

اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد (اکت) بر امید به زندگی در مردان معتاد

فاطمه ماه روح^۱

^۱ کارشناس ارشد مشاوره خانواده

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد (اکت) بر امید به زندگی در مردان معتاد شهر ری بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل معتادین مرد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان ری بود که تعداد آنها ۷۰ نفر بوده که ۴۰ نفر به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفت. اعضای گروه آزمایش در ۸ جلسه، ۹۰ دقیقه ای در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند و گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش: مقیاس امید اسنایدر بود. جهت تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده گردید. یافته های پژوهش نشان داد که با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون، فرضیه اصلی مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیر امید به زندگی مردان معتاد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تایید می گردد. همانگونه که از نتایج پیداست سطح معناداری حاصل شده برای متغیر امید به زندگی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۲۵ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۲ متغیر وابسته) کوچکتر می باشد. در نتیجه با توجه به میانگین های حاصل شده می توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان متغیر امید به زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود داشته است.

واژه های کلیدی: معتادین، امید به زندگی، شهرستان ری

مقدمه

اعتیاد یکی از بزرگترین معضلات جامعه‌ی بشری است که نه تنها موجب اختلالات رفتاری و اجتماعی می‌گردد؛ بلکه با تأثیر بر جنبه‌های مختلف سلامت جسمی، خسارات مالی هنگفتی را بر فرد، خانواده و جامعه وارد می‌سازد (لی معال و کوه^۱، ۲۰۱۷). اعتیاد به دلیل ماهیت پیشرونده اش در همه‌ی ابعاد زندگی، سلامتی افراد را به خطر انداخته و آثار سوء آن بر سلامت روانی، جسمانی، اجتماعی، هیجانی، معنوی و شناختی فرد به وضوح قابل مشاهده است (مک للان، چارک و بارلت^۲، ۲۰۱۷). کیفیت زندگی در افراد بیمار به حالتی از خوب بودن اطلاق می‌شود که منعکس کننده وضعیت جسمی روانی و اجتماعی می‌باشد و اختلالات مزمن و طولانی مانند اعتیاد، به عنوان یک بحران در زندگی افراد به خصوص معتادین می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی در بعد روحی و جسمانی شود. لذا مبتلایان به اعتیاد نیازهای زیست شناختی، روانشناختی، اجتماعی و هیجانی دارند که در مقایسه با افراد سالم متفاوت است (امامی پور، شمس اسفندآبادی، صدراالسادات و نژادنادری، ۱۳۹۷)؛ بنابراین معتادین به مواد کیفیت زندگی پایینی دارند (حجتی، شریف نیا، فغانی، حجتی و سلماسی، ۱۳۹۹). اعتیاد نیز می‌تواند نوعی بیماری یا آسیب دیدگی شمرده شود که عزت نفس فرد را تهدید کرده و آینده فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند، علیرغم تغییر الگوی ذهنی، مردم در سطوح عالی و خاص نسبت به معتادان و مصرف‌کنندگان مواد مخدر، اعتماد چندانی ندارند. آنان حتی حاضر نیستند به فرد معتادی که ترک کرده است در صورت امکان کاری واگذار کنند (کرمی و اعتمادی فرد، ۱۳۹۹). از جمله درمان‌هایی که جهت حل مسائل روانشناختی استفاده می‌شود درمان پذیرش و تعهد می‌باشد. درمان پذیرش و تعهد تنها مداخله‌ی روانی، تجربی است که در آن راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی به همراه تعهد و راهبردهای تغییر رفتار به کار گرفته می‌شود که انعطاف پذیری روانشناختی را افزایش دهد (هیز^۳، ۲۰۰۵). اگرچه درمانگران شناخت درمانی با استفاده از تعدادی راهبردهای شناختی رفتاری باعث تغییر در ساختار عملکرد شناختی‌ها می‌گردند اما هدف پذیرش و تعهد درمانی افزایش پذیرش کامل حیطه‌ی وسیعی از تجارب عینی است که شامل آشفتگی‌ها، افکار، باورها، احساسات و دریافت‌های حسی، بدنی می‌باشد و نهایتاً افراد را به سمت ارتقای کیفیت زندگی‌شان هدایت می‌کند. در این رویکرد بر روی تغییر و اصلاح رابطه فرد با افکارش تمرکز دارد، درمان پذیرش و تعهد به مراجع کمک می‌کند آنچه برای فرد مهم است را بشناسد و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای

۱. Le Moal, & Kooh

۲. Mclellan AT, Chalk M, Bartlett

۳. Hayes

هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند(هیز، استروسال و ویلسون^۴، ۱۹۹۹). به علاوه در این رویکرد به جای اینکه صرفاً بر نشانه تاکید شود، زمینه ای تغییر داده می شود که این نشانه مثلاً فکر مزاحم در آن رخ می دهد و سپس به مراجع کمک می شود مطابق با ارزش هایش عمل کند(ایزدی و عابدی، ۱۳۹۸). در واقع تمرکز کمتری بر نشانه و بیشتر بر افزایش کیفیت زندگی تاکید دارد(هیز، لوین، پلامب، پولانگر و پیستورلو^۵، ۲۰۱۹).

بیان مسئله

اعتیاد همچنین(خوگری) حالتی است که در آن شخص به علت روانی یا مصرف مواد شیمیایی، طبیعی دچار ضعف اراده در کنترل تکرار اعمال خود می شود. هرچند ضعف اراده، خود بیماری نیست ولی به علت عوارضی که بر دستگاه عصبی مرکزی شخص ایجاد شده به عنوان بیماری فرض می شود و این بیماری با ایجاد اختلال در کنترل بر سیستم رفتار، باعث تکرار آن رفتار می گردد. بیماری اعتیاد مدارهای عصبی مربوط به نظام، انگیزش و حافظه را در مغز دچار اختلال کرده، و اختلال در این سیستمها در مغز باعث بروز عوارض بیولوژیکی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و روانی می گردد به شخصی که درگیر این اختلال عصبی باشد» معتاد «می گویند. بررسی اعتیاد به عنوان عارضه ای روانی، اجتماعی و اقتصادی از دیدگاه علوم پزشکی، روان شناسی و جامعه شناسی و همین طور از دیدگاه های فلسفه، قانون، اخلاق و مذهب صورت می گیرد. از سال ۱۹۶۴ میلادی، سازمان بهداشت جهانی استفاده از عبارت وابستگی دارویی یا وابستگی به دارو را به جای اصطلاح اعتیاد توصیه نموده است.(رضوی، ۱۳۹۷). یکی از بزرگ ترین مشکلات اغلب کشورها در عصر امروز، پدیده سوء مصرف مواد است، که به طور مستقیم و غیرمستقیم، کوتاه مدت و بلندمدت، کیفیت زندگی ساکنین آنها را تحت الشعاع قرار داده است. اعتیاد پاسخ فیزیولوژیک بدن است به مصرف مکرر مواد اعتیادآور، این وابستگی از طرفی باعث تسکین و آرامش موقت و گاهی تحریک و نشاط گذرا برای فرد می گردد و از طرف دیگر بعد از اتمام این اثرات سبب جستجوی فرد برای یافتن مجدد ماده و وابستگی مداوم به آن می شود. در این حالت فرد هم از لحاظ جسمی و هم از لحاظ روانی به ماده مخدر وابستگی پیدا می کند و مجبور است به تدریج مقدار ماده مصرفی را افزایش دهد. و بر اساس گزارش سازمان ملل متحد در سال ۱۹۹۰، ۲۲۰ میلیون نفر مبتلا به سوء مصرف مواد هستند که مصرف روزانه مواد مخدری مانند تریاک، هرویین، کراک، شیشه، حشیش، کوکائین و سایر مواد مخدر را دارند(سادوک و سادوک^۶، ۱۹۹۶؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۹۱). در ایران به علت نزدیکی به کشور

۴. Hayes, Strosahl, & Wilson

۵. Levin, Plumb, Boulanger, & pistorello

۶. Sadock, & Sadock

افغانستان به عنوان بزرگ ترین تولیدکننده خشخاش و تریاک جهان، تریاک و سایر مشتقات حاصل از آن بیشترین مصرف را دارند به طوری که ایران بزرگ ترین مصرف کننده تریاک در جهان محسوب می شود (شرق، شکیبی، نیاسری، علیلو، ۱۳۹۰). سوء مصرف مواد با پیامد و عواقب زیادی همراه بوده که به طور گسترده بر سلامتی جسمانی، روانی، اجتماعی و زندگی روزمره افراد اثرگذار است. در خصوص کیفیت زندگی معتادان پژوهش های متعددی صورت گرفته است. پژوهش های انجام شده در ایران و سایر کشورها نشان از پایین بودن کیفیت زندگی معتادان دارد، زیرا در اغلب موارد بر کیفیت زندگی افراد تأثیر منفی می گذارد (صابر، موسوی و صالحی، ۱۳۹۷).

با توجه به سن پایین اعتیاد و نیز هزینه های انسانی و مادی مبارزه با عرضه و توزیع مواد و عوارض جسمی و روانی و صرف وقت هزینه های زیاد و درصد کم موفقیت و عدم انگیزه معتادان برای بهبودی که صرفاً جهت رفع خماری اقدام به دریافت درمان دارویی می نمایند می توان گفت درمان معتادان نتیجه چندان مطلوبی در پی نداشته باشد و همچنین با توجه به بررسی های انجام شده به نظر میرسد ۰/۲۰ تا ۰/۹۰ معتادانی که تحت درمان دارویی قرار می گیرند، دچار عود می شوند (در مراکز بازپروری و کاهش آسیب به درمانهای روانشناختی جهت تغییر نگرش سوء مصرف کنندگان مواد، بیشتر نیاز داشته باشند، لذا ضرورت توجه به درمانهای روانشناختی و غیردارویی بیش از پیش در رفتارهای سوء مصرف مواد احساس می گردد (کمرزین، زارع، و بروکی میلان، ۱۳۹۸). با توجه به روند رو به رشد اعتیاد در جامعه و اثرات منفی آن بر از جمله، اضطراب، عصبانیت، تنفر، افسردگی، و گرایش به بریدن از اطرافیان و خویشاوندان و تنهایی و ناامیدی و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی در این گروه، همچنین با توجه به اینکه پژوهش ها اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را نشان داده اند؛ از جمله افسردگی (کانتر، باروچ، گاینور، ۲۰۰۶)، پسیکوزها (باچ و هایز، ۲۰۰۲)، سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد (گیفورد و همکاران، ۲۰۰۴)، فرسودگی شغلی (بوند و بونس، ۲۰۰۳) میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان (کیانی، قاسمی، پورعباس، ۱۳۹۱)، هراس اجتماعی (عمران، ۱۳۹۰) و درد مزمن (داهل، ویلسون، نیلسون، ۲۰۰۴) مشخص شده است؛ با این وجود پژوهشی که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و امید به زندگی معتادین به مواد مخدر مورد مطالعه قرار دهد یافت نشد؛ لذا انجام این پژوهش می تواند تا حدودی این خلا پژوهشی را پر کند؛ لذا پژوهش حاضر قصد دارد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر امید به زندگی معتادین به مواد مخدر مورد مطالعه قرار دهد لذا سوال پژوهش حاضر این است آیا درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در معتادین شهر ری اثربخش است؟

اهمیت و ضرورت پژوهش

اعتیاد یک بیماری جسمی -روحي و روانی بشمار می آید که به دلیل ماهیت پیشرونده اش در همه ابعاد زندگی سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می اندازد (رابینسون، ۲۰۰۸). در واقع این مساله یک مشکل بزرگ فردی و اجتماعی است که علاوه

بر عوارض جسمی و روانی آن برای افراد معتاد، سلامت جامعه را نیز از نظر اجتماعی و اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مورد تهدید و آسیب قرار می‌دهد (دین محمدی، امانی و یزدانی خواه، ۱۳۸۶). اختلال سوء مصرف مواد پیش آگهی نامطلوبی دارد و هزینه های درمانی هنگفتی را به خانواده ها و جامعه چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیر مستقیم تحمیل می‌کند. حداقل نیمی از افراد درمان شده تا ۶ ماه بعد از درمان دوباره به این بیماری مبتلا می شوند و این میزان برای یک سال پس از درمان ۷۵ درصد است (مستشاری و وزیریان، ۱۳۸۲). بیماری ها و اختلالات مزمن مانند اعتیاد و ایدز به تنهایی یا با یکدیگر به طور مداوم در زندگی مبتلایان بحران ایجاد می کند و می توانند باعث کاهش کیفیت زندگی آنها در ابعاد مختلف روانی و جسمانی شوند (پرو، اسپیر، ۲۰۰۷).

تحقیقات نشان می دهند پیامدهای روانی و جسمانی اعتیاد منجر به کاهش کیفیت زندگی و رضایت از آن در افراد مصرف کننده مواد می شود (بیزاری و همکاران^۷، ۲۰۰۵؛ اسمیت و لارسون^۸، ۲۰۰۳). به علاوه در معتادین همچنین نرخ افسردگی، ناامیدی و اقدام به خودکشی بالا است که سبب تنزل کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد می شود و در صورت انجام مداخلاتی می توان کیفیت زندگی آنها بهبود می یابد (کارو و همکاران، ۲۰۱۰).

در هر جامعه، توجه به سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و فرهنگی و فراهم کردن زمینه ی لازم برای تحقق زندگی پویا و سالم، ضامن سلامتی افراد جامعه در سال های آینده به شمار می رود. بنابراین، بررسی کیفیت زندگی افراد و تلاش در راه بهبود و اعتلای آن، منجر به افزایش سلامت جسمی و روانی افراد خواهد شد (خسروی کبیر، موسوی، آقا یوسفی، ۱۳۹۸).

تحقیق رکتور کوبو و کوهن^۹ (۱۹۹۳) نشان داده اند که سوء مصرف الکل، مواد مخدر و آرام بخش ها با کیفیت زندگی پایین مرتبط است. همچنین یافته های اسمیت و لارسن^{۱۰} (۲۰۱۴) دادند که جنبه های جسمانی و روانی کیفیت زندگی افراد معتاد پایین است. همچنین در معتادین امید به زندگی پایین است.

افراد امیدوار از نظر افکار خودانتخابی با دیگران متفاوت اند. در نتیجه تجربیات دشوار، این افراد معتقدند که می توانند با مشکلات بالقوه و فقدان ها خود را تطبیق دهند (ایروینگ^{۱۱}، اسنایدر، گروسون^{۱۲}، ۲۰۱۵). امید باعث می شود افراد تاب آوری ذاتی خود را

۷. Bizzarri et al.

۸. Smith, Larson

۹. Rector, Kubo, Cohn

۱۰. Smith, Larson

۱۱. Irving

باور کنند و در رؤیایی با مشکلات به جستجو و کشف توانمندی‌هایشان برآیند (ماستن و پول^{۱۳}، ۲۰۰۳). و همین‌طور با توجه به تعیین اهداف و تعیین مسیرهای متعدد میزان اضطرابشان را هم کاهش دهند (کاتو و اسنایدر^{۱۴}، ۲۰۰۵).

بسیاری از پژوهش‌ها به بررسی رابطه امید با متغیرهای مختلف سلامت روانی و حتی جسمانی پرداختند. به‌عنوان مثال تحقیقات مختلف نشان داده‌اند؛ به طوری که امید به‌طور منفی با افسردگی (اسنایدر، چیونز و سیمپون^{۱۵}، ۱۹۹۷)، اضطراب (ولز^{۱۶}، ۲۰۰۵) و به‌طور کلی عواطف منفی در ارتباط است (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). همچنین افرادی که امید و انگیزه بیشتری دارند؛ کمتر به رفتارهای پرخطر رو می‌آورند (آپونته، آمایا-استوپینان و روجاز-جیمنز^{۱۷}، ۲۰۱۲).

با توجه به روند رو به رشد اعتیاد در جامعه و گرفتاری‌های ناشی از آن از یک سو و تقاضاهای افراد برای بهبود مشکلات معتادین از سوی دیگر نشان دهنده نیاز مبرم به انجام پژوهش و درمان در این زمینه می‌باشد تا راهکارهای بهبود زندگی این گروه را مورد بررسی قرار گیرد. از طرف دیگر با توجه به اهمیت و ضرورت بهداشت روانی جامعه و اهمیت کیفیت زندگی و امید به زندگی و پیامدهایی که این دو متغیر می‌تواند در بر داشته باشد به منظور تحقق جامعه سالم انجام پژوهش در زمینه این گروه ضروری به نظر می‌رسد؛ لذا ضرورت این پژوهش احساس می‌شود. از جهت کاربردی پژوهش حاضر به شناخت و ارائه راهکاری برای افزایش امید به زندگی و کیفیت زندگی می‌پردازد.

فرضیه

درمان پذیرش و تعهد بر امید به زندگی معتادین شهر ری تاثیر دارد.

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری شامل کلیه مردان معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان ری بود ابتدا از بین مردان معتادین مراجعه کننده به یکی از مراکز ترک اعتیاد که به صورت تصادفی از چهار مرکز شهری انتخاب شد. سپس نمونه تحقیق که شامل ۴۰ نفر از ۷۰ نفری که در پرسشنامه کیفیت زندگی نمره معیار را کسب کرده بودند به صورت در دسترس انتخاب شد و

۱۲. Crowson

۱۳. Masten, Powell

۱۴. Kato

۱۵. Cheavens J, Sympson

۱۶. Wells

۱۷. Aponte, Amaya-Estupinan, & Rojas-Jimenez

به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند و پکیج درمانی درمان پذیرش و تعهد در ۸ جلسه هفته ای یک بار در ۹۰ دقیقه ارائه شد.

روش اجرای پژوهش

در ابتدا معرفی نامه ای جهت اجرای تحقیق از دانشگاه صادر شد. سپس پرسشنامه ها تنظیم و بر اساس روش نمونه گیری در بین مردان معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد توزیع شد. در ابتدای کار برای جلب اعتماد و ایجاد انگیزه اهمیت کار پژوهشی و محرمانه بودن کلیه ی اطلاعات بیان شود.

روش ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده ها:

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از شاخص های آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار برای توصیف متغیرها و ویژگی های جمعیت - شناختی آزمودنی های پژوهش، آزمون کلموگروف - اسمیرنوف (جهت رعایت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه)، آزمون لوین و همگنی شیب از رگرسیون و تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه های پژوهش استفاده شد و از نرم افزار SPSS-۲۲ در نهایت استفاده شد..

پکیج درمان پذیرش و تعهد.

عنوان جلسات	شرح جلسات
جلسه اول مقدمه و دستور جلسه درمان	برقراری رابطه درمانی - بیان قوانین گروه - آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش
جلسه دوم تغییر رفتار و ذهن آگاهی	ارزشهای بالقوه و مسئله انتخاب - معرفی مفهوم تغییر رفتار - بیان تفاوت افکار، احساسات و عمل تمرین ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
جلسه سوم ارزشها	تعریف پذیرش - شناسایی ارزشها و بحث در مورد آن - پذیرش وقایع شخصی بدون درگیری با آنها ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
جلسه چهارم شفاف سازی ارزش ها و اهداف	شفاف سازی ارزشها - تبیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه - توضیح درباره اجتناب و آگاهی از وقایع

ذهن آگاهی و ارائه تکلیف		
یکنواخت کردن حرکت -گسستگی از تهدیدهای زبان -آگاهی از دریافتهای حسی مختلف -ذهن آگاهی و ارائه تکلیف	گسستگی	جلسه پنجم
مرور زمان -عمل متعهدانه -ذهن آگاهی و تمرین خود مشاهده گری) توجه به محتوای افکار ولی نجسبیدن به آن -(ارائه تکلیف	عمل متعهدانه	جلسه ششم
تعهد و موانع شکلگیری رضایت -ذهن آگاهی در پیادهروی و ارائه تکلیف	رضایت	جلسه هفتم
شفاف سازی ارزشها -نتیجه گیری و خداحافظی	ختم جلسات و نتیجه گیری	جلسه هشتم

تجزیه و تحلیل داده‌ها

توصیف آماری داده‌ها

در این بخش توصیفی آماری از داده‌ها به عمل آمده، سپس تفاوت احتمالی گروه‌ها در متغیرها در مراحل مختلف سنجش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

آزمون فرضیه: درمان پذیرش و تعهد بر امید به زندگی معنادین شهر ری تاثیر دارد.

در جدول زیر آزمون تحلیل کوواریانس برای فرضیه دوم پژوهش آمده است.

جدول ۴-۱۰ آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات ابعاد امید به زندگی در دو گروه

شاخص	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	sig	ضریب
آماري							ایتا
تفاوت دو گروه	اثربیلای	۰.۵۹	۲۴.۹۷	۲.۰۰	۳۵.۰۰	۰.۰۰۱	۰.۵۹
با کنترل اثر	لامبدای ویلکس	۰.۴۱	۲۴.۹۷	۲.۰۰	۳۵.۰۰	۰.۰۰۱	۰.۵۹
پیش آزمون	اثرتلینگ	۱.۴۳	۲۴.۹۷	۲.۰۰	۳۵.۰۰	۰.۰۰۱	۰.۵۹
	بزرگترین ریشه	۱.۴۳	۲۴.۹۷	۲.۰۰	۳۵.۰۰	۰.۰۰۱	۰.۵۹
	روی						

نتایج جدول ۴-۱۰ نشان می دهد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی دار برای عامل درمان پذیرش و تعهد «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می دهد که حداقل بین یکی از مولفه های امید به زندگی مردان معتادی که با درمان پذیرش و تعهد آموزش دیده اند، با مردان معتاد گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس = ۰/۳۸، $p < ۰/۰۵$).

جدول ۴-۱۱ آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری

شاخص آماری	منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معناداری	ضریب ایتم
تفکر گذرگاه	گروه	۱۰۷.۹۱	۱.۰۰	۱۰۷.۹۱	۲۰.۲۳	۰.۰۰۱	۰.۳۶
	خطا	۱۹۲.۰۳	۳۶.۰۰	۵.۳۳			
انگیزش	گروه	۳۲۱.۷۲	۱.۰۰	۳۲۱.۷۲	۴۷.۲۵	۰.۰۰۱	۰.۵۷
	خطا	۲۴۵.۱۰	۳۶.۰۰	۶.۸۱			

نتایج جدول ۴-۱۱ نشان می دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون، فرضیه فرعی دوم مبنی بر وجود تفاوت معنادار در مؤلفه های تفکر گذرگاه و انگیزش مردان معتاد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تایید می گردد. همانگونه که از نتایج جدول ۴-۱۱ ملاحظه می گردد سطح معناداری حاصل شده برای مؤلفه های تفکر گذرگاه و انگیزش در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۲۵ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۲ متغیر وابسته) کوچکتر می باشد. در نتیجه با توجه به میانگین های حاصل شده می توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان مؤلفه های تفکر گذرگاه و انگیزش گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تغییر داشته است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان می دهد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی دار برای عامل درمان پذیرش و تعهد «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می دهد که حداقل بین یکی از مولفه های امید به زندگی مردان معتادی که با درمان پذیرش و تعهد آموزش دیده اند، با مردان معتاد گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد و با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون، فرضیه فرعی دوم مبنی بر وجود تفاوت معنادار در مؤلفه های تفکر گذرگاه و انگیزش مردان معتاد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تایید می گردد. همانگونه که از نتایج جدول ۴-۱۱ ملاحظه می گردد سطح معناداری حاصل شده برای مؤلفه های تفکر گذرگاه و انگیزش در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۲۵ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم

سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۲ متغیر وابسته) کوچکتر می باشد. در نتیجه با توجه به میانگین های حاصل شده می توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان مؤلفه های تفکر گذرگاه و انگیزش گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تغییر داشته است. در ادامه نتایج فرضیه اول نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر امید به زندگی معتادین شهر ری اثر بخش است. نتایج این فرضیه همسو با پژوهش های پیشین از جمله اسمالواد، پوتر و رابین (۲۰۱۶)؛ هوا-یانگ و چنگناک (۲۰۱۶)؛ گراهام و همکاران (۲۰۱۴)؛ بریکر و همکاران (۲۰۱۴)؛ سواين و همکاران (۲۰۱۳)؛ برادران و همکاران (۱۳۹۵)؛ کیانی، قاسمی، پورعباس (۱۳۹۱)؛ پورفرج عمران (۱۳۹۰)؛ جانسن و موريس (۲۰۱۷)؛ صبور و کاکابرابی (۱۳۹۵)؛ کریمی و همکاران (۱۳۹۵)؛ انوری و همکاران (۱۳۹۳)؛ محمدی و همکاران (۱۳۹۴)؛ چراغیان و همکاران (۱۳۹۴)؛ قدم پور، رادمهر و یوسفوند (۱۳۹۵)؛ مرمچی نیا و ذوقی پایدار (۱۳۹۶)؛ ولوز، مک کرکن و اوبرین (۲۰۱۱)؛ پیترسون (۲۰۰۷)؛ بلکلج و هایس (۲۰۰۶)؛ داهل، ویلسون، نیلسون (۲۰۰۴)؛ دال، ویلسون و نیلسون (۲۰۰۴)؛ برانستتر و همکاران (۲۰۰۴)؛ دهقانی (۱۳۹۵)؛ محمدی و همکاران (۱۳۹۵)؛ چوب فروش زاده (۱۳۹۳)؛ کیانی، قاسمی، پورعباس (۱۳۹۱)؛ ایزدی (۱۳۹۱) و ایفرت و همکاران (۲۰۰۹). در تبیین این فرضیه می توان بیان کرد که یکی از خصوصیات افراد ناامید آمیختگی شناختی می باشد و هنگامی اتفاق می افتد که فرد معتاد افکارش را مو به مو صحیح بداند. و اینکه بین خود و افکارش تمایز قائل نشود، در این نتیجه این افراد هیچ درک مناسبی از شرایط خود و اطراف نخواهند داشت و در مهارت های گسیختگی شناختی بر روی مواردی چون قضاوتها، تفاسیر و پیش بینی ها کار نخواهد شد و در حقیقت عملکرد نامناسب پنهان در آنان آشکار می گردد.

با بیان دیگر یکی از ابعاد پذیرش و تعهد درمانی بودن در زمان حال است که در جلسات درمانی برای افراد معتاد مورد تاکید قرار گرفت تا بدین وسیله افراد معتاد متوجه افکار افسردگی زای خود شوند. در این راستا از مدیتیشن به منظور ایجاد توانایی در آنها برای بازگشت به لحظه کنونی و جداسازی از نشخوار فکری منفی استفاده شد و از این طریق محقق توانست به افراد معتادین یاد دهد که توانایی ماندن در زمان حال را در خود رشد دهند و پیامد آن بدست آوردن یک احساس تغییر پذیری از خودشان و کاهش نشخوار فکری بود. بیان اینکه مفهوم اینجا و اکنون یعنی همیشه رویدادها به طور مستقیم تجربه می شوند (هر کجا من می روم، آنجا من هستم) و بنابراین محدودیتها و رویدادها برای فرد معتاد که این فرآیند را تجربه می کند، نمی تواند مشکل آفرین باشد. و توجه به رویاها، امیدها و آرزوهای زندگی برای آنها غیر قابل انتظار است. افرادی که ممکن است خودشان را ناامید احساس کنند از زندگی به عنوان پیامد طبیعی تعقیب کردن باز می مانند و چه بسا حتی اهدافی را کسب کنند

که با آنچه آنها در زندگی مهم می‌نگرند موافق نباشد. محقق دریافت که افراد معتادی که در کلاس‌ها شرکت کرده بودند به طبع نحوه عملکرد پذیرش دریافتند که می‌تواند شرایط حاضر را پذیرفت و امید به زندگی را در خود تقویت کنند.

منابع

انوری، محمد حسن، ابراهیمی، امراله، نشاط دوست، حمید طاهر، افشار، حمید، عابدی، احمد. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر پذیرش درد، اضطراب مرتبط با درد و شدت درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۲(۲۵۹)، ۱-۱۰.

ایزدی، راضیه. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی و رفتاری بر علائم و باورهای وسواسی، کیفیت زندگی، انعطاف پذیری روانشناختی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان. رساله دکتری رشته روانشناسی عمومی دانشگاه اصفهان.

برادران، مجید، زارع، حسین، علی پور، احمد و فرزاد، ولی الله. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر همجوشی شناختی و شاخص‌های سلامت جسمانی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی. فصلنامه روانشناسی شناختی، ۴(۱-۲)، ۱-۸.

بن نینک فردریک. رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر. ترجمه، اکرم خمسه، (۱۳۸۸). چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند.

بهاری، فرشاد. (۱۳۸۸). مبانی امید و امید درمانی: راهنمایی امید آفرینی، تهران: انتشارات دانژه.

پسندیده، یلدا. (۱۳۸۵). بررسی رابطه‌ی سرمایه اقتصادی اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز.

پورفرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. فصلنامه دانش و تندرستی، ۶(۲)، ۱-۵.

چراغیان، حدیث، حیدری، ناصر، قدمی، سید امیر، زارعی، بنت الهدی. (۱۳۹۴). عنوان اثربخشی درمان پذیرش تعهد بر افسردگی حین بارداری زنان. سلامت جامعه، ۹(۲)، ۵۶-۶۴.

Bach, P., & Hayes, H. (۲۰۰۲). The Use of Acceptance and Commitment Therapy to Prevent the Rehospitalization of Psychotic Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ۷۰(۵) ۱۱۲۹-۱۱۳۹.

Bailey, T.C., Eng, W., Frisch, M.B., & Snyder, C.R. (۲۰۰۷). Hope and optimism as related to life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, ۲(۳), ۱۶۸-۱۷۵.

Bandura, A. (۱۹۶۹). Social-learning theory of identificatory processes. In D. Goslin (Ed.), Handbook of socialization theory and research (pp. ۲۱۳-۲۶۲). Chicago: Rand McNally.

Bandura, A. (۱۹۷۷). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, ۸۴, ۱۹۱-۲۱۵.

Barry, P.P. (۲۰۰۰). An overview of special consideration in the evaluation and management of the geriatric patient. *AM J Gastroenterol*, ۹۵(۱), ۸-۱۰.

Bizzarri, J., Rucci, P., Vallotta, A., Gilrelli, M., Scandolari, A., Zerbetto, E. (۲۰۰۵). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance Use and Misuse*, ۴ (۲), ۱۷۶۵-۱۷۷۶.

Blackledge, J. T. & Hayes, S. (۲۰۰۶). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child and Family Behavior Therapy*, ۲۸ (۱), ۱-۱۸.

Blane, H. T., Leonard, K.E. (۱۹۸۷). Psychological Theories of Drinking and Alcoholism. *Psychiatric Services*, ۳۸(۸), ۸۹۰-۹۰۰.

Bohart, A. C., & Greening, T. (۲۰۰۱). Humanistic psychology and positive psychology. *American Psychologist*, ۵۶, ۸۱-۸۲.

Bohman, M., Sigvardsson, S, Clinger, C.R. (۱۹۸۱). Maternal inheritance of alcohol abuse: Crossfostering analysis of adopted women. *Archives in General Psychiatry*, ۳۸(۹), ۹۶۵-۹۶۹.

Bond, F.W., & Bunce, D. (۲۰۰۳). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Applied Psychology*, ۵۸:۱۰۵۷-۱۰۶۷.

Bonomi, A., Patric, D., & Bushnell, D. (۲۰۰۰). Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, ۵۳(۳), ۱-۱۲

Bonomi, A., Patric, D., & Bushnell, D. (۲۰۰۰). Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, ۵۳(۳), ۱-۱۲.

Borkovec, T. D. (۲۰۰۲). Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology: Science and Practice*, ۹(۱), ۷۶-۸۰.

Bowling, A. (۲۰۰۱). *Measuring Disease: A Review of Disease Specific Quality of Life Measurement Scales*. ۲nd Edition UK, Open University Press.

Branstetter, A. D., Wilson, K. G., Hildebrand, M. & Mutch, D. (۲۰۰۴). Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT. *Journal of behavior therapy*, ۳۵, ۷۳۲-۷۴۸.

Bricker, J.B., Mull, K.E., Kientz, J.A., Vilardaga, R., Mercer, L.D., Akioka, K.J., Heffner J.L. (۲۰۱۴). Randomized, controlled pilot trial of a smartphone app for smoking cessation using acceptance and commitment therapy. *Drug Alcohol Depend*, ۱۴۳, ۸۷-۹۴.

Buckstein, O. (۱۹۹۵) Adolescent Substance Abuse. Assessment Prevention and Treatment. New York: Wiley.

Chan, C. Y.(۲۰۰۹). Hope, Pparticipatio, And subjective well_ being of people with spinal cord injuries in the community.Doctoral Dissertation, University Of Wisconsin_Madison

Childress, A.R., Ehrman, R., Rohsenow, D. J., Robbins, S. J., & O'Brien, C. P. (۱۹۹۲). Classically conditioned factors in drug dependence. In J. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman, & J. G. Langrod (Eds.), Substance abuse: A comprehensive textbook (۲nd ed., pp. ۵۶-۶۹). Baltimore: Williams and Wilkins

Childress, A.R., Hole, A.V., Ehrman, R.N., Robbins, S.J., McLellan, A.T., O'Brien, C.P., ۱۹۹۳. Cue reactivity and cue reactivity interventions in drug dependence. NIDA Res. Monogr. ۱۳۷, ۷۳-۹۵.

Cieslak, N. E. (۲۰۰۸). Hope in Psychotherapy Process and Outcome. Doctoral Dissertation.Gannon University.

Cohen, J. (۱۹۹۰). Things I have learned (so far). American Psychologist, ۴۵, ۱۳۰۴-۱۳۱۲.

Cooper, L. S. (۲۰۰۸). A content analysis of client hope in psychotherapy sessions. Doctoral Dissertation, Pepperdin University.