

اثر بخشی ACT (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) بر تعهد زناشویی، سازگاری اجتماعی و تاب آوری مردان مبتلا به سوء مصرف مواد (افیونی) تحت درمان مرکز اجتماع مدار رشت

فاطمه روحی^{۱*}، طاهره حمزه پور حقیقی^۲

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران

^۲ گروه روانشناسی بالینی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران

*نویسنده مسئول

چکیده

در حوزه روابط بین فردی و بین فردی اعتیاد به مواد مخدر به کاهش احساس تعهد به زندگی زناشویی می‌انجامد. افراد وابسته به مواد مخدر بدلیل وابستگی بیش از حد به مواد مخدر معمولاً توجه کمتری به زندگی فعلی و زناشویی خود دارند. از سویی دیگر با وابستگی به مواد مخدر و افیونی، سطوح سازگاری اجتماعی و انعطاف پذیری در مواجهه با انتظارات و فشارهای زندگی روزمره نیز کاهش می‌یابد. این افراد به دلیل اختلالات روحی و مشکلات جسمانی که تجربه می‌کنند. در این مقاله سعی می‌شود با ارائه ی شواهد و تجزیه تحلیل موضوع به پرسش اولیه پاسخ داده شده است و نتیجه نهایی از میان تحقیقات متفاوتی بیرون کشیده شده است.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، تعهد زناشویی، سازگاری اجتماعی، تاب آوری

مقدمه

سوء مصرف مواد افیونی یکی از اختلالات مزمن، عودکننده و پیچیده‌ای است که با پیامدهای منفی و فاجعه آمیزی همراه است. این پدیده دربرگیرنده مجموعه از علائم جسمانی، رفتاری و شناختی است که استمرار مصرف ماده مخدر علی‌رغم پدید آمدن مشکلات متعدد همچنان ادامه خواهد یافت. (۱) از جمله ویژگی‌های مهم اختلال سوء مصرف مواد افیونی را می‌توان در تغییر در مدارهای مغزی مشاهده نمود که سالها پس از ترک نیز در فرد باقی مانده و منجر به ظهور دو شکل برجسته الگوهای رفتاری و شناختی می‌گردد: (۱) مصرف مجدد با وجود تلاش‌های بسیار زیاد فرد؛ (۲) تمایل و اشتیاق ذهنی برای روی آوردی دوباره به مصرف. (۲) تحقیقات گواه این مدعاست که سوء مصرف مواد با مشکلات متعدد و انباشتی در حوزه‌های خانوادگی، مالی، اجتماعی، شناختی و جسمانی همراه است. (۳) سازمان بهداشت جهانی این معضل را به عنوان یکی از مشکلات جاری سلامت اجتماعی معرفی کرده است که از یکسو به سلامت اجتماعی جامعه آسیب وارد نموده و از سوی دیگر احتمال افزایش رفتارهای انحرافی و مجرمانه را افزایش خواهد داد. (۴) آمارهای جهانی حاکی از آنند که تنها در کشور آمریکا ۲۵ میلیون نفر از اختلال سوء مصرف مواد مخدر رنج می‌برند. تعداد مصرف‌کننده مواد مخدر هم اکنون به بیش از ۲۵۰ میلیون نفر در سطح جهان رسیده است. (۵) محمدی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود امار رسمی معتادان کشور را ۲ میلیون نفر گزارش داده‌اند که دارای میانگین سنی ۱۸ سال می‌باشند. موقعیت جغرافیایی ایرانی و هم مرز بودن با کشورهای پاکستان و افغانستان به عنوان دو کشور تولیدکننده عمده مواد افیونی یکی از علل‌های اصلی درگیری بالای شهروندان ایرانی به مواد افیونی است. از سوی دیگر این هم مرزی با مشکل مسیر ترانزیت موارد مخدر به کشورهای اروپایی نیز تشدید گردیده و سالیانه بر تعداد افراد متمایل به مصرف مواد افیونی افزوده می‌شود. (۶) به اعتقاد حبیبی و همکارانش (۱۳۹۷) روند کنونی کشور و مقایسه داده‌های کشوری در ۴۰ سال گذشته نشان‌دهنده این واقعیت است که نه تنها از تعداد مصرف‌کننده مواد مخدر کاسته نخواهد شد، بلکه برعکس با کاهش میانگین سنی مصرف‌کنندگان این بحران جهانی قشر نوجوان را نیز به چالش خواهد کشید. بدین معنا، یکی از چالش برانگیزترین و نگران‌کننده‌ترین مسائل پیش روی نظام سلامت و بهداشت مصرف مواد مخدر و متعاقب آن سوء مصرف مواد افیونی می‌باشد. همچنین کشور ما نیز جزء کشورهایی است که نیازمند راهکارها و استراتژی‌های کوتاه مدت و بلندمدت برای کاهش احتمال سوء مصرف است. (۷) باباپور و همکارانش (۱۳۹۷) استدلال می‌کنند که اعتیاد به عنوان یک بیماری قابل پیشگیری و قابل درمان از مهم‌ترین اولویت‌های اجرای پژوهش می‌باشد؛ زیرا اعتیاد علاوه بر مشکلات جسمی خاص و تبعاتی مانند مشکلات روحی و روانی نیز در پی دارد. (۸)

رواندرمانگران هم اکنون به این ادراک رسیده‌اند که سوء مصرف مواد مخدر با مشکلات متعدد در زندگی زناشویی همبسته است؛ که می‌توان یکی از پیامدهای احتمالی را کاهش تعهد زناشویی است. (۹) در یک تعریف کلی تعهد زناشویی را می‌توان دیدگاه بلند مدت فرد به زندگی زناشویی، ازدواج و همسر تعریف نمود. (۱۰) در تعریفی دیگر تعهد زناشویی اشاره به میزان فداکاری فرد برای زندگی زناشویی، تلاش برای حفظ، تقویت و همبستگی ازدواج از نظر فکری، اخلاقی و رفتاری دارد (۱۱). تعهد زناشویی از منظری دیگر دارای سه شکل تعهد نسبت به همسر (تعهد شخصی) بر اساس تمایل به باقی ماندن در رابطه، تعهد به ازدواج (تعهد اخلاقی) مرتبط مرتبط با تعهدات اجتماعی یا مذهبی و پیمان‌های یکپارچگی و مسئولیت و تعهد اجباری بر اساس احساس به دام افتادن در یک رابطه به دلیل هزینه‌ها و مشکلات موجود در فسخ کردن پیوند بازنمایی نمود. (۱۲) تحقیقات حاکی از آنند که با افزایش سوء مصرف مواد مخدر افراد تمایل و تعهدشان به زندگی زناشویی کاسته می‌شود (۱۳). چنین افرادی به دلیل وابستگی ذهنی و جسمانی به مواد مخدر قادر به برآورده کردن نیازهای زندگی زناشویی نیستند (۱۴).

برخی از تحقیقات هم کاهش رضایتمندی از زندگی زناشویی، صمیمیت زناشویی، افزایش دزدگی زناشویی و مشکلات در زندگی مشترک را به عنوان پیامد مصرف مواد مخدر عنوان نموده‌اند. (۱۵)

یکی دیگر از مشکلات احتمالی که افراد با سابقه سوء مصرف مواد مخدر با آن روبرو هستند سازگاری اجتماعی است. سازگاری اجتماعی یکی از برجسته‌ترین عناصر سلامت اجتماعی یک جامعه محسوب می‌گردد و افراد می‌بایست خواسته‌ها و نیازهای خود را همواره با استانداردها و هنجارهای جامعه هماهنگ و متعادل سازند. (۱۶) لی و خیا^۱ (۲۰۲۰) سازگاری اجتماعی را به عنوان همگونی فرد با نیازها، انتظارات، ارزش‌ها و هنجارهای جامعه تعریف نموده‌اند. (۱۷) به باور یانگ و لی^۲ (۲۰۲۰) توانایی و مهارت فرد در سازگار شدن با پیش نیازهای زندگی اجتماعی و ایجاد روابط سازنده و هدفمند با سایر افراد و نهادها و همچنین پیروی از ارزش‌ها و استانداردهای مشترک زندگی اجتماعی به عنوان سازگاری اجتماعی تعریف می‌گردد. (۱۸) افرادی که از سازگاری اجتماعی مناسب بهره می‌برند دلیل درک و قدرت انطباق درست با شرایط محیطی عملکرد اجتماعی بهتری را از خود نشان می‌دهند، این افراد با توجه به قدرت سازگاری بالای خود سطوح مطلوبی از مدیریت روابط متقابل، انجام وظایف نقشی و دستیابی به اهداف مقبول اجتماعی را از خود نشان می‌دهند. (۱۹) در نتیجه سازگاری اجتماعی را می‌توان قدرت هماهنگی با محیط‌های مختلف اجتماعی دانست که فرایند عضویت فرد در گروه‌های رسمی و غیررسمی را تسهیل بخشیده و از سویی دیگر به تعمیق روابط متقابل و سازنده می‌انجامد. (۲۰) در این میان، مشکلات شناختی، وابستگی به مصرف مواد مخدر، پریشانی ذهنی متعاقب عدم مصرف مواد مخدر همگی به اختلال در عملکرد اجتماعی فرد معتاد انجامیده و سطوح سازگاری اجتماعی وی را کاهش خواهد داد. (۲۱) افرادی که به دچار سوء مصرف مواد مخدر هستند به دلیل چنین وابستگی ذهنی و جسمی قوی به مواد افیونی ترجیح می‌دهند نیازهای مرتبط با مصرف را در اولویت زندگی فردی و اجتماعی قرار دهند، چنین نگرشی کیفیت روابط اجتماعی و متعاقب آن انعطاف پذیری در حوزه مرتفع ساختن خواسته‌های گروه‌های اجتماعی را محدودیت مواجه می‌سازد (۲۲). همچنین مشکلات روحی و ذهنی که افراد وابسته به مواد مخدر تجربه می‌کنند قدرت تفکر، توانایی حل مساله، انعطاف پذیری شناختی را نیز کاهش داده و پیامد این وضعیت سازگاری اجتماعی پایین‌تر افراد دارای سوء مصرف مواد افیونی است. (۲۳)

تاب آوری یکی دیگر از همبسته‌های قوی سوء مصرف مواد مخدر است. در یک تعریف کلی تاب آوری را می‌توان رفتار انطباقی مثبت و یا فرآیند پویایی تعریف نمود که فرد در رویارویی با ضربه‌های روحی و یا شرایط ناگوار نشان می‌دهد. (۲۴) لئو و کائو^۳ (۲۰۲۰) تاب آوری را به عنوان توانایی فرد برای سازگاری ساز یافته با شرایط نامساعد مثل بلایای طبیعی، فشارهای طاقت فرسا و مرتفع ساختن مشکلات و بهبود شرایط تعریف نموده‌اند. (۲۵) افراد تاب آور بدلیل بهره مندی از برخی ویژگی‌های شخصیتی و مهارت‌های اجتماعی به تعامل سازنده با محیط بیرونی می‌پردازند. این خصیصه با توانایی درونی شخص و مهارت‌های اجتماعی توسعه یافته و به عنوان یک ویژگی مثبت متبلور می‌گردد. (۲۶) خودکارآمدی بالاتر و بکارگیری سبک‌های حل مساله کارآمد در چنین افرادی مانع درگیری آنها سوء مصرف مواد مخدر می‌گردد، چرا که چنین افرادی همواره از راهبردهای مقابله مساله محور برای حل نمودن مشکلات مرتبط با مصرف استفاده می‌کنند و یا خودکارآمدی درونی آنها امکان مواجهه کارآمد با شرایط ناگوار فعلی را می‌دهد (۲۷). از سویی دیگر این احتمال نیز وجود دارد که وابستگی شدید ذهنی به مواد مخدر افیونی ظرفیت تاب آوری افراد معتاد را به مرور زمان کاهش دهد. تحقیقات نشان داده‌اند که مصرف مواد مخدر با

¹ Li, Xia

² Yang, Lee

³ Liu, Cao

تحلیل تاب آوری و ظرفیت‌های مثبت دیگر همچون سرسختی روانشناختی، خودکارآمدی و راهبردهای مقابله سازش یافته احتمال بکارگیری راهبردهای سازش نیافته و تشدید و عود وابستگی به مواد مخدر را را افزایش دهد. (۲۸) در این ارتباط افزایش تاب آوری افراد وابسته به مواد مخدر زمینه را برای تقویت مهارت‌هایی مثل احساس ارزشمندی، دوراندیشی، تصمیم‌گیری مناسب در موقعیت‌های تنش‌زا، کنترل هیجانی، احساس مسئولیت فردی، معنایابی مساعد ساخته و در نتیجه احتمال عود مصرف را نیز کاهش خواهد داد. (۲۹)؛ چرا که با افزایش تاب آوری افراد وابسته به مواد مخدر بهتر می‌توانند در برابر وسوسه‌های ذهنی و تحریکات محیطی تاب آورند و به مدیریت انطباقی رفتار خود بپردازند. (۳۰)

ادبیات پژوهش

تعهد زناشویی

تعهد زناشویی را می‌توان دیدگاه بلند مدت فرد به زندگی زناشویی، ازدواج و همسر تعریف نمود (لطیفا و همکاران، ۲۰۲۰).

سازگاری اجتماعی

لی و خیا (۲۰۲۰) سازگاری اجتماعی را به عنوان همگونی فرد با نیازها، انتظارات، ارزش‌ها و هنجارهای جامعه تعریف نموده‌اند.

تاب آوری

لنو و کائو (۲۰۲۰) تاب آوری را به عنوان توانایی فرد برای سازگاری ساز یافته با شرایط نامساعد مثل بلایای طبیعی، فشارهای طاقت فرسا و مرتفع ساختن مشکلات و بهبود شرایط تعریف نموده‌اند.

سلطانی زاده و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان دختر دارای اضطراب امتحان با بکارگیری نمونه ۳۰ نفری به این نتیجه رسیدند که مداخله درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری منجر به افزایش معنادار عملکرد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون گردید. (۴۱)

امینی و کرمی (۱۴۰۰) در پژوهش خود با عنوان بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دل‌زدگی زناشویی و شفقت به خود زنان تحت پوشش سازمان‌های مردم‌نهاد شهر تهران با بکارگیری نمونه ۳۰ نفری به این نتیجه رسیدند که تحلیل کوواریانس برای دل‌زدگی زناشویی ($F_{401/28} =$) و شفقت به خود ($F_{457/52} =$) نشان داد عملکرد زنان بدسرپرست گروه آزمایش با حذف اثر پیش‌آزمون نسبت به گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0.01$). میانگین پس‌آزمون دل‌زدگی زناشویی ($47/05 \pm 4/90$) و میانگین پس‌آزمون شفقت به خود گروه آزمایشی ($43/30 \pm 3/31$) مشخص گردید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش دل‌زدگی زناشویی و افزایش شفقت به خود در زنان بدسرپرست می‌شود. (۴۲)

بهرامی و همکاران (۱۴۰۰) در تحقیق خود با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی در بیماران آسماتیک با بکارگیری نمونه ۳۰ نفری به این نتیجه رسیدند که تفاوت معنی‌داری در مؤلفه‌های تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی در بیماران آسماتیک در قبل و بعد از آزمایش وجود دارد ($P < 0.05$). به این معنی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی در بیماران آسماتیک اثر مثبت داشته و این مؤلفه‌ها در بیماران افزایش یافته است. (۴۳)

اسکات و همکارانش (۲۰۲۱) در پژوهش خود با عنوان کارآزمایی تصادفی کنترل شده امکان سنجی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آنلاین برای افراد مبتلا به HIV با بکارگیری نمونه ۵۷ نفری به این نتیجه رسیدند که دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افزایش سازگاری اجتماعی و شغلی، کاهش مشکلات روانی انجامیده است. (۵۸)

رایان^۴ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود با عنوان ارزیابی آزمایشی یک برنامه آموزشی تاب‌آوری مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی برای افراد مبتلا به دیابت با بکارگیری نمونه ۲۰ نفری به این نتیجه رسیدند که دوره پذیرش و تعهد به افزایش تاب‌آوری، ارزشمندی زندگی، انعطاف‌پذیری روانشناختی، عواطف مثبت و کاهش استرس و افسردگی انجامیده است. (۵۹)

ریس^۵ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود با عنوان ارتقای تاب‌آوری در میان جانبازان دانشجو از طریق یک برنامه درمانی پذیرش و تعهد: با بکارگیری نمونه ۵۰ نفری به این نتیجه رسیدند که دوره پذیرش و تعهد به افزایش تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری انجامیده است. (۶۰)

ویتینگ^۶ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود با عنوان آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند سازگاری روانی را پس از یک آسیب شدید مغزی تسهیل کند؟ با بکارگیری نمونه ۲۰ نفری به این نتیجه رسیدند که دوره درمان پذیرش و تعهد به افزایش سازگاری روانی - اجتماعی، کاهش افسردگی و اضطراب و انعطاف‌پذیری روانشناختی انجامیده است. (۶۱)

اسکات^۷ و همکاران (۲۰۱۸) در تحقیق خود با عنوان کارآزمایی و امکان‌سنجی درمان آنلاین پذیرش و تعهد برای بیماران مبتلا به درد مزمن پیچیده در بریتانیا با بکارگیری نمونه ۳۰ نفری به این نتیجه رسیدند که دوره درمانی مورد نظر به افزایش سازگاری اجتماعی و شغلی، افزایش سلامتی و کاهش مصرف دارو، احساس مثبت نسبت به زندگی و تغییر نگرش انجامیده است. (۶۲)

روش پژوهش

این پژوهش در زمره تحقیقات مروری می‌باشد.

این نوع مقاله به روی یک پرسش تمرکز دارد و در طول مقاله سعی می‌شود با ارائه شواهد و تجزیه تحلیل موضوع به آن پرسش اولیه پاسخ داده شود. نتیجه نهایی از میان تحقیقات متفاوتی بیرون کشیده می‌شود.

فرضیه‌های پژوهش

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعهد زناشویی، سازگاری اجتماعی و تاب‌آوری مردان مبتلا به سوء مصرف مواد (افیونی) تأثیر دارد.

⁴ Ryan

⁵ Reyes

⁶ Whiting

⁷ Scott

یافته های پژوهش

اعتیاد به مواد مخدر

اعتیاد یک مشکل پزشکی، روان شناختی، اجتماعی و اقتصادی پیچیده است. مشخصه‌ی اعتیاد به مواد، میل شدید غیر قابل کنترل و وسواسی به مصرف مواد است که در آن آثار مخرب مصرف مواد همچنان ادامه می‌یابد. اعتیاد از نظر لغوی، اسم مصدر عربی از ریشه «عاد» است که در فرهنگ لغت معین، به مفهوم عادت کردن و خو گرفتن می‌باشد. در فرهنگ نامهٔ دهخدا، اعتیاد به مفهوم مداوم خواستن چیزی» آمده است. عادت و اعتیاد دو اصطلاح و عنوانی هستند که در افکار عمومی به غلط مشابه و معادل هم در نظر گرفته می‌شوند. در صورتیکه اختلاف کلی و اساسی باهم دارند. عادت عبارت است از تطابق موجود زنده با محیط زیست و شرایط جدید و بی سابقه. در انسان انواع مختلف عادت وجود دارد که عبارتند از: عادت حیاتی (بیولوژیکی)، عادت روحی، عادت غریزی و عادت عضوی. اعتیاد عبارتست از تطابق بدن با هر دارو یا ماده شیمیایی خارجی غیر لازم به مدت طولانی که یکی از انواع عادات حیاتی یا عادات بیولوژیکی محسوب می‌گردد. استعمال مداوم و طولانی مواد مخدر منجر به ایجاد سخت‌ترین انواع عادات حیاتی در بدن می‌شود که همان اعتیاد به مواد مخدر می‌باشد. معتاد کسی است که بر اثر مصرف مکرر و مداوم مواد مخدر یا دارو به آن متکی شده باشد (نامداریان و جانی پور، ۱۳۹۹)، به عبارت دیگر، قربانی هر نوع وابستگی جسمی یا روانی به مواد مخدر، معتاد شناخته می‌شود. از نظر جامعه شناسی، معتاد کسی است که به مواد ایجاد کننده تغییرات غیر قابل قبول اجتماعی و فردی وابستگی دارد و در صورتی که دارو به بدن وی نرسد، اختلالات روانی و فیزیکی موسوم به سندرم محرومیت در او ایجاد می‌شود (صفری و حقی، ۱۴۰۰).

سازمان ملل متحد (۲۰۲۰) در مورد اعتیاد به مواد مخدر تعریف زیر را ارائه کرد: اعتیاد به مواد مخدر عبارت است از مسمومیت تدریجی یا حادی که به علت مصرف مداوم یک دارو، اعم از طبیعی یا ترکیبی، ایجاد می‌شود و به حال شخص و اجتماع زیان آور می‌باشد (به نقل از رنتل و نستلر، ۲۰۲۲).

به عبارت ساده‌تر، وابستگی به موادی که مصرف مکرر آن با کمیت مشخص و در زمانهای معین، از نظر مصرف کننده ضروری بوده و دارای ویژگیهای زیر است:

وابستگی جسمی ایجاد می‌کند.

وابستگی روانی ایجاد می‌کند.

پدیده تحمل ۹ در بدن نسبت به مواد مخدر ایجاد می‌شود.

ماده مورد نیاز به هر شکل و از هر طریق باید به دست بیاید.

ماده مصرفی بر مصرف کننده، خانواده و جامعه تأثیر مخرب دارد (زنگ و تان، ۲۰۲۱).

در چند دهه اول قرن بیستم واژه اعتیاد به مواد شیمیایی، به حالت خاص اطلاق می‌شد که در اثر مصرف مداوم آن مواد ایجاد می‌گشت. این اعتقاد نیز وجود داشت که افراد مصرف کنندهٔ این مواد به نحوی، وجدانی غیرطبیعی دارند. اما این اعتقاد در سال ۱۹۳۱ میلادی با مطرح شدن واژه‌های عادت دارویی و اعتیاد دارویی از سوی «تاتوم و سیوند» افول کرد. در این ارتباط، معتاد فردی است که ماده شیمیایی خاص را استفاده و بدان وابستگی پیدا کرده است. به این معنی که با قطع آن ماده و نرسیدن آن به بدن واکنشهای جسمی و روانی غیر ارادی پیدا می‌کند که همان اعتیاد دارویی است. در صورتیکه خصوصیات

8 Renthall & Nestler

9 Tolerance

10 Zeng & Tan

مذکور بروز نکند و تنها اختلال عاطفی دیده می‌شود، واژه عادت دارویی مطرح می‌شود (رویئتودور و کونتادور ۱۱، ۲۰۱۹). در سال ۱۹۶۴ میلادی سازمان جهانی بهداشت به این نتیجه رسید که واژه اعتیاد و معتاد علمی نیست و از دقت و وضوح کافی برخوردار نیست و به جای استفاده از واژه‌های اعتیاد دارویی و عادت دارویی، واژه وابستگی دارویی معرفی شد. برای توضیح وجوه وابستگی در مفهوم مورد استفاده قرار می‌گیرد.

وابستگی رفتاری که در آن به فعالیت‌های فرد برای کسب دارو و الگوی مصرف بیمار گونه تأکید می‌شود. وابستگی جسمی که عمدتاً بر علائم ترک ۱۲ و تحمل تأکید دارد. «ترک» یک وضعیت فیزیولوژیک (جسمانی-رفتاری) است که به دنبال قطع یا کاهش مقدار ماده مصرفی ایجاد می‌گردد و «تحمل» یعنی کاهش تدریجی اثر یک ماده که برای دستیابی به همان میزان اثر، نیاز به مصرف مقدار بیشتری از آن ماده احساس می‌شود (لانگفیلد و پاین ۱۳، ۲۰۲۱). وابستگی دارویی به طور کلی توسط سازمان بهداشت جهانی سندرمی تعریف شده است که استفاده از یک دارو یا طبقه‌ای از داروها، الویتی بالاتر از آنچه پیش‌تر برای فرد ارزش داشته است پیدا می‌کند (کاپلان و سادوک ۱۴، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۹)

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه چهارم برای اختلالات مرتبط با مواد دو طبقه مجزا ارائه داده است. سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد. سوء مصرف اینگونه تعریف می‌شود: استفاده از یک ماده علی‌رغم عواقب قبلی نا مطلوب آن سوء مصرف کننده مواد کسی است که به علت استفاده زیاد از مواد، به طور مکرر، اما متناوب (با فاصله زمانی نامنظم) به مشکلات مختلفی دچار می‌شود. وابستگی به مواد مخدر اینگونه تعریف می‌شود: ادامه مصرف دارو به رغم پیامدهای منفی آن. کسی که به مواد وابسته است به طور پیوسته و اجباری به مصرف آن‌ها می‌پردازد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۹)

در حالیکه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه چهارم در طبقه مجزا و مستقل برای مصرف مواد در نظر گرفته بود؛ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم در طبقه بندی خود یک تغییر بسیار عالی یا رادیکال داده است. بدین صورت که دو طبقه مستقل (سوء مصرف مواد) و (وابستگی به مواد) را حذف کرده است و یک طبقه واحد به نام اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد را جایگزین آنها کرده است. منطق پشت پرده ادغام این دو طبقه این است که گروه تبلیغاتی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم به این نتیجه رسید که بین سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد هیچ مرز مشخص وجود ندارد و هر دو روی یک بعد قرار دارند. اختلالات این طبقه در یک دسته کلی اختلالات مصرف مواد، مسمومیت مواد و ترک مواد جای گرفته‌اند (سها ۱۵ و همکاران، ۲۰۱۹).

تاریخچه مواد مخدر

تحقیقات تاریخی و مردم‌شناختی نشان داده است که استفاده از مواد مخدر در گذشته صرفاً به بزرگسالان محدود بود و نوجوانان به آن روی نمی‌آوردند. مصرف مواد به طور پراکنده در مراسم اعتقادی و مذهبی منحصراً توسط گروه‌های خاص در شرایط معینی صورت می‌گرفت. اما بعدها هنگامی که مورفین، هروئین و کاکوئین به بازار آمد. مواردی از اعتیاد جوانان نیز

11 Ruisoto & Contador
12 Withdrawal
13 Langfield & Payne
14 Kaplan & Sadock
15 Saha

مشاهده شد. در دهه ۱۹۶۰ تعداد معتادان به این پدیده آنقدر اندک بود که توجه اجتماعی را در مقایسه وسیع به خود جلب نمی‌کرد؛ اما در اوایل ۱۹۷۰ استفاده از مواد مخدر ناگهانی در میان جوانان و نوجوانان شایع شد و به صورت مسئله‌ای جهانی درآمد و ابعاد همه گیر آن بصورت یک موج از قاره‌ای به قاره دیگر گسترش یافت (مسلمان و همکاران، ۱۴۰۰).

۲-۱-۲ شیوع مواد مخدر

بر اساس گزارش سالانه سازمان ملل متحد (۲۰۲۰) تعداد مصرف کنندگان مواد موجود در بین جمعیت ۱۵-۴۴ ساله‌ی سراسر دنیا، ۲۵۷ میلیون نفر یا به عبارتی ۷ درصد کل جمعیت می‌باشد که از این تعداد حدود ۲۱ میلیون نفر یا به عبارتی ۵ درصد جمعیت مصرف کننده‌ی مواد افیونی هستند (دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۲۰). شیوع اعتیاد با افزایش سن کاهش می‌یابد، و به گزارش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم نسبت مردان به زنان، برای هرئین ۳ به ۱، و برای سایر مواد، ۱/۵ به ۱ است در کل اختلالات مصرف اوپیوئید در مردان ۴/۰٪ و در زنان ۲۶/۰٪ است. (سازمان وابستگی به مواد و شبکه بهداشت ۱۶، ۲۰۲۰). نتایج بررسی سریع وضعیت سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد مخدر در ۱۲۸ استان کشور در سال ۱۳۸۳ نشان داده است که می‌توان رقم معتادان در ایران را بین -/۲۰۰٪ تا -/۸۰۰٪ نفر اعلام کرد. لازم به یادآوری است که این تخمین مربوط به معتادانی است که نیازمند دریافت خدمات درمانی و باز توانانی هستند و این محاسبه شامل افراد مصرف کننده تفننی (سوء مصرف و مصرف نابجا) نمی‌شود (نابدل، ۱۳۹۷).

ابعاد وابستگی به مواد

وابستگی به مواد به دو صورت روانی و جسمانی پیش می‌آید. در وابستگی جسمانی ماده مخدر به علت نفوذ در داخل سلول‌های بدن و اثر شیمیایی آن باعث وابستگی سلول‌های بدن شده و قطع دارو به منزله‌ی این است که یکی از مواد حیاتی سلول را به آن نرسانیم و به همین جهت در مواردی که دارویی وابستگی جسمانی ایجاد می‌کند، ترک ناگهانی ماده بدون جانسین کردن ماده دیگری به جای آن موجب اختلالاتی می‌شود که برای بیمار فوق العاده ناراحت کننده است. معتادان چون بارها با محرومیت موقتی مواد مواجه شده و ناراحتی جسمانی حاصل از محرومیت را حس کرده‌اند لذا از ترک کردن مواد غیر قانونی فوق العاده می‌ترسند و هر وقت فکر آن را می‌کنند، خاطرات تلخ و ناگوار محرومیت مانع از اقدام به ترک می‌شود (قلی زاده و همکاران، ۱۴۰۰). از سوی دیگر وابستگی روانی عبارت از حالتی است که شخص از نظر عاطفی به دارو و یا ماده‌ای وابستگی پیدا می‌کند و با وجودی که نتایج سوء آن را می‌داند، احتیاج دارد که مصرف آن را ادامه دهد و این وابستگی باعث می‌شود که شخص معتاد در موقع معینی که باید دارو یا ماده مخدر به او برسد به هر نحو که شده و حتی با وجود خطرات سوء مصرف مواد غیر قانونی بی اختیار به سوی آن کشیده می‌شود و برای رسیدن به دارو حاضر به هر اقدامی می‌گردد. پیدایش تحمل یعنی تمایل شخص به ازدیاد مقدار مصرف دارو، به این معنی که مدتی پس از مصرف ماده مخدر شخص نمی‌تواند مانند ایام شروع از آن لذت ببرد و به همین علت است که مقدار داروی معتادان در ابتدا کم است ولی پس از مدتی به تدریج مجبورند آن را زیاد کنند و بالاخره به حدی می‌رسد که برای حصول حالت نشئه مربوط باید از مواد غیرقانونی دیگر یا از مواد قوی تری استفاده کنند و این مسأله علت اعتیاد به چند ماده را در افراد معتاد توجیه می‌کند (پورشیرازی و همکاران، ۱۴۰۰).

طبقه بندی کلی مواد و اثرات آنها

مواد را بر اساس اثر آنها بر روی رفتار به چهار دسته تقسیم می‌کنند: ۱- کند کننده‌ها، ۲- محرک‌ها، ۳- کانابیس و توهم زاها، ۴- مواد افیونی. در ابتدا به معرفی کلی سه گروه اول پرداخته، سپس به تشریح مواد افیونی می‌پردازیم.

کند کننده‌ها

کند کننده‌ها گروهی از مواد هستند که فعالیت سیستم اعصاب مرکزی را کاهش می‌دهند. اثر اولیه آن‌ها کاهش سطوح برانگیختگی فیزیولوژیکی است که به آرمیدگی فرد کمک می‌کند. کند کننده‌ها موجب کاستی فعالیت سیستم اعصاب مرکزی می‌شوند. در این گروه از الکل، مسکن‌ها، خواب آورها و اضطراب زداها می‌توان نام برد (داودیسون ۱۷ و همکاران، ۲۰۲۲).

محرک‌ها

دسته‌ای از مواد اعتیاد آور محرک‌ها هستند که هم ریشه‌ی طبیعی دارند و هم ریشه‌ی صنعتی-شیمیایی. این گروه از داروها به عنوان محرک، ایجاد کننده‌ی هیجان و انرژی هستند و موجب تحریک فعالیت سلسله اعصاب مرکزی می‌شوند و تضعیف کننده‌ی سیستم اعصاب مرکزی‌اند. از شایع‌ترین مواد روان گردانی که استفاده می‌شوند شامل کافئین، نیکوتین، آمفتامین‌ها و کوکائین می‌شوند. برخلاف کند کننده‌ها داروهای محرک احساس انرژی و آگاهی بیشتری ایجاد می‌کنند (ویسنیوسکا و پولاک ۱۸، ۲۰۱۷).

کانابیس و توهم زاها

موادی که حالت آگاهی و ادراکی فرد را تغییر می‌دهد. فرد مصرف کننده چیزهایی را که وجود ندارد، می‌بیند و می‌شنود و حالت‌هایی از دیوانگی را تجربه می‌کند. دسته‌ی از توهم زاها ریشه‌ی طبیعی دارند مانند حشیش و ماری جوانا و تعدادی هم ریشه‌ی شیمیایی دارند مانند آل. اس. دی که بطور مستقیم روی مغز اثر می‌گذارد و شناخته شده‌ترین نوع داروهای این گروه است. گروه دیگر از مواد اعتیاد آور توهم زا کانابیس است که شامل دی متیل تریپتامین و دی اتیل تریپتامین می‌باشد. این مواد ابتدا ادراک فرد مصرف کننده را از دنیای پیرامون خود تغییر می‌دهند. مناظر، اصوات، احساسات و حتی بوها هم گاهی به طریق دراماتیک تحریف می‌شوند. اصلی‌ترین تغییری که به واسطه استفاده از این مواد حاصل می‌شود این است که افراد دنیا را به گونه‌ای دیگر درک می‌کنند. افرادی که تحت تأثیر این مواد قرار می‌گیرند تصویر، صدا، احساسات و حتی بوها هم برای آن‌ها دستخوش تحریف می‌شوند (داودیسون ۱۹ و همکاران، ۲۰۲۲).

مواد افیونی (اپیوئیدی)

در سراسر جهان بیش از ۲۰۰ داروی افیونی مجزا کاربرد بالینی دارند. مواد خانواده تریاک یا اوپیورها عبارتند از خود تریاک که از دانه‌های خشخاش گرفته می‌شود و مشتقات آن عبارتند از مورفین، هروئین، کدئین، و متادون. داروهای افیونی یکی از نگرانی‌های سال ۱۹۹۰ در آمریکا بود. در سال ۱۹۰۹ رئیس جمهور تئودور روزولت یک پژوهش بین المللی درباره تریاک و

17 Davidson

18 Wiśniowska & Polak

19 Davidson

سایر افیون‌ها را سفارش داد، و در سال ۱۹۱۴، قانون مواد مخدر هرسیون استفاده غیر مجاز از داروهای مختلف را غیرقانونی و اشخاص معتاد به آنها را مجرم اعلام کرد. افیون‌ها، که در مقوله بزرگ تر رخوت زها قرار می‌گیرد، شامل تریاک و مشتقات آن مورفین، هروئین و کدئین است افیون‌ها در روزهای متوسط درد را کاهش می‌دهند و ایجاد خواب می‌کنند (ریچرت ۲۰۲۱ و همکاران، ۲۰۲۱).

واژه شبه افیونی به خانواده وسیع تری از مواد تعلق دارد که شامل این مواد افیونی هم شده و نیز شامل انواع مختلف ترکیبی دیگری می‌شود، که توسط متخصصین شیمی بوجود می‌آیند. مثل متادون، پی تیدین و موادی با همان اثرات که به صورت طبیعی در مغز تولید می‌شوند (از جمله انکفالین، بتا متادون، درنورفین). مواد شبه افیونی در انسان تولید احساس سرخوشی، همراه با خواب آلودگی و تنفس آرام می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). اثر فیزیولوژیک مواد افیونی: موافین و اغلب آگونیست‌های آن اثر خود را از طریق گیرنده μ اعمال می‌کنند. این داروها سیستم‌های فیزیولوژیک گسترده‌ای را تحت تأثیر قرار می‌دهند، رفتار پاداش دهنده دارند. همچنین بر سیستم تنفسی، قلبی و عروقی، گوارشی و عملکردی غددی موثرند. آگونیست‌های گیرنده تتا نیز در حیوانات ضد دردهای قوی هستند موارد منفردی از سودمندی آنها در انسان نیز به اثبات رسیده است. مانع اصلی در مصارف بالینی این گروه، عدم عبور از سد خونی مغز و ضرورت داخلی نخاعی آنها است (نابدل، ۱۳۹۷).

تریاک

تریاک قدیمی‌ترین و مشهورترین ماده مخدر است که اسم آن از کلمه یونانی «تریاکا» گرفته شده و از گیاه خشخاش با نام علمی «پاپاورسامنی فروم» به دست می‌آید. این ماده که در اصل مهم‌ترین داروی خرید و فروش غیرقانونی بین‌المللی است، در میان افیون‌ها از همه شاخص‌تر است؛ این ماده برای مردم تمدن سومری که ۷۰۰۰ سال قبل از میلاد می‌زیستند، شناخته شده بود. آن‌ها نام تریاک (اوپیوم) به معنای «گیاه خوشی» را روی خشخاش، که این دارو از آن تهیه می‌شود، گذاشتند. از گیاه خشخاش در اثر خراش پوست گرز، شیره سفید رنگی خارج می‌شود که در اثر مجاورت با هوا قهوه‌ای رنگ و سفت می‌شود. ۲۵٪ کل وزن این توده سفت را که تریاک نام دارد، ترکیبات آلکالوئیدی تشکیل می‌دهند. در بین این آلکالوئیدها تعداد محدودی مصارف بالینی دارند. به طور کلی ۲۰ نوع آلکالوئید از جمله مرفین، کدئین، تبائین و پاپاورین در تریاک وجود دارد که از میان آنها مرفین و کدئین اثر ضد درد و مخدری دارند. تریاک به شکل استنشاقی با وافور و سیخ، خوراکی (محلول در چای غلیظ) و تزریقی (جوشانده) مصرف می‌شود (ریچرت و همکاران، ۲۰۲۱).

مورفین

در سال ۱۸۰۶؛ آلکالوئید مورفین که نام آن از مورفیوس، خدای یونانی رویاها برگرفته شد. از تریاک خام جدا شد. معلوم شد که این گروه تلخ مزه، تسکین دهنده درد و رخوت زایی است. پیش از آنکه ویژگی‌های اعتیادآور آن مورد توجه قرار گیرد، به طور متداول در داروهای انحصاری به کار می‌رفت. در اواسط قرن نوزدهم، وقتی که استفاده از سوزن زیر پوستی در آمریکا رواج یافت، مورفین مستقیماً به سیاهرگ‌ها تزریق شد تا درد را از بین ببرد. بسیاری از سربازان زخمی شده در جنگ و کسانی که در خلال جنگ داخلی دچار اسهال خونی بودند، با مورفین درمان و به آن معتاد شدند. دانشمندانی که از کاربرد دارویی که

می‌توانست زندگی آینده بیماران را آشفته کنند نگران بودند، شروع به مطالعه مورفین کردند. آن‌ها در سال ۱۸۷۴ دریافتند که مورفین می‌تواند به داروی درد زدای قوی دیگری تبدیل شود که آنها آن را هروئین نامیدند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰).

کراک

کراک ماده دیگری می‌باشد که از نظر ظاهری شبیه تکه‌های کوچک سنگ به رنگ شیری است. کراک ایرانی کلوخی شکل، کرم رنگ و دارای پره‌های شبیه پشمک است. کراک بسیار کوچک است بنابراین جاسازی آن بسیار ساده است و خانواده‌ها به سادگی نمی‌توانند آن را کشف کنند. کراک در اروپا از کوکاپین ساخته می‌شود ولی در ایران از هروئین ساخته می‌شود و ترکیبی است از نمک آمونیوم کلرید، کمی آب، رنگ، قرص‌های مسکن، هروئین غلیظ، صابون کارولین، داروهای آرامبخش و کورتن. روش مصرف آن به صورت تدخینی و یا تزریقی است. یعنی به طریق استنشاق یا پاشیدن روی توتون و ماری جوانا و یا از راه کشیدن یا پیپ استعمال می‌کنند. کراک به وسیله سوزن، زورق و گاهاً تزریقی مصرف می‌شود. مصرف کننده کراک با چند ود یا پک به اوج نشنگی می‌رسد و به همین خاطر به آن ۱، ۲، ۳ هم می‌گویند (ریچرت و همکاران، ۲۰۲۱).

کدئین

کدئین یک ضد درد ملایم اما یک ضد سرفه بسیار مهم و قوی است، اثر ضد درد کمتر از مورفین دارد. از ترکیبات تریاک و به شکل ماده سفید رنگی است که معمولاً به صورت قرص‌های خالص تولید می‌شود. کدئین در ترکیب بعضی از داروها ضد درد (مثل استامینوفن کدئین و آسپرین کدئین) و بعضی از شربت‌های ضد سرفه (مانند اکسپکتورانت کدئین) نیز وجود دارد؛ مصرف بیش از اندازه، بی دلیل و مکرر داروهای فوق می‌تواند نشانه اعتیاد به مصرف کدئین باشد. کدئین از طریق خوراکی کاملاً مؤثر است. در کبد متابولیزه و از طریق ادرار دفع می‌شود و نیمه عمر آن ۲-۴ ساعت می‌باشد (داویدسون و همکاران، ۲۰۲۲).

هروئین

هروئین یک ماده مخدر نیمه صناعی است که از مورفین به دست می‌آید. شکل ظاهری هروئین به طور قابل توجهی بسته به مرحله‌ی تولید آن و این که چه قدر مورد تصفیه قرار گرفته باشد، تغییر می‌کند. هروئین به شکل پورد سفید یا قهوه‌ای است. در آزمایشگاه از مورفین ساخته می‌شود. نام‌های خیابانی آن اشک سیاه، اشک خدا و غیره است. هروئین خیابانی همیشه با مواد دیگر به صورت مخلوط عرضه می‌شود به همین علت همیشه خطر مرگ و مسمومیت با آن وجود دارد. روش‌های مصرف هروئین به صورت تدخین، استنشاق (انفیه) و تزریق می‌باشد (ریچرت و همکاران، ۲۰۲۱).

متادون

در طول جنگ جهانی دوم، آلمانی‌ها مشتق تازه‌ای از تریاک استخراج کردند که به متادون معروف شد. برخلاف سایر مواد خانواده تریاک، می‌توان متادون را از طریق دهان مصرف کرد (به جای تزریق) و مدت بیشتری نیز در بدن دوام می‌آورد. از متادون به صورت یک جایگزین برای هروئین استفاده می‌شود و سوء مصرف کنندگان هروئین، وقتی به آن دسترسی ندارند، از

متادون استفاده می‌کنند. علت درجه دوم بودن متادون، از لحاظ اهمیت، این است که شروع آن آرام‌تر و اثر آن ضعیفتر است (داویدسون و همکاران، ۲۰۲۲).

تعهد زناشویی

یکی از عوامل مهم در ماندگاری و حفظ یک ازدواج، احساس تعهد در زوجین است. تعهد قدرتمندترین و سازگارترین پیشگوی رضایت رابطه، به ویژه برای طولانی‌ترین روابط است. تعهد نقشی تمام و کمال در برانگیختن زوجین برای مقابله با فراز و نشیب‌های ازدواج به منظور باقی ماندن در ازدواج، بازی می‌کند. خانواده یکی از نهادهای مهم در جوامع است که اگر از عملکرد مناسبی برخوردار باشد، اعضای آن نیز از سلامت و بهزیستی برخوردار می‌شوند. نهاد خانواده به زیرمجموعه‌هایی تقسیم می‌شود که اصلی‌ترین آن، نظام زناشویی است که نقطه اتصال آن، پیمان ازدواج است. ازدواج به منزله اولین تعهد عاطفی و حقوقی که افراد در بزرگسالی می‌پذیرند و همچنین عالی‌ترین رسم اجتماعی برای دستیابی به نیازهای عاطفی و ایمنی افراد، همواره مورد توجه بوده است (علیزاده و رزاقی، ۱۴۰۰).

تعهد اخلاقی

دومین بعد تعهد زناشویی، تعهد اخلاقی است که تحت عناوین مختلف از جمله: تعهد نسبت به ازدواج (مک دونالد، ۱۹۸۱)، تعهد ضمانت (کوئین، ۱۹۸۲)، التزام اخلاقی (آدامز و جونز، ۱۹۹۷، ۱۹۹۹) و تعهد اخلاقی (لیدون و کوليجو، ۱۹۹۷؛ آرتیگا، ۱۹۹۱؛ جانسون، ۱۹۹۱، ۱۹۹۶، ۱۹۹۹)، توسط محققان مختلف ارائه و تبیین شده است. بسیاری از مدل‌های نظری تعهد بر این عقیده‌اند که تعهد زناشویی مبتنی است بر یک احساس وفاداری اخلاقی به ازدواج و رابطه زناشویی و این عقیده که ازدواج یک نهاد مقدس است. یک نهاد اجتماعی مهم که تضمین‌کننده مراقبت و حمایت بوده و وفاداری و پایبندی به آن ارزش شناخته می‌شود (ویلوگی و همکاران، ۲۰۱۵).

برخی از پژوهشگران بر این عقیده‌اند که این بعد از تعهد به کمال اخلاقی و مذهبی افراد مربوط است. در هسته مرکزی این بعد این عقیده وجود دارد که تعهد اخلاقی فرد به ازدواج و همسرش از شرافتمندی فرد که مربوط به قول و قرارهای قبلی و همچنین اعتقادات اخلاقی و مذهبی وی است، نشأت می‌گیرد (شیلدرز، ۲۰۰۱). به طور کلی تعهد اخلاقی تحت تأثیر سه مؤلفه قرار دارد: ۱- تقدس بنیان و نهاد ازدواج ۲- وفاداری به نوع رابطه زناشویی که به ارزش‌ها و اصول اخلاقی فرد اشاره دارد و فرد می‌تواند مطابق با اعتقاداتش به ازدواجش خاتمه دهد یا همچنان به آن متعهد باشد ۳- احساس دین و مرهونیت نسبت به یک همسر (هین اوم، ۲۰۰۳؛ به نقل از حسن عباس و رونن ۲۱، ۲۰۲۲).

جانسون و همکاران (۱۹۹۹) در پژوهش خود دریافتند که دینداری و اعتقادات مذهبی عمدتاً با تعهد اخلاقی زوجین همبستگی بالایی دارد. به نظر می‌رسد که اعتقادات مذهبی و گرایش به معنویت از طریق ارزشگذاری روی حفظ و بقای نهاد ازدواج و همچنین از طریق فراهم سازی حمایت‌های معنوی باعث تقویت و تحکیم تعهد اخلاقی زوجین در ازدواج می‌گردد (رابینسون ۲۲، ۱۹۹۳؛ نقل از هو و همکاران، ۲۰۱۹).

تعهد ساختاری

تعهد ساختاری به عنوان سومین بعد تعهد زناشویی در بسیاری از مدل‌های نظری تحت عنوان جنبه اجبارآور تعهد زناشویی با اسامی گوناگون مطرح شده است که عبارتند از: تعهد اجباری (استتلی، ۱۹۸۶)، نیروهای مانع شونده (لوینگر، ۱۹۷۶)، فشار بیرونی (گرین، ۱۹۸۳)، احساس به دام افتادگی (آدامز و جونز، ۱۹۹۷، ۱۹۹۹) و تعهد ساختاری (جانسون، ۱۹۹۱، ۱۹۹۶، ۱۹۹۹). تعهد ساختاری در ازدواج به موانع و محدودیت‌های موجود در ترک رابطه زناشویی و احساس اجبار به تداوم آن رابطه اشاره دارد (حسن عباس و رونن، ۲۰۲۲). در هسته مرکزی این بعد این عقیده وجود دارد که فاکتورهای بیرونی ازدواج اعم از فاکتورهای خیالی یا واقعی ممکن است از فسخ رابطه زناشویی و اختتام ازدواج جلوگیری کنند حتی اگر انگیزه فرد برای اقدام به طلاق و جدایی قوی باشد. برعکس تعهد شخصی، تعهد ساختاری به عنوان جنبه اجبارآموز تعهد زناشویی زمانی آشکار می‌شود که رضایتمندی زناشویی وجود ندارد یا کاهش یافته است در این رابطه، فرد علی‌رغم فقدان رضایت زناشویی همچنان تمایل دارد تا به همسر و ازدواجش متعهد بماند به دلیل اجتناب از پیامدهای طلاق که عبارتند از: نارضایتی و سرزنش خانواده، نارضایتی و سرزنش اطرافیان و دوستان، هزینه‌های مراحل طلاق و از بین رفتن سرمایه‌هایی که در ازدواج صرف شده است. علاوه بر این موارد، زوجین ممکن است در یک ازدواج نارضایت بخش باقی بمانند به دلایل نگرانی در مورد فرزندانشان و آینده آنان، همچنین به خاطر اینکه شاید خودشان بعد از طلاق نتوانند یک همسر مناسب پیدا نمایند و حتی از نظر اقتصادی نیازمند دیگران باشند (کائو و همکاران، ۲۰۱۷).

به نظر می‌رسد تعهد ساختاری بیشتر مربوط به ازدواج‌هایی باشد که در آن زوجین نسبت به یکدیگر تعهد شخصی پایینی دارند (هو و همکاران، ۲۰۱۹). گالتز و لارسون (۱۹۸۹) در پژوهش خود دریافتند که اعتقادات مذهبی و رضایت زناشویی و خانوادگی، پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی تعهد ساختاری بودند. گالتز (۱۹۸۷) رابطه سن و تعهد ساختاری را مورد بررسی قرار داد. وی در پژوهش خود به این نتیجه رسید زوجینی که هنگام ازدواج بیشتر از ۳۰ سال سن داشتند به زوجین زیر ۳۰ سال سن، تعهد ساختاری بیشتری را گزارش کردند (گالتز و اوکلاهما، ۲۰۰۴؛ به نقل از مقیمی و همکاران، ۱۳۹۹).

نظریه‌ها و مدل‌های مرتبط با تعهد زناشویی

نظریه سه وجهی عشق استرنبرگ

استرنبرگ (۱۹۸۷) در نظریه‌ی مثلثی عشق خود، عشق را به سه بخش تقسیم می‌کند:

الف) اشتیاق ۲۴ (ب) صمیمیت ۲۵ (ج) تعهد ۲۶

صمیمیت شامل خود ابرازی (بی پرده گویی از خود) و احساسات مرتبط و هیجانات مربوط به همدیگر است، اما شور و شهوت شامل علاقه عاشقانه به یکدیگر است. انرژی منتهی به عشق رومانتیک، جاذبه بدنی و احساسات جنسی می‌تواند بعنوان شور و شهوت توصیف شود. میل جنسی ممکن است برای بعضی از زوجین سریعاً بوجود آید، اما می‌تواند در یک رابطه طولانی مدت کاهش یابد. صمیمیت در طول رابطه گسترش می‌یابد و اغلب شامل وفاداری به رابطه است. بعد تصمیم - تعهد اشاره به تصمیم برای بودن با یک شریک و پرهیز رابطه با هر فرد دیگر و حفظ رابطه قوی در مقابل سایر روابط است (یانگ و لانگ، ۱۹۸۸). صمیمیت به رفتارهایی اطلاق می‌شود، که نزدیکی عاطفی را افزایش می‌دهد، نزدیک بودن عاطفی شامل حمایت و درک متقابل، ارتباط برقرار کردن و سهیم کردن خود، فعالیت‌ها و دارایی‌هایمان با دیگری است. اشتیاق به انگیزه‌هایی اشاره دارد که

23- Golts & Larson

24- Passion

25- Intimacy

26- Commitment

به عشق رهنمون می‌شوند (انگیزه‌هایی مانند جذابیت و تمایلات جنسی اما از طرف دیگر به نیازهایی از قبیل عزت نفس، نزدیک بودن و خودشکوفایی هم اشاره دارد. اشتیاق در عین حال بسیاری از هیجان‌ها را نیز در بر می‌گیرد (هیجان‌اتی از قبیل آرزو، شرم، آسیب پذیری، تحسین و اشتیاق). تعهد به دو گونه تصمیم‌بازمی‌گردد. ابتدا تصمیم کوتاه مدتی مبنی بر این که آیا آنچه که هست را عشق بنامیم یا نه و دوم تصمیم بر این که آیا برای حفظ آن عشق به سوی آینده‌ای قابل پیش بینی تلاش کنیم یا نه. تعهد بیشتر کارکرد شناختی دارد تا کارکرد هیجانی و شامل قصد هوشیارانه و اراده می‌شود (آریان فر و رسولی، ۱۳۹۸).

در روان‌شناسی سه مؤلفه‌ی رفتار، شناخت و هیجان در دهه‌های اخیر، اساس و بنیان پدیده‌های روانی شناخته شده است و عشق نیز به عنوان یک پدیده‌ی روانی از این موضوع مستثنی نیست. بنابراین می‌توانیم بگوییم که اشتیاق مؤلفه‌ی هیجانی عشق، صمیمیت مؤلفه‌ی رفتاری و تعهد قسمت شناختی آن است. مطابق با این تئوری مؤلفه‌های مذکور در گونه‌های مختلف عشق با هم ترکیب می‌شوند و به هم می‌آمیزند. ویژگی عشق رومان‌تیک، صمیمیت همراه با شور و شهوت است. ویژگی عشق ابلهانه یا ملاحظ آمیز، تعهد است که تنها شور و شهوت به آن دامن می‌زند و عشق کامل یا تمام عیار آمیزه‌ای از همه این مؤلفه‌های سه گانه است (سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۰).

استرنبرگ (۱۹۹۴) در انتقاد از نظریه مثلث عشق و سایر رویکردها، نظریه «عشق به مثابه یک داستان» ۲۷ را مطرح می‌کند و می‌گوید: گاهی زن و شوهر دو قصه کاملاً متفاوت را پیرامون روابطشان نقل می‌کنند و به نظر می‌رسد که هرگاه این دو قصه تفاوت زیادی با هم داشته باشند، زوجین نیز رضایت کمتری از رابطه خود دارند. این دیدگاه بر این فرض مبتنی است که ما آدمیان گرایش داریم، عاشق کسانی شویم که قصه‌هایشان با قصه ما یکی است یا مشابه آن است. اما این افراد از جنبه‌هایی مثل خود ما هستند و از جنبه‌هایی دیگر بالقوه با ما متفاوتند. اگر از سر اتفاق عاشق شخصی شویم که قصه‌ای کاملاً متفاوت داشته باشد آن وقت است که هم رابطه ما و عشقی که زیر ساخت این رابطه است وضعیتی متزلزل پیدا می‌کند (منصوری و همکاران، ۱۳۹۹).

مدل سرمایه گذاری رسبالت

مدل سرمایه گذاری، تلاش برای توصیف خصایص عمده‌ی روابط صمیمی است. این مدل برای اولین بار توسط رسبالت در سال ۱۹۸۰ مطرح شد. مدل سرمایه گذاری مطرح گردیده تا بالا رفتن یا زوال یافتن رضایت و تعهد در روابط رومان‌تیک و رفتارهای ماندن/ ترک کردن همسران را تبیین کند؛ این مدل پیشنهاد می‌کند که تغییر در سطوح تعهد، تصمیم برای ماندن یا ترک یک رابطه را تحت تأثیر قرار خواهد داد. (باکر و همکاران، ۲۰۱۶). طرفداران این الگو اعتقاد دارند که تعهد عامل پیش بینی کننده مهمی در عهدشکنی است. تعهد میزان وسوسه شدن برای عهدشکنی را کاهش می‌دهد و منابعی برای قادر ساختن افراد برای تغییر تمرکزشان از پیامدهای لذت خواهی کوتاه مدت به لذت خواهی بلندمدت را فراهم می‌کند. بنابراین افراد دارای تعهد بالا، احتمالاً بیشتر از عهدشکنی زناشویی اجتناب می‌کنند، در حالی که افراد با سطوح تعهد پایین ممکن است بیشتر درگیر روابط خارج از حیطه زناشویی شوند. منابع متعدد سرمایه گذاری شده در یک رابطه نیز روی تعهد تأثیر خواهد گذاشت. سرمایه گذاری ممکن است درونی (مستقیماً در روابط سرمایه گذاری کردن) یا بیرونی (منابعی که با روابط ارتباط داشته باشند) نظیر دوستان متقابل، فعالیت‌های مشترک، دارایی‌ها و خاطرات مشترک باشد؛ سرمایه گذاری ممکن است پاداش دهنده باشد

همچنان که در دوستان متقابل مصداق دارد یا هزینه بر باشد جایی که پول یا تلاش عاطفی صرف گردیده است. سرمایه گذاری‌ها یکجا و یکباره و به آسانی نمی‌تواند برداشته شود و بنابراین هزینه‌های پایان دادن به یک رابطه را افزایش می‌دهد. بدین سان سرمایه گذاری بیشتر، تعهد را افزایش می‌دهند (یوسال، ۲۸، ۲۰۱۶).

مطابق با مدل سرمایه گذاری رسالت، تعهد در زندگی زناشویی از رضایتمندی زناشویی، کیفیت جایگزین‌ها و سرمایه گذاری‌ها متأثر می‌شود (هادن و همکاران، ۲۰۱۹).

الف: رضایتمندی زناشویی: رضایتمندی نوعی ارزشیابی ذهنی از پاداش‌ها و تنبیه‌های نسبی است که فرد در یک رابطه تجربه می‌کند. آن‌ها تصریح می‌کنند که تعهد بوسیله میزان رضایتمندی ایجاد شده در رابطه تقویت می‌شود. برای اینکه افراد سطح رضایتمندی خود را تعیین کنند هزینه‌ها و پاداش‌های روابطشان را برآورد می‌نمایند. مزایا و پاداش‌های بالقوه با انتظارات فرد در مورد رابطه مقایسه می‌شود. این استانداردهای شخصی بعنوان معیار سنجش شناخته می‌شوند. این سطح رضایتمندی عملکردی از سنجش سطح و نتایج رابطه کنونی است: زمانی که نتایج بدست آمده بیش از سطح معیار باشد، فرد از رابطه‌اش خشنود است، اما زمانی که نتایج بدست آمده پایین‌تر از استانداردهای درونی باشند، عدم رضایتمندی اتفاق می‌افتد (چیو، ۲۹ و همکاران، ۲۰۲۰).

ب: کیفیت جایگزین‌ها: دومین عامل مؤثر بر تعهد، خصوصیات جایگزین‌ها است که به ارزیابی ذهنی فرد از پاداش‌ها و هزینه‌هایی اشاره دارد که فرد با جدایی از رابطه کنونی بدست می‌آورد، مانند گذراندن وقت با دوستان و خانواده یا گذراندن وقت در خلوت و تنهایی. اساساً، خصوصیت جایگزین‌ها با احساس شادمانی بالقوه خارج از رابطه زناشویی رابطه دارد. متعاقباً، داشتن جایگزین‌های جذاب نیرویی بالقوه برای کاهش تعهد زناشویی است (هادن و همکاران، ۲۰۱۹).

ج: سرمایه گذاری‌ها: شکل سوم تعهد، دربردارنده سرمایه گذاری ارتباطی است. سرمایه گذاری‌ها منابع بدست آمده ملموس یا واقعی هستند که احتمال زوال رابطه را به شدت کاهش می‌دهد. نمونه‌هایی از سرمایه گذاری‌های ارتباطی شامل وقت گذاشته شده، دلبستگی عاطفی، دوستان دوطرفه و مالکیت‌های مادی است. بر طبق مدل سرمایه گذاری همه این سرمایه گذاری‌ها با ارزش در نیرومند کردن تعهد سهمیم هستند (چیو و همکاران، ۲۰۲۰).

مدل فسخ و پیوستگی زناشویی

لوین (۱۹۵۱) در کتاب‌هایش بحثی تحت عنوان «نیروهای سوق دهنده» و «نیروهای مانع شونده» مطرح کرد. نیروهای سوق دهنده، نیروهایی هستند که یک فرد را به سمت یک شیء مثبت سوق می‌دهند و نیروهای مانع شونده، نیروهایی هستند که یک فرد را به سمت اجتناب و دوری جستن از یک شیء منفی هدایت می‌کنند. لوینگر (۱۹۶۵، ۱۹۷۶؛ نقل از شیلدز، ۳۱، ۲۰۰۱) با ترکیب عقاید لوین و نظریه مبادله هومانز توانست در حوزه ازدواج مدلی با عنوان «مدل فسخ و پیوستگی زناشویی» ارائه دهد. مطابق با این مدل، به ازدواج به عنوان یک گروه دو نفره نگریسته می‌شود و بنابراین ازدواج دستخوش نیروهایی است که در جهت انحلال گروه یا تداوم گروه در جریانند. اولاً مشوق‌ها و فاکتورهایی وجود دارند که باعث بقای فرد در گروه و تداوم رابطه زناشویی می‌شوند، مانند: رضایت زوجین از یکدیگر و یک سری موانع نیرومند که مانع ترک گروه می‌گردند. دوماً

مشوقها و فاکتورهایی وجود دارند که خروج فرد از گروه را تشویق و تسهیل می‌کنند، مانند: جذابیت تشکیل یک گروه دیگر، جایگزین‌های در دسترس مناسب و مشکلات غیرقابل تحمل در گروه فعلی (به نقل از خیو ۳۲، ۲۰۲۲).

به طور خلاصه، لوینگر بیان کرد که تداوم رابطه زناشویی تابع نیروهای سوق دهنده و جذاب و نیروهای مانع شونده می‌باشد. به عنوان مثال: نیروهای سوق دهنده در رابطه زناشویی مشتمل بر پاداش‌هایی هستند، مانند: همراهی، دوستی، عشق و لذت جنسی که این فاکتورها ماندن در گروه را تشویق می‌کنند. برعکس نیروهای مانع شونده مشتمل بر هزینه‌هایی هستند که یک فرد باید متحمل شود اگر بخواهد به رابطه‌اش خاتمه دهد، مانند: هزینه‌های مالی، خانوادگی، اجتماعی، عاطفی، مذهبی و عذاب وجدان ناشی از اعتقادات اخلاقی که این فاکتورها می‌توانند مانع خروج فرد از گروه شوند. لوینگر معتقد است که زوجینی که دارای رضایت زناشویی پایین هستند شاید به این دلیل رابطه‌شان را فسخ نکنند زیرا که به غیر از فاکتورهای رضایت‌مندی، عوامل مختلفی وجود دارد که آنان را به ماندن کنار یکدیگر تشویق یا مجبور می‌کند. هر قدر که زوجین در رابطه مشترک سرمایه گذاری بیشتری انجام دهند، به همان میزان بیشتر در جهت تداوم رابطه زناشویی و حفظ این سرمایه گذاری‌ها تلاش خواهند کرد. (مرتلمنس، ۲۰۲۱)

نظریه وابستگی

یکی از تأثیرگذارترین تئوری‌ها روی پژوهش پیرامون روابط زناشویی، نظریه وابستگی است (استرچمن و گابل، ۲۰۱۳). کلی و تیبو ۳۳ (۱۹۷۸) مطرح کردند که پیامدهای تعاملات اجتماعی براساس پاداش‌هایی که فرد دریافت می‌کند یا هزینه‌هایی که وی باید متحمل شود، می‌تواند رضایت بخش یا غیررضایت بخش باشد. پاداش‌ها تجارب مثبتی هستند که احساس لذت و شادمانی ایجاد می‌کنند که با سلامت هیجانی، عاطفی و احترام به خود همراهند. از طرف دیگر، هزینه‌ها تجارب منفی هستند که به گرفتاری‌ها و ناراحتی‌های جسمی و روانی منجر می‌شوند. مطابق با این نظریه، روابط زناشویی زمانی تداوم می‌یابد که تجارب یکی از زوجین، ملاک‌ها و معیارهای قابل قبول هر دو زوج دارا باشد. اولین معیار برای ارزیابی تجارب فعلی، سطح مقایسه جذابیت و رضایت‌مندی است. در این ارزیابی، پاداش‌ها و هزینه‌ها توأمأ با هم مقایسه می‌شوند. به عبارت دیگر، فرد براساس توقعات شخصی خودش از رابطه مشترک و عرف اجتماعی، تجارب فعلی‌اش را مورد بررسی قرار می‌دهد تا به میزان پاداش‌ها و هزینه‌های ازدواجش پی ببرد. اگر میزان پاداش‌های بدست آمده بیشتر از میزان هزینه‌های از دست رفته باشد، رابطه رضایت بخش و اگر میزان هزینه‌ها و مشکلات بیشتر از میزان پاداش‌ها برآورد شود، رابطه غیررضایت بخش و فاقد جذابیت تلقی می‌گردد. دومین معیار برای ارزیابی تجارب فعلی، سطح مقایسه جایگزین‌های در دسترس است (نمور ۳۴، ۲۰۲۱).

در این ارزیابی، جایگزین‌های گوناگون و دسترس از لحاظ کیفیت مورد مقایسه قرار می‌گیرند. کیفیت جایگزین‌ها می‌تواند از تحمل کردن رابطه زناشویی تا ازدواج مجدد و یا تنها ماندن متغیر باشد. اگر همسری اعتقاد دارد که رابطه زناشویی فعلی‌اش از هرگونه جایگزین دیگری بهتر است، پس وی به رابطه مشترکش وابسته و به آن متعهد است. به طور کلی، مطابق با نظریه وابستگی می‌توان گفت که میزان تعهد زوجین به یکدیگر برای حفظ و تداوم ازدواج، تابع سطح مقایسه پاداش‌ها و هزینه‌های رابطه و کیفیت جایگزین‌های در دسترسشان می‌باشد (به نقل از تلی ۳۵ و همکاران، ۲۰۲۱).

32 Xu

33- Kelly & Thibaut

34 Namvar

35 Telli

نظریه مبادله

نظریه مبادله که نخستین بار جرج هومانز ۳۶ آن را در علوم اجتماعی به کاربرد، روابط اجتماعی به ویژه روابط نزدیک را همانند مبادلات تجاری برحسب مفاهیم سود و زیان و هزینه‌ها و پاداش‌ها و مانند آن، تبیین می‌کند. براساس این تئوری، روابط بر پایه تبادل تحسین شکل می‌گیرند و روابط رضایت بخش و طولانی‌تر آنهایی هستند که با مشکل کمتر و تحسین بیشتر همراهند. صاحب‌نظران مکتب مبادله توضیح می‌دهند که چرا روابط زناشویی مسئله دار همیشه انحلال نمی‌یابند، بلکه ممکن است استمرار پیدا کنند، به گفته آنان ممکن است همسری به دلیل آنکه پاداش‌های دریافتی او بسیار کمتر از هزینه‌هایش هستند، احساس خشنودی کمتری داشته باشد اما دلیل آنکه ارزش روابط جایگزین نیز در نظرش پایین است (مثلاً فرصت مناسبی برای ازدواج مجدد ندارد) یا به دلیل آنکه در روابط جاری‌اش سرمایه‌گذاری فراوانی کرده است (مثلاً چندین فرزند را پرورش داده است)، به رابطه زناشویی ادامه دهد (شاه حسینی و همکاران، ۱۳۹۸).

هومانز پیشنهاد می‌کند که پیش از شروع رابطه باید فواید ایجاد آن رابطه در گذشته، حال، آینده و نیز مشکلات آنرا بسنجیم و اگر آنرا سودمند دیدیم رابطه آغاز شود و ادامه یابد. به عبارت دیگر، اگر ارزیابی اولیه نشان داد که رابطه سودی در پی نخواهد داشت، رابطه‌ای شکل نخواهد گرفت. این اصل در مورد هر دو طرف صادق است. بنابراین رابطه باید سود دو طرفه داشته باشد تا شکل بگیرد و تداوم یابد. هومانز تحسین را تا جایی گسترش می‌دهد که با داوری شخص، هر چیزی ارزشمند باشد و احساس رضایت را در او بیدار کند. بنابراین تحسینات شامل مواردی چون ستودن، سرگرمی و دریافت هدایا خواهد شد. مشکلات نیز می‌توانند در هر شکلی متجلی شوند. در واقع هر چیزی که شخص آنرا ناراحت کننده بداند، از قبیل دعوا، عادات نابهنجار و حتی اجبار همیشگی به پختن غذا ممکن است به عنوان مشکل تلقی شود. براساس گفته هومانز برای جمع بندی فواید و زیان‌ها، شادی‌ها و مشکلات، محاسبه‌ای انجام می‌شود تا بهترین نتیجه را برای ما به دنبال داشته باشد که همانا کسب بیشترین فایده و کمترین زیان خواهد بود. شواهد به دست آمده از تحقیقات مؤید این عقیده است که در روابط صمیمانه، احترام و تحسین بیشتر با طولانی بودن دوستی در ارتباط است. زوج‌هایی که روابط تحسین برانگیز بیشتر و طولانی‌تری داشته‌اند نسبت به زوج‌هایی که روابط تحسین برانگیز کمتری داشته‌اند بسیار کمتر دچار شکست و ناکامی می‌شوند نظریه مبادله اجتماعی این توان را ندارد که سطحی را تعیین کند که در آن سطح، آنقدر رابطه نارضایت بخش می‌شود که شخص با اینکه رابطه دیگری ندارد که به آن رو کند، از این رابطه روی می‌گرداند. تئوری مبادله اجتماعی باید توقع عمومی که نشان دهنده حداقل توقع مردم از رابطه است را شامل شود. به عبارت دیگر، باید سطح توقعی را مشخص کند که شخص با قرار گرفتن در زیر آن حتی اگر رابطه جدیدی نداشته باشد، رابطه قبلی خود را ترک کند. شاید اساسی‌ترین نقد تئوری مبادله اجتماعی این است که مطابق با این نظریه در بسیاری از روابط به جز روابط جنسی طولانی مدت، مردم مثل حسابداری که فقط با بالا رفتن سود شاد می‌شود، رفتار کنند. حال سؤال اینجاست که در این روند شادمانی و غم، عاشق شدن یا ترک معشوق در چه جایگاهی قرار می‌گیرد؟ روابط صمیمانه خصوصاً در آغاز و پایان از طریق احساس‌های شدید و پرخرج و اعمال بدون فکر که ذکر نشده‌اند، بیان می‌شوند. همانطور که برشید ۳۷ (۱۹۸۳) اشاره کرد، جذابیت همچون معیاری روانی توجه را خود جلب می‌کند. با این وجود، این فرآیند در بیشتر اوقات به روابط رومانتیک و نیز روابطی مثل، دوستی، همکاری و

36- George Homans

37- Bershid

همسایگی توجیه مستدلی می‌دهد. در نهایت بعضی از روان‌شناسان به طور غیرمستقیم عقیده‌ای که از بطن این روند بیرون کشیده می‌شود را رد می‌کنند (مقیمی و همکاران، ۱۳۹۹).

نظریه انصاف

نظریه انصاف توسط والستر و همکاران ۳۸ در سال ۱۹۸۷ مطرح شد. این نظریه گونه به خصوصی از چگونگی عملکرد مبادله اجتماعی در روابط شخصی است و از تئوری مبادله اجتماعی هومانز (۱۹۶۱) گرفته شده است. تئوری انصاف بیان می‌کند که اشخاص رابطه‌هایی را عادلانه می‌دانند که آنچه از آن بدست می‌آورند، بازتاب چیزی باشد که به خاطر آن از دست می‌دهند. انصاف مثل برابری نیست. اگر شریکی برای رابطه‌اش بیشتر تلاش کند، نتیجه بهتری از آن خواهد گرفت. اگر اینطور نباشد، احساس استثمار می‌کند و نتیجه‌ای غیرعادلانه از آن خواهد گرفت. بنابراین تئوری انصاف حدس می‌زند رابطه‌ای که در آن یکی از طرفین سود زیادی می‌برد یا زیان زیادی می‌کند، خوشحال کننده نخواهد بود. کسانی که ضرر زیادی دیده‌اند احساس خشم، رنجش و محرومیت دارند. آن‌هایی که سود زیادی برده‌اند احساس گناه و ناراحتی می‌کنند (استفورد و کوپیر، ۲۰۲۱). بنابراین اگرچه هر دو طرف نامتعادل، در موقعیت‌های ناراحت کننده‌ای به سر می‌برند، شگفت آور است که بدانیم ضرر و زیان، نارضایتی بیشتری از سود زیاد به بار می‌آورد. به نظر می‌رسد که انصاف در مراحل اولیه رابطه زناشویی خیلی مهم باشد. ظاهراً مردان و زنان موقعیت‌هایی مختلفی در پاسخ به غیرعادلانه بودن نشان می‌دهند. زنان بیشتر از سود نبردن از رابطه نگران هستند و مردان از ضرر کردن ناراحتند. این مسأله با بیان اینکه در کل مردان مواظب پاداش‌ها هستند در حالی که زنان نگران انصاف در مورد دیگران خصوصاً آن‌هایی که تحت نظر آنانند هستند، دیگر شواهد تحقیقاتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. شرایطی هستند که در آن‌ها انصاف به تنهایی عامل مهمی نیست که مورد توجه قرار بگیرد مثل اینکه سطح کامل پاداش‌ها است تا انصاف که رضایت رابطه‌ی زناشویی را تعیین می‌کند. عموماً هر چه که چیزهای خوبتر از رابطه کسب شود احساس بهتری در مورد آن خواهیم داشت، پاداش‌هایی مثل عشق و احترام برای ما بیش از انصاف کامل در مبادله پاداش‌ها اهمیت دارند. مدارکی وجود دارد که همه افراد ارزش یکسانی برای انصاف قائل نیستند. انصاف عموماً برای بعضی افراد که از مبادله موقعیت بالایی برخوردارند، اهمیت دارد اما در مورد همه صدق نمی‌کند. روابط رومانیک به طور کامل در اصول مبادله عمل نمی‌کند. روابطی که در آن افراد از پاسخ به نیازهای یکدیگر رضایت کسب می‌کنند. به نظر صاحب‌نظران این تئوری، رابطه بسیار نزدیک شامل رضایتی است که فاقد خودبینی و موارد مافوق اقتصادی باشد. از بیش از پاصد مرد و زن دانشجو سؤال شد که تا چه اندازه روابط زناشویی‌شان عادلانه بوده است. همانطوری که تئوری انصاف پیش بینی کرده بود پس از سه ماه، کسانی که در روابط غیرعادلانه شرکت داشتند تمایل به پایان دادن آن نشان دادند. مشکل اساسی که تئوری انصاف با آن مواجه است این است که بر پایه مطالعات افرادی است که در فرهنگ غربی رشد کرده‌اند. بنابراین شاید در دیگر جوامع کاربرد نداشته باشد (استفورد و کوپیر، ۲۰۲۱).

نظریه مرحله‌ای توسعه رابطه زناشویی

لوینگر ۴۰ (۱۹۹۴) تئوری مرحله‌ای توسعه رابطه را ارائه نمود که به تمام مراحل چرخه زندگی در روابط صمیمی می‌پردازد. برخلاف دو مرحله قبلی، لوینگر مراحل را که با عبور از آنها شریک خود را انتخاب می‌کنیم، مورد بحث قرار نمی‌دهد بلکه تغییراتی را که در سطح صمیمیت، در اثر تغییر در روابط رخ می‌دهد، مدنظر دارد. این ایده گونه‌های زیادی از روابط را در بر می‌گیرد مانند رابطه دوستانه که در عین صمیمیت، عاشقانه و رومانتیک نیست. لوینگر پنج مرحله در توسعه رابطه صمیمانه بیان می‌کند: ۱- آشنایی (جذب) ۲- تشکل ۳- ادامه (ترکیب) ۴- زوال (کاهش) ۵- پایان

۱. آشنایی: رابطه هنگامی آغاز می‌شود که مردم متقابلاً جذب یکدیگر می‌شوند و این جذب به مقدار زیادی به شباهت در سن، طبقه اجتماعی و غیره بستگی دارد. عشق شهوانی در آغاز رابطه رومانتیک جذابیتی بسیار ایجاد می‌کند. اما در حالتی دیگر از روابط (به عنوان مثال، میان کسانی که با هم کار می‌کنند) آشنایی می‌تواند به شکل نامحدودی ادامه یابد.

۲. افزایش وابستگی: اولین مرحله از مجموعه مراحل است که با رابطه آغاز می‌شود. در این مرحله هر یک از زوجین درگیر به شکل قابل توجهی خودباخته می‌شوند و نیز به گونه‌ای مشهود بر مبادلات اجتماعی شاد و غمگین آنها افزوده می‌شود رابطه نزدیک در برگیرنده جنبه‌های منفی مانند خشونت، عادات آزاردهنده و از جمله جنبه‌های مثبت شامل تحسین چنین علاقه و رابطه‌ای و دادن هدیه است.

۳. ادامه: اگر برقراری رابطه مغایر عرف اجتماعی نباشد وارد مرحله ادامه می‌گردد که اغلب توافقها در آن اتفاق می‌افتد مانند ازدواج. در روابط بسیار طولانی مدت دو نفر زندگی‌شان را به هم گره می‌زنند. این مرحله با بقیه مراحل یک تفاوت دارد. بزرگ‌ترین تفاوت این است که برخلاف دیگر روابط از هیجان‌های شادی بخش یا خشمگین کننده تهی است. این امکان وجود دارد که وقتی رابطه‌ای به استحکام می‌رسد عمق هیجان‌هایی که زمینه اصلی رابطه را شکل می‌دهند از نظرها محو می‌شود. در چنین حالتی اگر طرفین رابطه به هم پرخاش کنند یا از یکدیگر ایراد بگیرند ممکن است که هیجان‌های پنهان شده آشکار شوند. مرحله تداوم ممکن است به طور نامحدودی ادامه یابد یا در سراسیمگی بیفتد و رو به اضمحلال برود.

۴. زوال: روابط همه به زوال نمی‌رسند اما بیشتر آنها دچار این مورد می‌شوند. لوینگر (۱۹۷۶) از تئوری مبادله اجتماعی استفاده کرد تا دریابد اساساً زوال رابطه قابل پیش بینی یا خیر. اگرچه گاهی اوقات شکست رابطه به عوامل و وقایع بیرونی مربوط می‌شود، اما چند عامل را می‌توان نام برد که باعث زوال رابطه می‌شوند: ضررها، سودها، جایگزینی شخص دیگر بجای شخص اول و موانعی که باعث شکست در زندگی می‌شود.

۵. پایان: اگر ضررها افزایش یابند در مقابل سودها کاهش می‌یابند اگر جایگزین جذاب وجود داشته باشد و عوامل بازدارنده از شکست زیاد نباشند زوال به سوی مرحله آخر یعنی پایان پیش می‌رود. تعداد کمی از روابط از هر پنج مرحله می‌گذرانند. اغلب روابط هرگز از آشنایی فراتر نمی‌روند و بسیاری نیز در مرحله شکل‌گیری از بین می‌روند. همانطور که شخص از اکثر دوستی‌ها چنین انتظاری دارد (به نقل از اگنیو و وندریفت ۴۱، ۲۰۱۸). آدامز و جونز (۱۹۹۷) در یک تلاش برای ارائه یک مدل جامع از تعهد زناشویی، کلیه مدل‌های موجود را مورد مطالعه قرار دادند. مدل پیشنهادی آن‌ها توانست در آن زمان کلیه مدل‌های موجود را تحت پوشش قرار دهد. مطابق با این مدل، تعهد زناشویی مشتمل بر سه بعد: تعهد نسبت به همسر (جاذبه زناشویی)، تعهد نسبت به ازدواج (الزام اخلاقی) و محدودیت‌های اجتماعی (احساس به دام افتادگی) است. تعهد نسبت به همسر شامل عشق، رضایت، فداکاری و سرسپردگی می‌باشد. تعهد نسبت به ازدواج به مسئولیت‌پذیری زوجین برای حفظ ازدواج و احترام به آن گفته می‌شود. محدودیت‌های اجتماعی نیز به پیامدهای عاطفی، مالی و اجتماعی خاتمه دادن به روابط زناشویی اشاره

40- Levinger

41 Agnew & Vanderdrift,

دارد. به طور کلی می‌توان گفت، حیطة تعهد زناشویی در حال حاضر با فقدان یک دیدگاه نظری جامع و منسجم روبروست و همچنان تلاش برای یکپارچه سازی مدل‌های موجود و ارائه یک مدل جدیدتر ادامه دارد (اگنیو و وندریفت، ۲۰۱۸).

سازگاری اجتماعی

تعریف سازگاری

سازگاری، برقراری یک رابطه روانشناختی رضایت بخش میان خود و محیط است و به آن دسته از پاسخ‌های فرد گفته می‌شود که باعث سازش مؤثر و هماهنگ او با موقعیتی می‌گردد که در آن قرار گرفته است ناسازگاری نشانه‌ای از پذیرش شکست برای همه کسانی است که سعی در جلوگیری از آن دارند و نیز سد باب آزاد سازی برای همه افرادی است که سعی دارند خود را از ناراضی و ناراحتی رها سازند. فرد ناسازگار با توجه به جمیع جهات در واقع موجودی در حال واکنش است (یانگ، ۴۲، ۲۰۲۰). واژه سازگاری در لغت نامه دهخدا به معنای موفقیت در کار، حسن سلوک و... به کار رفته است. مفهوم سازگاری از واژه‌ی انطباق در زیست شناسی گرفته شده است که یکی از پایه‌های نظریه تکامل داروین (۱۸۹۵) است و به ساختارهای بیولوژیکی و فرایندهایی که زنده ماندن انواع موجودات را تسهیل می‌کند، اشاره دارد (به نقل از گل محمدنژاد و همکاران، ۱۳۹۸). سازگاری در قاموس روانشناسی عبارت است از رابطه‌ای که هر ارگانیسم باتوجه به شرایط پیرامون محیطش، با محیط برقرار می‌کند. همچنین در فرهنگ علوم رفتاری (شعاری نژاد، ۱۳۶۴) سازگاری به منبع سازگاری ارگانیسم زنده با تحریکات درونی و برونی، کردار متناسب با محیط و تغییرات و عمل پذیرش رفتار تعریف شده است. وقتی فردی توانسته است شیوه‌های مناسبی را که باعث تعامل با محیطش می‌شود، فرا بگیرد و رفتارهای او از نظر اعضای جامعه قابل قبول باشد و آن فرد بتواند با توسل به آن رفتارهای جامعه پسند، به رفع نیازهای خود بپردازد، آن فرد سازگار است (قاسم زاده و همکاران، ۱۳۹۸).

از نظر گواشتاین و لانیون (۱۹۹۵) سازگاری فرایند پیوسته‌ای است که در آن تجارب یادگیری اجتماعی شخص، باعث می‌شود فرد توانایی و مهارتهایی به دست آورد و به ارضای نیازهای خود بپردازد. سازگاری با محیط، مهارتی است که باید آموخته شود و کیفیت آن مانند سایر آموخته‌ها به میزان علاقه و کوشش فرد برای یادگیری بستگی دارد سازگاری، رابطه‌ای است که میان فرد و محیط اجتماعی وجود دارد و این امکان را فراهم می‌کند که به نیازها و انگیزه‌هایش پاسخ دهد. فرد زمانی که بتواند رابطه سالم میان خود و محیط اجتماعی برقرار سازد و در صدد رفع نیازها و انگیزه‌های خود برآید از سازگاری بهره مند است، در غیر این صورت می‌توان او را ناسلزگار تلقی کرد. (به نقل از یانگ و لی، ۴۳، ۲۰۲۰). سازگاری یک فرایند دوسویه است یعنی از یک طرف فرد به صورت مؤثر با اجتماع تماس برقرار می‌کند و از طرف دیگر اجتماع نیز ابزارهایی را فراهم می‌کند که فرد از طریق آنها به توانایی‌های بالقوه خویش واقعیت بخشد (پایوا، ۴۴ و همکاران، ۲۰۲۰).

42 Yang

43 Lee

44 Paiva

تعریف سازگاری اجتماعی

گاه واژه‌های اجتماعی شدن، جامعه پذیری و رفتار جامعه پسند را مترادف با سازگاری اجتماعی می‌دانند. اجتماعی شدن فرایندی است که به فرد ارزش‌ها و رفتارهای مورد نظر فرهنگ و جامعه خود آموخته می‌شود (لین ۴۵ و همکاران، ۲۰۲۱). از نظر جری آرنهت ۴۶ (۱۹۹۵) اجتماعی شدن سه هدف عمده دارد که عبارتند: الف) کنترل تکانه‌ها که شامل گسترش وجدان است، ب) آمادگی نقش و عملکرد در برگیرنده نقش‌های شغلی، نقش‌های جنسی و نقش‌هایی که در مراسمی نظیر ازدواج و پدر و مادر شدن است، ج) پرورش منابع معناداری است که چه چیز دارای ارزش است، چه چیزی با اهمیت است، و زندگی برای چه چیزی است. جامعه پذیری عبارت است از گرایش به اینکه بیشتر با دیگران باشیم به جای تنها بودن، جامعه پذیری تمایل به سهیم شدن در انجام فعالیت‌ها و جلب توجه دیگران است. جامعه پذیر بودن بر طبق نظر ب‌اس و پلومین ۴۷ (۱۹۹۰) یعنی به فرآیند تعامل با فراد به طور ذاتی ارزش قائل باشیم (به نقل از هیاشی ۴۸ و همکاران، ۲۰۲۱). از عمده‌ترین تعاریف سازگاری اجتماعی می‌توان به تعاریف زیر اشاره کرد: سازگاری اجتماعی انعکاسی از تعامل فرد با دیگران، رضایت از نقش‌های خود و نحوه‌ی عملکرد در نقش‌هاست که به احتمال زیاد تحت تأثیر شخصیت قبلی، فرهنگ، و انتظارات خانواده قرار دارد (لی و همکاران، ۲۰۲۰).

از نظر شافر و شوبن ۴۹ (۱۹۷۲) سازگاری تمایل ارگانیزم برای تغییر فعالیت خود در راستای انطباق با محیط است که در واقع پاسخی به تغییرات محیط پیرامون می‌باشد. این ویژگی تعامل و سازگاری فرد با دیگر افراد و ساختارهای ارزشی در واقع مهارت اجتماعی است که تعامل پیوندها و مناسبات او را با دیگران و جنبه‌های ارزشی جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند را تأمین می‌کند (به نقل از نمازی و همکاران، ۱۳۹۸). با توجه به تعاریفی که ارائه گردید باید میان سازگاری فیزیولوژیکی و سازگاری اجتماعی تفاوت قائل شد. سازگاری اجتماعی اگر برآوده نشود رفتارهای موجود زنده را غیر انطباق می‌کند ولی به بقای آن از نظر زیستی آسیبی نمی‌رساند در حالی که در سازگاری فیزیولوژیکی اگر ارضای نیازهای فیزیولوژیک زندگی برای موجود غیرممکن شود بقای موجود زنده به خطر می‌افتد (اسدزاده و همکاران، ۱۳۹۸).

مفهوم تاب آوری

تاب آوری ظرفیتی برای مقاومت در برابر استرس و فاجعه است. روانشناسان همیشه سعی کرده‌اند که این قابلیت انسان را برای سازگاری و غلبه بر خطر و سختی‌ها افزایش دهند. افراد و جوامع می‌توانند حتی پس از مصیبت‌های ویرانگر به بازسازی زندگی خود بپردازند. تاب آور بودن به این معنا نیست که از این طریق بتوانید زندگی بدون تجربه استرس و درد را داشته باشید. مردم پس از گرفتار شدن در مشکلات و از دست دادن‌ها به احساس غم، اندوه و طیف وسیعی از احساسات دیگر می‌رسند. مسیر دستیابی به انعطاف پذیری از طریق کار و توجه بر روی اثرات استرس و وقایع دردناک ایجاد می‌شود (مرادی و همکاران، ۱۳۹۹).

ارتقاء تاب آوری منجر به رشد افراد در به دست آوردن تفکر و مهارت‌های خود مدیریتی بهتر و دانش بیشتر می‌شود. همچنین تاب آوری با روابط حمایتی والدین، همسالان و دیگران و همچنین با باورهای فرهنگی و سنتی به افراد برای مقابله با ضربه‌های

45 Lin

46 - Arnet

47 - Boss & Plomin

48 Hayashi

49 - Shufer & Shoben

غیر قابل اجتناب زندگی کمک تاب آوری در انواع رفتارها، افکار و اعمال می‌تواند آموخته شود. می‌کند و آن را می‌توانید در سراسر دوره زندگی توسعه دهید (کریمی و اسمعیلی، ۱۳۹۹).

از علم فیزیک گرفته شده است و به ریشه تاب آوری معنی جهیدن به عقب است. در واقع افراد تاب آور قادر هستند به عقب بجهند. آن‌ها توانایی زنده ماندن و حتی غلبه بر ناملایمات را دارند. تاب آوری می‌تواند باعث شود که فرد پیروزمندانه از رویدادهای ناگوار بگذرد و علیرغم قرار گرفتن در معرض تنش‌های شدید، شایستگی اجتماعی، تحصیلی و شغلی او ارتقا یابد. تاب آوری نوعی ویژگی است که از فردی به فردی متفاوت است و می‌تواند به مرور زمان رشد کند یا کاستی یابد (احمدی و محرابی، ۱۳۹۹).

تاب آوری به معنای توانایی مقابله با شرایط دشوار و پاسخ انعطاف پذیر به فشارهای زندگی روزانه است. تاب آوری، استرس را محدود نمی‌کند، مشکلات زندگی را پاک نمی‌کند، بلکه به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیش رو مقابله^{۵۰} سالم داشته باشند، بر سختی‌ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند. برخی افراد به طور طبیعی دارای این ویژگی هستند، اما خبر خوب این است که این ویژگی در انحصار عده‌ای محدود نیست و به نظر متخصصان، سایر افراد نیز قادرند تاب آوری را بیاموزند و آن را ارتقاء دهند. تاب آوری توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط استرس زا و چالش برانگیز است (آلارکون و همکاران، ۲۰۲۰). به بیان دیگر فرد تاب آور یعنی کسی که در برقراری تعادل زیستی روانی در شرایط دشوار توانمند است. البته معنای تاب آوری فقط این نیست که در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده پایدار بمانیم و در رو به رو شدن با شرایط خطرناک حالتی انفعالی داشته باشیم، بلکه در عمق معنای آن شرکت و حضور فعال و سازنده^{۵۱} ما در محیط پیرامونمان نیز مد نظر است. برخی روان شناسان باور دارند که تاب آوری بازپشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر در شرایط تهدید کننده است و از این روست که سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌کند (لثو و کائو، ۲۰۲۰).

انسان‌ها در برابر شرایط نامساعد، خطرناک و ناملایمات معمولاً احساس بی پناهی می‌کنند و در بسیاری مواقع نیز سعی می‌کنند که در برابر خطرناک و موقعیت ناگوار تحمل نمایند و نتایج غیر منتظره‌ای به دست می‌آورند. توانایی اجرای این مؤلفه اغلب در حوزه علوم اجتماعی به عنوان انعطاف پذیری یا تاب آوری نام دارد. تاب آوری در علوم اجتماعی به عنوان فرایند واکنش در مقابل اتفاقات می‌باشد. کانر (۲۰۰۶) تاب آوری را واکنش در مقابل ناملایمات می‌داند. هانتر (۲۰۰۲) نیز به عنوان روشی برای اندازه گیری توانایی فرد در مقابله با عوامل استرس زا و عواملی که سلامت روان فرد را تهدید می‌کند، تعریف کرده است (به نقل از والد ۵۱، ۲۰۲۰). افراد تاب آور دارای رفتارهای خود شکنانه نیستند. از نظر عاطفی آرام بوده و توانایی مقابله با شرایط ناگوار را دارند. بونا (۲۰۰۴) راه‌های بدست آوردن تاب آوری را داشتن سرسختی، خود افزایی، مقابله سرکوبگرانه، داشتن خلق و خو و احساسات مثبت می‌داند (به نقل از زارعی، ۱۳۹۹).

تاب آوری همچنین به عنوان توانایی بهبود بیماری افسردگی یا مسائلی از تاب آوری مهارتی مناسب است این دست نیز فهمیده می‌شود. تاب آوری به توانایی یک انسان گفته می‌شود که به طور موفقیت آمیز شرایط نامطلوب را پشت سرگذارد و با آن‌ها تطابق می‌یابد و علیرغم مواجهه با مشکلات زندگی به قابلیت تحصیلی و هیجانی و اجتماعی دست می‌یابد (کیلگور ۵۲ و همکاران، ۲۰۲۰).

50 Alarcón
51 Wald
52 Killgore

مفهوم تاب آوری طی تحقیقات دهه گذشته علوم اجتماعی به مثابه یک پدیده چند بعدی شناخته شده است که در بافت‌های مختلف اجتماعی و درونی متفاوت هستند (لوتانز ۵۳ و همکاران، ۲۰۰۶). در تحقیقات گذشته تاب آوری بر متغیرهایی مثل توانایی بیمار، پنهان سازی احتمال خطر و عوامل آسیب پذیر تاکید شده است. در مجموع می‌توان گفت که تاب آوری فرایندی پویا است که در آن تأثیرات محیطی و شخصیتی در تعاملی متقابل بر یکدیگر اثر می‌گذارند (جوادی و همکاران، ۱۳۹۹).

نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مروری اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعهد زناشویی، سازگاری اجتماعی و تاب آوری بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آموزش به مراجع این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی شان. کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند را به افراد آموزش می‌دهد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به علاوه، بر تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و شفقتانه با تجارب تاکید می‌شود. اصلاح و تقویت که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است. یک جنبه مهم این درمان محسوب می‌شود. به گونه ای که واکنش پذیری، ترس و قضاوت‌های بیجا کاهش یابد. چرا که نشان داده شده است این حالتها ناراحتی و تنش بین افراد را افزایش می‌دهند. انگیزه اجتناب تجربی را فراهم می‌کنند.

اعتیاد به مواد مخدر با مشکلات عدیده ذهنی، بدنی و فیزیکی همراه است و عوارض آن تهدیدی جدی برای جامعه محسوب گردیده و بسیاری از نهادهای اجتماعی را درگیر پیامدها و اثرات خود می‌کند. در حوزه روابط بین فردی و بین فردی اعتیاد به مواد مخدر به کاهش احساس تعهد به زندگی زناشویی می‌انجامد. افراد وابسته به مواد مخدر بدلیل وابستگی بیش از حد به مواد مخدر معمولاً توجه کمتری به زندگی فعلی و زناشویی خود دارند. از سویی دیگر با وابستگی به مواد مخدر و افیونی، سطوح سازگاری اجتماعی و انعطاف پذیری در مواجهه با انتظارات و فشارهای زندگی روزمره نیز کاهش می‌یابد. این افراد به دلیل اختلالات روحی و مشکلات جسمانی که تجربه می‌کنند معمولاً کمتر قادرند انتظارات و هنجارهای موقعیتمند را رعایت کنند. همچنین بدلیل آسیب پذیری شدید ذهنی و بدنی به مواد افیونی افراد معتاد ظرفیت‌های شناختی و روانی خود برای مواجهه کارآمد با موقعیت‌های چالش برانگیز را از دست می‌دهند. در این نگاه تاب آوری این افراد به مرور زمان و با وابستگی بیشتر به مواد مخدر کاهش می‌یابد. چالش‌های مورد بحث سبب گردیده است که روان‌درمانگران برای بهبود شرایط افراد معتاد از دوره‌های درمانی مختلف و متنوع استفاده کنند. یکی از این دوره‌ها، دوره اثربخشی مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در این دوره به معتادین یاد داده می‌شود تا ضمن پذیرش موقعیت فعلی برای بهبود شرایط و بازگشتن دوباره به کانون اجتماعی تلاش نمایند. افراد یاد می‌گیرند که با پذیرش احساسات و هیجانات خود و پرهیز از اجتناب تجربیات در لحظه‌ی حال و اکنون زندگی کنند و با وسوسه‌های ناشی از مصرف مواد مقابله نمایند. این پژوهش بدین معنا به بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعهد زناشویی، سازگاری اجتماعی و تاب آوری مردان می‌پردازد.

منابع

1. Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 260*, 728-737.
2. Bardo, M. T., Hammerslag, L. R., & Malone, S. G. (20۲۱). Effect of early life social adversity on drug abuse vulnerability: Focus on corticotropin-releasing factor and oxytocin. *Neuropharmacology, 191*, 108567.
3. Beilby, J. M., Byrnes, M. L., & Yaruss, J. S. (2012). Acceptance and commitment therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. *Journal of Fluency Disorders, 37*(4), 289-299.
4. Berríos-Cárcamo, P., Quezada, M., Quintanilla, M. E., Morales, P., Ezquer, M., Herrera-Marschitz, M., . . . Ezquer, F. (2020). Oxidative stress and neuroinflammation as a pivot in drug abuse. A focus on the therapeutic potential of antioxidant and anti-inflammatory agents and biomolecules. *Antioxidants, 9*(9), 830-849.
5. Botticelli, L., Micioni Di Bonaventura, E., Del Bello, F., Giorgioni, G., Piergentili, A., Romano, A., . . . Micioni Di Bonaventura, M. V. (2020). Underlying susceptibility to eating disorders and drug abuse: Genetic and pharmacological aspects of dopamine D4 receptors. *Nutrients, 12*(8), 56-68.
6. Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C. & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of affective disorders, 263*, 107-120.
7. Dew, J., & Jackson, M. (2018). Commitment and relationship maintenance behaviors as marital protective factors during economic pressure. *Journal of Family Economic Issues, 39*(2), 191-204.
8. Duchesne, S., & Ratelle, C. F. (2020). Achievement goals, motivations, and social and emotional adjustment in high school: a longitudinal mediation test. *Educational Psychology, 6*(2), 1-19.
9. Eliot, J. L. (2020). Resilient leadership: the impact of a servant leader on the resilience of their followers. *Advances in Developing Human Resources, 22*(4), 404-418.
10. Ersche, K. D., Meng, C., Ziauddeen ,H., Stochl, J., Williams, G. B., Bullmore, E. T., & Robbins, T. W. (2020). Brain networks underlying vulnerability and resilience to drug addiction. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 117*(26), 15253-15261.
11. Fuchs, R., Glaude, M., Hansel, T. ,Osofsky, J., & Osofsky, H. (2020). Adolescent risk substance use behavior, posttraumatic stress, depression, and resilience: Innovative considerations for disaster recovery. *Substance Abuse Treatment, Prevention, Policy, 2*(2), 1-8.
12. Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M., Twohig, M., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science, 2*, 24-46.
13. Hou, Y., Jiang, F., & Wang, X. (2019). Marital commitment, communication and marital satisfaction: An analysis based on actor-partner interdependence model. *International Journal of Psychology, 54*(3), 369-376.
14. Ignaszewski, M. J. (2021). The epidemiology of drug abuse. *The Journal of Clinical Pharmacology, 61*, S10-S1۷. .

15. Kingery, J. N., Bodenlos, J. S., & Lathrop, J. A. (2020). Facets of dispositional mindfulness versus sources of social support predicting college students' psychological adjustment. *Journal of American College Health*, 68(4), 403-410.
16. Latifa, R., Salsabila, S., & Yulianto, H. (2021). Understanding the Relationship between Religiosity and Marital Commitment to Marital Stability: An Investigation on Indonesian Female Journalists. *Religions*, 12(4), 242-259.
17. Li, R., & Xia, L. -X. (2020). The mediating mechanisms underlying the longitudinal effect of trait anger on social aggression: Testing a temporal path model. *Journal of Research in Personality*, 3(6), 24-40.
18. Liu, L., & Cao, Q. (2020). Perceived stress and sleep quality among Chinese drug users: Analysis of rumination as a mediator and resilience as a moderator. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2, 1-12.
19. Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive Behavioral Practice*, 16(4), 430-442.
20. Reyes, A. T., Muthukumar, V., Bhatta, T. R., Bombard, J. N., & Gangozo, W. J. (2020). Promoting resilience among college student veterans through an acceptance-and-commitment-therapy app: An intervention refinement study. *Community mental health journal*, 56(7), 1206-1214.
21. Rioux, C., Castellanos-Ryan, N., Parent, S., Vitaro, F., Tremblay, R. E., & Séguin, J. R. (2018). Age of cannabis use onset and adult drug abuse symptoms: A prospective study of common risk factors and indirect effects. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(7), 457-464.
22. Ryan, A. K., Pakenham, K. I., & Burton, N. W. (2020). A pilot evaluation of a group acceptance and commitment therapy-informed resilience training program for people with diabetes. *Australian Psychologist*, 55(3), 196-207.
23. Scott, W., Chilcot, J., Guildford, B., Daly-Eichenhardt, A., & McCracken, L. M. (2018). Feasibility randomized-controlled trial of online Acceptance and Commitment Therapy for patients with complex chronic pain in the United Kingdom. *European Journal of Pain*, 22(8), 1473-1484.
24. Scott, W., Guildford, B. J., Badenoch, J., Driscoll, E., Chilcot, J., Norton, S., . . . Boffito, M. (2021). Feasibility randomized-controlled trial of online acceptance and commitment therapy for painful peripheral neuropathy in people living with HIV: The OPEN study. *European Journal of Pain*, 45-59.
25. Thompson, E. M., Destree, L., Albertella, L., & Fontenelle, L. F. (2021). Internet-based acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic systematic review and meta-analysis for mental health outcomes. *Behavior Therapy*, 52(2), 492-507.
26. Wald, H. S. (2020). Optimizing resilience and wellbeing for healthcare professions trainees and healthcare professionals during public health crises—Practical tips for an 'integrative resilience' approach. *Medical Teacher*, 42(7), 744-755.
27. Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 18(1), 60-68.
28. Whiting, D., Deane, F., McLeod, H., Ciarrochi, J., & Simpson, G. (2019). Can acceptance and commitment therapy facilitate psychological adjustment after a severe traumatic brain injury? A pilot randomized controlled trial. *Neuropsychological rehabilitation*, 1-15.

29. Wynne, B., McHugh, L., Gao, W., Keegan, D., Byrne, K., Rowan, C., . . . Cullen, G. (2019). Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*, 156(4), 935-945. e931.
30. Yang, C. -c., & Lee, Y. (2020). Interactants and activities on Facebook, Instagram, and Twitter: Associations between social media use and social adjustment to college. *Applied Developmental Science*, 24(1), 62-78.
31. Zeng, X., & Wei, B. (2021). The relationship between the psychological capital of male individuals with drug abuse and relapse tendency: A moderated mediation model. *Current Psychology*, 1-10.
۳۲. احمدی صدیقه، طولابی سعید، ایلانلو حسین. (۱۳۹۹). پیش‌بینی گرایش به سوءمصرف مواد در دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم منطقه ۱۲ تهران بر اساس میزان تاب‌آوری و اهمال‌کاری تحصیلی در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۶. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*; ۲۳ (۱): ۱۱۷-۱۰۸
۳۳. آرمان پناه ازاده، سجادیان ایلناز، نادى محمد علی. نقش میانجی تعارضات زناشویی در رابطه‌ی بین باورهای ارتباطی، اختلالات هیجانی، ارتباطات زناشویی با رضایت زناشویی زنان دارای همسر معتاد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*. ۱۳۹۹؛ ۱۴ (۵۵): ۲۸-۹.
۳۴. اصغری، فرهاد، صیادی، علی، قاسمی جوبنه، رضا. (۱۳۹۹). نقش تاب‌آوری روان‌شناختی در ارتباط بین تاب‌آوری خانواده و نگرش به مواد مخدر در دختران و پسران جوان: تحلیل اثر میانجی تعدیل‌شده. *پژوهش‌های انتظامی - اجتماعی زنان و خانواده*، ۸(۲)، ۴۰۵-۴۲۳.
۳۵. امانی احمد، عیسی نژاد امید، علیپور الهه. (۱۳۹۹). بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه‌ی گروهی بر آشفتگی زناشویی، تعارض زناشویی و خوش‌بینی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره‌ی کمیته امداد شهر کرمانشاه. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*; ۵ (۱): ۶۴-۴۲
۳۶. امینی پریسا، کرمی نژاد رضا. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دل‌زدگی زناشویی و شفقت به خود زنان تحت پوشش سازمان‌های مردم‌نهاد شهر تهران. *طلوع بهداشت*; ۲۰ (۱): ۲۵-۳۷
۳۷. باباپور خیرالدین جلیل، پورشریفی حمید، سودمند محسن (۱۳۹۷). نقش اتحاد درمانی و سبک‌های دلبستگی در ریزش از درمان مبتلایان به سوءمصرف مواد. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*; ۱۲ (۴۶): ۱۷۳-۱۸۸.
۳۸. بندک، موسی، بهادری، مریم، ریگی، شهرزاد. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سازگاری اجتماعی و کاهش قلدری دانش‌آموزان ورزشکار مقطع متوسطه اول شهر تهران. *علوم حرکتی و رفتاری*، ۳(۱)، ۷۹-۸۹.
۳۹. بهادیوند چگینی امیرحسین، ذاکری مرتضی. اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کاهش استرس بر اساس ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و دلزدگی زناشویی مردان وابسته به مواد مخدر. *رویش روان‌شناسی*. ۱۳۹۹؛ ۹ (۲): ۱۰۸-۱۰۱.
۴۰. بهبهانی، مریم، قربان شیروودی، شهره. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان پیش‌یائسه. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴(۴)، ۳۸۹-۳۶۹.
۴۱. بهرامی عبدالملکی شقایق، همایونی علیرضا، علیالی مسعود. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی در بیماران آسماتیک. *طلوع بهداشت*; ۲۰ (۱): ۵۵-۶۸
۴۲. پیری، سمیه، حسینی نسب، داود، لیوارجانی، شعله. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تعلل ورزشی تحصیلی، تاب‌آوری و افسردگی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD). *دوماهنامه علمی - پژوهشی طب توانبخشی*، ۹(۴)، ۸۲-۹۰.
۴۳. جواهری محمدحسین، شوقی بهزاد، باباخانلو اشرف. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر عزت‌نفس جنسی و تعهد زناشویی زوجین با روابط آشفته. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*; ۲ (۶): ۱۰-۱.

۴۴. حبیبی مجتبی، اله دادی سجاد، رضانی پیمان مهرداد (۱۳۹۷). ویژگی‌های روان سنجی مقیاس شدت وابستگی در بین افراد وابسته به مصرف مواد و الکل. *فصلنامه علمی-پژوهشی/اعتیادپژوهی*; ۱۲ (۴۶): ۲۷۲-۲۵۵.
۴۵. حتم خانی، شیما، شیوا، افشین، پور اقدم، رضا، نوجوان، نصرت، قاسم پور، مهر و (۱۳۹۷). بررسی الگوی مصرف مواد مخدر در مراجعین به مرکز اجباری نگهداری و درمان و کاهش آسیب معتادین ارومیه در سال ۱۳۹۴. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۱(۳)، ۱۰۵۰-۱۰۶۰.
۴۶. حجت خواه، سید محسن، مصباح، ایمان. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و احساس شرم درونی شده مادران دارای کودک کم توان ذهنی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۶(۲۴): ۱۵۳-۱۸۰.
۴۷. دهقانی اکرم، رضایی دهنوی صدیقه. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون. *افق دانش*; ۲۴ (۳): ۲۴۶-۲۵۲.
۴۸. سلطانی زاده، محمد، حسینی، فاطمه، کاظمی زهرانی، حمید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان دختر دارای اضطراب امتحان. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۱۱۸(۴۱)، ۱۷-۲۹.
۴۹. سید جعفری، جواد، معتمدی، عبدالله، مهرداد صدر، محمد، علمایی کویایی، مرضیه، هاشمیان، سپهر. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تاب آوری سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۳(۱)، ۲۱-۲۹.
۵۰. شاکرنازاد سپیده، مؤذن نسرين، حمیدی معصومه، هاشمی رها، بزاززاده نیلوفر، بدایقی مظاهر (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به بیماری اسکروز متعدد. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۹ (۱): ۷-۱۷.
۵۱. شعبانلو، سعیده، علیمرادی، محجوبه، معاضدیان، آمنه (۱۳۹۷). بررسی مقایسه‌ای ناگویی هیجانی و ابعاد خشونت در دو گروه از معتادین به مواد مخدر و محرک با هم‌تایان سالم. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۲۰(۵)، ۳۶۷-۳۶۲.
۵۲. عظیمی فر شیرین، فاتحی زاده مریم السادات، بهرامی فاطمه، احمدی احمد، عابدی احمد (۱۳۹۵). مقایسه‌ی اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادی زناشویی زوجین ناراضی شهر اصفهان: یک پژوهش مورد منفرد. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*; ۳ (۲): ۵۶-۸۱.
۵۳. علی اکبری دهکردی مهناز، رضانی شیرین مرضیه، مهربان شفیق. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سازگاری اجتماعی و تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله مطالعات ناتوانی*; ۱۰: ۲۲۴-۲۲۴.
۵۴. غفاری جم، مینا، محمودفخه، هیمن، مصطفایی، علی. (۱۴۰۰). تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت به خود و احساس ارزشمندی در فرزندان معتادان وابسته مواد مخدر خودمعرّف مرکز ترک اعتیاد. *نوید نو*، ۲۴(۷۷)، ۹۷-۸۴.
۵۵. قاجاری الهام، توزنده جانی حسن، نجات حمید. اثربخشی آموزش غنی سازی روابط زوجین بر اساس نظریه انتخاب بر تحمل پریشانی زنان رها شده از مصرف مواد مخدر. *افق دانش*. ۱۳۹۹؛ ۲۶ (۴): ۳۳۱-۳۱۶.
۵۶. قلی زاده، فاطمه، فدایی، مونا، سلیمانی، نگین، خروشی، مریم. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بخشودگی بین فردی و صمیمت زناشویی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲(۵)، ۱۸۳۳-۱۸۲۵.
۵۷. مرادزاده فریبا، پیرخوائفی علیرضا (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری شناختی کارکنان متأهل اداره بهزیستی. *روان پرستاری*. ۵ (۶): ۷-۱.
۵۸. مصباح، ایمان، حجت خواه، سید محسن، گل محمدیان، محسن. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۸(۲۹)، ۸۵-۱۰۹.

۵۹. نعمتی سوگلی تپه فاطمه، شاهمرادی سمیه، رحیمی فاطمه السادات، خالدیان محمد. (۱۳۹۹). بررسی عوامل تاثیرگذار در سوءمصرف مواد مخدر و اعتیاد با رویکرد گراند تئوری. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی؛ ۱۴ (۵۷): ۳۴-۱۱.
۶۰. نوروزی دشتکی، مهین، پور ابراهیم، تقی، حبیبی، مجتبی، ایمانی، سعید. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر رضایت جنسی و تصویر بدنی زنان با سوءمصرف مواد مخدر. فصلنامه روان شناسی کاربردی، (۰)، -
۶۱. نوری لیلا، مرادی شکیب آمنه، اعزازی بجنوردی المیرا، ادیب فاخته، عاشوری جمال. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و بهداشتی دانشجویان پرستاری. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا؛ ۲۵ (۵): ۱۷۲-۱۷۹.
۶۲. هزاریان صفی اله، بختیارپور سعید، پاشا رضا، عسگری پرویز، حافظی فریبا. (۱۴۰۰). رابطه بین عملکرد خانواده و نگرش به مواد مخدر با میانجی گری سازگاری اجتماعی در دانش آموزان. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی؛ ۱۵ (۵۹): ۱۵۶-۱۳۹.
۶۳. ولی زاده شاهرخ، مکوندی بهنام، بختیارپور سعید، حافظی فریبا. (۱۳۹۹). اثربخشی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" بر تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی در زندانیان. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت؛ ۹ (۴): ۷۸-۸۹.
۶۴. یآوری مریم، نجفی محمود، طباطبایی سید موسی. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در انعطاف پذیری روانی و سرمایه های روان شناختی همسران افراد تحت درمان متادون. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی؛ ۱۲ (۴۸): ۲۷۶-۲۵۷.