد. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۲) پیاپی ۶: ۲۷۰-۲۸۳.

کلیدواژه‌ها: پذیرش و تعهد، تصمیم‌گیری تکانشی، افکار خودکشی، سوءمصرف مواد

مقدمه

خانواده از مهم‌ترین و اصلی‌ترین گروه‌های نخستین است که بیش از دیگر هم‌تایان خود، محلی برای شکل‌گیری شخصیت و پایه‌گذاری بنیان‌های فردی به شمار می‌رود. بر این اساس هرگونه تحول در نظام خانواده تغییری در مسیر جامعه‌پذیری فرد محسوب می‌شود و مسیر زندگی فرد را دگرگون می‌کند (حقی و نجفی اصل، ۱۳۹۸). که یکی از این تحولات اعتیاد یکی از اعضای خانواده است، اعتیاد^۱ به مواد مخدر، یکی از مسائل مهم در جامعه و از گسترده‌ترین عوامل خطرزا در سلامتی است که می‌توان آن را از منظر عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی بررسی کرد (ارجمند قجور، علیلو، خانجانی، بخشی پور رودسری، ۱۳۹۸). اعتیاد به مواد مخدر بسیاری از رفتارهای طبیعی و رایج موجود در سبک زندگی فرد معتاد را مختل می‌کند و در فرد هیچ تمایلی برای پرداختن به تفریحات سالم و فعالیت‌های طبیعی باقی نمی‌گذارد. به‌طوری که فرد از نظر روانی همواره درگیر تهیه و مصرف مواد مخدر و یا سپری کردن دوره تشنگی پس از مصرف مواد مخدر است. در بسیاری از موارد در زمینه تغییر رفتار، بیماران حالتی توأم با دوسوگرایی و تردید دارند. آنان خواهان تغییر هستند. ممکن است توانایی انجام آن را داشته باشند دلایل و علل خوبی را برای تغییر برمی‌شمارند، می‌دانند به آن نیاز دارند و به هدف هم خواهند رسید اما شروع درمان را تا ماه‌ها به تأخیر می‌اندازند و این جایی است که فکر بیمار متوقف می‌شود (قاسمی، حیدری، قاسمی و فیروزآبادی، ۱۳۹۳). در این حالت ممکن است دچار درآمیختگی افکار شوند و از آنجایی که این افکار به‌صورت مزاحم بوده و تفکراتی ناخوایند غیرقابل کنترل و بی‌معنا هستند و احتمال دارد موجبات آسیب رساندن به خود یا دیگران را فراهم آورد (بساک نژاد، زرگر و حاتمی سربزه، ۱۳۹۲). افکار مزاحم در کنار رفتار مصرف مواد ممکن است مشکلاتی را درت عامل با دیگران به وجود آورده و دشواری‌های بین فردی ایجاد کند. تجربه دشواری‌های بین فردی موجب فقدان تعامل بین فردی موفقیت‌آمیز می‌شود که تجربه این حالت ممکن است فرد را دچار یاس و ناامیدی و گرایش به سمت رفتار آسیب به خود، خودکشی، سوءمصرف 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 مسئله سلامت عمومی گردیده. بغرنج بودن این مسئله زمانی برجسته‌تر می‌شود که آمارها حاکی از نرخ فزاینده افکار و تلاش‌های ناموفق خودکشی است و برخی محققین شیوع اقدام به خودکشی در نوجوانان را ۵۰ تا ۱۰۰ بار بیشتر از خودکشی‌های منجر به فوت آنان می‌دانند (ویلد، ۲۰۱۴). طی چند دهه گذشته تحقیقات بسیاری با محوریت خودکشی انجام شده‌اند که نتایج آن‌ها نشان می‌دهند خودکشی با عوامل خطر چندگانه زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و خانوادگی و سوءمصرف مواد مرتبط است (نوردنتوفت، ۲۰۱۷). در مطالعات انجام شده شواهد بسیاری حاکی از وجود ارتباط قوی بین اختلالات خلقی، سایکوتیک و شخصیت با خودکشی به دست آمده است در حالی که ارتباط بین خودکشی و سایر آسیب‌های روانی از جمله اختلالات اضطرابی توجه کمتری به خود، جلب نموده است (گادت و کاترین، ۲۰۱۲). مطابق با آنچه گفته شد و با 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 تأخیر 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 وحشتناکی می‌شوند (مظفری و همکاران، ۱۳۹۶). به نظر می‌رسد درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری با تأکید بر ذهن آگاهی و توجه بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بازتوانی افراد وابسته به مواد مخدر مؤثر باشد (مظفری و همکاران، ۱۳۹۶). از جمله این درمان‌ها می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^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، ۲۰۰۸) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی است که راهبردهای مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای مبتنی بر تعهد و تغییر رفتار به‌منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۲ به کار می‌گیرد (هیز، لوین، پال و یالردجا، ویلش و پیستورلو، ۲۰۱۳).

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، صدیقی و آقایی، ۱۳۹۴). نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اختلالات روان‌پزشکی مرتبط با افزایش خطر خودکشی از قبیل دوره‌های افسردگی، اختلالات خوردن، اختلال شخصیت مرزی (دوکاس و همکاران، ۲۰۱۸)، پیشگیری از اقدام مجدد خودکشی (لوما و ویلت، ۲۰۱۲)، کاهش افکار خودکشی، ناامیدی و پریشانی روان‌شناختی (دوکاس و همکاران، ۲۰۱۴)، کاهش افکار خودکشی (آبیاری، مکوندی، بختیارپور، نادری و حافظی، ۱۳۹۷؛ شجاعی زند، احمدی و کوشکی، ۱۳۹۷)، استرس و اضطراب افراد وابسته به مواد (محمدی و قادری، ۱۳۹۷)، کاهش عود (تامرادی و نیک وری، ۱۳۹۵)، عملکرد خانواده (نورانی و همکاران، ۱۳۹۴) بود. به طور کلی با توجه به عوارض متعدد بهداشتی، روان‌شناختی، اجتماعی و سیاسی اعتیاد و تهدید سلامت اجتماع را از جهات گوناگون (مشکی و همکاران، ۱۳۹۴) و همچنین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدر حوزه‌های مختلف پژوهش حاضر با هدف آزمون فرضیه‌های زیر انجام شد:

1. Acceptance Commitment Therapy (ACT)
2. Psychological flexibility
3. human suffering
4. psychological inflexibility
5. cognitive fusion
6. experiential avoidance
7. private experiences
8. psychological flexibility

۱. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصمیم‌گیری تکانشی در وابستگان به مواد مؤثر است.
۲. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی در وابستگان به مواد مؤثر است.

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بود؛ جامعه آماری مطالعه حاضر وابستگان به مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمان سوءمصرف مواد شهر ساری می‌باشند که مطابق با آمار دریافتی از علوم پزشکی تعداد آن‌ها ۱۷۰۰ نفر بود که پس از غربالگری با پرسشنامه تکانشگری و افکار خودکشی ۳۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش: جنسیت زن یا مرد، مراجعه‌کننده به یکی از مراکز ترک اعتیاد شهر ساری جهت ترک، سن ۲۵ به بالا، متأهل بودن، داشتن سواد دیپلم به بالا و رضایت آگاهانه، عدم دریافت دوره آموزشی یا روان‌درمانی غیر از درمان فعلی. ملاک‌های خروج: غیبت بیش از دو جلسه در دوره، عدم تمایل به ادامه دوره

ابزارهای پژوهش

۱. **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 اندازه می‌گیرد. ضریب در مطالعه فساتی، سگلی، آکواریتی 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.
۲. **مقیاس سنجش افکار خودکشی.** مقیاس افکار خودکشی بک (۱۹۶۱) یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی 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. (منبع داخل فایل) 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.

۳. **بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.** در پژوهش حاضر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل درمانی هیز و همکاران (۱۹۹۹) تدوین و در هشت جلسه به مدت ۹۰ دقیقه و به صورت هفتگی به شرح زیر اجرا شد:

جلسه اول. در جلسه اول اعضای گروه به همدیگر معرفی شدند و درمانگر ضمن معرفی خود، اهداف و قوانین گروه را بیان کرد، برقراری رابطه درمانی صورت گرفت و سنجش کلی انجام شد در این جلسه پیش‌آزمون از نیز گرفته شد.

جلسه دوم. شرکت‌کنندگان به طور کلی با درمان پذیرش و تعهد آشنا شدند، نقش درمان اکت در تنظیم هیجان، رفتارهای تکانشی و چگونگی تأثیر آن در کاهش مصرف مواد توضیح داده شد.

جلسه سوم. رویارویی با قواعد درمان جو با استفاده از «نامیدی خلاقانه» و استفاده از تمثیل «مردی در چاه» و «کشاورز و الاغ» انجام تمرینات.

جلسه چهارم. در این جلسه کنترل به عنوان مشکل اصلی توضیح داده شد و به بررسی راهبردهای ناکارآمد و رها کردن آن‌ها با استفاده از تمرین تکنیک‌ها، ارائه تمثیل «دروغ‌سنج» پرداخته شد.

جلسه پنجم. به توضیح مفهوم پذیرش و نقش آن در رویارویی با مشکلات پرداخته شد و پذیرش به عنوان روش جایگزین اجتناب تجربه‌ای با انجام تمرین تکنیک‌ها او ارائه تمثیل «دو کفه ترازو» معرفی شد.

جلسه ششم. خود به عنوان بافتار توضیح داده شد و ایجاد احساس متعالی از خود با استفاده از تمرین تکنیک‌ها و تمثیل «صفحه شطرنج» ارائه شد.

جلسه هفتم. در این جلسه مفاهیم همجوشی شناختی و ذهن آگاهی با استفاده از تمرین تکنیک‌ها و تمرین شیر و تمرین روی رودخانه اجرا شد.

جلسه هشتم. مفهوم روشن‌سازی ارزش‌ها با استفاده از کاربرد ارزش‌ها توضیح داده شد؛ و چگونگی ایجاد تعهد به اعمال ارزشمند با استفاده از تمرین مراسم تشییع جنازه و تمثیل: «خوردن کل سیب» انجام شد و در انتها ضمن مرور محتوای جلسات پیشین پس‌آزمون گرفته شد.

شیوه اجرا. روند اجرای پژوهش به این شکل بود که پس از گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان به دو گروه آزمایش و یک گروه گواه، با استفاده از پرسشنامه‌های تکانشگری بارت و افکار خودکشی بک پیش‌آزمون اجرا شد. سپس گروه آموزش پذیرش و تعهد طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه تحت آموزش قرار گرفتند و گروه گواه در این مدت هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات آموزشی، هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون و در مرحله پیگیری به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. در تحلیل آماری داده‌ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز از تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌های تکرار شده پس از رعایت پیش‌فرض نرمالیتی و برابری واریانس‌ها و سپس آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه دوبه‌دو گروه‌ها استفاده شد؛ داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه بیست و چهارم تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن زنان ۳۴/۱۸ (۳/۵۴) و مردان ۳۷/۵۰ (۴/۴۴) برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و میانگین و انحراف معیار سن زنان ۳۲/۷۷ (۲/۸۰) و مردان ۳۷/۸۶ (۳/۵۶) برای گروه گواه بود. میانگین و انحراف معیار مدت زمان مصرف مواد برای گروه آزمایش ۴/۷۷ (۱/۸۷) سال و گروه گواه ۴/۱۰ (۱/۶۵) سال بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تصمیم‌گیری تکانشی و افکار خودکشی

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تصمیم‌گیری	گروه آزمایش	۸۲/۵۳	۴/۰۰	۶۴/۵۳	۲/۷۲	۶۴/۱۴	۲/۳۴
تکانشی	گروه گواه	۸۰/۰۷	۳/۷۷	۷۸/۷۳	۳/۵۳	۷۸/۹۴	۳/۶۱
افکار خودکشی	گروه آزمایش	۲۸/۲۶	۱/۸۳	۱۸/۶۶	۲/۳۵	۱۸/۱۰	۲/۰۸
	گروه گواه	۲۶/۰۶	۳/۱۷	۲۷/۲۶	۲/۳۴	۲۷/۶۴	۲/۷۰

یافته‌های جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات تصمیم‌گیری تکانشی و افکار خودکشی وابستگان به مواد به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه را نشان می‌دهد. همچنین میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات تصمیم‌گیری تکانشی و افکار خودکشی وابستگان به مواد به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ارائه شد.

جدول ۲. نتایج آزمون مفروضه‌های آماری برای متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	شاپیرو-ویلک	آزمون لوین	موخلی
		Z	F	W
		معناداری	معناداری	مقدار
تصمیم‌گیری	آزمایش	۰/۹۲	۰/۰۷	۰/۸۷
تکانشی	گروه	۰/۹۱	۰/۷۸	۴/۷۸
افکار خودکشی	آزمایش	۰/۹۰	۰/۴۴	۰/۹۰
	گروه	۰/۸۷	۰/۵۱	۵/۹۹

نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد آزمون کولموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (تصمیم‌گیری تکانشی و افکار خودکشی) است. همچنین آماره W موخلی برای متغیرهای تصمیم‌گیری تکانشی و افکار خودکشی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به صورت معنی‌داری متفاوت است؛ بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت شده است؛ در ادامه برای تفسیر

نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها برای دو متغیر تصمیم‌گیری تکانشی و افکار خودکشی از این آماره استفاده شد.

جدول ۳. تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله

منابع تغییرات	اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
تصمیم‌گیری	مراحل مداخله	۲۳۶/۶۳	۲	۱۱۸/۳۱	۱/۷۲	۰/۱۸	۰/۰۶
تکانشی	مراحل × گروه	۲۰۳/۰۲	۲	۱۰۱/۵۱	۱/۴۷	۰/۲۳	۰/۰۵
	گروه	۴۱۹/۳۹	۱	۴۱۹/۳۹	۴/۸۷	۰/۰۳۶	۰/۱۵
افکار	مراحل مداخله	۴۸۰/۲۶	۲	۲۴۰/۱۳	۲/۸۳	۰/۰۶	۰/۰۹
خودکشی	مراحل × گروه	۱۲۱/۶۸	۲	۶۰/۸۴	۰/۷۱	۰/۴۹	۰/۰۲
	گروه	۶۸۳/۳۷	۱	۶۸۳/۳۷	۵/۰۲	۰/۰۳۳	۰/۱۵

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تعامل مراحل با گروه آزمایش در سه مرحله اندازه‌گیری در نمره تصمیم‌گیری تکانشی ($F=۴/۸۷$, $P=۰/۰۳۶$) با اندازه اثر ۰/۱۵ و بر نمره افکار خودکشی ($F=۵/۰۲$, $P=۰/۰۳۳$) با اندازه اثر ۰/۱۵ مؤثر بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون - پیگیری		پس‌آزمون - پیگیری	
تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد
۲/۷۰	۱/۰۱	۲/۸۰	۱/۱۰	۰/۰۳	۰/۴۱
۲/۱۵	۰/۹۳	۱/۹۰	۰/۷۴	۰/۲۵	۰/۱۸

در جدول ۴ نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات تصمیم‌گیری تکانشی و افکار خودکشی ($P=۰/۰۰۱$) بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است؛ اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نیست که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده 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 مؤلفه‌های درآمیختگی افکار-عمل وابستگان به مواد مؤثر است. این یافته با نتایج مطالعات تامردای و نیک وری (۱۳۹۵)،

نوریان، صدیقی و آقایی (۱۳۹۴)، ری جونن و کارهونن (۲۰۱۸) همسو و همخوان می‌باشد. در تبیین نتیجه می‌توان بر اساس دیدگاه شنیدمن (۱۹۹۳) گفت که در خودکشی هدف همیشه مرگ نیست و در بسیاری از مواقع خواسته فردی که اقدام به خودکشی می‌کند پایان دادن به درد روانی است، اما برای بسیاری از آنها این واقعیت ساده که احساس‌های بد تا ابد دوام ندارد، در میان شبکه‌ای از احساسات دردناک درد، رنج، ملال، درماندگی، ناامیدی و احساس گناه گم می‌شود؛ بنابراین چنانچه فرد خودکشی‌گرا ابتدا آگاهی لازم را به دست بیاورد که رنج روانی همیشگی نیست و سپس به او کمک شود به جای قضاوت منفی به این رنج‌ها، تنها نظاره‌گر آن باشد (یکی از اهداف مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) خودکشی‌گرایی را بدون خطر پشت سرگذارد، بر این اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از تکنیک‌های درمانی خود زمینه کاهش پنهان کردن ناراحتی‌ها اطلاعات شرم‌آور شخصی را فراهم می‌آورد به این صورت که بر روی استعاره‌ها، ارزش‌ها، معنا در زندگی، رنج دیدن و در دل رنج پرورش یافتن تأکید می‌کند. وجود چنین تأکیدهایی (بررسی ارزش‌های افراد و به‌کارگیری استعاره‌های مربوطه است و بررسی آمیختگی، گسلس و انجام تمرین‌هایی برای گسلس با استفاده از استعاره موجب می‌شود که فرد از افکار مربوط به ناراحتی‌ها و اطلاعات شرم‌آور شخصی) خود ناتوان‌سازی و نیز افکار خودکشی (احساسات دردناک درد، رنج، ملال، درماندگی، ناامیدی و احساس گناه) رهایی یابد. چرا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از توانایی خوبی در مهار نگرش‌ها و ادراکات فرد در برابر پیشامدهای استرس‌زای زندگی برخوردار است (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر پذیرش افکار، هیجانات و احساسات به جای اجتناب یا سرکوب آن‌ها به این افراد می‌آموزد تا به زندگی ارزشمند بپردازند. افزون بر این، رفتار خودکشی‌گرا گ به عنوان نهایی‌ترین وسیله برای اجتناب از تجارب روان‌شناختی دردناک در نظر گرفته می‌شود (لووما و ویلش، ۲۰۱۲)، همچنین، این امر یک شکل افراطی از آمیختگی شناختی را نشان می‌دهد زیرا افراد به معنای واقعی کلمه فکر می‌کنند که زندگی آن‌ها ارزش زندگی ندارد (هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیس، ۲۰۰۶). همچنین در تبیین اثربخشی درمان اکت بر کاهش تصمیم‌گیری تکانشی می‌توان به مفهوم مهم ذهن آگاهی به عنوان یکی از فرایندهای مهم درمان مبتنی بر پذیرش تعهد اشاره کرد. ذهن آگاهی و تکانشگری با وجود اینکه ویژگی‌های مشترکی دارند، در عین حال تفاوت‌های اساسی در عملکرد دارند (مورفی و مک کیلوپ، ۲۰۱۲) در حالی که هر دو بر زمان حال تمرکز دارند، اما نحوه تمرکزشان با هم متفاوت است. ذهن آگاهی بر ماهیت گذرای همه چیز و نیز بر نقش ارزش آگاهی از اقدامات که شامل توجه، مشاهده و توصیف یک تجربه بدون قضاوت است تأکید دارد. تکانشگری نشان‌دهنده تمرکز بیش از حد در زمان حال است که به افراد اجازه نمی‌دهد به اندازه کافی پیامد اقدامات خود را ملاحظه کنند؛ بنابراین ذهن آگاهی به منظور افزایش آگاهی از ارزش‌ها و ترویج اقدامات مطابق با ارزش‌های دنبال شده عمل می‌کند. در حالی که تکانشگری به این امر می‌پردازد که یک فرد بدون فکر کردن درباره عواقب طولانی‌مدت، چه احساساتی را تجربه می‌کند. ذهن آگاهی می‌تواند به افزایش آگاهی از افکار خودکار کمک کند، بنابراین توانایی فرد را برای در نظر گرفتن پیامدهای بالقوه اقدامات قبل از درگیر شدن در آن‌ها افزایش می‌دهد. علاوه بر این، افزایش آگاهی ممکن است منجر به بهبود خودنظم‌دهی شود که هنگام مواجه شدن با تکانه‌های ناگهانی شدید برای درگیر شدن در رفتارهایی که ممکن است پیامد منفی داشته باشند، ضروری است. همچنین

می‌توان گفت از دیدگاه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، محدود شدن گزینه‌های رفتاری، قلب روان‌درمانی است.

در این پژوهش افراد وابسته به مواد گزینه‌های منعطف‌تر و بادوام‌تری را برای رفتار خود که مبتنی بر ارزش‌هایشان است، انتخاب کردند، بنابراین استراتژی‌هایی نظیر ذهن آگاهی و پذیرش در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند باعث کاهش تکانشگری و به‌ویژه رفتارهایی نظیر سوء‌مصرف مواد شود (ایفرت و فورثتی، ۲۰۱۱). در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به عنوان یک درمان نوپا و یک روش مداخله سودمند برای زنان و مردان وابسته به مواد در زمینه کاهش رفتارهای تکانشی و افکار خودکشی است؛ بنابراین به‌کارگیری مفاهیم و عناصر اصلی ACT در بیماران مبتلا به اختلال مصرف، نقش مهم و انکارناپذیری در افزایش سلامت روانی و همچنین بهبود کیفیت زندگی و سبک زندگی آن‌ها دارد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان عدم توانایی در کنترل تمامی متغیرهای مزاحم اشاره کرد و ممکن است آزمودنی‌ها تحت تأثیر شرایطی که از کنترل پژوهشگر خارج بوده است قرار گرفته باشند. از طرفی با توجه به جامعه آماری پژوهش، در تعمیم نتایج پژوهش به سایر افراد باید جوانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی اثربخشی درمان اکت بر افکار خودکشی و تصمیم‌تکانشی به تفکیک نوع مصرف و همچنین در جامعه غیر بالینی انجام شود و نتایج با پژوهش حاضر مورد مقایسه قرار گیرد، همچنین پیشنهاد می‌شود با استفاده از درمان مبتنی بر تعهد، برنامه‌هایی به منظور بهبود روابط زوجین مبتلا به سوء‌مصرف مواد و خانواده‌های این افراد تدوین و اجرا شود.

موازن اخلاقی

اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه حضور در پژوهش و اطلاع‌رسانی در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج و آموزش گروه گواه پس از اتمام آموزش دو گروه آزمایش نیز در پژوهش از آغاز تا انتها رعایت شده است.

سپاسگزاری

از مدیران مراکز ترک اعتیاد شهر ساری و همه عزیزان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر شرکت کردند سپاسگزاری می‌شود.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است و همه نویسندگان در مراحل مختلف انجام این رساله و تدوین و ارسال مقاله نقش داشته‌اند.

تعارض منافع

بنا بر اعلام نویسندگان، حامی مالی و تعارض در منافع نداشته است.

منابع

- ارجمند فچور، کیومرث، محمود علیلو، مجید، خانجانی، زینب، و بخشی پور رودسری، عباس. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش ولع مصرف در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین: یک مطالعه تجربی. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۳۰ (۳): ۲۱۷-۲۲۸.
- بساک نژاد، سودابه، زرگر، یداله، و حاتمی سربزه، معصومه. (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر درآمیختگی فکر- عمل، فرونشانی افکار و احساس گناه دانشجویان دختر. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱ (۴): ۳۲-۲۳.
- 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*.
- حقی، سمیه، و نجفی اصل، زهره. (۱۳۹۵). مطالعه جامعه‌شناختی بی‌ثباتی هویتی فرزندان در جریان اعتیاد والدین، *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۳۰ (۳)، ۱۹۰-۱۷۵.
- سرمد، زهره، حجازی، الهه، و بازرگان، عباس. (۱۳۹۰). *روش تحقیق در علوم رفتاری*، تهران: انتشارات آگه.
- فلکسمن، پل ادوارد، بلکلج، ج ت، باند، فرانک. (۱۳۹۴). *تندآموز درمان مبتنی بر پذیرش و پای بندی*، ترجمه مصلح میرزایی و سامان نونهال. تهران: ارجمند.
- قاسمی، حامد، حیدری، حمید، قاسمی، نظام‌الدین، و فیروزآبادی، سمیره. (۱۳۹۳). بررسی کارآیی مصاحبه انگیزشی بر تغییر سبک زندگی معتادین زن در حال بهبود، *اعتیاد پژوهی*، ۸ (۳۱): ۴۳-۵۴.
- نوریان، لیلی، صدیقی، فرشته، و آقایی، اصغر. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به همسران مردان معتاد بر فرایند خانواده آنان. *دومین کنگره بین‌المللی علوم رفتاری*.
- نوروزی، محدثه، زرگر، فاطمه، 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، و 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 معتادان ترک کرده زندان مرکزی تبریز. *اعتیاد پژوهی*، ۱۱ (۴۳): ۱۹۵-۲۱۰.
- میرسلیمانی، لاله، ثنائی ذاکر، باقر، وزیر، شهرام، و لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۹۲). مقایسه‌ی رفتارهای جنسی، رفتارهای جنسی پرخطر و رفتارهای آسیب به خود در سوءمصرف کنندگان مواد مخدر با مواد محرک کمپ‌های تهران. *اعتیاد پژوهی*، ۹ (۱۸): ۱۷۱-۱۵۵.

References

- Barkham M, Hardy GE, Startup M. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *Br J Clin Psychol*; 35(1): 21-35.
- Eifert GH, Forsyth JP. (2011). The application of acceptance and commitment therapy to problem anger. *Cognitive and Behavioral Practice*; 18(2):241-50
- Groeger, U., Tomori, M., & Kocmur, M. (2003). Suicidal ideation in adolescence an indicator of actual risk. *Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 40, 202-208.
- Gaudet, Katherine. (2012). Liberty and Death: Fictions of Suicide in the New Republic. *Am J Psychiatry*, 47(3), 321-332. Early American Literature

- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb -Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180-198.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- 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.
- Hughes J, (2004). Barkham M. Scoping the Inventory of Interpersonal Problems, its derivatives and short forms: 1988–2004.
- Luoma, J. B., & Villatte, J. L. (2012). Mindfulness in the treatment of suicidal individuals. *Cognitive and behavioral practice*, 19(2), 265-276
- Lynch, T. R., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review Clinical Psychology*, 3, 181-205
- Murphy C, MacKillop J. (2012). Living in the here and now: Interrelationships between impulsivity, mindfulness, and alcohol misuse. *Psychopharmacology*. 2012; 219(2):527-36
- Nordentoft M. (2-17) Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish medical bulletin* 2017; 54(4): 306-69.
- Reijonen, E, J, Karhunen, L. (2018). effectiveness of Acceptance and Commitment 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.
- Wild, L.G., Flisherc, A.J., Lombard, C. (2014). Suicidal ideation and attempts in adolescents: associations with depression and six domains of self-esteem. *Journal of Adolescence*, 27, 611-624.

پرسشنامه تکانشگری

ردیف	عبارت	کاملاً موافق	موافق	مخالف	کاملاً مخالف
۱	من برای کارهایم با دقت برنامه‌ریزی می‌کنم.	۱	۲	۳	۴
۲	کارهایم را بدون فکر انجام می‌دهم.	۱	۲	۳	۴
۳	به نظر من هر چه پیش آید خوش آید.	۱	۲	۳	۴
۴	افکار مختلف در ذهنم می‌آیند و می‌روند.	۱	۲	۳	۴
۵	مدت‌ها قبل از رفتن به مسافرت، در مورد سفرم برنامه‌ریزی می‌کنم.	۱	۲	۳	۴
۶	به راحتی می‌توانم تمرکز کنم.	۱	۲	۳	۴
۷	به طور منظم برنامه‌ریزی می‌کنم.	۱	۲	۳	۴
۸	برای مدت طولانی نمی‌توانم بدون جنب و جوش بنشینم.	۱	۲	۳	۴
۹	در مورد مسائل مختلف به دقت فکر می‌کنم.	۱	۲	۳	۴

۴	۳	۲	۱	۱۰	برای امنیت شغلی‌ام برنامه‌ریزی می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۱۱	بدون فکر کردن حرف می‌زنم.
۴	۳	۲	۱	۱۲	دوست دارم راجع به مسائل پیچیده فکر کنم.
۴	۳	۲	۱	۱۳	مرتب شغلم را تغییر می‌دهم.
۴	۳	۲	۱	۱۴	خیلی سریع و بلافاصله عمل می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۱۵	وقتی می‌خواهم برای حل مسائل فکر کنم، زود خسته می‌شوم.
۴	۳	۲	۱	۱۶	بلافاصله و بدون فکر کردن در یک لحظه عمل می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۱۷	اهل تفکر و تأمل هستم.
۴	۳	۲	۱	۱۸	هنگام خرید، بدون دقت بلافاصله چیزی را خریداری می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۱۹	کاری را که شروع می‌کنم حتماً تمام می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۲۰	مشکلات و مسائل را با آزمایش و خطا حل می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۲۱	خرجم بیش از دخلم است.
۴	۳	۲	۱	۲۲	خیلی تند و سریع حرف می‌زنم.
۴	۳	۲	۱	۲۳	وقتی راجع به چیزی فکر می‌کنم افکار مزاحم و پراکنده‌ای به ذهنم می‌آیند.
۴	۳	۲	۱	۲۴	بیشتر به حال علاقه دارم تا آینده.
۴	۳	۲	۱	۲۵	برای آینده برنامه‌ریزی می‌کنم.

پرسشنامه افکار خودکشی

- (۱) -۰ به زندگی خود بسیار علاقه‌مند هستم.
 - ۱-علاقه‌ی من به زندگی کم است.
 - ۲-علاقه‌ای به زندگی ندارم.
- (۲) ۰ - دوست دارم زنده باشم.
 - ۱- کمی میل به مردن در من وجود هست.
 - ۲- دوست دارم بمیرم.
- (۳) -۰ اصرار من برای زندگی کردن بیشتر از مردن است.
 - ۱- برای من زندگی کردن و مردن تقریباً یکسان است.
 - ۲- اصرار من برای مردن بیشتر از زندگی کردن است.
- (۴) ۰ - هنگامی که در شرایط دشوار و خطرناک قرار می‌گیرم سعی می‌کنم جان خود را حفظ کنم.
 - ۱- هنگامی که در شرایط دشوار باشم برایم مهم نیست که زنده بمانم یا بمیرم.
 - ۲- هنگامی که در شرایط دشوار باشم برای حفظ جانم هیچ کوششی نمی‌کنم.
- (۵) ۰ - هیچ میلی به خودکشی ندارم.
 - ۱- کمی تمایل به خودکشی دارم.
 - ۲- میل شدیدی به خودکشی دارم.
- (۶) ۰-زمان کوتاهی به فکر خودکشی می‌افتم که به سرعت از ذهنم می‌گذرد.
 - ۱- گاهی کم و بیش به فکر خودکشی می‌افتم.
 - ۲- مدت‌های طولانی فکر خودکشی را در ذهنم دارم.
- (۷) ۰ - بندرت درباره‌ی خودکشی فکر می‌کنم.
 - ۱- گهگاهی درباره‌ی خودکشی فکر می‌کنم.
 - ۲- تقریباً همیشه درباره‌ی خودکشی فکر می‌کنم.
- (۸) -۰ فکر درباره‌ی خودکشی را قبول ندارم.
 - ۱- فکر درباره‌ی خودکشی را نه قبول دارم و نه رد می‌کنم.
 - ۲- فکر درباره‌ی خودکشی را قبول دارم.

- ۹) -۰ اگر قصد خودکشی داشته باشم قادر به کنترل خودم هستم.
- ۱- مطمئن نیستم که بتوانم خودم را از ارتکاب به خودکشی کنترل کنم.
- ۲- اگر قصد خودکشی داشته باشم قادر به کنترل خودم نیستم.
- ۱۰) -۰ به خاطر خانواده، دوستان، مذهب و مجروحیت ناشی از خودکشی ناموفق قصد خودکشی ندارم.
- ۱- به خاطر خانواده، دوستان، مذهب و مجروحیت ناشی از خودکشی ناموفق، نسبت به اقدام خودکشی تا اندازه ای نگران هستم.
- ۲- نسبت به اقدام به خودکشی نگران خانواده، دوستان، مذهب و مجروحیت ناشی از خودکشی ناموفق نیستم.
- ۱۱) -۰ دلیل اصلی من از اقدام به خودکشی تأثیر گذاشتن بر دیگران است به طوری که به من توجه شود.
- ۱- منظور من از اقدام به خودکشی فقط تأثیر گذاشتن بر افراد نیست، بلکه راه حلی برای حل مشکلاتم می‌باشد.
- ۲- منظور اصلی من از اقدام به خودکشی فرار کردن از مشکلات است.
- ۱۲) -۰ طرح و برنامه خاصی برای اینکه چطور خودکشی کنم ندارم.
- ۱- راه های خودکشی را بررسی کرده ام، اما روی جزئیات آن فکر نکرده ام.
- ۲- طرح و برنامه خاصی برای اینکه چطور خودکشی کنم در ذهنم دارم.
- ۱۳) -۰ به یک روش و با فرصت مناسبی که خودکشی کنم دسترسی ندارم.
- ۱- روشی را که قصد دارم برای خودکشی به کار ببرم وقت زیادی می خواهد و من فرصت بکارگیری این روش را ندارم.
- ۲- روشی را برای خودکشی انتخاب کرده ام و برای عملی کردن آن منتظر فرصت مناسب هستم.
- ۱۴) -۰ جرأت یا توانایی اقدام به خودکشی را ندارم.
- ۱- مطمئن نیستم که جرأت و توانایی ارتکاب به خودکشی را داشته باشم.
- ۲- جرأت یا توانایی اقدام به خودکشی را دارم.
- ۱۵) -۰ گمان نمی کنم که قصد خودکشی داشته باشم.
- ۱- مطمئن نیستم که بخواهم خودکشی کنم.
- ۲- مطمئنم که خودکشی خواهم کرد.
- ۱۶) -۰ هیچ وسیله ای برای اقدام به خودکشی آماده نکرده ام.
- ۱- اندکی وسایل برای اقدام به خودکشی آماده کرده ام.
- ۲- تقریباً برای اقدام به خودکشی وسایل لازم را آماده کرده ام.
- ۱۷) -۰ درباره ی خودکشی ام تا کنون مطلبی ننوشته ام.
- ۱- درباره یادداشت خودکشی ام فکر کرده و یا شروع به نوشتن آن کرده ام، اما کامل نیست.
- ۲- یادداشت خودکشی ام را کامل کرده ام.
- ۱۸) -۰ در مورد حوادث و مسائل پس از خودکشی هیچ برنامه مشخصی ندارم.
- ۱- در مورد حوادث و مسائل پس از خودکشی تا حدودی برنامه ها را مشخص کرده ام.
- ۲- در مورد حوادث و مسائل پس از خودکشی بطور دقیق برنامه ریزی کرده ام.
- ۱۹) -۰ دیگران از قصد خودکشی من آگاه هستند.
- ۱- در مورد قصد خودکشی خود به دیگران چیزی نگفته ام.
- ۲- دیگران از قصد خودکشی من آگاه نیستند.

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Improving Impulsive Decision-Making and Suicide Ideation in Female and Male Addicts

Mojtaba. Ghorbanzadeh¹, Fariba. Hafezi*², Reza. Pasha³, & Parvin. Ehteshamzade⁴

Abstract

Aim: The present study aimed to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in improving impulsive decision-making and suicide ideation of addicts. **Methods:** The research method was quasi-experimental with a pretest-post-test design, and follow-up stage with a control group, and its statistical population consisted of 1700 female and male addicts who visited substance abuse treatment centers in Sari. After the purposive screening, 30 individuals were selected as samples and were randomly assigned to experimental (n=15) and control (n=15) groups. The research tools included Barratt Impulsiveness Scale (BIS) by Patton, Stanford, & Barratt (1995), and Beck Scale for Suicide Ideation (1961). The experimental group received eight sessions of acceptance and commitment therapy based on the treatment package of Hayes et al. (1999), and the control group was put on the waiting list; Data were analyzed using the repeated-measures analysis of variance. **Results:** The results indicated that acceptance and commitment therapy was effective in reducing impulsive decision-making ($F=4.87$, $P=0.036$), and suicide ideation score ($F=0.02$, $P=0.033$), and the effects were stable in the follow-up phase ($P=0.01$). **Conclusion:** Acceptance and commitment therapy was an appropriate strategy to reduce impulsivity and suicide ideation in female and male addicts and could be used as an effective intervention.

Keywords: Acceptance and commitment therapy (ACT); Impulsive decision-making; Suicide ideation; Substance abuse

1. PhD Student, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

2. **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
Email: Febram315@yahoo.com

3. Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran