

تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بخشودگی و امید به زندگی افراد وابسته به مواد مخدر

فاطمه جلائی

باشگاه پژوهشگران و بنیاد نخبگان جوان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، ایران

چکیده

هدف مطالعه حاضر با بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بخشودگی و امید به زندگی افراد وابسته به مواد مخدر بود. روش مطالعه از نوع شبه آزمایشی بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد وابسته به مواد مخدر در مرکز mmt بهارستان به تعداد ۴۷۰ بود روش نمونه گیری تصادفی ساده بود. ابتدا دو پرسشنامه بخشودگی و امید به زندگی در بین همه افراد توزیع و سپس ۲۰۰ نفر از افرادی که پایین ترین نمره را در بخشودگی و امید به زندگی کسب کردند در دو گروه برابر ۱۰۰ نفری بعنوان گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. گروه آزمایش مداخله درمانی را دریافت اما گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل مقیاس امید در عرصه های خاص بزرگسالان (ADSHS) سیمپسون (۱۹۹۹) و پرسشنامه پرسشنامه بخشودگی (FFS) بود. در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بعنوان متغیر مستقل و بخشودگی و امید به زندگی بعنوان متغیرهای وابسته بودند. تجزیه و تحلیل آماری داده ها بر اساس ضریب تحلیل کواریانس با استفاده از نرم افزار SPSS انجام پذیرفت. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بخشودگی و امید افراد وابسته به مواد مخدر تأثیر معنادار دارد.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بخشودگی، امید به زندگی، افراد وابسته به مواد مخدر.

مقدمه

درمانهای موج سوم روان درمانی هایی هستند که به روان درمانی پست مدرن معروف هستند، عقیده بر این است که شناختها و هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده ها در نظر گرفت. به همین دلیل، به جای رویکردهایی مانند درمان شناختی رفتاری^۱ که شناختها و باورهای ناکارآمد را اصلاح کرده تا هیجانات و رفتارها اصلاح شود، در اینجا به بیمار آموزش داده می شود که در گام اول هیجانات خود را بپذیرد و زندگی در (اینجا و اکنون)^۲ از انعطاف پذیری روانشناختی بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل در این درمانها فنون شناختی - رفتاری سنتی را با ذهن آگاهی^۳ ترکیب می کنند (هیز و لوما و باند^۴، ۲۰۰۶).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای دو بخش ذهن آگاهی و عمل به تجربه در زمان حال است و به افراد آموزش داده می شود که با پذیرش احساسات و هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربی، در لحظه های حال و اکنون زندگی کرده و بهتر با وسوسه های مصرف خود مقابله کند (اسموت^۵ و لوما و باند، ۲۰۰۸).

رفتار درمانی (که به طور کلی شامل رفتار درمانی سنتی، تجزیه و تحلیل رفتار بالینی، شناختی- رفتار درمانی و شناخت درمانی است) تا به حال حداقل دو موج عمده از توسعه را داشته است (گلدفایرد و دیویدسون ۱۹۹۴). اولین موج توسعه رفتار درمانی با روش های مربوط به اصول شرطی سازی کلاسیک و محرک توصیف شده است. مداخلات مبتنی بر یادگیری R-S و یا اصول کلاسیک شرطی شدن خصوصا به سرعت در بریتانیا و آفریقای جنوبی پدید آمد در حالی که آنها بیشتر بر اساس رویکرد های عامل در ایالات متحده پدید آمدند. در اوایل و اواسط دهه ۱۹۷۰ موج دوم توسعه با ظهور انواع رویکرد های شناخت درمانی سنتی پدیدار شد که بیشتر وابسته به ساختار شناختی میانجی گری بود.

در طول چند سال گذشته موج سوم رفتار درمانی از درون هر دو پیش درامدهای شناختی و رفتاری ظهور نمود. مثالها عبارت بودند از رفتار درمانی دیالکتیک (DBT؛ لینهان ۱۹۹۳)، پذیرش و تعهد درمانی (ACT؛ هایز، استروساهی و ویلسون ۱۹۹۹)، روان درمانی تحلیلی کاربردی (FAP؛ کوهلنبرگ و تسای ۱۹۹۱)، درمان رفتار یکپارچه زوج ها (IBCT؛ جاکوبسن، ان اس و بابکاک، جی سی ۱۹۹۵؛ جاکوبسن، پرینس، کوردوا و تریسدال ۲۰۰۰)، حضور ذهن مبتنی بر شناخت درمانی (MBCT؛ سگال، ویلیامز و تیزدیل ۲۰۰۲) و موارد دیگر (به عنوان مثال، برکوو و رومر ۱۹۹۴؛ مک کالو، ۲۰۰۰؛ مارلات ۲۰۰۲؛ مارتل، آدیسو جاکوبسن ۲۰۰۱؛ رومرو اورسیلو ۲۰۰۲). عواملی که این روش های جدید را گرد هم آورده به آسانی قابل توصیف نیست، اما به عنوان یک گروه آنها به طور سنتی در یک زمینه تمرکز کرده اند و برای کار بالینی تجربی کمیحتاط هستند و این مسائل رابه عنوان پذیرش، تمرکز حواس، گسلس شناختی، دیالکتیک (منطق جدلی)، ارزش ها، معنویت و رابطه تلقی کرده اند. از نظر فلسفی به نظر می رسد بیشتر وابسته به قراین هستند تا ماشینی نگری. هر دو "مرتبه اول" و "مرتبه دوم" شیوه های تغییر تاکید شده اند. روش های آنها اغلب تجربی است تا تعلیمی، یکی از نمونه های اصلی این موج سوم پذیرش و تعهد درمانی است (به عنوان "ACT" شناخته شده و به عنوان یک واژه درآمده است).

رویکرد پذیرش و تعهد شکل جدیدی از روان درمانی است که در سال ۱۹۹۰ توسط هایز و استیون^۶ ابداع گردید و تنها روان درمانی غربی می باشد که با زمان و شناخت انسان (نظریه چارچوب رابطه)^۷ پیوستگی و اتصال دارد. (هایز، ۲۰۰۵).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و پژوهش های مربوط به آن، مبتنی بر فلسفه ای هستند که زمینهرگرای عملکردی خوانده میشود (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). برای درمانگر ACT رسیدن به درکی کلی از فرضیات فلسفی و نظری که تکنیکهای ACT از آنها بر آمده اند، بسیار با اهمیت و مورد تاکید است (هیز، ۲۰۰۴).

^۱Cognitive – behavioral therapy

^۲Here and now

^۳Mind fullness

^۴Hayes, Luoma & Bond

^۵Smout

^۶Hayes & Steven

^۷Relational frame theory

در حقیقت ACT به همان اندازه که بر ایجاد تکنیک تاکید دارد، بر کار فلسفی و نظری نیز مبتنی است. در درمان ACT هدف تغییر رابطه مراجع با افکار و احساساتش است، به نحوی که دیگر آنها را نشانه نبیند. تا زمانی که ما فکر یا احساسی را به عنوان نشانه بر حسب بزنیم، این تلویح را دارد که بد، نادرست، منفی و آسیب زاست و برای سالم بودن باید از آنها خلاص شد؛ و این باعث منازعه ما با این افکار و احساسات می شود. منازعه ای که معمولاً نتیجه خوبی ندارد. هدف نهایی، تغییر این افکار و احساسات رنج آور از شکل قدیمی، یعنی نشانه های آسیب زای نا بهنجاری که مانع زندگی معنادار و غنی هستند، به شکل جدیدتر یعنی تجارب انسان طبیعی که بخش هایی از یک زندگی غنی و معنادار دارند (هیز و استروسال، ۲۰۱۰).

ورثینگتون (۲۰۰۰) معتقد است که اعضای خانواده یکدیگر را آزار می دهند، این بدان معنی است که در روابط خانوادگی دل آزدگی اجتناب ناپذیر است، اینجاست که موضوع بخشودگی مطرح می شود. مفهوم بخشودگی به عنوان فرآیند چشم پوشی ارادی از حق عصبانیت و انزجار از یک عمل ارتكابی پرگزند تعریف شده است که شخص متالم رفتاری گرم و محبت آمیز را با فرد خاطی در پیش می گیرد (مایر و همکاران، ۲۰۰۱).

بخشودگی ثمره فرعی فرآیند التیام است که نشان دهنده عزت نفس مثبت می باشد (سیمون^۱، سیمون، ۱۹۹۱، ترجمه قراچه داغی، ۱۳۷۱).

ورثینگتون، بری^۲، دپارت^۳ (۲۰۰۵)، بخشودگی را این چنین تعریف می کند، بخشودگی عبارت است از: مهار کردن یا ممانعت از هیجانات کینه توزانه از طریق تجربه های هیجانات مثبت مبتنی بر محبت رد هنگام یادآوری خطای شخص دیگر که این هیجانات می تواند همدلی، همدردی، ترحم، ابراز عشق خالصانه یا حتی عشق رمانتیک نسبت به فرد تبهکار باشد (گوردون^۴ و همکاران، ۲۰۰۹).

می گویند کسی می تواند چیزی را ببخشد که در اختیار اوست. به عبارتی تا مالک چیزی نباشیم، نمی توانیم آن را ببخشیم. بخشش و بخشودگی نیز از این قاعده و اصل کلی تبعیت می کند. هر انسانی به اندازه ی منزلت و آرامش درونی اش قادر به عفو و بخشش است. به همین دلیل است که در دنیای خودسازی و آرامش درون، بخشش و عفو و گذشت بحثی بسیار وسیع و پرچالشی است. واقعاً معنای بخشودن چیست؟ می دانیم که گذشت، امری مطلوب و مهم است. ولی به طور کلی مفهوم آن چیست؟ نخست آنکه بخشودن یک پدیده روحی است. بعد روحی آن، فراتر از سایر ابعاد آن است. زیرا ممکن است تمام ابعاد عقلانی گذشت را بشناسیم، اما باز هم قادر به بخشودن کسی نباشیم. تنها دانستن چیزی به معنی عمل کردن به آن نیست. آمادگی برای بخشودن، یعنی هدایت نظام ذهنی به سوی جنبه های احساسی تر و فکورانه تر. هدف این است که از افکاران فراتر و به سوی درک گسترده تر و عمیق تر برویم. این یعنی درک روحی بخشودن چیزی فراتر از عمل بخشیدن است. معمولاً وقتی ما در مورد عفو و بخشودن فکر می کنیم، ناخودآگاه تصویر فردی را مجسم می کنیم که بسیار از او خشمگین هستیم ولی مجبوریم از سر تقصیراتش بگذریم. به نظر می رسد بخشودن امری است ارادی و یا این که عملی است مهرورزانه؛ اما مسلط فقط پیشنهاد یک نوشیدنی برای از بین بردن کدورتی دیرینه، نمی تواند اولین گام موثر باشد. تنها تلاشی ساده برای برطرف کردن یک درگیری قدیمی، گام اول نیست، اولین گام وضعیت روحی است. (لارنس، ۱۳۹۰)

داشتن روحیه گذشت، مهمتر از اقدام به بخشودن است. اگر به بی عدالتی که از آن رنج می بریم، عادت کنیم، آنگاه آن بخشی از زندگی که شامل آسیب، خشم، ناراحتی و غصه است، سراسر زندگی ما را فراهم می گیرد. ولی آن یک بخشی، هر قدر هم که دردناک باشد، تنها یک بخشی از زندگی ما را تشکیل می دهد و لزومی ندارد تمامی زندگی مان را فرا گیرد. روحیه بخشودن در افرادی پدید آمده که توانسته اند فراتر از شرایط دردناک، ناراحت کننده و آزارنده خویش رشد کنند. حتی زمانی که سال های سال رنج می برند، این را می دانند که زندگی فقط رنج کشیدن نیست آنها بخشش درد آور زندگی را درون یک بخش عظیم تر می بینند و کل زندگی را بسیار خوب و مهربان می بینند. (لارنس، ۱۳۹۰) بخشودن از چنین نگرشی و ذهنیتی نشأت

¹ - Simon. S

² - Barry. G

³ - Doparot. C

⁴ - Gordon. K.C

می‌گیرد. چنین نگرشی، بسیار فراتر از بخشودن فکری یا کلامی است اکثر اوقات مردم درگردهمایی‌ها می‌گویند: «عفو می‌کنم، ولی هرگز فراموش نمی‌کنم». خوب این یعنی چه؟ آیا این بدان معناست که آزردهی‌ها را پاک می‌کنند، ولی هم چنان در فکر تلخی‌ها و دشواری‌ها هستند؟ آیا این بدان معناست که تمام آن خصومت‌ها و بدگمانی‌ها و بی‌اعتمادی‌ها هم چنان پابرجاست؟ اگر بتوانید با ابیات این بشر ارتباط برقرار کنید، متوجه می‌شوید که نشانه‌های حیات و زندگی و روحانیت در آن مشهود است. بخشش واقعی نیز که می‌تواند موجب رهایی ما شود، از این نشانه‌ها سرچشمه می‌گیرد. طرز تفکری که باعث بخشودن و عفو کردن می‌شود امری فراتر از یک تصمیم ذهنی است که می‌گوید «من قصد دارم این کابوس را فراموش کنم، بنابراین می‌توانم پیشرفت کنم». علاوه بر این تصمیم ذهنی، زیر بنایی روحی نیز باید وجود داشته باشد. در غیر این صورت بخشودن عملی نمی‌شود. (لارنس، ۱۳۹۰).

حدود دو دهه پیش اشنایدر و اعضای آزمایشگاه امید در دانشگاه کانزاس (۱۹۹۱) مفهومی از امید ارائه کردند که برخلاف مفهوم سنتی آن که یک هیجان منفعل پنداشته می‌شد، به عنوان فرایندی توصیف شد که از طریق آن افراد به طور فعال هدف‌های خود را دنبال می‌کنند. در این زمینه، امید به عنوان یک فرایند شناختی هدف-مدار مفهوم سازی شد. به خصوص اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱، به نقل از سماوی، ۱۳۹۱) امید را به عنوان یک سازه‌ی شناختی تعریف کردند که بر اساس آن مؤلفه‌های عاملیت و مسیریابی قابل استخراج است. از این رو تفکر امید بخش همیشه در برگیرنده سه مؤلفه‌ی هدف، تفکر عاملیت و تفکر مسیریابی است.

هدف‌ها، غایت‌هایی هستند که ایجاد کننده‌ی امید می‌باشند. طبق تعریف گسترده‌ی هدف در چارچوب نظریه‌ی امید، هدف هر چیزی است که فرد تمایل دارد آن را به دست آورد، انجام دهد، تجربه کند و بیافریند (اشنایدر، ۲۰۰۲). چنین هدفی می‌تواند کاملاً بزرگ باشد، به گونه‌ای که برای دست‌یابی به آن ماه‌ها و بلکه سال‌ها زمان نیاز باشد و می‌تواند آن قدر کوچک باشد که تنها در لحظاتی کوتاه قابل دست‌یابی باشد. از نظر احتمال دست‌یابی نیز، هدف‌ها در پیوستاری از هدف‌های آسان تا دشوار قرار می‌گیرند. در نظریه‌ی امید، هدف، پیامد یک توالی شناختی-رفتاری است به عبارت دیگر، امید، داشتن رفتاری معطوف به هدف است که قبل از آن که به عمل درآید، فردا باید در دو نوع شناخت درگیر شود: تفکر مسیر یابی و تفکر عاملیت (اشنایدر، ۲۰۰۲).

تفکر مسیر یابی انعکاس دهنده‌ی قابلیت ادراک شده‌ی فرد جهت تولید مسیرهای شناختی به سمت هدف است (اشنایدر، ۱۹۹۴، به نقل از سماوی، ۱۳۹۱). بنابراین، افرادی که در تفکر مسیر یابی درگیر می‌شوند به طور فعال مسیرها یا طرح‌هایی را برای دست‌یابی به هدف می‌سازند. به علت این که ممکن است تعدادی از این طرح‌ها در عمل موفق نباشد، افراد پر امید به منظور دست‌یابی به هدف و غلبه بر موانع، تعداد زیادی طرح یا مسیر تولید می‌کنند. البته لزوماً چنین مسیرهایی بدون دیگر مؤلفه‌ی شناختی امید یعنی تفکر عاملیت به هدف نخواهد رسید. تفکر عاملیت در برگیرنده‌ی شناخت‌هایی است که افراد نسبت به توانایی خود در آغاز و ادامه‌ی حرکت در مسیرهای انتخاب شده به سوی هدف دارند بر این اساس تفکر عاملیت سبب می‌شود که فرد به قدر کافی جهت آغاز حرکت در مسیرهای طراحی شده و نگه داشتن این حرکت، انگیزه داشته باشد (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۷).

اگر چه تفکر عاملیت و تفکر مسیریابی دو مؤلفه‌ی مجزا در الگوی امید هستند اما این دو از نظر کارکردی قابل جدا شدن نیستند. در حقیقت این دو مؤلفه به این سبب تدوین شده‌اند تا به طور متقابل بر یکدیگر تأثیر داشته باشند و تغییر در یک مؤلفه، دیگر مؤلفه را نیز تحت تأثیر قرار خواهد داد در نتیجه فهم این نکته حائز اهمیت است که امید یک فرایند شناختی چرخشی است که از دو نوع تفکر عاملیت و مسیریابی تشکیل شده است و در خدمت هدف قرار می‌گیرند (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۷).

نکته‌ی دیگر در مورد امید، ماهیت سلسله‌مراتبی آن است. امید نه تنها یک فرایند شناختی معطوف به هدف است بلکه نظام سلسله‌مراتبی سازمان یافته‌ای از باورهای فرد درباره‌ی توانایی وی جهت درگیر شدن در چنین فرایند شناختی است. این

باورها در سه سطح خاص از انتزاع سازمان دهی شده اند: سطح کلی یا صفت امید، امید وابسته به حیطه ی خاص و امید وابسته به هدف خاص (به نقل از سماوی، ۱۳۹۱).

ارزیابی کلی افراد از توانایی خود جهت ساختن مسیرهای کافی و تولید تفکر عاملیت مورد نیاز جهت دست یابی به هدف ها، به عنوان امید کلی یا امید به عنوان یک صفت شناخته می شود. امید به عنوان یک صفت، انتظار موفقیت در دست یابی به یک هدف خاص نیست. در عوض نوعی ارزیابی فرد از توانایی خود جهت دست یابی به هدف به صورت کلی است. از این رو امید کلی به طور کامل منعکس کننده ی قابلیت واقعی فرد برای تولید اندیشه های عاملیت و مسیر یابی نیست. بر این اساس، امید کلی نشان دهنده ی ادراک فرد از مسیرها و عاملیت هایی است که در صورت تمایل می توانند تولید شوند (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۷). مقیاس امید کودکان و بزرگسالان برای سنجش این سطح از امید ساخته شده است.

ممکن است فردی در امید کلی، پر امید تلقی می شود اما همزمان در یک یا چند حیطه ی زندگی دارای سطح پایینی از امید باشد. در چنین مواردی ارزیابی کلی فرد از قابلیتش جهت تولید اندیشه های مسیر یابی و عاملیت می تواند بالا باشد در حالی که ارزیابی ویژه تر او از قابلیت خود در یک حیطه ی خاص از زندگی کاملاً در سطح پایینی قرار داشته باشد. در نتیجه ی این شرایط ضرورت دارد که سطح دوم امید که سطح عینی تری از نظام باورهای مربوط به امید است معرفی شود. این سطح دوم همان گونه که قبلاً ذکر شد امید وابسته به حیطه ی خاص است. البته لازم به ذکر است افرادی که دارای سطح بالایی از امید کلی هستند در بیشتر حیطه های زندگی نیز پر امید هستند؛ اما معمولاً در مورد دانش آموزان شکافی بین این دو سطح امید دیده می شود. مثلاً، دانش آموزانی که به طور کلی درباره ی زندگی خود دارای سطح بالایی از امید هستند ممکن است در حیطه ی تحصیلی خاصی از امید سطح پایینی برخوردار باشند (اشنایدر، ۲۰۰۲).

اختلال سوء مصرف مواد به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی، روانی اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است. بر اساس گزارش سالانه سازمان ملل متحد (۲۰۰۵)، سوء مصرف مواد و وابستگی به آن، آسیبهای جدی اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و بهداشتی بر جوامع وارد می سازد که از آن جمله می توان به مواردی همچون بیماری های جسمانی واگیر داری مثل هپاتیت، ایدز و بیماری های روانی - اجتماعی همچون ازدیاد جرائم مرتبط با سوء مصرف مواد مثل سرقت، قتل، خودسوزی، بیکاری، خشونت خانوادگی، کودک آزاری، افزایش آمار طلاق و افت تحصیلی فرزندان که والدین معتاد دارند اشاره نمود (وست^۱، ۲۰۰۶).

امروزه یکی از بزرگترین مشکلات جوامع انسانی معضل سوء مصرف مواد^۲ است که سلامت جامعه، خانواده و فرد را به خطر می اندازد و باعث از دست رفتن کارکردهای فردی، شغلی، خانوادگی و اجتماعی می شود (ممتاز، ۱۳۸۱). سوء مصرف مواد به مواد مخدر مسائل و معضلات اجتماعی عصر حاضر خصوصاً در کشورهایی مانند ایران با شرایط اجتماعی جوان و شرایط جغرافیایی خاص وجود دارد، سوء مصرف مواد بحرانی است که اگر به آن رسیدگی نشود انواع و اقسام انحرافات، بیماری ها و مشکلات اجتماعی را به دنبال خواهد داشت (مظفر، ذکریایی و ثابتی، ۱۳۸۸). در تقسیم بندی های روانپزشک، وابستگی به مواد تحت عنوان اختلالات سوءمصرف مواد تعریف شده است (کاپلان، ۱۹۹۴)

سوء مصرف مواد از دیدگاههای گوناگون روانکاوی، زیستی - فیزیولوژی، یادگیری، شناختی - اجتماعی مورد توجه و تعبیر و تفسیر قرار گرفته است، محدودیت تعابیر مطرح شده در هر یک از دیدگاهها بستر اصلی پدیدایی نگرش چند عاملی به سوء مصرف مواد بوده است، به ترتیبی که تاکید می شود سوء مصرف مواد به عنوان پدیده زیستی، روانی، اجتماعی یا عوامل گوناگون تعامل و رابطه ای دو سویه دارد (مولوی و گل پرور، ۱۳۸۰).

¹West

² Addiction

بیان مساله

ACT یک روش درمانی خاص ناهنجاری نیست، بلکه یک رویکرد کلی است که می تواند توسعه بسیاری از پروتکل ها را تسریع نماید و بر روی مشکلات ویژه، جمعیت های بیمار یا مجموعه ها تمرکز نماید. ACT دانش علمی درباره شکل دهی رفتار و روابط زبانی به روش درمانی موثر تر است (هایز و استروساهل، ۲۰۰۷). هسته اساسی تغییر در ACT، تغییر در رفتارهای کلامی درونی (خودگویی ها) و بیرونی (عملکردها) می باشد. ACT بر این باور استوار است که مبارزه و جنگ با هیجانها باعث بدتر شدن آنها میگردد (ساودرا، ۲۰۰۷، به نقل از هنر پروران، ۱۳۸۸).

پذیرش درمانی به میزان زیادی با درمانهای شناختی مشترک است اما می توان ادعا داشت که در بسیاری از درمانهای دیگر، نیز نقش پذیرش بطور پنهان و آشکار در پذیرش تجربیات درونی مشخص است (مانند مداخلات مبتنی بر مواجهه که عدم اجتناب از علائم اضطراب را تجویز میکند).

نظریه پردازان ACT به منظور نشان دادن فرایندی که از طریق آن، شناخت در آسیب شناسی روان نقش بازی میکند از چهارچوب رابطه استفاده می کنند. چون نظریه چهار چوب رابطه نظریه ای زمینه گرا است، تاکید کمی بر محتوای شناخت و هیجان دارد؛ اما در عوض بر زمینه ای تاکید دارد که فکر و هیجان در آن رخ می دهند و نیز ویژگی های زمینه ای دیگر که تنظیم می کنند که چگونه بر عمل تاثیر دارد (اولاتونجی، فوربست و فلدنر، ۲۰۰۷).

ACT از تمرینات تجربه ای نیز استفاده زیادی دارد. هدف این تمرینات کمک به مراجعان است تا بتوانند با افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی آسیب زا و غالباً اجتناب شده، ارتباط برقرار کنند. هیز و همکاران (۱۹۹۹) چندین کارکرد را برای تمرینات تجربه ای بر می شمرد:

نخست اینکه مواجهه با تجارب درونی به مراجع اجازه می دهد افکار، احساسات، یا خاطرات خاصی را در یک زمینه متفاوت و امن تجربه کند. این کار می تواند برخی روابط کلامی را تغییر دهد که اجتناب تجربه ای را افزایش می دهد. تضعیف قوانین ذهنی که اجتناب تجربه ای را افزایش می دهد، مهمترین هدف ACT است و تمرینات مواجهه نقش مهمی را در این زمینه ایفا می کنند. از سوی دیگر، فراخوانی رویدادهای درونی دشوار به آنها اجازه می دهد به طور تجربه ای مشاهده و بررسی شوند. مشاهده و بررسی یک پدیده درونی مستلزم نگاه بدون قضاوت به آن پدیده است. نهایتاً مشارکت مراجعان در تمریناتی که نقایص زبان انسان را آشکار می سازد بسیار برتر از وارد کردن آنها در بحث های منطقی و طولانی در خصوص همان نقایص است (ایزدی، راضیه، عابدی، محمد رضا، ۱۳۹۳).

درمانگر ACT به ارزش های مراجع احترام می گذارد، یعنی میپذیرد که تنها خود مراجع باید انتخاب کند که چگونه میخواهد زندگی کند. آنچه در ACT اهمیت دارد، کارایی انتخاب هایی است که مراجع بر اساس سیستم ارزشی خود انجام داده است نه عقاید درمانگر (هیز و همکاران، ۱۹۹۹).

در روان درمانی ACT دو نوع سنجش وجود دارد: سنجش کلی و سنجش طبق الگوی ACT در سنجش کلی، همانند سایر درمان ها، سنجش سلامت فیزیکی، سنجش نورولوژیک، سنجش کارکرد خانواده و عوامل مشابه انجام میشود. معمولاً مراجع مجموعه ای از رویدادهای درونی منفی (افکار، احساسات، خاطرات، علایم بدنی) را به عنوان مشکل مطرح می کند؛ اما از نگاه ACT، کارکردهای این افکار و احساسات، اختلال واقعی تعریف خواهد شد. همچنین، هدف مراجع از درمان، حذف یک یا چند مورد از این رویدادهای درونی است. در مجموع آنچه در سنجش ACT اهمیت دارد این است که مراجع تلاش میکند از تجارب و رویدادهای درونی اجتناب کند؟ و از چه رفتارهای اجتنابی استفاده می شود و این رفتارها چقدر فراگیرند؟ (ایزدی، عابدی، ۱۳۹۳).

کدام ذهنیات، بخشودن را غیر ممکن و یا به شدت دشوار می کند؟ اولین ذهنیت، تفکری است که می گوید ما لیاقت خوشبختی را نداریم. ما لیاقت نداریم نیازهای مان برآورده شود. می دانیم که اگر خود را مستحق امتیازی ندانیم، نمی توانیم در مورد آن حد و مرزی سالم، داشته باشیم. بنابراین اگر احساس کنیم لیاقت عدالت، خوشبختی و یا رعایت حقوق از جانب دیگری را نداریم، به طور یقین بخشودن دیگران برایمان دشوار می شود. پس اگر واقعاً قصد بخشودن داریم، باید مقدمات اولیه

و اساسی آن را انجام دهیم. اینک در مورد دومین نوع ذهنیتی بیاندهشید که می گوید، دیگران مدیون ما هستند. آیا چنین طرز تفکری باعث نمی شود که خم را درون دیوارهای آزدگی، محصور کنیم؟ بسیاری از ما، ادعا می کنیم دیگران به ما بسیار مدیون هستند. برنامه های درمانی ادبیات و جلسات توجیهی، هر یک به نوعی، درک مفهوم بخشودن این مراحل از درمان، خطرناک و بی نتیجه است و چه بسا که این طور باشد. می توانیم درباره محرومیت ها و آنچه از ما دریغ شده، بسیار سخن بگوییم، که این اشاره های ضمنی نشانه ای از این است که باید کاملاً مورد تایید واقع می شدیم. در حالی که نشده ایم، حق داشتیم والدین خوب و عشق بدون قید و شرط داشته باشیم، در حالی که نداشته ایم، برای ما بسیار آسان است که در مورد ستمی که نسبت به ما شده باب شکایت را بکشاییم و طریق افراط طی کنیم. مردم کامل نیستند. هیچ کس فاتح عشق، بدون قید و شرط نیست. حتی ممکن است آن چه تصور می کنیم باید داشته باشیم، واقعی نباشد و تنها در ذهن باشد. تنها کمیت آن عشق که در حق مان می شود، مهم است. خوشبختانه چندان دور از ذهن نیست که نتوانیم آن را تجربه کنیم ولی مقوله عشق برای هیچ کس کامل نیست (بشارت، ۱۳۸۲).

بررسی های به عمل آمده حاکی است که بخشودگی دارای انواع مختلفی است. برخی از آنها در بازسازی، بهبود و توسعه سیستم روابط مفید هستند و برخی نیز مانع رشد سازنده سیستم خانواده و اعضای آن می شوند. برای نمونه در اینجا تقسیم بندی والروند-اسکینر (۱۹۹۸) از بخشودگی ارائه می شود.

۱- بخشودگی ناپخته و عجولانه:

اینگونه بخشودگی مقدم بر هر گونه جبرانی از سوی فرد خطاکار صورت می گیرد. گاهی این کار چیزی بیش از شیوه ظریف اجتناب از بخشودگی است. با این وجود بخشودگی زود هنگام و عجولانه همیشه پدیده ای مصنوعی و غیر اصل نیست. در این نوع بخشودگی نوعی انکار تجربه دردناک وجود دارد و شخص از ابراز هیجان هایی که مستحق بخشودگی اصل است، می پرهیزد.

۲- بخشودگی بازداری شده:

در این گونه بخشودگی یکی از طرفین نیاز به بخشودگی را انکار می کند یا از آن خودداری می کند، مثلاً یکی از طرفین صراحتاً می گوید که اعمال یا رفتار طرف مقابل به قدری درد آور و بر گزند است که هیچ قادر نیست شخص درد کشیده را وادار کند که وی را ببخشد. در چنین وضعی، یکی یا هر دو طرفین عقیده دارند که بهای وارده شدن به فرآیند بخشودگی سنگین تر از بهای از دست دادن رابطه است. بنابراین، بخشودگی فقط در ظاهر صورت می گیرد.

۳. بخشودگی مشروط:

این گونه بخشودگی مواقعی صورت می گیرد که فرد سرزنش را قبول می کند، عذرخواهی می کند، تعهد می کند که رفتارش را تغییر دهد و اصلاح کند. فرآیندی است که در هر نوع راضی نگه داشتن و سایر فرآیندهای مذاکره ای که منتهی به صلح و آرامش می شود، مشترک است طیف این نوع بخشودگی از جمله های ساده ای مثل من موقعی تو را می بخشم که عذرخواهی کرده باشی آن طوری که در روابط زناشویی بروز می کند.

بخشودگی کاذب:

انزایت و همکاران (۱۹۹۱) پیشنهاد کردند، که بخشودگی کاذب معمولاً به صورت دفاع های روان شناختی شخصی فرد آشکار می شود (کتویسج، ۲۰۰۷). این گونه بخشودگی عجولانه صورت می گیرد و بر اساس این باور غلط است که قبلاً کوشش لازم برای حفظ سیستم طبق رابطه ی بیش از تعارض صورت می گیرد. بسیاری از بازی های «بیا وانمود کنیم» به منظور امکان تداوم ظرفیت رابطه صورت می گیرد اما فقط بر مبنای انکار تعارض و پیامدهای آن انجام می گیرد.

۴. بخشودگی زیرکانه:

این نوع بخشودگی به قصد اجتناب از مخالفت با تعارض و موقعی صورت می گیرد که رابطه شدیداً غیر منصفانه است. همانطور داونپورت^۱ (۱۹۹۱) یادآوری می کند که این گونه طلب بخشودگی فراتر از تسلیم بی قید و شرط فرد رنجیده و متالم است.

¹ Davenport

مثل پدری که به فرزندش تجاوز می کند ممکن است پس از هر بار تجاوز جنسی به عنوان رویه ای سوء استفاده جنسی به طور مکرر و موکد از فرزندش عذرخواهی کند یا شوهر مشروب خواری که هر موقع حالش جا می آید برای این که زنش او را ترک نکند از او مصرانه بخواهد که وی را ببخشد.

۵. بخشودگی بی وقفه و تکرار شونده:

در این نوع بخشودگی فرد بی وقفه اما نه به طور کامل می کوشد با فرد خاطی مدارا کند که توفیقی هم در حفظ رابطه یا خلاص کردن طرفین رابطه از وضع ناخوشایند حاصل، نمی کند

۶- بخشودگی اصیل:

این نوع بخشودگی به صورت رشته ای از بازسازی های شناختی، عاطفی و رفتاری وقایعی است که بر لغزش ها و نارسایی های رابطه احاطه دارند و همچنین روابطی را که حول این وقایع هستند، در برمی گیرد، بخشودگی اصیل دارای ویژگی های زیر است:

۱. معطوف به خود و نوع دوستانه است و صرفاً به خاطر وجود شخص دیگر و رابطه صورت می گیرد.
۲. بدون قید و شرط است و بدون انتظار پاسخ از سوی طرف مقابل، به وی روا داشته می شود.
۳. جزئی از فرآیند رشد و تحول است و راه میان بری برای اجتناب از هیجان های منفی و دردناک نسبت به شخص مقابل نیست.
۴. قرینه ندارد اگر چه ممکن است گاهی موقع پیامدهایی فرآیندی داشته باشد.
۵. معمولاً به صورت فرآیندی است و در طی زمان صورت می گیرد و پدیده ای نیست که ناگهان اتفاق بیفتد یعنی زمان می برد.

بخشودگی اصیل دارای سه جز شناختی، عاطفی و رفتاری دارد. بخشودگی همچون عشق به صورت عمل ارادی تجلی می کند. یکی از طرفین یا هر دو ناگزیر تصمیم می گیرند که باید از صدمه زدن دست بکشند. این تصمیم و پیامدهای آن دارای جنبه شناختی، عاطفی و رفتاری است (زیکمستر و رومرو، ۲۰۰۲، به نقل از دونکا،^۱ ۲۰۰۸). جز شناختی بخشودگی شامل آن چیزی است که به ارزیابی واقع بینانه از موقعیت می پردازد.

برای مثال تشخیص و تصدیق این کینه توزی و خصومت ورزی، ماندگار نیست و بن بست ها مانع خرسندی فعلی یا بعدی است. به طوری که ممکن است پیشنهاد شود که رابطه دوباره برقرار شود. این ارزیابی ذهنی ممکن است منجر به این تشخیص شود که قطع رابطه یا گفتگو نیز مانع از تالم و آزدگی خاطر است به ویژه پس از یک دوره زمانی طولانی و احساس اندوه ناشی از فقدان یا قطع رابطه با گفتگو نیز مانع از تالم و آزدگی خاطر است به ویژه پس از یک دوره زمانی طولانی و احساس اندوه ناشی از فقدان یا قطع رابطه، یا ممکن است فقط به این مهمتر است. لذا احتمال این که انگیزه برای تغییر وجود داشته باشد بسیار قوی است اما ناشی از تحلیل و تجزیه مقرون به صرفه بودن در رابطه با موقعیت کنونی است. وقتی تجزیه و تحلیل مقرون به صرفه بودن، ویژگی اصلی نیست، مولفه شناختی قویتری نسبت به عمل فریبنده تحریک فرآیند بخشودگی وجود دارد به طوری که خطر اهانت و طرد شدن وجود دارد. حتی اگر طرد هم صورت نگیرد باز نتایج شخصی و بین الاشخاصی مطلوب نیست. بنابراین چون همواره احتمال این مخاطره وجود دارد لازم است ارزیابی صورت بگیرد. بخشودگی دارای مولفه های عاطفی است. این مولفه ها ممکن است شامل احساس عزت نفس زیاد، عاطفه منفی اندک، احساس آندوهگینی برای آنچه اتفاق می افتد، احساس همدلی با فرد مقابل، وضع و حال او، شروع فرآیند حل و فصل فقدان، تالم و سرانجام رفع ناراحتی و تألم وارده باشد. بخشودگی دارای جز رفتاری است. این جز ممکن شامل رفتارهای کلامی و غیر کلامی مثل عذرخواهی کردن از تألمات و آسیب های وارده، تقاضای عفو یا جبران اشتباه صورت گرفته از طریق اعمال نمادین یا مذهبی، ابراز تمایل ایجاد تغییرات لازم در رفتار و فراهم ساختن زمینه برای ترمیم رابطه باشد (انرایت و فیتزگیبونز، ۲۰۰۰).

^۱.Dunka

از جمله متغیرهای تاثیرگذار در عملکرد خانواده و کارآمدی آن صفت بخشش است، گذشت و بخشش می تواند نخستین قدم در کنترل و مدیریت خشم و عصبانیت باشد و بیشتر اوقات قوی ترین تکنیک برای بازیابی کنترل بر زندگی است. بخشش به معنای چشم پوشی از اتفاقی که برای شما افتاده، نیست بلکه بدین معناست که شما به نوعی نمی گذارید کنترل شما به دست خشم و هیجان منفی بیفتد (لارسن،^۱ ترجمه غفاری، ۱۳۹۰).

در واقع بخشش باید جزئی از زندگی انسان ها باشد و فقط پاسخی نسبت به شرایط یا اهانت های خاص در زندگی آنان (ساداتیان، ۱۳۹۰).

نورث (۱۹۸۷، به نقل از سلزوهارگریو، ۱۹۹۸)، عقیده دارد که بخشودگی فرآیند چشم پوشی ارادی از حق عصبانیت یا انزجار از عمل ارتکا در زیان بخشش است.

کارل مینینجر^۲ (۱۹۵۹) برای اولین بار در جمع روان پزشکان از امید به عنوان نقطه ی قوت در بیماران اشاره کرد و همکاران خود را تشویق کرد تا قدرت امید را در بیماران باز شناسند. وی این سؤال را مطرح کرد که آیا اکنون وظیفه ی ما نیست به عنوان یک دانشمند نه درباره ی یک سلاح جدید، یک موشک یا یک بمب بلکه درباره ی این حقیقت قدیمی اما نوظهور یعنی امید صحبت کنیم (برچارد^۳ و همکاران، ۲۰۰۳)؛ اما کسی که بیش از دیگران نام او با سازه ی امید همراه است، چارلز ریک شنايدر است که به عنوان پدر امید اولین بار نظریه اش را درباره ی امید، چگونگی و ابعاد آن مطرح کرد (بهاری، ۱۳۹۰). امید در فرهنگ و بستر به عنوان تمایل به کار کردن با چیز با ارزشی همراه با انتظار وقوع آن در طول زمان تعریف شده است. در طی دهه های ۱۹۵۰ تا ۱۹۶۰ روان پزشکان و روان شناسان، امید را به عنوان انتظار مثبت برای دست یابی به هدف توصیف کرده اند (مینینجر، ۱۹۵۹؛ استاتلند^۴، ۱۹۶۹؛ به نقل از سماوی، ۱۳۹۱). لویز^۵ و همکاران (۲۰۰۴) اظهار داشتند که قدرت امید به عنوان یک نیروی انگیزشی در سرتاسر تاریخ روان شناسی مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. ارزش امید به قدرتی است که در آینده نهفته است، از این رو نگاه به آینده مؤلفه ی محوری امید است. به اعتقاد شنايدر (۲۰۰۲) امید مهارتی آموختنی است که از طریق جریان اجتماعی شدن از سال های کودکی آموخته می شود. شنايدر (۲۰۰۲) به ماهیتی فعال از مفهوم امید اعتقاد دارد که در برگیرنده ی داشتن هدف، برنامه ریزی و داشتن اراده برای دست یابی به هدف و مقابله با این موانع است. به طور کلی در ادبیات پژوهشی تعریف و توصیف های متعددی از امید ارائه شده است که در برخی از امید به عنوان یک سازه ی شناختی و در برخی دیگر از آن به عنوان یک مفهوم عاطفی یاد کرده اند. مثلاً نان^۶ (۱۹۹۶) امید را تمایلی کلی فرد به ساختن آینده و نوعی پاسخ مثبت به آینده ی ادراک شده می داند. از نگاه مک اینیس^۷ و چان^۸ (۲۰۰۷) اکثریت مردم امید را به عنوان یک هیجان توصیف می کنند؛ هیجان هایی که از هیجان های ترس، خشم یا عشق بالاتر است و در موجودات غیر انسانی وجود ندارد (به نقل از سماوی، ۱۳۹۱).

نزدیک به سازه ی امید، مفاهیمی چون خوش بینی، ایمان، آرزو کردن و خودکارآمدی مطرح شده است. اگر چه بین این مفاهیم و امید همپوشی زیادی وجود دارد اما تفاوت های مهمی بین این مفاهیم و سازه ی امید به چشم می خورد که بر مفهوم سازی نظری و نیز مداخله های مبتنی بر امید تأثیر می گذارد. در مورد امید و خوش بینی به نظر می رسد که دو مفهوم با معنای یکسان هستند اما شنايدر (۲۰۰۰) باور دارد که این دو مفهوم متفاوتند. خوش بینی و امید از این نظر که هر دو مفاهیمی مربوط به آینده هستند وجه اشتراک دارند، اما افراد خوش بین اگر چه باور دارند که چیزهای مثبتی برای آن ها رخ خواهد داد اما لزوماً برنامه ریزی روشنی برای دست یابی به هدف های خود ندارند. علاوه بر آن، افراد خوش بین در برخورد با

^۱-Larsen

^۲- Maninjer

^۳- Burchard

^۴- Astatlnd

^۵- Lopez

^۶- Nunn

^۷- Mac Ainis

^۸- Chan

موانع به راحتی ناکام شده، دست از تلاش بر می دارند، اما افراد پر امید هم دارای هدف هستند و هم با قدرت اراده، موانع دست یابی به هدف را تشخیص می دهند و از سر راه خود بر می دارند (پترسون^۱، ۲۰۰۶).

تمام داروهایی که بیش از حد مصرف شوند از نظر فعال سازی مستقیم سیستم پاداش را فعال میکنند که از فعالیت های عادی غفلت می شود، داروهایی که سوء مصرف می شوند به جای اینکه از طریق رفتارهای انطباقی به فعال سازی سیستم پاداش دست یابند، مستقیماً گذرگاههای پاداش را فعال می کنند. داروهایی که معمولاً این سیستم را فعال کرده و احساس لذت ایجاد میکنند، اغلب ((نشئه آور)) نامیده میشوند، به علاوه افرادی که خویشتن داری کمی دارند ممکن است اختلالات مکانیزم های مغز را منعکس کند، امکان دارد برای مبتلا شدن به اختلالات مصرف مواد خیلی مستعد باشند، بدین معنی که منشأ اختلالات مصرف مواد در برخی افراد را مدتها قبل از شروع عملی مصرف مواد، می توان در رفتارها پیدا کرد (سید محمدی، ۱۳۹۳).

اختلالات روانی ناشی از مواد / دارو مجموعه نشانگان بالقوه شدید، معمولاً موقتی، اما گاهی مداوم دستگاه عصبی مرکزی هستند که در زمینه تاثیرات موادی که سوء مصرف می شوند، داروها، یا مواد سمی متعدد ایجاد می شوند. این اختلالات از اختلالات مصرف مواد متمایز شده اند که در آنها مجموعه ای از نشانه های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی به رغم مشکلات قابل ملاحظه مرتبط با مواد، در مصرف مداوم مشارکت دارند. اختلالات روانی ناشی از مواد / دارو ممکن است به وسیله ۱۰ طبقه مواد یا انواع زیاد داروهای دیگر که در درمان پزشکی استفاده می شوند و اختلالات مصرف مواد راجوع می آورند، ایجاد می شوند (سید محمدی، ۱۳۹۳).

بر اساس اختلال مصرف مواد محرک از DSM V، بسته به روش مصرف، بیماری های جسمانی مختلفی ممکن است روی دهند. مصرف کنندگان کوکائین از طریق بینی، اغلب دچار ورم سینوس، تحرک، خونریزی مخاط بینی و سوراخ شدن دیواره بینی می شوند. افرادی که این موارد را دود می کنند، در معرض خطری بیشتری برای مشکلات تنفسی قرار دارند (مثل سرفه کردن، برونشیت و ذات الریه) تزریق کننده ها، علائم سوراخ و ((رده هایی)) روی بازو خود دارند. خطر عفونت HIV با تزریقات درون وریدی و فعالیت جنسی نا امن افزایش می یابد، درد قفسه سینه ممکن است هنگام ممویت با مواد محرک، نشانه شایع باشد. انفارکتوس میوکارد، تپش های قلب و بی نظمی های قلب، مرگ ناگهانی در اثر توقف تنفس و قلب و سکتة با مصرف مواد محرک در جوانان و افرادی که از جهات دیگر سالم بوده اند، ارتباط داشته اند. حملات صرعی می توانند در اثر مصرف مواد محرک روی دهند، صدمات آسیب زا ناشی از رفتار خشونت آمیز در بین افرادی که مواد مخدر را داد و ستد می کنند شایع هستند، افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد محرک ممکن است درگیر دزدی، روسپیگری، یا خرید و فروش مواد مخدر شوند تا مواد مخدر یا پول مواد مخدر به دست آورند (سید محمدی، ۱۳۸۰).

اهداف پژوهش

تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بخشودگی و امید به زندگی افراد وابسته به مواد مخدر.

فرضیه ی پژوهش

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بخشودگی و امید به زندگی افراد وابسته به مواد مخدر تاثیر معناداری دارد.

پیشینه پژوهش

- نجفی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود با عنوان رابطه بخشودگی و رضایت زناشویی گزارش کردند که رابطه معناداری بین بخشش و خرده مقیاس های آن با رضامندی زناشویی وجود دارد.

¹ - Peterson

- احتشام زاده و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان رابطه بخشودگی، کمال گرایی و صمیمیت با رضایت زناشویی نشان دادند که بین بخشودگی و رضایت زناشویی رابطه مثبت معنی داری وجود دارد و بخشودگی بهترین پیش بینی کننده میزان رضایت زناشویی زوجین گزارش شد.

- عسگری و همکاران (۱۳۸۷)، در تحقیق رابطه شادکامی، خودشکوفایی، سلامت روان و عملکرد تحصیلی با دوگانگی جنسی در دانشجویان دختر و پسر واحد علوم و تحقیقات مرکز اهواز بررسی کردند که به منظور دستیابی به اهداف پژوهشی از بین دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم و تحقیقات ۳۷۳ نفر را که به روش تصادفی انتخاب کرده بودند به نتایج رسیدن که بین متغیرهای شادکامی و دوگانگی جنسی، بین خودشکوفایی و دوگانگی جنسی، بین سلامت روان و دوگانگی جنسی، بین شادکامی و خودشکوفایی، بین شادکامی و سلامت روان، بین خودشکوفایی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد ($P > 0/001$)، ولی بین عملکرد تحصیلی با دوگانگی جنسی، بین شادکامی با عملکرد تحصیلی، خودشکوفایی با عملکرد تحصیلی و سلامت روان با عملکرد تحصیلی رابطه معناداری مشاهده نگردید ($P < 0/001$). در ضمن روابط بین متغیرها با توجه به تفکیک جنسیت مورد بررسی قرار گرفت که با توجه به نتایج به دست آمده بین شادکامی و دوگانگی جنسی در دانشجویان پسر رابطه معناداری مشاهده نگردید ($P < 0/001$). ولی بین شادکامی و دوگانگی جنسی در دختران رابطه معناداری مشاهده نگردید ($P > 0/001$). همچنین بین سلامت روان و دوگانگی جنسی و خودشکوفایی و دوگانگی جنسی و نیز بی عملکرد تحصیلی و دوگانگی جنسی در دختران و پسران به تفکیک جنسیت رابطه معناداری مشاهده نگردید ($P < 0/001$)، از سوی دیگر بین شادکامی و خودشکوفایی و نیز بین شادکامی و سلامت روان هم در دختران و هم در پسران رابطه معناداری مشاهده گردید ($P > 0/001$) ولی بین شادکامی و عملکرد تحصیلی، بین خودشکوفایی و عملکرد تحصیلی و نیز بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی هم در دختران و هم در پسران رابطه معناداری مشاهده نگردید ($P < 0/001$).

در پژوهش باکوس (۲۰۰۹)، به بررسی رابطه میان بی حرمتی، بخشودگی و کیفیت رضایت زناشویی در دوران بارداری پرداخت. نمونه شامل ۱۷۸ زوج متأهل در شرق میانه بود تحلیل‌ها نشان داد که بی حرمتی با گزارش سطوح پایین‌تری از رضایت زناشویی در زنان همراه بود. کیفیت رابطه زناشویی که شامل رضایت زناشویی و عشق می‌شود با بخشودگی همسر هم در زنان و هم در مردان مرتبط بود.

یپ و تسه^۱ (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان دادند که عوامل بخشودگی به صورت معناداری با رضایت زناشویی رابطه معناداری دارد.

گاندرسون^۲ (۲۰۰۹) در پژوهش خود به عنوان بخشودگی در روابط عاشقانه، نشان داد که بخشودگی با کیفیت زندگی زناشویی و صحبت زوجین ارتباط معناداری دارد.

مالتبی و همکاران (۲۰۰۸) پی بردند که بین مردان و زنان در متغیرهای شخصیت و سلامت روانی، با توجه به متغیر بخشودن دیگران تفاوت‌هایی وجود دارد.

وردینگ، ایملکمپ در سال (۲۰۰۹) در یک مطالعه فراتحصیلی ۹۱ مقاله تحقیقاتی که بر روی اثر بخشی ACT انجام گردیده بود را مورد مقایسه قرار دادند. برتری ACT در مقایسه با گروه کنترل کاملاً مشخص و آشکار بود (اندازه اثر = ۰.۴۲) میانگین پیش بین اثر بخشی ACT بیش از ۶۶٪ به دست آمد و همچنین نتایج اثر بخشی ACT را برای مشکلات افسردگی ارینالدو و هاریسون (۲۰۱۰) در تحقیقی که در ارتباط با درمان اختلالات روانی سوءمصرف متامفتامین، آزمایش (راندوم) درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد صورت گرفت بررسی بدین صورت بود که تعداد ۱۰۴ بزرگسال که سوء مصرف متامفتامین داشتند به طور تصادفی در ۱۲ هفته در هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه به طور فردی و ۸۶ درصد از آنها تا ۲۴ هفته پس از درمان تحت نظارت قرار گرفتند، نتایج به این صورت بود که هیچ اختلاف قابل توجهی بین گروه‌های درمان وجود نداشت و در میانگین سه جلسه حضور افراد در جلسات هیچ تناقضی مشاهده نشد و در نتیجه آثار منفی و وابستگی شدید به متامفتامین بطور معنی

^۱ Yip & Tse

^۲ Guderson.P

داری در هر دو گروه در طول دوره درمان کاهش یافت. اگر چه ACT در نتایج بهبود درمان و یا تشویق به حضور در جلسات درمان در مقایسه با CBT زیاد موثر واقع نشد، اما تاثیر حیاتی درمان شناختی بر کاهش سوء مصرف متامفتامین و اختلالات بعدی آن مشهود بود.

روش پژوهش

مطالعه حاضر از نوع آزمایشی است.

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه گیری پژوهش

جامعه آماری شامل کلیه افراد وابسته به مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز mmt بهارستان به تعداد ۴۷۰ نفر بود. برای انتخاب نمونه ها از روش نمونه گیری تصادفی ساده استفاده شد بدین منظور ابتدا پرسشنامه هی بخشودگی و امید به زندگی در بین تمامی افراد توزیع و توضیحاتی درباره چگونگی تکمیل پرسشنامه ارائه شد سپس ۲۰۰ نفر از افرادی که پایین ترین نمره در بخشودگی و امید به زندگی را کسب کردند در دو گروه برابر ۱۰۰ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه بخشودگی (FFS): این پرسشنامه توسط پولاد و همکاران (۱۹۹۸) ساخته شده است دارای ۴۰ سؤال ۵ گزینه ای در پنج خرده مقیاس (واقع بینی، تشخیص و تصدیق، تاوان و غرامت، دل جویی و اصلاح عمل و احساس بهبودی) به شرح زیر اندازه گیری شد.

جدول ۱. پرسشنامه بخشودگی و سوالات مربوط به آن

سؤال متغیر خرده مقیاس	سؤال هایی که خرده مقیاس را می سنجد	
	تعداد سؤالات	
واقع بینی تشخیص و تصدیق تاوان و غرامت دلجویی و اصلاح عمل احساس بهبودی	۸	۱، ۱۱، ۲۱، ۳۱، ۶، ۱۶، ۲۶، ۳۶
	۸	۲، ۷، ۲۲، ۳۷، ۱۲، ۱۷، ۲۷، ۳۲
	۸	۸، ۱۸، ۲۸، ۳۸، ۳، ۱۳، ۲۳، ۳۳
	۸	۹، ۱۴، ۲۹، ۳۴، ۴، ۱۹، ۲۴، ۳۹
	۸	۵، ۲۰، ۲۵، ۴۰، ۱۰، ۱۵، ۳۰، ۳۵

نحوه نمره گذاری:

این پرسشنامه دارای ۴ گزینه که به ترتیب نمره ۱، ۲، ۳، ۴ اختصاص داده شد، ضریب پایایی پرسشنامه توسط پولاد و همکاران (۱۹۹۸) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است. در این پرسشنامه به وسیله سیف و بهاری (۱۳۸۰) هنجاریابی شده و ضریب پایایی آن برابر با ۰/۸۴ است نمرات بالا در این مقیاس نشان دهنده میزان بخشودگی بیشتر و نمرات پایین نشان دهنده میزان بخشودگی کمتر است.

پرسشنامه امید به زندگی میلر^۱

پرسشنامه امید به زندگی میلر (MHS) یا پرسشنامه امیدواری میلر که در سال ۱۹۸۸ توسط میلر و پاورز ساخته شد. پرسشنامه اولیه دارای ۴۰ سوال بود که در نسخه‌های بعدی به ۴۸ سوال افزایش یافت. هدف این پرسشنامه، سنجش میزان امیدواری در افراد است.

نمره گذاری پرسشنامه:

این پرسشنامه در طیف لیکرت از بسیار مخالف (نمره ۱) تا بسیار موافق (نمره ۵) نمره گذاری می‌شود. نمره گذاری پرسشنامه امید میلر (MHS) به این صورت است که ابتدا باید در هر ماده به پاسخ بسیار مخالف نمره ۱، مخالف نمره ۲، بی تفاوت نمره ۳، موافق نمره ۴ و بسیار موافق نمره ۵ بدهید. ۱۴ ماده نیز به صورت وارونه نمره گذاری می‌شوند. نمره گذاری وارونه: سوالات به صورت وارونه نمره گذاری می‌شوند.

سوالات وارونه ۱۱-۱۳-۱۶-۱۸-۲۵-۲۷-۲۸-۳۱-۳۳-۳۴-۳۸-۳۹-۴۷-۴۸

تحلیل (تفسیر) بر اساس میزان نمره پرسشنامه

با توجه به اینکه این پرسشنامه زیرمقیاس ندارد، در پایان تمامی ماده‌ها را جمع کرده و نمره کل را به دست می‌آوریم. نمره هر فرد بین ۴۸ تا ۲۴۰ خواهد بود. این پرسشنامه نمره برش نیز ندارد و هر چه نمره فرد بالاتر باشد امیدواری بیشتری دارد. بر اساس این روش از تحلیل شما نمره‌های به دست آمده را جمع کرده و سپس بر اساس جدول زیر قضاوت کنید. توجه داشته باشید میزان امتیازهای زیر برای یک پرسشنامه است در صورتی که به طور مثال شما ۱۰ پرسشنامه داشته باشید باید امتیازهای زیر را ضربدر ۱۰ کنید
مثال: حد پایین نمرات پرسشنامه به طریق زیر بدست آمده است

جدول ۲. تعداد سوالات پرسشنامه * ۱ = حد پایین نمره

حد پایین نمره	حد متوسط نمرات	حد بالای نمرات
۴۸	۱۴۴	۲۴۰

امتیازات خود را از ۴۸ عبارت فوق با یکدیگر جمع نمایید. حداقل امتیاز ممکن ۴۸ و حداکثر ۲۴۰ خواهد بود.
نمره بین ۴۸ تا ۹۶: امید فرد، کم است.
نمره بین ۹۶ تا: امید فرد، متوسط است.
نمره بالاتر از ۱۴۴: امید فرد، زیاد است.

روایی و پایایی:

این پرسشنامه ترجمه شده از روی یک ابزار به زبان انگلیسی است که تا کنون در ایران اجرا نشده است و نیازمند اعتباریابی (سنجش روایی و پایایی است)؛ اما Miller روایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده و پایایی آن را طبق آلفای کرونباخ بالای ۸۰ ذکر کرده است.

^۱ Miller Hope Scale

خلاصه جلسات روان درمانی پذیرش و تعهد:

مداخله شامل ۱۷ جلسه و هفته ای دو جلسه صورت گرفت. جلسه ۱ تا ۴ شامل ارزیابی می باشد، جلسه ۵ تا ۱۷ شامل مداخلات ACT بوده و هر جلسه حدود ۵۰ دقیقه به طول انجامید.

جلسه ۱ و ۲: ارزیابی مشکلات بالینی درمان جو و اطلاعات پیش زمینه، سوالات مربوط به مشکلات بالینی که شامل: الف: ماهیت مشکلات آنها (افسردگی و مشکل در تصمیم گیری)، ب: دلیل جستجو برای روان درمانی، ج: تلاشهای قبلی برای مقابله با مشکلات، د: برای اطلاعات پیش زمینه، تاریخ درمانجو در زمینه های صمیمیت/ رابطه خانوادگی، فعالیت های آموزشی/ فنی و حرفه ای، تاریخ گذشته درمان روانی و شرایط فیزیکی مورد بررسی قرار میگیرد.

جلسه ۳: کشف و بررسی های درمانی بیمار و نمره گذاری آنها برای ارزیابی میزان تاثیر روشهای درمانی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه ۴: ایجاد درماندگی در مورد موقتی و کم اثر بودن درمانها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه ۵: کمک به مراجعین برای تشخیص کنترل وقایع شخصی، افکار، خاطرات، تشخیص راهبردهای ناکارآمد، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه ۶: پذیرش وقایع شخصی، دردناک بودن با آنها و عدم کنترل آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه ۷: بر کنترل به عنوان مشکل تاکید شد، این جلسات دو هدف را دنبال می کردند، یکی برای درمانجو برای توجه به بیهودگی تلاش های کنترل گرا قبلی (به عنوان مثال: اجتناب عاطفی) بود.

هدف دوم به ایجاد زمینه های درمانی که مایل به تجربه مبارزات شخص بدون تلاش برای سرکوب، منحرف شدن و یا خلاص شدن از آنها تاکید دارد.

جلسه ۸: تمایز بین محتوایی که استراتژی های کنترل کار می کنند و جایی که آنها کار نمی کنند طراحی شدند، اثرات بلند مدت استراتژی های کنترل در حیطه تجارب شخصی در بلند مدت مورد ارزیابی قرار گرفت، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه ۹: شامل: الف. نا امیدی خلاق ACT و ب. معرفی مختصری از کنترل به عنوان مشکل، استفاده از استعاره کنترل ACT به عنوان مشکل و بطور خلاصه برای شناسایی اثرات متناقض کپی از سبک های قبلی او ارائه شد، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه ۱۰: پذیرش با استفاده از مفهوم Willing، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب، کشف موقعیتهای اجتناب شده و تماس با آنها از طریق پذیرش، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه ۱۱: پذیرش به عنوان یک دستور کار جایگزین که شامل: تمرینات تمایل و خود به عنوان زمینه که جلسه شامل: الف. تمرینات تمایل ACT که خود شامل دو مقیاسهای استعاره برای جلب توجه به مبارزات روانی خود نسبت به تمایل به تجربه مبارزات مورد استفاده قرار گرفت و تمرینات تجربی کوتاه ACT، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه ۱۲: تمرین تمایل ACT که شامل نمای کلی از تمایل و عادی سازی مبارزات انسان و استفاده از استعاره ها به منظور افزایش تمایل او به عنوان یک جایگزین برای پنهان و سرکوب کردن تجارب خصوصی و برای نشان دادن این که بهای تمایل نداشتن ارائه شد، علاوه بر این تمایز بین تمایل و تحمل مورد بررسی قرار گرفت، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه ۱۳: در این جلسه در مورد احساسات در روابط فردی و اجتماعی و مسائل مربوط به تمایل و تعهد بحث و بررسی شدند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه ۱۴: الف: تمایل و مسئولیت و ب: خود به عنوان زمینه، ارائه استعاره شطرنج، تمرین مشاهده برای تجربه بین مراجعین و محتوای افکار و احساسات مورد استفاده قرار گرفت، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه ۱۵: حس تعالی از خود، آگاهی از دریافتهای حسی مختلف و جدایی از حس هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه ۱۶: معیارهای مراجعین در حوزه های مختلف از زندگی (به عنوان مثال: صمیمیت، خانواده، روابط اجتماعی، فعالیت های کار و تفریحی) به طور خلاصه مشخص شدند، در مورد موانع در مقابل اقدامات ارزش گرا و تعهد به این اقدامات صحبت شد، دریافت باز خورد و ارائه تکلیف.

جلسه ۱۷: آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزشها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، مرور تکالیف و جمع بندی جلسات به همراه مراجعین، اجرای پس آزمون

تجزیه و تحلیل داده ها

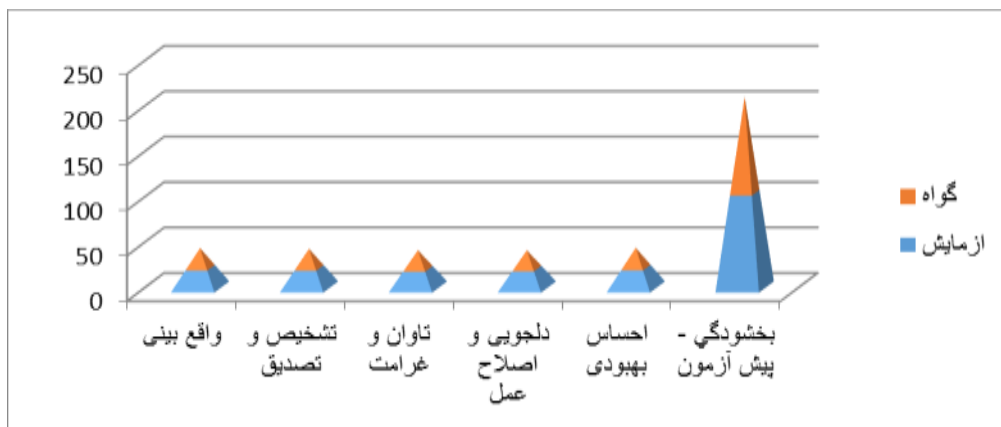
در این پژوهش ابتدا از آمار توصیفی (فراوانی درصد، میانگین و انحراف معیار) استفاده شد و جهت آزمون فرضیه های پژوهش از آمار استنباطی (آزمون تحلیل رگرسیون چند متغیره) استفاده شد.

یافته های پژوهش

مرحله پیش آزمون

جدول ۳. میانگین وانحراف معیارنمرات بخشودگی و ابعاد آن در بین دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون

گروه	آزمایش		گواه		متغیر شاخص
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
واقع بینی	۲۱/۲۴	۲/۴۷	۲۱/۶۴	۱/۷۰	
تشخیص و تصدیق	۲۰/۹۲	۲/۴۰	۲۱/۱۶	۲/۱۵	
تاوان و غرامت	۱۹/۹۶	۲/۸۹	۲۰/۶۰	۲/۷۲	
دلجویی و اصلاح عمل	۲۰/۲۴	۲/۱۳	۲۰/۲۸	۲/۴۸	
احساس بهبودی	۲۱/۳۲	۲/۷۸	۲۱/۸۸	۲/۷۳	
بخشودگی - پیش آزمون	۱۰۳/۶۸	۹/۷۲	۱۰۵/۵۶	۶/۱۰	



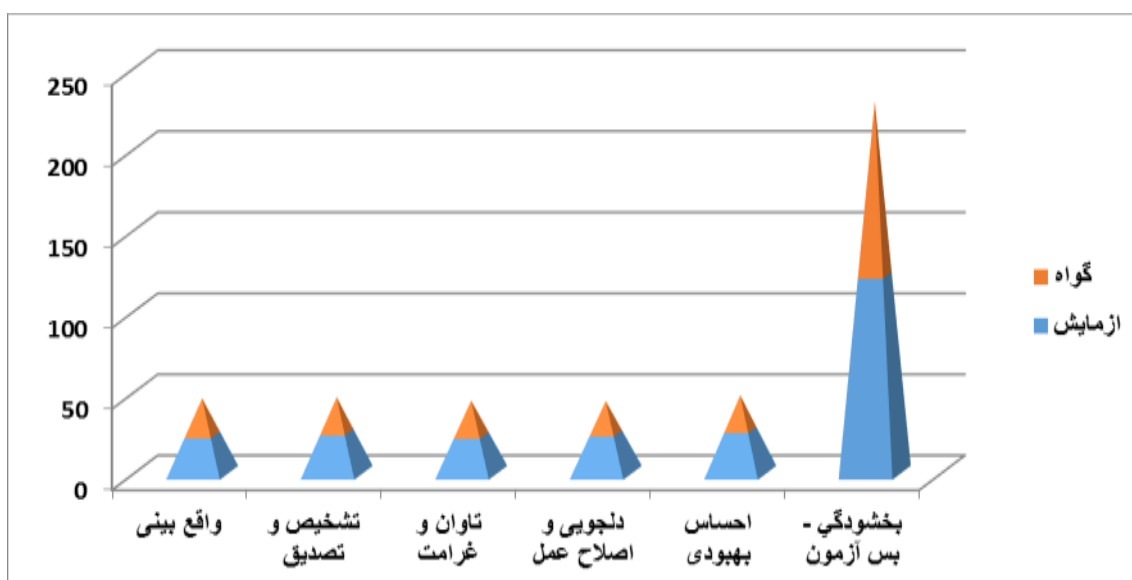
نمواد ۱: مقایسه میانگین نمرات بخشودگی و ابعاد آن به تفکیک دو گروه گواه و آزمایش

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می شود، تفاوت چندانی بین نمرات بخشودگی و ابعاد آن در بین گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون مشاهده نمی شود. نمرات کل بخشودگی آزمودنی های گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون برابر با ۱۰۳/۶ و گروه گواه ۱۰۵/۵ می باشد که تفاوت قابل ملاحظه ای با یکدیگر ندارند.

مرحله پس آزمون

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار بخشودگی و ابعاد آن در بین دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون

گروه	آزمایش		گواه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
واقع بینی	۲۳/۲۴	۲/۴۷	۲۲/۶۴	۱/۷۰
تشخیص و تصدیق	۲۴/۹۲	۲/۴۰	۱۲/۶۶	۲/۱۵
تاوان و غرامت	۲۲/۹۶	۲/۸۹	۲۱/۶۰	۲/۷۲
دلجویی و اصلاح عمل	۲۴/۲۴	۲/۱۳	۲۰/۰۴	۲/۳۴
احساس بهبودی	۲۶/۳۲	۲/۷۸	۲۱/۵۲	۱/۶۸
بخشودگی - پس آزمون	۱۲۱/۶۸	۹/۷۲	۱۰۷/۴۶	۶/۰۲



نمودار ۲: مقایسه میانگین نمرات بخشودگی به تفکیک دو گروه گواه و آزمایش در مرحله پس آزمون

همانطور که در جدول ۴ مشخص است، تفاوت محسوسی بین نمرات بخشودگی در گروه گواه و آزمایش در مرحله پس آزمون وجود دارد. به طوری که میانگین نمرات کلی بخشودگی افراد گروه آزمایش به ۱۲۱/۶ افزایش یافته است؛ یعنی در مجموع به طور متوسط به میزان حدود ۱۸ نمره افزایش پیدا کرده است.

یافته‌های تحقیق بر اساس فرضیه‌های پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند. برای تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهشی باتوجه به ماهیت آنها از آزمون تحلیل کوواریانس بین گروهی استفاده شده است ولی ابتدا لازم است نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض برابری واریانسها گزارش شود.

ضرایب بخشودگی

جدول ۵. نتایج آزمون لوین در مورد وجود پیش فرض برابری واریانس نمره‌های آزمودنیهای مورد مطالعه

ضریب p	ضریب F	آزمون متغیر
۰/۹۲	۰/۹۷۶	بخشودگی

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در متغیرهای تحقیق مقدار f در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست ($P > 0/05$) بنابراین مفروضه یکسان بودن واریانس‌ها تایید می‌شود. ضمناً با توجه به رعایت سایر مفروضه‌ها (پیش فرض خطی بودن و همگنی شیب‌ها) برای تحلیل داده‌ها می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس بین گروهی استفاده نمود.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بخشودگی افراد وابسته به مواد مخدر

شاخص منبع تغییرات	SS مجموع مجذورات	df درجه آزادی	MS میانگین مجذورات	F ضریب	P معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
بخشودگی (پیش آزمون)	۳۰۷۴/۹۴۸	۱	۳۰۷۴/۹۴۸	۲۴۳۰/۹۱۴	-	-	-
گروه	۳۱۸۵/۵۹۲	۱	۳۱۸۵/۵۹۲	۲۵۱۸/۳۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲۱	۱/۰۰۰
خطا	۵۹/۴۵۲	۴۷	۱/۲۶۵				
کل	۶۶۱۹۷۶/۲۵۰	۵۰					

با توجه به اطلاعات جدول ۶ و براساس نتایج آزمون تحلیل کوواریانس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش بخشودگی در میان افراد وابسته به مواد مخدر معنی‌دار بوده است ($F = 2518/384$ و $P = 0/001$) در ضمن میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور اتا برابر ۰/۵۲۱ شده است و توان آماری مساوی با (۱) شده است؛ بنابراین، نتایج نشان دهنده آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان بخشودگی را در بین افراد وابسته به مواد مخدر مورد مطالعه افزایش داده است و از نظر آماری نیز معنادار می‌باشد. ($P < 0/05$). بنابر شواهد فوق فرضیه تحقیق پذیرفته می‌شود.

جدول ۷. معیارهای آماری نمرات امید افراد وابسته به مواد مخدر

شاخص	گروه	مراحل	میانگین	انحراف معیار	میانه	دامنه
امید	آزمایش	پیش آزمون	۹/۹	۳/۹۶	۹	۱۵
		پس آزمون	۱۵/۲	۳/۶۴	۱۵	۱۶
	کنترل	پیش آزمون	۱۲/۳۳	۳/۵	۱۳	۱۴
		پس آزمون	۱۲/۳۳	۳/۵	۱۳	۱۴

جدول شماره ۷ معیارهای مربوط به نمرات امید افراد وابسته به مواد مخدر (آزمایش و کنترل) محاسبه و اختلاف معیارها قبل و بعد از آموزش معنا درمانی نمایان است.

نتایج آزمون لوین برای بررسی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌های امید در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۸. نتایج آزمون لوین در تساوی واریانس‌های امید

F آماره	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معناداری
---------	-----------------	-----------------	--------------

۰/۹۰۸	۲۸	۱	۰/۰۱۴
-------	----	---	-------

از جدول ۸ و با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون لوین ۵٪ کمتر نیست لذا فرض تساوی واریانس های امید در پس آزمون نمود پذیرش قرار میگیرد و می توان از تحلیل کوواریانس جهت آزمون فرضیه ی فوق استفاده نمود.

جدول ۹. تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه ی میانگین نمره های پس آزمون امید

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
گروه ها	۱۶۷/۱۶۵	۱	۱۱۶۷	۹۰/۴۴۵	۰/۰۰۰	۰/۷۷
خطا	۴۹/۹۰۳	۲۷	۱/۸۴۸			

باتوجه به جدول ۹ و با در نظر گرفتن نمره های پیش آزمون امید به عنوان متغیر هم پراش (کمکی) تفاوت بین نمره های امید افراد وابسته به مواد مخدر در دو گروه آزمایش و گواه با توجه به اینکه مقدار سطح معنی داری (۰/۰۰۰) از خطای ۱٪ کمتر است لذا فرض صفر رد و فرض مقابل یعنی ادعای محقق تایید میگردد. باتوجه به مجذور اتا میزان تاثیر یا تفاوت برابر با (۰/۷۷) میباشد یعنی ۷۷٪ کل واریانس میزان امید بر اساس عضویت گروهی و آموزش به وجود آمده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خرده مقیاسهای امید در عرصه های (اجتماعی، تحصیلی، عاشقانه خانوادگی، شغلی و اوقات فراغت) تاثیر معنی داری دارد.

نتایج آزمون لوین برای بررسی پیش فرض تساوی واریانس های نمره های خرده مقیاس های امید در عرصه های روابط (اجتماعی، تحصیلی، عاشقانه خانوادگی، شغلی و اوقات فراغت) در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱۰ ارایه شده است.

جدول ۱۰. تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه ی میانگین نمرات پس آزمون خرده مقیاسهای امید

امید	تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
عرصه ی اجتماعی	گروه	۵۳/۵۹۳	۱	۵۳/۵۹۳	۱۱/۶۸۷	۰/۰۰۲	۰/۳۰۲
	خطا	۱۲۳/۸۱۶	۲۷	۴/۵۸۶			
عرصه ی تحصیلی	گروه	۸/۲۲۹	۱	۸/۲۲۹	۱/۱۴۶	۰/۲۹۴	۰/۰۴۱
	خطا	۱۹۳/۹۲۳	۲۷	۷/۱۸۲			
عرصه ی عاشقانه	گروه	۵۲/۲۵۳	۱	۵۲/۲۵۳	۷/۱۶۸	۰/۰۱۳	۰/۲۱
	خطا	۱۹۷/۰۰۵	۲۷	۷/۲۹۶			
عرصه ی خانوادگی	گروه	۵/۲۳۲	۱	۵/۲۳۲	۰/۶۴۱	۰/۴۴	۰/۰۲۲
	خطا	۲۳۰/۰۰۴	۲۷	۸/۵۲			
عرصه ی شغلی	گروه	۱/۹۹۱	۱	۱/۹۹۱	۱/۸۴۳	۰/۱۸۶	۰/۰۶۴
	خطا	۲۹/۱۶۸	۲۷	۱/۰۸			
عرصه ی اوقات فراغت	گروه	۱۱/۵۷۸	۱	۱۱/۵۷۸	۳/۹۳۵	۰/۰۴۴	۰/۲۶۵
	خطا	۷۹/۴۲۷	۲۷	۲/۹۴۲			

باتوجه به جدول ۹ و با در نظر گرفتن نمره های پیش پیش آزمون امید در عرصه ی روابط اجتماعی و روابط عاشقانه و اوقات فراغت و تفاوت بین نمره های امید در عرصه های اجتماعی -عاشقانه و اوقات فراغت فرضیه پژوهش تایید میگردد. با توجه به مجذور آتا میزان تاثیر یا تفاوت کل واریانس امید در در عرصه های اجتماعی -عاشقانه و اوقات فراغت افراد وابسته به مواد مخدر بر اساس عضویت گروهی و آموزش به وجود آمده است. در عرصه های تحصیل و خانوادگی و شغلی افراد وابسته به مواد مخدر در دو گروه آزمایش و فرضیه پژوهش تایید نمیگردد. باتوجه به میزان آتا میزان تاثیر یا تفاوت کل واریانس میزان امید در عرصه های تحصیل و خانوادگی و شغلی افراد وابسته به مواد مخدر بر اساس عضویت گروهی و آموزش به وجود آمده است که مقدار بسیار کمی میباشد.

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر با بخشهایی از نتایج تحقیقات زارعتی (۱۳۸۷) طارمیان و همکاران (۱۳۸۸)، صابری و همکاران (۱۳۸۹)، پورسعید و همکاران (۱۳۸۹) مهربایی زاده هنرمند و همکاران (۱۳۸۹)، خلعتبری و همکاران (۱۳۹۰)، رئیسی و همکاران (۱۳۹۱)، نولت و همکارانش (۲۰۰۲)، لونین و همکاران^۱ (۲۰۰۶)، باکوس (۲۰۰۹)، همسو بوده است و با یافته های آنها همخوانی دارد. محققان مذکور نیز در نتایج خود گزارش نموده اند آموزش های گروهی منجر به بالارفتن بخشودگی افراد شده است. زارعتی (۱۳۸۷) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که آموزش مهارت های زندگی موجب افزایش سطح کارکرد اجتماعی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می شود.

در تحلیل و تفسیر یافته های مربوط به این بخش از تحقیق در خصوص اثرات مفید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سطح بخشودگی افراد وابسته به مواد مخدر می توان اذعان نمود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به منظور ارتقای توانایی های روانی - اجتماعی افراد و بخصوص افراد وابسته به مواد مخدر مورد استفاده قرار می گیرند. توانایی های روانی - اجتماعی، یعنی آن گروه توانایی هایی که فرد را برای مقابله مؤثر و پرداختن به کشمکش ها و موقعیت های زندگی یاری می بخشد. این توانایی ها فرد را قادر می سازد تا در رابطه با سایر انسان ها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگاران عمل کند و سلامت روانی خود را تأمین نماید. زیرا توانایی های روانی اجتماعی در ارتقای بهداشت و سلامت افراد نقش مهمی بر عهده دارند پس در واقع این نوع آموزشها و مداخلات نه تنها می تواند رفتارهای مثبت را در بین جوانان ایجاد و تقویت نماید، بلکه می تواند در سایر جنبه های زندگی اجتماعی جوانان از جمله در سازه مهم بخشودگی اثرات سودمند و مفیدی داشته باشد. زیرا اینگونه به نظر می رسد که بخشودگی یکی از فرایندهای روانشناختی و ارتباطی و معنوی برای افزایش سلامت روان و التیام آزردهای است که لازمه رشد ارتباطی، عاطفی است. فرآیند بخشودگی مفهومی متفاوت از فراموشی و یا نادیده انگاشتن مسائل است و نیازمند آگاهی، درک، تفسیر مثبت و امیدواری است. بنابراین بخشودگی، یک میلی درونی است که افراد را به سوی بازداری از پاسخ های ناخوشایند ارتباطی و رفتار مثبت نسبت به کسی که به طور منفی با آنها رفتار کرده است متمایل می سازد. پس بخشش، تنها یک عمل اخلاقی نیست بلکه فرآیند التیام بخشی است که می توان آن را به شکل مداخلات درمانی در مشاوره بویژه در روابط بین فردی و میان فردی به کار گرفت ولی آنچه گفتنی است بخشش که ندادنی است نه گرفتنی بلکه آموختنی است و این انعطاف پذیری را باید از سنین پایین آغاز کرد و این اولین مراحل رشد مقبر اجتماعی ساله است مغزی که می تواند ببخشد. بنابراین عوامل متعددی وجود دارد که بر این فرآیند تاثیر گذار است و همانگونه نتایج این تحقیق هم آشکار نمود، آموزش مهارت های زندگی نیز می تواند بر فرآیند بخشودگی افراد تاثیر بگذارد. در واقع این مداخله و آموزش قادر است با تقویت رفتار مثبت و همچنین بازداری از عکس العمل های منفی و ناخوشایند ارتباطی در بین افراد، سطح بخشودگی آنها را ارتقا دهد و از این طریق روابط بین افراد را تعدیل نماید.

افراد با بخشیدن انتخابی و آگاهانه خود، امکان رشد خود را افزایش داده و همچنین هنگام طلب بخشش مسؤولیت اشتباهات خود را می پذیرند و این کار موجب می شود تا فرد آسیب دیده راحت تر ببخشد، بنابراین، بخشش با رها کردن فرد از رنجش و

^۱. Levenson & et. al

عصبانیت، سلامت روانی فرد را تضمین خواهد کرد.

یافته های این پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش امید افراد وابسته به مواد مخدر و همچنین افزایش امید آنها در عرصه های (عرصه ی اجتماعی، عاشقانه و اوقات فراغت) اثر معناداری دارد و بر عرصه های تحصیل و خانوادگی و شغلی تاثیر معنادار ندارد. نتایج این پژوهش با پژوهش قادری و همکاران (۱۳۹۰) که به این نتیجه دست یافتند که معنادرمانی به شیوه گروهی باعث افزایش امید به زندگی بیماران سرطانی می شود و با پژوهش رودینی (۱۳۸۵) که به این نتیجه دست یافتند که معنادرمانی گروهی در بهبود سلامت روان، امید به آینده، کارکرد اجتماعی، تغییر نگرش نسبت به زندگی و کاهش یاس آنها موثر است، همخوانی دارد. روشهای زندگی کردن به صورت کامل و اصیل را تشخیص داده و انتخابهایی کند که به آنها کمک کرده و به چیزی تبدیل شوند که قابلیت آنها دارند. در این رویکرد درمانجو ترغیب می شود با تعیین اهداف، ارزشها و طرحریزی برنامه های جدید در زندگی جرات روبرو شدن صادقانه و حقیقی با زندگی را پیدا کند. میتوان گفت آگاهی و درک جدیدتر و عمیقتری که برای این افراد ایجاد شده آنها را ترغیب نموده که امیدوارانه تر و بانگیزه تر به زندگی خود ادامه دهند. همچنین آموخته اند که با تمرکز نکردن به زمان و چگونگی مرگ خود زندگی هدفمندتری داشته باشند و همچنانکه می (نقل از کوری، ترجمه ی سید محمدی، ۱۳۸۸) اشاره میکند درک فناپذیری و متناهی بودن زندگی و پذیرش مرگ جسمانی به آنها این هشدار را می دهد که از زندگی خود بهترین بهره را برده و زندگی کاملی داشته باشند؛ و این یعنی درک و پذیرش ارزشهای گرایش: پذیرفتن واقعتهای غیر قابل تغییر، سازگاری با آنها و ادامه زندگی با وجود آنها.

منابع

۱. بهاری فرشاد، سیف، سوسن (۱۳۷۹). بخشودگی، معرفی مدل های درمانی در مشاوره ازدواج و خانواده. تهران، تازه ها و پژوهش های مشاوره، جلد دوم، شماره ۷ و ۸.
۲. داغاله، فاطمه، عسگری، پرویز، حیدری، علیرضا (۱۳۹۱)، بررسی رابطه بخشودگی، عشق، صمیمیت با رضایت زناشویی، یافته های نو در روانشناسی، دوره ۷، شماره ۲۴، ص: ۶۹-۵۷
۳. سیمون و سیمون، سیدنی: بخشودن، ترجمه مهدی قراچه داغی (۱۳۸۴)، تهران، انتشارات رسا.
۴. کاپلان، هارولد، سادوک، ویرجینا. (۱۳۸۷). خلاصه روانپزشکی، علوم رفتاری، روانشناسی بالینی (ترجمه فرزین رضاعی). جلد دوم، چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند. (انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).
۵. مظفر، حسین، ذکریای، منیژه، ثابتی، مریم. (۱۳۸۸). آنومی فرهنگی و اعتیاد به مواد مخدر در بین جوانان ۱۳-۲۸ ساله شهر تهران. پژوهش نامه علوم اجتماعی. ۳(۴)، ۵۴-۳۳.
۶. ممتاز، فریده. (۱۳۸۱). انحرافات اجتماعی، نظریه ها و دیدگاهها، چاپ اول، تهران: شرکت سهامی انتشار.
۷. هاوتون، کلارک، سالکوس. (۱۳۸۶). رفتار درمانی شناختی (ترجمه حبیب اله قاسم زاده) تهران: انتشارات ارجمند. انتشار به زبان اصلی ۱۹۸۹.

8. Gorden. C.K. and baucom. H. (2003). Forgiveness and marriage. Prelimnay support for masure based on a mocel of recovery from a marital betrayal. The American journal of family therapy. 31: 179-199.
9. Hosman C, Jane-Llopis E, Saxena S eds (2015). Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Oxford, Oxford University Press.
10. Kratzer, S & Hegerl, U. (2007). Is internet addiction s=a disorder of its Own? Lehrestuhl psychologies, Universidad Augsburg.
11. Mueser KT, Aoltos Deboran R. (2005) The effectiveness of skill training for improving outcomes in supported onployment. Am Psychia founda, 56: 1254-1260.
12. Runcan, P.L. (2012). The time factor: Dose it influense the parent child relationship? Procedia- social and behavioeal science, 33: 11-14.

13. Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ Clinical psychiatry (10th Ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
14. West, R. (2006). Theory of Addiction, Blackwell publishing oxford, 9-28
15. Worthington, H.L. (2005). Pimensions of forgiveness. Psychological research and theological perspectives.
16. Worthington, E. L. (2005). Iland book of fogivencess new York. Rouledege.
17. Worthington, E.L. & wade, N.G. (2000). The psychology of unforgiveness and forgiveness and implication chnical practice. Journal of social clinical psychology 18, 385-418.

Effect of Treatment Based on Acceptance and Commitment to the Forgiveness and Life Expectancy of Drug Addicts

Fatemeh Jalayi

Young Researchers and Elite Club, Islamic Azad University, Marvdasht Branch, Iran

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effect of treatment and admission therapy on drug addiction and life expectancy in drug addicts. The study was quasi-experimental. The statistical population included all drug addicts in the center of mmt in Baharestan (470). Simple random sampling method was used. Initially, two divorce and life expectancy questionnaires were distributed among all individuals and then 200 of the people who received the lowest score in forgiveness and life expectancy were replaced in two groups of 100 people as a control and trial group. The experimental group received intervention, but the control group did not receive any intervention. The research tool was the Simpson Hope Scale for Adults (ADSHS) and the Forgiveness Questionnaire (FFS) questionnaire. In this research, treatment based on admission and commitment as an independent variable, forgiveness and life expectancy as dependent variables was performed. Statistical analysis of data was performed based on covariance analysis coefficient using spss software. The results showed that acceptance and commitment therapy has a significant effect on the forgiveness and hope of drug addicts.

Keywords: Acceptance and Commitment Based Therapy, Forgiveness, Life Expectancy, Drug Addicts
