



## بررسی اثر بخشی اجتماع درمان مدار (TC) بر تغییر سبک اسناد معتادان

سمیه یاری<sup>۱۳۶</sup> - دکتر جواد خلعتبری<sup>۱۳۷</sup> - علیرضا صفری<sup>۱۳۸</sup>

### چکیده:

این پژوهش به بررسی اثربخشی اجتماع درمان مدار (TC) بر تغییر سبک اسناد معتادان می پردازد، که بدین منظور از پرسشنامه ی سبک اسناد (ASQ) استفاده شده است. در ابتدا، دو گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند. گروه آزمایش شامل 25 نفر از افرادی است که در مرکز اجتماع درمان - مدار هجرت تهران اقامت داشته اند و گروه کنترل شامل 28 نفر از افرادی است که از مرکز ترک اعتیاد شهید فامیلی تهران انتخاب شدند.

متغیر آزمایشی این پژوهش، اجتماع درمان مدار (TC) است که مدت زمان آن سه ماه می باشد. اجتماع درمان مدار یک محیط درمانی است که از افراد معتاد به صورت 24 ساعته و در مدت زمانی مشخص (مثلاً سه تا شش ماه یا حتی دو سال) نگهداری و حمایت می نماید و هدف آن تغییر رفتار، نگرش، شناخت و ارزش های فرد معتاد، یا به طور کل، تغییر در سبک زندگی فرد معتاد می باشد.

در مرحله اول، از هر کدام از افراد پیش آزمون (ASQ) به عمل آمد. سپس بعد از اتمام درمان در گروه آزمایش (افراد مقیم TC)، از آنها پس آزمون گرفته شد و همچنین از گروه کنترل نیز پس از سه ماه مجدداً پس آزمون گرفته شد. به منظور تعیین اثربخشی اجتماع درمان مدار بر تغییر سبک اسناد، ابتدا نمرات افتراقی هر گروه (که از تفاضل پیش آزمون و پس آزمون هر گروه به دست آمد) محاسبه شد. سپس با استفاده از آزمون T برای گروه های مستقل، تفاوت میانگین های دو گروه بررسی شد تا مشخص شود آیا متغیر مستقل (TC) بر تغییر سبک اسناد افراد معتاد مؤثر بوده یا خیر.

<sup>64</sup> - کارشناس ارشد روانشناسی عمومی از دانشگاه آزاد واحد تنکابن، مدرس دانشگاه

<sup>65</sup> - دکترای روانشناسی عمومی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد واحد تنکابن

<sup>66</sup> - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی از دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات



نتایج پژوهش نشان داد که سبک اسناد افراد مقیم TC (گروه آزمایش) پس از حضور سه ماهه در مرکز TC بهبود معناداری یافته است، به این معنی که سبک اسناد آنها در انتهای درمان (سه ماه اقامت در TC) در رویدادهای خوشایند (موفقیت)، درونی تر، پایدارتر و کلی تر و در رویدادهای ناخوشایند (شکست)، بیرونی تر، ناپایدارتر و اختصاصی تر می باشد. در مجموع، یافته های این پژوهش نشان داد که TC در تغییر سبک اسناد افراد معنادار مؤثر می باشد.

واژگان کلیدی: اجتماع درمان مدار (TC) - سبک اسناد.

#### مقدمه

قدمت سوء مصرف مواد مخدر به هزاران سال قبل از میلاد مسیح بر می گردد و قدمت استفاده از مواد اعتیاد آور در ایران نیز به چند هزار سال پیش مربوط می شود. به عبارت دیگر، شواهد تاریخی بیانگر آن است که پدیده ی استفاده از مواد اعتیاد آور هزاران سال است که زندگی انسان ها و سلامت آنها را تهدید کرده است و روز به روز نیز بر وخامت آن افزوده می شود (1).

در عصر حاضر به ندرت می توان کشوری را پیدا کرد که با مشکل سوء مصرف مواد درگیر نباشد. این مشکل از اواسط دهه هشتاد به گسترده ترین وجه، در کشورهای غربی به خصوص آمریکا شیوع پیدا کرد. این مشکل در ایران نیز بسیار قابل تأمل شده است. الگوی مصرف مواد در ایران، تریاک، هروئین و اخیراً ماری جوانا است. استفاده از مشروبات الکلی و سایر مواد در ابتدا برای تسکین درد و درمان بیماری ها متداول بود ولی بعدها برای تفریح، خوشگذرانی و سرگرمی مورد استفاده قرار گرفته است. آرامش بخشی و شادی آفرینی مواد، سبب شده است تا آثار منفی آن با تأخیر شروع شود و مصرف کنندگان از تبعات منفی و زیان آور آنها غافل شوند. سرانجام، تداوم مصرف به وابستگی جسمانی و روانی فرد منجر می شود و پس از گذشت زمان، قطع این وابستگی دشوار و دشوارتر می گردد (9).

وابستگی به مواد مخدر و اثرات آن بر زندگی و سلامت افراد سبب شده است که در جدیدترین تقسیم بندی اختلالات روانی (DSM-IV) از اختلالات مرتبط با مصرف مواد<sup>179</sup> نام برده شود. منظور از اختلالات مرتبط با مواد طیفی از مشکلات مرتبط با مصرف و سوء مصرف موادی مانند الکل، مرفین، هروئین، وکوکائین و... است که افراد برای تغییر در طرز تفکر، احساس و رفتار خود استفاده می کنند (6).

<sup>179</sup> -Substance Abuse Related Disorder



در تعریف اعتیاد، باخمن<sup>۱۸۰</sup> (1996) چنین بیان کرده است: اعتیاد عبارت است از وضعی که در اثر تکرار استفاده از مواد طبیعی یا مصنوعی ایجاد می شود که در این حالت فرد وابستگی جسمانی و روانی به مواد پیدا می کند و پس از گذشت زمان، قطع این وابستگی دشوار می گردد (4).

در اینجا باید به این نکته نیز تأکید داشت که در سال 1964 سازمان بهداشت جهانی به این نتیجه رسید که اصطلاح اعتیاد، اصطلاحی علمی نیست و وابستگی دارویی را به جای آن توصیه کرد (4).

### مبانی نظری

اجتماع درمان مدار (TC) اساساً به عنوان یک رویکرد خودیاری<sup>۱۸۱</sup> است که خدمات بسیار متنوع اجتماعی، روان شناختی، آموزشی، پزشکی، قانونی و حمایتی را ارائه می دهد. مراکز TC سالانه هزاران فرد و خانواده را در ایالت متحده تحت پوشش قرار می دهند. اکثر اطلاعاتی که در مورد رویکرد و اثربخشی TC ها موجود است، براساس مدل‌های اقامتی طولانی مدت می باشد که اصطلاحاً TC های سنتی<sup>۱۸۲</sup> نامیده می شوند (13).

در TC ها سوء مصرف مواد به عنوان یک رفتار ناپه‌نچار در نظر گرفته می شود که مانع از رشد شخص و نیز کمبودها و اشکالات مزمن در مهارت های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی می گردد. چنین رفتاری نتیجه ی وضعیت نابسامان اجتماعی و اقتصادی، ضعف خانواده و عوامل روانی اجتماعی می باشد. بنابراین هدف اصلی TC تغییر در سبک زندگی است که شامل پرهیز از سوء مصرف مواد ممنوع، رفع و از بین بردن رفتارهای ضد اجتماعی و رشد و گسترش ارزش ها و نگرش های فردی و همچنین تاثیرگذاری مثبت بر عزت نفس و خودپنداره ی افراد می باشد. با توجه به این مباحث، TC ها در سه محور عمده با سایر اشکال درمان های دارویی و غیر دارویی تفاوت دارند:

اول اینکه، TC طیف وسیعی از خدمات را در یک موقعیت درمانی ترکیب می کند. یعنی مشاوره ی شغلی، کار درمانی، گروه درمانی، درمان فردی، خدمات آموزشی، دارویی، قانونی، اجتماعی و حتی سرگرمی، همگی در TC به صورت 24 ساعته عرضه می شوند.

<sup>2-</sup> Bachman

<sup>3-</sup> Self-Help

4-Traditional TC



دوم اینکه، اولین درمانگران و آموزش دهندگان در TC افرادی هستند که توانسته اند تغییرات فردی موفقیت آمیزی را در خود ایجاد نمایند.

و سوم اینکه، رویکرد TC در توان بخشی بر اساس یک دیدگاه کاملاً روشن در مورد سوء مصرف مواد، بیمار، فرایند درمان و زندگی سالم می باشد که این دیدگاه و نگرش، سبب شکل گیری ساختارهای سازمانی، پرسنل و فرایند درمان می شود (13).

حال به تعدادی از مجموع مطالعات مرتبط با موضوع پژوهش اشاره می گردد:

آنزنوا<sup>۱۸۳</sup> (1995) نشان داد، در معتادان گرایش به اسناد بیرونی، بی ثبات و خاص در شرایط کسب موفقیت وجود دارد. یعنی چنانچه به موفقیتی دست پیدا کنند، آن را به عواملی نظیر شانس یا تصادف نسبت می دهند و در مواقعی که با شکست مواجه می شوند، تلاش های خود را (عامل درونی) در تغییر موقعیت مؤثر نمی دانند (10).

پژوهش های بسیاری از جمله اخوان تفتی و حاج حسینی (1382) نشان می دهند که سبک اسناد افراد معتاد برای رویدادهای منفی، درونی، پایدار و کلی و برای رویدادهای مثبت به صورت بیرونی، ناپایدار و اختصاصی است.

همچنین پژوهش های بسیاری، همبستگی بزهکاری، اعتیاد، الکلیسم و... را با سبک اسناد بیرونی، ناپایدار و خاص برای رویدادهای خوشایند و بالعکس درونی، پایدار و کلی برای رویداد های ناخوشایند نشان داده اند (14).

پژوهش های بسیاری نیز ارتباط عزت نفس، سبک های اسنادی و اعتیاد را نشان داده اند. یعنی افرادی که دارای سبک اسناد بیرونی، ناپایدار و اختصاصی برای رویدادهای مثبت و دارای سبک اسناد درونی، پایدار و کلی برای رویدادهای منفی می باشند، عزت نفس پایین تر و گرایش بیشتری به اعتیاد دارند (15).

پژوهش های تجربی و طولی، روابط علی احتمالی میان افسردگی و اسنادها را بررسی کرده اند. به اعتقاد بل دولن<sup>۱۸۴</sup> و اندرسون<sup>۱۸۵</sup> (1999) اسنادهای ناسازگارانه می توانند باعث افسردگی شوند، هر چند این احتمال وجود دارد که عکس این مسئله نیز امکان داشته باشد.

همچنین اندرسون و آرنولت<sup>۱۸۶</sup> (1985) طی مطالعاتی دریافتند که افراد مضطرب برای شکست های میان فردی خود، اسنادهای کنترل ناپذیر و درونی می دهند.

<sup>1</sup>- Anazenwu

<sup>184</sup> - Bell Dollan

<sup>185</sup> - Anderson



## اهداف پژوهش

اعتیاد به مواد مخدر به صورت یک معضل بهداشتی، اجتماعی، روانی و حتی اقتصادی و سیاسی درآمده و جوامع را با تهدید جدی رو به رو ساخته است. اعتیاد نه تنها زیان های جدی برای خود فرد (مثلاً ابتلا به ایدز، هپاتیت و...) دارد بلکه باعث مشکلات عدیده ی اجتماعی و اقتصادی مثل جنایت، تکدی گری و هدر رفتن سرمایه های ملی می شود. با توجه به این مطالب، در این پژوهش سعی بر این بود که گامی هر چند کوچک در بررسی یکی از درمان های اعتیاد یعنی اجتماع درمان مدار، برداشته شود.

و عمده ترین هدف اختصاصی این پژوهش در کنار اهداف دیگر، بررسی این است که TC چگونه با تغییر نظام شناختی و باورهای فرد منجر به تغییر سبک اسناد افراد مقیم خواهد شد.

## سؤالات پژوهش

- 1- آیا اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد در بعد درونی - بیرونی در رویدادهای خوشایند، مؤثر است؟
- 2- آیا اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد در بعد درونی - بیرونی در رویدادهای ناخوشایند، مؤثر است؟
- 3- آیا اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد در بعد پایدار - ناپایدار در رویدادهای خوشایند، مؤثر است؟
- 4- آیا اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد در بعد پایدار - ناپایدار در رویدادهای ناخوشایند، مؤثر است؟
- 5- آیا اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد در بعد کلی - اختصاصی در رویدادهای خوشایند، مؤثر است؟
- 6- آیا اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد در بعد کلی - اختصاصی در رویدادهای ناخوشایند، مؤثر است؟
- 7- آیا اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد، مؤثر است؟



## فرضیه های پژوهش

- 1- اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد در بعد درونی - بیرونی در رویدادهای خوشایند ، مؤثر است.
- 2- اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد در بعد درونی - بیرونی در رویدادهای ناخوشایند ، مؤثر است.
- 3- اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد در بعد پایدار - ناپایدار در رویدادهای خوشایند ، مؤثر است.
- 4- اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد در بعد پایدار - ناپایدار در رویدادهای ناخوشایند ، مؤثر است.
- 5- اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد در بعد کلی - اختصاصی در رویدادهای خوشایند ، مؤثر است.
- 6- اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد در بعد کلی - اختصاصی در رویدادهای ناخوشایند ، مؤثر است.
- 7- اجتماع درمان مدار در تغییر سبک اسناد افراد معتاد ، مؤثر است.

## روش تحقیق

در این پژوهش از روش تحقیق پس رویدادی طرح دو گروهی ناهمسان با پیش آزمون و پس آزمون استفاده شده است. افراد گروه آزمایش و گواه نیز از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شده اند. قبل از اعمال مداخله های تجربی در مورد گروه های آزمایش و گواه، پیش آزمونی درباره ی آنها اجرا شد و سپس، پس آزمونی در پایان مداخله اجرا گردید. تفاوت بین نمره های پیش آزمون و پس آزمون هر گروه از نظر معنی دار بودن آماری مورد بررسی قرار گرفت، بدین ترتیب که اثراجتماع درمان مدار به عنوان متغیر مستقل اعمال شده تا تأثیر آن بر تغییر سبک اسناد معتادان به عنوان متغیر وابسته مشخص گردد .

## جامعه ، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر، افراد سوء مصرف کننده مواد (معتاد) ساکن شهر تهران می باشند. چون امکان دسترسی به همه افراد وجود نداشت ، پس برای گردآوری داده ها نمونه ای از آنها انتخاب گردید. در این پژوهش ، افراد گروه آزمایش را ، بیماران مقیم در TC تشکیل می دهند. این نمونه ی 25 نفره از مرکز اجتماع درمان - مدار هجرت تهران انتخاب گردید. به این دلیل که افراد گروه آزمایش باید از لحاظ مدت اقامت مشابه می بودند، به منظور رعایت این شرایط نمونه گیری به این صورت انجام گرفت :

افراد جدیدی که به تازگی وارد مرکز شده بودند شناسایی شدند (یعنی 3 تا 4 روز و حداکثر یک هفته از اقامتشان سپری شده بود)، سپس از این افراد پیش آزمون به عمل آمد.



پژوهشگر منتظر ماند تا افراد جدیدی وارد مرکز شوند و به محض ورود، از آنها پیش آزمون گرفته شد. همانگونه که اشاره شد، به دلیل اینکه این مرکز هر ماه حداکثر 5 الی 6 نفر را مورد پذیرش قرار می دهد، برای به حد نصاب رسیدن گروه آزمایش باید حداقل چند ماه سپری می شد تا گروه آزمایش به تعداد لازم برسد.

افراد گروه کنترل نیز از مرکز ترک اعتیاد شهید فامیلی تهران انتخاب شدند. در این گروه، نمونه گیری به این صورت انجام گرفت. افرادی که به تازگی برای ترک مواد مراجعه نموده بودند، پرسشنامه ی ASQ را کامل کردند. مطابق با گروه آزمایش، این گروه نیز از زمان پر کردن پرسشنامه ASQ (پیش آزمون) تا انجام پس آزمون، 3 ماه را سپری نمودند.

به دلیل اینکه احتمال داشت در جریان درمان، تعدادی از افراد درمان را ترک کنند، در گروه آزمایش از 30 نفر پیش آزمون به عمل آمد که 5 نفر از آنها طی درمان TC را ترک کردند و در مجموع 25 نفر به طور کامل، هم پیش آزمون و هم پس آزمون را کامل نمودند.

در گروه کنترل نیز در مجموع از 39 نفر پیش آزمون گرفته شد که از این تعداد 11 نفر درمان را رها نمودند و 28 نفر به طور کامل پیش آزمون را کامل کردند. در نتیجه تعداد افرادی که مورد تحلیل قرار گرفته اند، 53 نفر می باشند که 25 نفر را گروه آزمایش و 28 نفر را گروه کنترل تشکیل می دهند.

### ابزار پژوهش

پرسشنامه ای که در این پژوهش به کار رفته، پرسشنامه ی سبک اسناد  $^{187}$  ASQ می باشد که شامل 10 موقعیت فرضی است که پنج موقعیت مثبت و پنج موقعیت منفی را شامل می شود و توسط پترسون  $^{188}$  و همکاران (1982) ساخته شده است. این وسیله اندازه گیری، نمراتی برای تفاوت های فردی در زمینه گرایش افراد به اسناد علل وقایع خوشایند و ناخوشایند به عوامل درونی (در مقابل بیرونی)، پایدار (در مقابل ناپایدار) و کلی (در مقابل اختصاصی) به دست می دهد (8).

پترسون و سلینگمن  $^{189}$  (1984) ضریب پایایی هر یک از ابعاد پرسشنامه را بین 0/44 و 0/69 تعیین نمودند (8).

1-Attributional Style Questionnaire

2-Peterson & et.al



همچنین در پژوهش دیگری که توسط قاسم زاده و اسلامی شهر بابکی (1369) انجام شد، آنها در بررسی پایانی درونی این پرسشنامه، ضریب آلفای گروه های فرعی را محاسبه نمودند و به این نتایج دست یافتند. پیامد مثبت درونی 0/74 درصد، پیامد منفی درونی 0/75، پیامد مثبت پایدار 0/65، پیامد منفی پایدار 0/43، پیامد مثبت کلی 0/76 و پیامد منفی کلی 0/76.

### روش های آماری

به منظور تعیین اثربخشی اجتماع درمان مدار بر تغییر سبک اسناد، ابتدا نمرات افتراقی هر گروه (که از تفاضل پیش آزمون و پس آزمون هر گروه به دست می آید) محاسبه شد. سپس با استفاده از آزمون T برای گروه های مستقل، تفاوت میانگین های دو گروه بررسی شد تا مشخص شود آیا متغیر مستقل بر تغییر سبک اسناد معنادار مؤثر بوده یا خیر.

### یافته های پژوهش

#### بررسی فرضیه اول

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	خطای معیار میانگین	F	سطح معناداری	T	df	سطح معناداری
آزمایش	3/44	3/01	0/9081	0/338	0/564	2/41	51	0/02
کنترل	1/25	3/53						

با توجه به نتایج جدول: چون F مشاهده شده ( $F=0/338$ ) در سطح ( $a=0/05$ ) معنادار نیست، بنابراین واریانس های دو گروه همگن است پس می توانیم از آزمون T استفاده کنیم.

با توجه به T مشاهده شده ( $T=2/41$ ) و ( $df=51$ ) در سطح ( $a=0/05$ )، تفاوت بین میانگین های دو گروه معنادار است. بنابراین فرضیه ی فوق مورد پذیرش قرار گرفته است، یعنی گروه آزمایش سبک اسناد درونی تری را در رویدادهای خوشایند (موفقیت) دارا می باشند.

#### بررسی فرضیه دوم

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	خطای معیار میانگین	F	سطح معناداری	T	df	سطح معناداری
آزمایش	4/12	3/73	1/09	0/319	0/575	2/68	51	0/01
کنترل	1/17	4/18						





با توجه به نتایج جدول : چون  $F$  مشاهده شده ( $F=0/319$ ) در سطح ( $a = 0/05$ ) معنادار نیست ، بنابراین واریانس های دو گروه همگن است پس می توانیم از آزمون  $T$  استفاده کنیم.

با توجه به  $T$  مشاهده شده ( $T = 2/68$ ) و ( $df = 51$ ) در سطح ( $a = 0/01$ ) ، تفاوت بین میانگین های دو گروه معنادار است. بنابراین فرضیه ی فوق مورد پذیرش قرار گرفته است، یعنی گروه آزمایش از سبک اسناد بیرونی تری در رویدادهای ناخوشایند (شکست) برخوردار می باشند.

#### بررسی فرضیه سوم

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	خطای معیار میانگین	F	سطح معناداری	T	df	سطح معناداری
آزمایش	3/92	4/98	1/27	1/40	0/241	2/60	51	0/012
کنترل	0/6071	4/27						

با توجه به نتایج جدول : چون  $F$  مشاهده شده ( $F=1/40$ ) در سطح ( $a = 0/01$ ) معنادار نیست ، بنابراین واریانس های دو گروه همگن است پس می توانیم از آزمون  $T$  استفاده کنیم.

با توجه به  $T$  مشاهده شده ( $T = 2/60$ ) و ( $df = 51$ ) در سطح ( $a = 0/05$ ) ، تفاوت بین میانگین های دو گروه معنادار است. بنابراین فرضیه ی فوق مورد پذیرش قرار گرفته است، یعنی گروه آزمایش سبک اسناد پایدارتری را در رویدادهای خوشایند (موفقیت) دارا هستند.

#### بررسی فرضیه چهارم

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	خطای معیار میانگین	F	سطح معناداری	T	df	سطح معناداری
آزمایش	4/52	6/01	1/38	2/24	0/14	2/74	51	0/008
کنترل	0/7143	3/98						

با توجه به نتایج جدول : چون  $F$  مشاهده شده ( $F=2/24$ ) در سطح ( $a = 0/01$ ) معنادار نیست ، بنابراین واریانس های دو گروه همگن است پس می توانیم از آزمون  $T$  استفاده کنیم.



با توجه به  $T$  مشاهده شده ( $T = 2/74$ ) و ( $df = 51$ ) در سطح ( $\alpha = 0/01$ ) ، تفاوت بین میانگین های دو گروه معنادار است. بنابراین فرضیه ی فوق مورد پذیرش قرار گرفته است، یعنی گروه آزمایش سبک اسناد ناپایدارتری را در رویدادهای ناخوشایند (شکست) دارا هستند.

#### بررسی فرضیه پنجم

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	خطای معیار میانگین	F	سطح معناداری	T	df	سطح معناداری
آزمایش	3/72	3/55	1/12	1/64	0/206	3/92	51	0/000
کنترل	-0/6786	4/48						

با توجه به نتایج جدول : چون  $F$  مشاهده شده ( $F = 1/64$ ) در سطح ( $\alpha = 0/01$ ) معنادار نیست ، بنابراین واریانس های دو گروه همگن است پس می توانیم از آزمون  $T$  استفاده کنیم.

با توجه به  $T$  مشاهده شده ( $T = 3/92$ ) و ( $df = 51$ ) در سطح ( $\alpha = 0/01$ ) ، تفاوت بین میانگین های دو گروه معنادار است. بنابراین فرضیه ی فوق مورد پذیرش قرار گرفته است، یعنی گروه آزمایش سبک اسناد کلی تری را در رویدادهای خوشایند (موفقیت) دارا هستند.

#### بررسی فرضیه ششم

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	خطای معیار میانگین	F	سطح معناداری	T	df	سطح معناداری
آزمایش	3/28	4/13	1/24	0/218	0/642	2/54	51	0/014
کنترل	0/1071	4/85						

با توجه به نتایج جدول : چون  $F$  مشاهده شده ( $F = 0/218$ ) در سطح ( $\alpha = 0/05$ ) معنادار نیست ، بنابراین واریانس های دو گروه همگن است پس می توانیم از آزمون  $T$  استفاده کنیم.

با توجه به  $T$  مشاهده شده ( $T = 2/54$ ) و ( $df = 51$ ) در سطح ( $\alpha = 0/05$ ) ، تفاوت بین میانگین های دو گروه معنادار است. بنابراین فرضیه ی فوق مورد پذیرش قرار گرفته است، یعنی گروه آزمایش سبک اسناد اختصاصی تری را در رویدادهای ناخوشایند (شکست) دارا هستند.



گروه	میانگین	انحراف استاندارد	خطای معیار میانگین	F	سطح معناداری	T	df	سطح معناداری
آزمایش	22/68	13/09	3/76	0/243	0/624	4/37	51	0/000
کنترل	6/21	14/19						

با توجه به نتایج جدول : چون F مشاهده شده ( $F=0/243$ ) در سطح ( $a = 0/05$ ) معنادار نیست ، بنابراین واریانس های دو گروه همگن است پس می توانیم از آزمون T استفاده کنیم.

با توجه به T مشاهده شده ( $T = 4/37$ ) و ( $df = 51$ ) در سطح ( $a = 0/01$ ) ، تفاوت بین میانگین های دو گروه معنادار است. بنابراین فرضیه ی فوق مورد پذیرش قرار گرفته است، یعنی گروه آزمایش از سبک اسناد خوش بینانه تر و بهنجارتری در رویدادهای خوشایند و ناخوشایند برخوردار هستند.

#### بحث و نتیجه گیری

به عقیده ی بل دولن و اندرسون (1999) افراد به علت شکایت از سبک اسنادشان نزد درمانگر نمی روند، بلکه به خاطر مشکلاتی که ممکن است با سبک اسناد ناسازگارانه آنها مرتبط باشد (مثل افسردگی، اضطراب، تنهایی، مشکلات میان فردی و...) به سمت روان درمانی کشیده می شوند.

با توجه به این مسأله، افراد معتاد نیز به دلیل تغییر در سبک اسنادشان وارد مراکز TC نمی شوند بلکه علت آن اعتیاد و مشکلات مرتبط با آن می باشد و همانگونه که قبلاً نیز گفته شد، اعتیاد ممکن است با سبک اسناد ناسازگارانه در ارتباط باشد.

افرادی که وارد TC می شوند ، نیمرخ های روانی و اجتماعی آنها نشان می دهد که این افراد از لحاظ میزان افسردگی و اضطراب نمراتی بالا و از لحاظ جامعه پذیری و عزت نفس نمرات پایینی را دارا می باشند و اکثر آنها در خانواده های از هم گسیخته و بی کفایت پرورش یافته اند.

با توجه به این وضعیت ، یعنی افسردگی بالا و عزت نفس پایین ، طبیعی است که این افراد درماندگی آموخته شده ی بیشتری را به نسبت افراد غیر معتاد تجربه نمایند. همانگونه که پژوهش های پیشین از جمله مطالعات اخوان تفتی و حاج حسینی (1382) و برماس ( 1383) نیز این موضوع را نشان داده اند.



پترسون و سلیگمن (1988) معتقدند در شرایط درماندگی آموخته شده ، فرد به این نتیجه می رسد که رویدادها خارج از کنترل او می باشند و پاسخ های او تأثیری در موقعیت ندارند که این اعتقاد منجر به سه نقص عمده ی شناختی ، انگیزشی و هیجانی می گردد (1).

تقابل این سه نقص در فرد معتاد کاملاً روشن است. این فرد تلاش های خود و دیگران را جهت مقابله با مشکلاتش بی نتیجه می داند(شناختی)، انگیزه ای برای ترک ندارد و منفعلانه شرایط اعتیاد را می پذیرد (انگیزشی) و نهایتاً روز به روز افسردگی و اضطراب بیشتری را تجربه می نماید(هیجانی) به طوریکه در سایر ابعاد زندگی نیز احساس کارآمدی خویش را از دست خواهد داد.

پس با توجه به این سه نقص شناختی ، انگیزشی و هیجانی در افراد معتاد ، می توان پیش بینی نمود که سبک اسناد این افراد ، سبکی بدبینانه باشد. یعنی زمانی که این افراد با شکست مواجه شوند آن را به عوامل درونی ، پایدار در طول زمان و کلی (در همه ابعاد زندگی) نسبت دهند و در مقابل وقتی به موفقیت دست یابند آنرا به عوامل بیرونی ، ناپایدار و اختصاصی نسبت بدهند (1).

با توجه به این شرایط ، مراکز TC موقعیتی را فراهم می کنند تا این نقایص و سایر مشکلات رفتاری فرد بهبود یابند تا این افراد هم بتوانند مانند سایر افراد جامعه زندگی سالم ، بهنجار و عاری از مواد داشته باشند. همچنین TC با استفاده از گروه درمانی ، مشاوره های فردی و سایر برنامه های درمانی به تدریج زمینه را برای تغییرات عمیق فرد فراهم می کند. این تغییرات شامل تغییر هویت ، افزایش عزت نفس ، تغییر باورها و عقاید ، ایجاد انگیزه ، افزایش توانایی مقابله با مشکلات عمده ی زندگی و تغییرات رفتاری می باشند و در نهایت فرد بهبود یافته می تواند یک زندگی عاری از مواد را تجربه کند و به هدف اساسی TC یعنی سبک زندگی سالم دست یابد.

پس احتمالاً می توان امیدوار بود فردی که چنین تغییرات عمیقی را در طی اقامت خود تجربه کرده باشد، نگاه و تفکر خوش بینانه ای در مورد زندگی داشته باشد و در این راستا سبک اسناد وی نیز بهنجارتر و خوش بینانه تر خواهد بود. مسلماً این سبک اسناد تغییر یافته و بهنجار ، اثرات مثبتی بر زندگی فرد خواهد داشت. همانگونه که سایر پژوهش ها از جمله پژوهش برماس (1383) نیز نشان داده اند چنین فردی نگاه مثبتی نسبت به خودش دارد و یا اصطلاحاً از خود پنداره ی مثبتی برخوردار است که موفقیت های زندگی خود را حاصل توانایی و تلاش خود می داند و معتقد است این



موفقیت‌ها باز هم تکرار می‌شوند و بر کلیه‌ی ابعاد زندگی وی تأثیرگذار خواهند بود. در مقابل، وقتی با شکست یا پیامد ناخوشایندی مواجه شود، معتقد است در آینده می‌تواند با تلاش و کوشش بر موفقیت‌های مشابه غلبه کند و انگیزه‌ی او در مقابل شکست‌ها نه تنها کاهش نمی‌یابد، بلکه منجر به افزایش فعالیت‌ها و تلاش‌های او خواهد گردید.

و در نهایت: افراد معتادی که بهبود یافته‌اند و نیز دارای سبک اسناد بهنجار و خوش بینانه‌ای هستند، انگیزه‌ی بسیار بیشتری برای حفظ و ادامه‌ی زندگی سالم و بدون مواد خواهند داشت.

نتایج پژوهش‌های پیشین که سبک اسناد افراد معتاد و غیرمعتاد را بررسی نموده‌اند، نشان داده‌اند که سبک اسناد افراد معتاد در شرایط خوشایند (موفقیت)، بیرونی، ناپایدار و اختصاصی است و در شرایط ناخوشایند (شکست)، درونی، پایدار و کلی است، همانطور که آنازنوا (1995)، اخوان تفتی و حاج حسینی (1382) و برماس (1383) نیز در مطالعات خود به آن دست یافتند.

در پژوهش حاضر نیز پس از اعمال متغیر آزمایشی، نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون کاهش معناداری نشان داده است (کاهش نمره نشانه‌ی بهبود وضعیت است)، در حالیکه نمرات پس‌آزمون گروه کنترل در مقایسه با نمرات پیش‌آزمون همین گروه تغییری نیافته است و اگر هم تغییری مشاهده می‌شود، در مقایسه با گروه کنترل بسیار کمتر بوده است.

با توجه به نمرات به دست آمده و اعمال آزمون‌های آماری، کلیه‌ی فرضیات این پژوهش مورد تأیید قرار گرفت، به این معنا که افراد گروه آزمایش (مقیم TC) پس از سپری کردن درمان (TC)، به سبک اسناد بهنجارتر یا خوش بینانه‌تری در مورد رویدادهای مثبت و منفی دست یافته‌اند، به طوری که سبک اسناد آنها (افراد مقیم TC) پس از 3 ماه درمان، برای موفقیت، درونی‌تر، پایدارتر و کلی‌تر و برای شکست، بیرونی‌تر، ناپایدارتر و اختصاصی‌تر از ابتدای درمان می‌باشد.

#### پیشنهادات

1- با توجه به اهمیت موضوع، حتی الامکان طرح‌ها و برنامه‌های مرتبط با اجتماع درمان‌مدار در سطح کشور یکپارچه و هماهنگ شوند.



2- برنامه ها و فعالیت های مراکز TC می تواند از طریق رسانه های گروهی ، جهت افزایش سطح آگاهی افراد پیرامون

تأثیر مثبت فعالیت های این مراکز جهت درمان معتادان، به کار گرفته شود.

3- ارائه ی خدمات آموزشی به خانواده های افراد معتاد توسط مراکز TC نیز یک امر لازم به نظر می رسد.



## منابع :

- 1- اخوان تفتی ، مهناز ؛ حاج حسینی ، منصوره (1382). مقایسه سبک اسناد (مدل درماندگی آموخته شده) در جوانان معتاد و غیر معتاد شهر یزد. فصلنامه اعتیاد پژوهشی. شماره سوم. تابستان 82 .
- 2- اسلامی شهر بابکی، حیدر(1369). بررسی رابطه بین سبک تبیین و افسردگی در بیماران افسرده یک قطبی و دو قطبی و مقایسه آن با افراد بهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. انیستیتو روان پزشکی تهران.
- 3- برماس ، حامد (1383). مقایسه میزان عزت نفس و سبک های اسنادی در دو گروه از نوجوانان غیرمعتاد و معتاد. فصل نامه اعتیاد پژوهشی. شماره 6. بهار 83 . 67 - 83 .
- 4- پور افکاری ، نصرت اله (1373). فرهنگ جامع روانشناسی - روان پزشکی . انگلیسی - فارسی. فرهنگ معاصر.
- 5- تقی زاده ، داریوش (1384). اعتیاد ، علل ، پیشگیری و درمان، اجتماع درمان مدار. شماره سوم. بهار 84. 8 - 11.
- 6- کاپلان، هارولد؛ سادوک ، بنجامین جی (2003). خلاصه روان پزشکی. ترجمه ی فرزین رضاعی(1382). جلد اول. چاپ اول. تهران: ارجمند.
- 7- زکریایی، محمد علی (1383). اعتیاد پژوهشی، فصلنامه علمی پژوهشی سؤمصرف مواد. سال دوم. شماره 6. بهار 1383.
- 8- فرخی ، حسن (1376). رابطه ی بین سبک های مقابله و سبک های اسناد با افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.
- 9- نورانی پور، رحمت اله(1383). بررسی علل اعتیاد به مواد تغییر دهنده خلق و رفتار و روش های مؤثر و کارآمد مشاوره ی اعتیاد. فصلنامه اعتیاد پژوهشی. سال دوم. شماره 6. بهار 83 .

10- Anazenwu , C . O.(1995) . **Locus of control , Academic self – concept, and attribution of responsibility for performance in statistics.** Psychological – reports : OCT vol , 772 (367 -370) .

11- Anderson, C.A.,Arnout, L.H.(1985). **Attributional style and everyday problems in Living : Depression, Loneliness and Shyness.** Sociol cognition, 3, 16-30.



- 
- 12- Bell-dolan, Anderson, C.A.(1999). **Attributional processes :An integration of social and clinical psychology**. Chapter in R.M.Kowalski, M.R.Leary(Eds). **The social psychology of emotional and behavior problems** (pp.37-67). Washington,DC : American psychological association.
- 13- De leon ,G (2000). **The therapeutic community : theory, model,and method** . new york ; springer.
- 14- Seligman, M.E.P.(1975). **Helplessness : on depression, development and death**. San Francisco : Freeman.
- 15- Weiner,b.(2000). **Interpersonal and interpersona theories of motivation from an attributional** perspective. Educational psychology review,12,1-14.