

اثربخشی آموزش امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی در زنان دارای همسر معتاد^۱

محدثه منوچهری*^۲، محمود گلزاری^۳، عزت اله کردمیرزا نیکوزاده^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۱/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۲/۱۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی در زنان دارای همسر معتاد انجام شده است. مطالعه حاضر از نوع مطالعات تجربی با طرح گمارش تصادفی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه زنان دارای همسر معتاد شیراز که همسر آنها به یکی از مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده است، می‌باشد که از بین آنها با روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۸) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی، تحلیل کوواریانس و آزمون t همبسته استفاده شد. تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون وجود دارد. همچنین نتایج آزمون t نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی نتایج حاکی از آن است که آموزش امید درمانی در کاهش میزان افسردگی در زنان دارای همسر معتاد مؤثر است و این نتایج پایدار می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: امید درمانی، افسردگی، زنان دارای همسر معتاد.

۱. این مقاله بر گرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی می‌باشد.

۲- کارشناسی ارشد/ دانشگاه علامه طباطبایی.

۳- استادیار/ دانشگاه علامه طباطبایی.

۴- استادیار/ پیام نور واحد البرز.

* نویسنده‌ی مسئول مقاله، manocherimohadeseh@yahoo.com

مقدمه

افسردگی^۱ یکی از شایع ترین بیماری‌های روانی در میان جوامع گوناگون می باشد که تنش روحی- روانی قابل توجهی را به افراد و جامعه وارد کرده و منجر به کاهش کیفیت زندگی، ناتوانی و افزایش مرگ و میر می شود و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ به عنوان دومین بیماری شایع پس از بیماری های قلبی- عروقی قرار گیرد و ۱۵ درصد کل بیماری ها را شامل شود (بارون^۲، ۲۰۰۷).

بر طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ (*DSM-IV-TR*) اختلال افسردگی اساسی (که افسردگی یک قطبی نیز نامیده می‌شود) بدون سابقه‌ای از دوره‌های مانیا، مختلط یا هیپومانیا رخ می‌دهد. بیمار افسردگی اساسی باید لاقلاً پنج علامت را در دوره‌ای دو هفته‌ای داشته باشد. علامت پنج گانه از میان این فهرست می باشد. خلق افسرده در اکثر اوقات روز، کاهش علاقه‌مندی یا لذت بردن از همه یا تقریباً همه فعالیت‌ها، تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت، فقدان انرژی، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم‌گیری و افکار عود کننده‌ی مرگ یا خودکشی (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ رضاعی، ۱۳۹۱).

علل افسردگی از دیدگاه‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته و تاکنون یک دیدگاه جامع که بتواند علل ابتلا به افسردگی در افراد گوناگون را توضیح دهد، وجود ندارد. با وجود این، برخی دیدگاه‌ها بیشتر مورد قبول و تایید هستند. به طور مثال پیش فرض نظریه های زیست شناختی این است که علت افسردگی یا در ژن‌ها نهفته است که از طریق توارث از والدین به فرزندان منتقل می‌شود یا نارسایی عمل فیزیولوژیایی که ممکن است پایه ارثی یا غیر ارثی داشته باشد (آزاد، ۱۳۸۷)؛ مدل شناختی علل افسردگی را تحریف های شناختی و افکار ناکارآمد منفی می داند (هالچین، کراس و ویتبورن، ۱۹۴۸، سید محمدی، ۱۳۸۹)؛ در دیدگاه بین فردی بر روابط بین فردی به عنوان عامل ایجاد افسردگی تاکید می‌شود (هالچین، کراس و ویتبورن، ۱۹۴۸، سید محمدی، ۱۳۸۹)؛ مدل درماندگی آموخته شده علت افسردگی را انتظار فرد در مورد اینکه وقایع بد رخ خواهند داد و او نمی‌تواند از وقوع آنها جلوگیری کند، ذکر می‌کند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷، رضاعی، ۱۳۹۱)؛ یکی دیگر از علل ایجاد افسردگی وقایع استرس زای محیط زندگی می باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷، رضاعی، ۱۳۹۱). یکی از وقایع استرس زای زندگی وجود فرد مبتلا به اختلال روانی می باشد (اوونس^۴، ۱۹۸۷). وجود فرد مبتلا به اختلالات روانی از لحاظ روابط انسانی، سایر اعضای خانواده را در وضع ناراحت کننده و تأسّف باری قرار داده و صرف نظر از مخارج هنگفت و صرف وقت، فشار

1. depression
2. Barron
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder- 4th ed. Text Review
4. Owens

روانی شدیدی را به اعضای خانواده جهت نگهداری بیمار وارد می‌کند. مراقبت از بیمار روانی زندگی خانوادگی را مختل و نشاط فردی را از اعضای خانواده سلب می‌کند (میلانی فر، ۱۳۸۹). در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اختلالات مربوط به مواد (سوء مصرف مواد، وابستگی به مواد، مسمومیت از مواد و ترک مواد) به عنوان یک دسته از اختلالات مطرح شده است (آزاد، ۱۳۸۷). امروزه مسأله مواد اعتیادآور از شایعترین اختلالات مربوط به روان پزشکی در سراسر جهان است (سینها^۱، ۲۰۱۱) و به مهمترین بحران دنیای کنونی تبدیل شده است که سلامت، رفاه، ثبات سیاسی، اقتصادی و ساختار اجتماعی کشورهای مختلف جهان را تهدید می‌کند (شیرز، لیپینکات و ویلکنز^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). دفتر پیشگیری از جرم و مواد سازمان ملل^۳ (UNODCP) در سال ۲۰۰۵ شمار مصرف کنندگان مواد را در بین جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله در سراسر جهان ۲۰۰ میلیون نفر یا ۵٪ کل جمعیت جهان برآورد کرده است (گراهام^۴، ۲۰۰۸). براساس آخرین آمار رسمی منشتر شده تا سال ۱۳۸۵ که از سوی دولت جمهوری اسلامی ایران نیز مورد تایید قرار گرفته است، تعداد معتادان در ایران ۳/۷۶۱/۰۰۰ نفر می‌باشد (میری آشتیانی، ۱۳۸۵).

اثرات منفی الکل و اعتیاد بر روی خانواده در سراسر جهان به خوبی مستند شده است (برنارد^۵، ۲۰۰۷؛ برتون - فلیپس^۶، ۲۰۰۷؛ گیرلینگ، هاگو، کاسول، کانوی^۷، ۲۰۰۶؛ سیر - جونز^۸، ۲۰۰۶؛ مرکز ۲۰۰۶؛ مرکز ملی اعتیاد و سوء مصرف مواد^۹، ۲۰۰۵؛ آفورد^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۵). اولین ضربه‌های اعتیاد بر پیکر خانواده وارد می‌شود. اعتیاد، خانواده فرد معتاد را متزلزل می‌سازد و فرزندان و سرنوشت و آینده آنان را به مخاطره می‌اندازد. سوغات اعتیاد برای خانواده چیزی جز پریشان حالی و نگرانی نیست. خوشی و شادمانی از خانواده معتاد رخت برمی‌بندد و شیرازه زندگی از هم می‌پاشد. مهمترین تاثیر اعتیاد بر خانواده از بین رفتن کنترل، نظم و انضباط و به وجود آمدن هرج و مرج و بی بند و باری است که این بی‌بند و باری زمینه‌ساز و فرصتی برای فساد است (قربان حسینی، ۱۳۶۸). از دیگر پیامدهای اعتیاد می‌توان به مشکلات شدید جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی برای فرد وابسته به مواد و خانواده‌اش اشاره کرد. به این ترتیب محیط امن خانواده به

-
1. Sinha
 2. Shires, Lippincott, wilkins
 3. United Nations Office Drug and Crime Prediction
 4. Graham
 5. Barnard
 6. Burton-Phillips
 7. Girling, Huakau, Casswell, Conway
 8. Sayer-Jones
 9. National Center on Addiction and Substance Abuse [NCASA]
 10. Orford

خطر می‌افتد. زنانی که با همسر معتاد زندگی می‌کنند، تحت تاثیر مصرف مواد همسر قرار می‌گیرند (وطن پرست و همکاران، ۱۳۸۷). همسران افراد معتاد باید عارضه‌های روانی، اجتماعی و اقتصادی مصرف مواد همسرشان را تحمل کنند. از بین عوارض روانی زنانی که دارای همسر معتاد هستند، به افسردگی اشاره شده است (کاپلو، تمپلتن، پاول^۱ و همکاران، ۲۰۱۰؛ ولمن^۲، ۲۰۱۰؛ محمد خانی، ۱۳۸۸؛ شانکرداس^۳، ۲۰۰۲؛ وطن پرست و همکاران، ۱۳۸۷).

روش‌های درمانی موجود برای درمان افسردگی شامل دارو درمانی و روان‌درمانگری با استفاده از روش‌های روان تحلیل‌گری، شناختی، رفتاری، شناختی- رفتاری و خانواده درمانی به صورت ترکیبی یا به تنهایی می‌باشند (واکر و روبرتس^۴، ۲۰۰۱). اما به نظر می‌رسد که امید درمانی، روشی نو برای درمان افسردگی می‌باشد.

در تحقیقات مختلف روشن شده که بین امید و پیامدهای بهتر روان درمانی رابطه وجود دارد (اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۰؛ اسنایدر، ۲۰۰۲؛ اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۲ به نقل از بهاری، ۱۳۹۰). امید مجموعه توانایی‌های فرد برای ایجاد گذرگاه‌هایی به سمت اهداف مطلوب و در ادامه داشتن انگیزه لازم برای استفاده از این مسیرها می‌باشد. امید هنگامی نیرومند است که هدف‌های ارزشمندی را در بر گیرد و با وجود موانع چالش‌انگیز ولی برطرف شدنی، احتمال دستیابی به آن هدف‌ها در میان مدت وجود داشته باشد (استورات، ۲۰۰۵؛ نوایی نژاد، ۱۳۸۶). امید درمانی به منظور افزایش تفکر امیدوارانه و غنی‌سازی فعالیت‌های مربوط به تعقیب هدف طراحی شده است. در این درمان شرکت‌کنندگان ابتدا با اصول نظریه امید آشنا شده و سپس به آنها آموزش داده می‌شود که چگونه این اصول را در زندگی خود به کار ببرند. شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که: ۱- چگونه اهداف مهم، قابل دستیابی و قابل اندازه‌گیری تعیین کنند. ۲- گذرگاه‌های متعددی را برای حرکت به سمت این اهداف طراحی کنند. ۳- منابع انگیزشی و تأثیر متقابل هر مانع بر انگیزش را شناسایی کنند. ۴- پیشرفت به سمت هدف را بازنگری کنند و ۵- اهداف و گذرگاه‌ها را در صورت لزوم اصلاح کنند (اسنایدر، چیونز، سیمپسون^۵، ۱۹۹۷).

تحقیقات متعدد نقش امید درمانی را در کاهش افسردگی روشن کرده‌اند. مهمت و روزین^۶ (۲۰۰۹) و (۲۰۰۹) در پژوهش خود نشان دادند که امید درمانی با افسردگی می‌جنگد؛ راندولوف^۷ و

-
1. Copello, Tempelton, Powell
 2. Velleman
 3. Shankerdass
 4. Walker, Roberts
 5. Snyder, Cheavens, Sympton
 6. Mehmet, Roizen
 7. Randloph C

همکاران (۲۰۰۷) نیز در پژوهش خود نشان دادند که بین امید و افسردگی رابطه منفی وجود دارد. نتایج پژوهش چیونز، فیلدمن، گام، میکائیل، اسنایدر^۱ (۲۰۰۶) نیز نشان داد که مداخله کوتاه مدت امید درمانی علایم افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد. پترسون^۲ (۲۰۰۰)، اسنایدر^۳ (۲۰۰۰)، شیر، کارور^۴ (۲۰۰۰)، تیلور، فیلدمن، ساندرس و ایلاری^۵ (۲۰۰۰) نیز در پژوهش‌های خود به این این نتیجه رسیدند که امیدواری به طور کلی با آسیب شناسی روانی و به‌خصوص افسردگی همبستگی منفی دارد. رئیس‌یان خیر آبادی، گلزاری و برجعلی (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود زنان درمان جوی وابسته به مواد مخدر نشان دادند که این روش آموزشی در کاهش افسردگی و پیشگیری از عود موثر بوده است و نتایج در دوره پیگیری نیز ماندگار بوده اند. در پژوهشی که با عنوان بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان توسط بیجاری (۱۳۸۸) انجام شد، نتایج نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی به طور معناداری موجب افزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود. در پژوهشی دیگر که توسط علاءالدینی، کجباف و مولوی (۱۳۸۷) نیز در پژوهش خود نشان دادند که امید درمانی موجب کاهش افسردگی می‌شود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که امید درمانی باعث کاهش افسردگی در گروه‌های مختلف می‌شود.

به خاطر آمار بالای اعتیاد و درگیری خانواده‌های ایرانی و با توجه به اینکه اعتیاد همسر(پدر خانواده) اثرات منفی زیادی را بر روی اعضای خانواده و به ویژه همسران دارد و همسران افراد وابسته به مواد باید عواقب و پیامدهای ناگواری را تحمل کنند که در نتیجه این پیامدها ممکن است دچار افسردگی شوند لذا، پژوهش حاضر در نظر دارد که افسردگی ناشی از اعتیاد همسران را با توجه به مداخله امید درمانی مورد بررسی قرار دهد و سؤال اصلی پژوهش را می‌توان این گونه بیان کرد: آیا آموزش امید درمانی در کاهش میزان افسردگی زنان دارای همسر معتاد تاثیرگذار است؟

-
1. Cheavens, Feldman, Gum, Michael, Snyder
 2. Peterson
 3. Snyder
 4. Scheier, Carver
 5. Taylor, Feldman, Saunders, Illardi

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

پژوهش حاضر تجربی از نوع طرح گمارش تصادفی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بود از کلیه زنانی که همسر آنها معتاد بوده و برای ترک اعتیاد به یکی از کلینیک ها یا مراکز دولتی و یا خصوصی شهر شیراز مراجعه کرده است. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس نمونه ای به حجم ۳۰ نفر از بین این زنان انتخاب شد که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. از ملاک های ورود به نمونه ۱. دارا بودن همسر معتاد که برای ترک به مرکز درمانی مراجعه کرده، ۲. کسب حداقل نمره ۱۴ در پرسشنامه افسردگی بک و ۳. داشتن سواد خواندن و نوشتن می باشد و در صورت غیبت بیش از ۲ جلسه از جلسات گروه، شرکت کننده از نمونه خارج می شد. جهت تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از این پژوهش علاوه بر استفاده از آماره های توصیفی همچون میانگین^۱ و انحراف معیار^۲، جهت مقایسه میانگین های دو گروه پژوهش (گروه آزمایش و گروه کنترل) در آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره^۳ و آزمون همبسته استفاده شده است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه بک نوع بازنگری شده: این پرسشنامه با ملاک های افسردگی در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) منطبق شده است. همانند BDI- BDI-II نیز ۲۱ سوال دارد و پاسخ ها بین ۰ تا ۳ نمره گذاری می شوند. نقاط برش در BDI-II با BDI تفاوت دارد:

۱۳- افسردگی جزئی، ۱۴ تا ۱۹- افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸- افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳- افسردگی شدید.

این پرسشنامه مبتنی بر پنج عامل افسردگی و نشانه های افسردگی تنظیم و تدوین شده است:

عامل ۱- بدبینی، احساس شکست، تنفر از خود، افکار خودکشی، بی تصمیمی و کندی.

عامل ۲- احساس گناه، انتظار تنبیه و سرزنش خود.

عامل ۳- گریه کردن، تغییر تصویر بدنی، ناخشنودی و غمگینی.

عامل ۴- کاهش وزن، شکایت جسمانی و خستگی.

-
1. Mean
 2. Standard Deviation
 3. Ancova

عامل ۵-زود رنجی، بیخوابی و بی‌اشتهایی. (کراز، ۱۳۸۱)

اعتبار و روایی این آزمون از هنگام تدوین تاکنون مورد ارزیابی‌های متعددی قرار گرفته است، که عمدتاً نتایج مطلوبی داشته‌اند. در تحقیقات متعدد روایی این آزمون از $r=0.73$ تا $r=0.93$ با میانگین $r=0.86$ به دست آمده است. روایی همزمان با درجه بندی‌های بالینی برای بیماران روانپزشکی نشانگر ضریب همبستگی متوسط تا بالا است ($r=0.55$ تا $r=0.96$)، همچنین این آزمون با آزمون‌های دیگر که افسردگی را می‌سنجد، همبستگی بالایی داشته است. از جمله همبستگی این آزمون با آزمون $MMPI$ $r=0.74$ به دست آمده است (مارنات، ۲۰۰۹، ترجمه پاشا شریفی، ۱۳۹۱).

پایایی آزمون بک در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرونیک محاسبه گردید که به برای پیش آزمون ۰/۸۱، برای پس آزمون ۰/۸۹ و برای آزمون پیگیری ۰/۸۸ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

به منظور اجرای این پژوهش با حضور در جلسه آموزش خانواده مرکز اجتماع درمان مدار شهر شیراز که برای خانواده‌های بیماران وابسته به مواد برگزار می‌شود و توضیح درمورد برنامه از بین داوطلبانی که شرایط ورود به نمونه را داشتند ۳۰ نفر انتخاب شدند که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای آزمودنی‌های گروه آزمایش برنامه آموزشی امید درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی ارائه شد. در هر دو گروه آزمایش و کنترل دوبار بار پرسشنامه افسردگی بک اجرا شد (پیش آزمون، پس آزمون) علاوه بر این در گروه آزمایش آزمون پیگیری نیز یک ماه و نیم پس از اتمام دوره آموزشی اجرا شد. هدف از تشکیل گروه آموزش مهارت‌هایی برای ایجاد انگیزه و رسیدن به اهداف بر اساس نظریه امید درمانی می‌باشد. در هر جلسه ۲۰ دقیقه خلاصه‌ای از مباحث جلسه قبل و بررسی تکالیف خانه ارائه می‌شد؛ ۲۰ دقیقه یک مهارت جدید در مورد امید که در سه حیطه اهداف، گذرگاهها و عامل می‌باشد، آموزش داده می‌شد؛ ۳۰ دقیقه درمورد شیوه‌های به کارگیری این مهارتها در زندگی روزمره صحبت می‌شد و مراجعان تشویق می‌شدند تا مسائل را به صورت عینی و روشن مطرح کرده و با کمک یکدیگر این مسائل را با استفاده از مهارت‌های امید حل کنند. در طول این بخش درمانگر فرایند‌های گروهی را ترغیب کرده و همزمان تلاش می‌کرد تا مکالمات در گروه بر عناوین مربوط به امید متمرکز شده و در چارچوب نظریه امید قالب‌بندی شود و ۲۰ دقیقه آخر هر جلسه نیز به جمع‌بندی مطالب جلسه، پاسخ به سؤالات اعضا و ارائه تکلیف برای بین دو جلسه اختصاص داشت. محتوای جلسات به شرح زیر می‌باشد:

اهداف هر جلسه	جلسات
اجرای پیش آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر، درمانگر و ساختار گروه، معرفی برنامه آموزشی و هدف از اجرای آن	جلسه اول
تعریف، توضیح و بیان ویژگی های هدف، بیان اهمیت هدفمند بودن در زندگی	جلسه دوم
صحبت در مورد راه های رسیدن به هدف، صحبت در مورد احساسات ناشی از رسیدن به هدف یا ناکام ماندن هدف، راهکارهایی برای بیشتر کردن احتمال دستیابی به هدف	جلسه سوم
صحبت در مورد راه های افزایش نیروی عامل و یا انگیزه رسیدن به اهداف، تعریف انگیزش، حیطه های مهم انگیزش و انرژی: انرژی فیزیکی؛ انرژی روانی، صحبت در مورد انرژی روانی	جلسه چهارم
ادامه بحث در مورد راه های افزایش نیروی عامل و یا انگیزه رسیدن به اهداف، صحبت در مورد انرژی فیزیکی به عنوان عاملی در افزایش قدرت اراده؛ توجه به تغذیه، ورزش، صحبت در مورد قدرت راهیابی	جلسه پنجم
صحبت در مورد موانع رسیدن به هدف، صحبت در مورد خودگویی های منفی به عنوان یکی از موانع، دلیل استفاده از خودگویی های منفی، بیان استراتژی هایی برای تغییر خودگویی های منفی	جلسه ششم
صحبت در مورد لغزش و لغزش مجدد در مسیر رسیدن به هدف، ارائه راهکارهایی برای جلوگیری از لغزش مجدد	جلسه هفتم
جمع بندی جلسات، گرفتن بازخورد از اعضای گروه، اجرای پس آزمون و مشخص کردن جلسه پیگیری	جلسه هشتم

به منظور رعایت اصول اخلاقی قبل از انجام تحقیق در یک جلسه حضوری در مورد هدف از تشکیل گروه، دستاوردها و میزان تأثیرگذاری گروه، وظیفه درمانگر و مسؤولیت شرکت کنندگان و اختیاری بودن شرکت در جلسات گروه و همچنین برگزاری جلسات برای اعضای گروه گواه صحبت شد.

یافته ها

یافته های توصیفی این پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به صورت جداگانه در جدول شماره ۱ می باشد. همچنین یافته های استنباطی پژوهش شامل تحلیل کوواریانس و آزمون مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پیگیری گروه آزمایش با استفاده از آزمون t همبسته می باشد که در جداول ۲ و ۳ ارائه شده است. جدول ۱ آماره های توصیفی متغیر مورد مطالعه را به تفکیک گروه ارائه کرده است.

جدول ۱- آماره های توصیفی افسردگی به تفکیک گروه

متغیر	گروه	ارزیابی	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	آزمایش	پیش آزمون	۲۴/۳۳	۶/۰۱
		پس آزمون	۱۷/۳۳	۹/۱۱
		پیگیری	۲۱/۲۶	۱۰/۵۰
کنترل		پیش آزمون	۲۵/۷۳	۸/۵۵
		پس آزمون	۲۵/۶۶	۷/۲۲

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون با پس آزمون تفاوت زیادی دارد در صورتی که بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نمی‌شود.

با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد، برای بررسی اثر بخشی مداخله درمانی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. جهت استفاده از تحلیل کوواریانس ابتدا باید پیش فرضهای استفاده از آن را مورد بررسی قرار داد و در صورت تایید پیش فرض ها می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد. به همین جهت ابتدا برای مشخص کردن طبیعی بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد و نتایج طبیعی بودن توزیع نمرات را تأیید کردند سپس برای بررسی همگنی شیب رگرسیون از تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد که نتایج همگنی شیب رگرسیون را تأیید کردند ($F=0/13$ ، $sig=0/72$) و در پایان برای تعیین یکسانی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد که در این مورد نیز نتایج یکسانی واریانس ها را نشان دادند. بنابراین با تایید مفروضه های استفاده از تحلیل کوواریانس، می‌توان برای مقایسه نمرات پس آزمون گروه آزمایش با گروه کنترل از تحلیل کوواریانس استفاده کرد که در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس آورده شده است.

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین نمرات افسردگی

در گروه آزمایش و کنترل

منبع	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون	۷۰۹/۸۶	۱	۷۰۹/۸۶	۱۶/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۳۸
گروه	۳۸۹/۴۷	۱	۳۸۹/۴۷	۸/۸۸	۰/۰۰۶	۰/۲۵
خطا	۱۱۸۴/۰۰	۲۷	۴۳/۸۲			
کل	۱۶۵۴۴/۰۰	۳۰				

چنانچه در جدول فوق مشاهده می شود بین میانگین نمرات پس آزمون افسردگی بعد از حذف اثر پیش آزمون (به علت کم کردن میزان خطای واریانس) تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می توان نتیجه گرفت که امید درمانی به طور معناداری موجب کاهش افسردگی در پس آزمون شده است. بر اساس ضریب اتای به دست آمده ۰/۲۵ تفاوت واریانس نمرات پس آزمون افسردگی در گروه آزمایش ناشی از مداخله امید درمانی بوده است. به منظور مقایسه نمرات پیش آزمون با نمرات آزمون پیگیری در گروه آزمایش نیز از آزمون t همبسته استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳- مقایسه میانگین های مراحل پس آزمون و پیگیری آزمون افسردگی بک

شاخص مرحله	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین ها	مقدار t	درجات آزادی	سطح معناداری
پیش آزمون	۱۵	۲۴/۳۳	۶/۰۱	۳/۰۷	۲/۲۲	۱۴	۰/۰۴
پیگیری	۱۵	۲۱/۲۶	۱۰/۵۰				

همان گونه که نتایج جدول نشان می دهد، میانگین آزمون افسردگی در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش داشته است. همچنین با توجه به مقدار t (۲/۲۲) و همچنین سطح معناداری آزمون (۰/۰۴) که کوچکتر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین با ۰/۹۵ اطمینان می توان نتیجه گرفت که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات افسردگی در آزمون پیگیری با پیش آزمون معنادار می باشد و این نتیجه بدین معنی است که آموزش امید درمانی در کاهش افسردگی اثرات پایداری داشته است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی زنان دارای همسر معتاد انجام شد و نتیجه نشان داد که آموزش امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی زنان دارای همسر معتاد موثر بوده است. به عبارتی دیگر میزان افسردگی در زنانی که این آموزش را دریافت کرده بودند، نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشته است.

این نتیجه با یافته های پژوهش های مهمت و روزین (۲۰۰۹) که امید درمانی با افسردگی می جنگد راندولوف و همکاران (۲۰۰۷)، چیونز و همکاران (۲۰۰۶) که مداخله کوتاه مدت امید درمانی علائم افسردگی و اضطراب را کاهش می دهد، پترسون (۲۰۰۰)، اسنایدر (۲۰۰۰)، شیر و کارور (۲۰۰۰)، تیلور و همکاران (۲۰۰۰)، رئیسایان خیرآبادی و همکاران (۱۳۹۰)، بیجاری و همکاران (۱۳۸۸) و علاءالدینی و همکاران (۱۳۸۷) همسو بود.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که افراد مبتلا به افسردگی عمیق، اغلب اوضاع و احوال خود را برگشت ناپذیر پنداشته و معتقدند که نه خود می‌توانند کمکی به خویش بنمایند و نه دیگران قادرند که آنها را یاری کنند. این نوع تفکر به عنوان سندروم ناامیدی- بی‌پناهی^۱ نام گرفته است (آزاد، ۱۳۸۷). اما در مداخله امید درمانی به مراجعان آموزش داده می‌شود تا اهداف مهم، قابل دستیابی و قابل اندازه‌گیری برای خود تعیین کرده و برای دستیابی به آن گذرگاه‌های متعددی را در نظر بگیرند، موجب کاهش افسردگی می‌شود. داشتن هدف و امید به دستیابی آن به زندگی فرد معنا داده و او را در مسیر خاصی قرار می‌دهد (پترسون، ۲۰۰۰) که این مسأله موجب از بین رفتن سندروم ناامیدی- بی‌پناهی می‌شود. از نظر اسنایدر (۲۰۰۰) سه الگوی انسداد هدف وجود دارد که فرد را مستعد ابتلا به افسردگی می‌کند: ۱- مسدود شدن یک هدف مهم یا اساسی، ۲- انتخاب اهدافی که رضایت بخش نیستند و ۳- انتظار تعمیم یافته برای شکست. همچنین از نظر او، از دست رفتن عامل یا انسداد هدف و ناتوانی در ایجاد گذرگاه‌های مناسب می‌تواند فرد را مستعد افسردگی کند. در امید درمانی سعی بر آن است که این الگوها در مراجع اصلاح شود تا میزان افسردگی او کمتر شده و آسیب‌پذیری او نسبت به این اختلال کاهش یابد. به این منظور به آنها آموخته می‌شود تا «اهداف»، «گذرگاه‌ها» و «عامل» بیشتری در خود ایجاد کنند و با تمرکز بر موفقیت‌های گذشته به تعمیم انتظار برای موفقیت بپردازند. علاوه بر این در نظریه امید، اهداف منبع اصلی هیجان هستند. هیجان مثبت ناشی از دستیابی به هدف یا تصور نزدیک شده به آن به وجود می‌آید (اسنایدر، ۲۰۰۰) و این هیجان مثبت نیز موجب از بین رفتن علائمی مانند نبود انرژی یا خلق افسرده که از علائم شایع فرد افسرده می‌باشد، می‌شود.

نتیجه کلی این پژوهش نشان داد که امید درمانی به دلیل کمک به فرد برای تعیین اهداف مهم، ایجاد انگیزه و به تبع آن ایجاد علاقه نسبت به فعالیت‌های زندگی در فرد و طراحی مسیرهایی برای رسیدن به این اهداف می‌تواند موجب کاهش میزان افسردگی شود. بنابراین با توجه به یافته‌های این پژوهش و بر حسب پیشینه پژوهشی موجود، پیشنهاد می‌شود از مداخله امید درمانی در کلینیک‌های ترک اعتیاد و مراکز مشاوره برای کاهش میزان افسردگی خانواده‌های افراد وابسته به مواد استفاده گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی این روش مداخله‌ای برای فرد وابسته به مواد و همچنین برای سایر اعضای خانواده که با این شخص درگیر هستند و همچنین برای دیگر مشکلات روانشناختی زنان دارای همسر وابسته به مواد نیز به کار گرفته شود.

لازم به ذکر است که روش نمونه گیری دردسترس، عدم توانایی کنترل متغیرهای مزاحم در پژوهش و کوتاه بودن دوره پیگیری از محدودیت های این پژوهش به شمار می روند.

تشکر و قدردانی

در پایان بر خود واجب می دانم که از اساتید گرانقدر جناب آقای دکتر محمود گلزاری و جناب آقای دکتر عزت اله کردمیرزا نیکوزاده به خاطر راهنمایی های ارزنده شان و همچنین از مسئولین محترم مرکز اجتماع درمان شیراز به خاطر همکاری جهت اجرای این پژوهش تشکر نمایم.

منابع

- استورات، ویلیام (۲۰۰۵). *دایره المعارف مشاوره*. ترجمه شکوه نوابی نژاد (۱۳۸۶)، تهران: نشر علم.
- آزاد، حسین. (۱۳۸۷). *آسیب شناسی روانی (۱ و ۲)*. تهران: بعثت.
- بهراری، فرشاد (۱۳۹۰). *مبانی امید و امید درمانی (راهنمای امید آفرینی)*، تهران: دانژه.
- بیجاری، هانیه؛ قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی؛ آقامحمدیان شعر باف، حمیدرضا و همایی، فاطمه (۱۳۸۸). *بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان*. مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی، ۱۰ (۱).
- رئیسبان خیرآبادی، اکرم؛ گلزاری، محمود و برجعلی، احمد (۱۳۹۰). *اثربخشی آموزش امید درمانی بر کاهش افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمانجوی وابسته به مواد مخدر*. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۵ (۱۷).
- سادوک، بنجامین؛ سادوک، ویرجینیا (۲۰۰۷). *خلاصه روان پزشکی: علوم رفتاری، روان شناسی بالینی*. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۱)، تهران: ارجمند.
- علاء الدینی، زهره؛ کجباف، محمد باقر و مولوی، حسین (۱۳۸۷). *بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی بر میزان امید و سلامت روانی*. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱ (۴).
- قربان حسینی، علی اصغر (۱۳۶۸). *پژوهشی نو در مواد مخدر و اعتیاد*. تهران: امیرکبیر.
- کراز، ژاک (۱۳۸۱). *بیماریهای روانی*. ترجمه محمود منصور و پریخ دادستان، تهران: رشد.
- مارنات، گری گراث (۲۰۰۹). *راهنمای سنجش روانی (جلد اول)*. ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخوا (۱۳۹۱)، تهران: سخن.
- محمد خانی، پروانه (۱۳۸۸). *بررسی آسیب شناسی اجتماعی زنان دارای همسر معتاد*. فصلنامه اعتیاد پژوهی.
- میری آشتیانی، الهام (۱۳۸۵). *جامعه شناسی اعتیاد در ایران امروز*. تهران: مهاجر.
- میلانی فر، بهروز (۱۳۸۹). *بهداشت روانی*. تهران: قومس.
- وطن پرست، ابوالفضل؛ خزائلی پارسا، فاطمه؛ قازاریان، ماریت؛ محرم خانی، فریده؛ فتحعلی لواسانی، فهیمه؛ جلال، مرجان؛ یعقوبی، آذین و موسوی شندی، پدram (۱۳۸۷). *بسته آموزشی پیشگیری از مصرف مواد ویژه همسران سوء مصرف کنندگان مواد*. به سفارش دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد تهران.
- هالچین، ریچارد. پی؛ ویتبورن؛ سوزان کراس (۱۹۴۸). *آسیب شناسی روانی*. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۹). تهران: روان.

- Barnard, M. (2007). *Drug addiction and families*. London and Philadelphia: Kingsley.
- Barron, LW. (2007). *Effect of religious coping skills training with group cognitive-behavioral therapy for treatment of depression*: North central university, College of psychology.

- Burton-Phillips, E. (2007). *Mum, can you lend me twenty quid? What drugs did to my family*. London: Piatkus Books.
- Cheavens, J. S., Feldman, D., Gum. A., Michael, S. T., & Snyder, C. R. (2006). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77, 61 - 78.
- Copello, A., Tempelton, L., & Powell, J. (2010). The impact of addiction on the family: Estimates of prevalence and costs. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(1), 63-74.
- Girling, M., Huakau, J., Casswell, S., & Conway, K. (2006). Families and heavy drinking: Impact on children's well-being. [Systematic Review]. *Centre for Social and Health Outcomes Research and Evaluation and Te Ropu Whariki*, Massey University.
- Graham. D. (2008). Psychopathology Research Assessment and Treatment in Clinical Psychology. *American Educational Research Journal*, 30, 651-668.
- Mehmet, O., & Rozien.M. (2009). You've got to have hope: Studies show "hope therapy" fights depression. Ohio State University; Anouymous, *New SRX science*, Atlanta, P. 68.
- National Center on Addiction and Substance Abuse (NCASA). (2005). Family matters: Substance abuse and the American family: A CASA White Paper. *CASA at Columbia University*.
- Orford, J., Natera, G., Copello, A., Atkinson, C., Tiburcio, M., Velleman, R., et al. (2005). Coping with alcohol and drug problems: The experiences of family members in three contrasting cultures.
- Owens, K., (1987). *The world of the child*. New York. Holt Rinehart and Winston; 3. 67.
- Peterson, C. (2000). The Future of Optimism., *American Psychologist*, 55, 45-55.
- Randolph, C., Arnao, D. H., Rosen, J. F., Finch, J. L., Rhudy., & Vincent J. F. (2007). Longitudinal Effects of Hope on Depression and Anxiety: A Latent Variable Analysis. *Journal of Personality*, 75, 1.
- Sayer-Jones, M. (2006). *In my life*. Canberra: Commonwealth of Australia.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2000). *Optimism*. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress*, San Diego: Academic Press, 3, 99-102.
- Shankerdass, M. K. (2002). *Women and Drug Abuse: The Problem in India*. United nations international druge control programme.
- Shires, L. R., Lippincott. W., & wilkins. (2010). Basic concepts of Psychiatric mental health nursing. Philadelphia : *Lippincott William & wilkins*, 403 - 430.
- Sinha, R. (2011). New finding on biological factors predicting Addiction Relapse vulnerability. *Curr psychiatry Rep*, 13, 398 - 405.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of Hope: Theory, Measures, and Application*. (Edited by C. R. Snyder), ACADEMIC PRESS, USA.
- Snyder, C. R., Cheavens, J., & Sympson, S. C. (1997). *Hope: an Individual Motive for Social Commerce, Group Dynamics: Theory, Research, and practice*. 1, 107-118.
- Taylor, J.D., Feldman, D.B., Saunders, R.S., & Illardi, S.S. (2000). *Hope Theory and Cognitive Behavioral Therapies*. In C.R. Snyder (Ed.) *Handbook of Hope Theory, Measures, and Application*, (pp. 109-122).
- Velleman, R. (2010). The policy context: Reversing a state of neglect. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(S1), 8-35.

Walker, C.E.; & Roberts, M.C.(2001). *Hand Book of Clinical Child Psychology*.Third Edition. John wileg & sons,INC. New York.