

## رابطه قاطعیت، نگرش به مسئولیت و جهت‌گیری زندگی با ماندگاری در درمان اعتیاد مددجویان مرد مراکز ترک اعتیاد شهر زنجان

رامین کریمی<sup>۱</sup>

قمر کیانی<sup>۲</sup>

### چکیده

اعتیاد به مواد مخدر یکی از مهم‌ترین و گسترده‌ترین مشکلات عصر مدرن است که موجب ناکارآمدی افراد جامعه شده و با ایجاد مشکلات عمده در زمینه‌های سلامتی، رفتاری و اقتصادی، باعث از بین رفتن زندگی و بودجه ملی برای مبارزه یا جبران صدمات ناشی از آن شده است. این پژوهش با هدف تعیین رابطه قاطعیت، نگرش به مسئولیت و جهت‌گیری زندگی با ماندگاری در درمان اعتیاد مددجویان مرد مراکز ترک اعتیاد شهر زنجان انجام شد. پژوهش حاضر با هدف کاربردی و روش توصیفی و با گردآوری اطلاعات از طریق پرسشنامه و از نمونه آماری به تعداد ۱۵۳ نفر به صورت نمونه‌گیری نسبتی در دسترس از جامعه آماری مددجویان مرد مراکز ترک اعتیاد زنجان بررسی شد. جهت بررسی مدل مفهومی و آزمون فرضیه‌ها نیز از ضرایب همبستگی پیرسون و مدل تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون ضریب همبستگی روابط بین متغیرهای ماندگاری درمان اعتیاد، قاطعیت، نگرش به مسئولیت و جهت‌گیری زندگی مددجویان به صورت مثبت و معنادار بوده و ضرایب تأثیر مسیرهای مرتبط با قاطعیت، نگرش به مسئولیت و جهت‌گیری زندگی مددجویان بر ماندگاری درمان اعتیاد مددجویان به صورت مثبت و معنادار گزارش شد. سه ویژگی قاطعیت، نگرش به مسئولیت و جهت‌گیری زندگی در مددجویان مرد از متغیرهای مهم و مرتبط با موفقیت در ماندگاری درمان اعتیاد است. بنابراین قاطعیت، نگرش به مسئولیت و جهت‌گیری زندگی از عوامل مؤثر در پیش‌بینی ماندگاری درمان اعتیاد مددجویان مرد در جامعه است.

**واژه‌گان کلیدی:** قاطعیت، نگرش به مسئولیت، جهت‌گیری زندگی، ماندگاری در درمان اعتیاد، مراکز ترک اعتیاد.

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، زنجان، ایران (نویسنده

raminkarimi.personal@gmail.com

مسئول)

۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران

## مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر یکی از مهم‌ترین و گسترده‌ترین مشکلات عصر مدرن است که موجب ناکارآمدی افراد جامعه در سنین مختلف شده و با ایجاد مشکلات عمده در زمینه‌های سلامتی، رفتاری و اقتصادی، باعث از بین رفتن زندگی و بودجه ملی برای مبارزه یا جبران صدمات ناشی از آن شده است (طاهری فرد، حاجلو و نریمانی، ۱۴۰۰). در یک مطالعه فراتحلیل کلاسیک بر روی ۱۲۵ پژوهش در زمینه ترک پیش از موعد درمان، میزان ریزش از درمان از سوی بیماران ۴۷٪ گزارش شده است. بین ۱۳ تا ۲۰ درصد بیماران در کلینیک‌های خصوصی و ۴۰ تا ۵۰ درصد از بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی دولتی، بیش از دو جلسه به درمان ادامه نمی‌دهند. این درحالی است که ادبیات پژوهشی در این زمینه نشان می‌دهد که فقط ۵۰٪ از کل بیماران در کمتر از ۸ جلسه، کاهش قابل ملاحظه علائم را نشان می‌دهند و ۷۵٪ آنها پس از ۲۶ جلسه به چنین پیشرفتی نایل می‌شوند (باباپور خیرالدین، پورشریفی و سودمند، ۱۳۹۷). در حال حاضر در ایران آمار دقیقی از این که چند درصد از معالجه‌شوندگان مجدداً به مواد مخدر بازگشت دارند وجود ندارد، اما آمار افزایش مبتلایان به مصرف مواد مخدر در کشور می‌تواند بیانگر این باشد که روش‌های درمانی انجام شده تاکنون موفقیت‌آمیز و جامع نبوده است (خمرنیا و پیوند، ۱۳۹۷). درمان اعتیاد مانند دیگر بیماری‌های مزمن، فرآیندی تدریجی دارد. در طول دوره درمان، بیماری و به زبان دیگر مصرف مواد، ممکن است بارها عود کند. از طرفی ابعاد وسیع عوارض ناشی از مصرف مواد، زندگی جسمی و روانی فرد و همچنین خانواده، فرهنگ، اقتصاد و اجتماع را به شدت متأثر می‌کند و هزینه بسیار سنگینی را بر فرد، خانواده و دولت‌ها تحمیل می‌کند (آقاخانی، زارعی خیرآباد، قره داغی، نزیمی، ۱۳۹۶). درمان‌های مختلف اعتیاد هدف‌گذاری‌های متنوعی را موردنظر قرار می‌دهند که عموماً حول سه محور اصلی متمرکز می‌شوند. این سه محور شامل قطع وابستگی جسمانی مواد، قطع وابستگی روانی و نیز ماندگاری در درمان می‌باشد. مسئله ترک مصرف مواد مخدر از جمله مسائلی است که همواره مورد توجه مسئولین و نیز خود مبتلایان به سوء مصرف مواد و همچنین خانواده‌های آنها بوده است. ترک جسمانی مواد مخدر چندان مشکل نیست، لذا مشکل اصلی بازگشت و شروع دوباره به این عادت ناپسند است (خمرنیا و پیوند، ۱۳۹۷). که با وجود پیشرفت‌های

علمی در درمان اعتیاد، لغزش و عود، کماکان به عنوان چالش اساسی در درمان اعتیاد به شمار می‌آید (رجب‌پور، نریمانی، میکائیلی و حاجلو، ۱۳۹۷) زیرا بسیاری از مراجعه‌کنندگان بدون توافق و یا حتی اطلاع درمانگر و پیش از اتمام فرآیند درمان، مراکز خدمات روان‌شناختی را ترک می‌کنند (سوئیفت، گرینبرگ، تامپکینز و پارکین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷) که معمولاً از آن به عنوان عدم ماندگاری در درمان یاد می‌شود. وقتی که ماندگاری در درمان با مشکل مواجه می‌شود، پیامد آن برای بیمار اینگونه است که نه تنها مشکل بیمار برطرف نمی‌شود، بلکه او را در معرض خطر بیشتر عود اختلال قرار داده، امید و اعتماد او را مبنی بر درمان‌پذیری مشکلاتش کاهش داده و احتمال بازگشت مجدد او به جلسات درمانی را پایین می‌آورد (باباپور خیرالدین، پورشریفی و سودمند، ۱۳۹۷). از طرفی مشخص شده است که مصرف‌کنندگان مواد خصوصیات روان‌شناختی‌ای از جمله از نداشتن مهارت‌های زندگی، مانند مهارت قاطعیت، عدم مهارت‌های حل مسئله، عدم ارتباط صحیح با دیگران، ناامیدی، سبک اسنادی منفی و دیدگاه منفی نسبت به خود و محیط دارند، که عامل خطر‌ساز مهمی برای آنان محسوب می‌شود. (رهبری، باباپور و صبوری مقدم، ۱۳۹۷). قاطعیت، یکی از مؤلفه‌های مهارت در روابط بین فردی بوده و در ارتقای وضعیت سلامت روان نقش مهمی دارد به طوری که باعث اعتماد به نفس در روابط بین فردی و همچنین بهبود کیفیت روابط انسانی می‌شود (سید فاطمی، مشیرآبادی، بریم نژاد و حقانی، ۱۳۹۲). قاطعیت عملکردی است که دارای جنبه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری است و نمایانگر توانمندی فرد در برخورد مؤثر با خواسته‌های محیطی می‌باشد، فردی که دارای جرأت‌ورزی مناسب است نه تنها در مواجهه با مشکلات و عوامل تنش‌زا رویارویی بهتری دارد، بلکه به جهت رفتار موفقیت‌آمیز در برخورد با این عوامل، ارزیابی شناختی مثبت‌تری از خود داشته و تبع آن، عواطف و هیجانات مثبت‌تری را نیز تجربه می‌نماید (پویا نسب، جهانگیری و تقوایی، ۱۳۹۶). تحلیل رفتار متقابل<sup>۲</sup> یکی از نظریاتی است که به روابط بین فردی مانند قاطعیت و برقراری و ایجاد ارتباط مکمل و آرام‌بخش از طریق من بالغ اشاره دارد. هدف نهایی تحلیل رفتار متقابل، رسیدن به خودمختاری از طریق آگاهی،

<sup>۱</sup>Swift, Greenberg, Tompkins & Parkin

<sup>۲</sup>- transactional analysis

سلامت فکر و خودانگیزگی و داشتن قاطعیت است (نژادکریم، سلیمه، جاودان و حسین زاده، ۱۳۹۶). در نظریه دل‌بستگی به درک اینکه جرأت‌ورزی چیست و اینکه تجارب اولیه چگونه بر احساس عزت‌نفس و الگوهای رفتاری تأثیر می‌گذارند اشاره شده است. برای افرادی که دل‌بستگی ایمن و مثبت اولیه را در روابطشان با مراقبت اولیه تجربه می‌کنند، قادر به بیان چگونگی احساس خود به دیگران بدون هیچ‌گونه ترسی هستند و به احساسات دیگران بدون ترس پاسخ می‌دهند. آنها می‌دانند که چه چیزی برایشان درست است و قادر به خود‌مدیریتی و با جرأت رفتار کردن هستند (کیگان<sup>۱</sup>، ۱۳۹۶).

قاطعیت سبب می‌شود روابط بین فردی ارزشمندی شکل گیرد (بوکت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶) و فرد بدون احساس گناه و اضطراب یا تخطی از حقوق دیگران، می‌تواند افکارهای منفی و مثبت خودشان را بیان کند (صدیقی ارفعی، تابش و جعفری ده آبادی، ۱۳۹۹) که این موضوع خود می‌تواند بر عدم ترک مددجویان از درمان مؤثر باشد زیرا یکی از دلایل بازگشت به اعتیاد، دوستان معتاد است و شخصی که از قاطعیت لازم برخوردار نباشد به راحتی با آنها همراه می‌شود و سبب وابستگی دوباره آنان به مواد می‌گردد (خمرنیا و چیوند، ۱۳۹۷). در روانشناسی یکی از مفاهیم مهم و اصلی در اکثر رویکردهای مشاوره مسئولیت‌پذیری می‌باشد و گاهی اوقات در یک نظریه مانند واقعیت‌درمانی از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است به طوری که حتی بیماری‌های روانی را ناشی از عدم مسئولیت‌پذیری می‌داند. هدف از سیستم‌های درمانی قادر ساختن افراد به پذیرفتن آزادی و مسئولیت‌پذیر کردن مراجع است (کوری<sup>۳</sup>، ۱۳۹۹). در نظریه گشتالت، وجود کلمه مسئولیت به عنوان یکی از مفاهیم اساسی تلقی شده است. مفهوم کلی مسئولیت و آنچه از آن استنباط می‌شود آن است که هر فرد خودش و نه هیچ شخص دیگری جوهر، ذات یا خود با خبر هستند از حال دیگران نیز آگاه هستند و برای اینکه فرد مسئولیت‌پذیر شود باید بر روی شناخت در این زمینه کار کرد. (شولتز و شولتز<sup>۴</sup>، ۱۳۹۹). در مطالعه کورنر و نوردویک<sup>۵</sup> (۲۰۰۷) دریافتند که افراد معتاد نمره کمتری در مسئولیت‌پذیری کسب کردند زیرا معتادان دارای مسئولیت‌پذیری کم، به دنبال گریز از درد و لذت‌طلبی هستند و در تعامل با عوامل

1- Keegan

2 Boket

3- Curry

4- Schultz & Schultz

5 Korner & Nordvik

مختلف محیطی که موجب بروز رفتار خاصی می‌شود، می‌تواند آنها را در وضعیتی قرار دهد که به دلیل رهایی از دردها و کم کردن آن، دوباره به سمت مواد مخدر کشیده می‌شوند. به عبارتی ناتوانی در پذیرش مسئولیت‌ها سبب می‌شود تا افراد معتاد در ماندگاری درمان اعتیاد موفق نباشند (نازک تبار و شربت اوغلی اصل، ۱۳۹۸). جهت‌گیری زندگی، هدایت‌گر رفتارهای فرد در طول زندگی است که به طور مثبت و منفی دو طیف جهت‌گیری زندگی هستند و جزء کیفیت‌های اساسی شخصیت به شمار رفته، بر چگونگی سازگاری افراد با حوادث زندگی، انتظارات ذهنی افراد در هنگام مواجهه با مشکلات و رفتار آنها هنگام غلبه بر مشکلات تأثیر می‌گذارد. (محمودیان، صفریان، هاشمزاده واعظ، میرمحمد تبار و رضوانی‌فر، ۱۳۹۴). افراد خوش‌بین حتی اگر با مشکلات و رخداد‌های فشارزای زندگی هم مواجهه شوند از آنجا که نسبت به آینده خوش‌بین هستند و بر این باورند که با تلاش خود می‌توانند مشکلات را حل کنند، از راهبردهای مثبت کنارآمدن نیز برای مواجهه با این موقعیت‌ها بهره می‌گیرند و این امر می‌تواند به سلامتی روانی و اجتماعی بیانجامد (پازانی، برجعلی، احدی و کراسکیان مومباری، ۱۳۹۶). این امر برای مددجویان برای ماندن در فرآیند درمان نیز می‌تواند صدق کند و آنها را نسبت به بهبودی و داشتن آینده‌ای دور از اعتیاد یاری نماید. با توجه به موارد فوق و اهمیت موضوع ماندگاری در درمان ترک اعتیاد، پژوهش در پی پاسخ به این سؤال است که آیا قاطعیت، نگرش به مسئولیت و جهت‌گیری زندگی با ماندگاری در درمان اعتیاد مددجویان مرد در مراکز ترک اعتیاد شهر زنجان رابطه دارند؟

## روش تحقیق

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و روش مورد استفاده برای گردآوری اطلاعات، با توجه به ماهیت موضوع و اهداف پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه مورد بررسی در این تحقیق، مددجویان مرد مراکز ترک اعتیاد زنجان (نوی آرامش، ترنم باران، طلوع رهایی و بهاران نور) می‌باشند. برای تعیین نمونه موردنیاز ابتدا با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه تعیین می‌شود و سپس با استفاده از روش تصادفی به نمونه‌گیری شد. با توجه به اینکه تعداد مددجویان مرد که در جلسات ماهیانه این مراکز شرکت می‌کنند، ۲۵۳ نفر است، از طریق فرمول کوکران، حجم نمونه ۱۵۳ نفر برآورد شد. پرسشنامه‌ها در چهار مرکز ترک اعتیاد زنجان (نوی آرامش، ترنم

باران، طلوع رهایی و بهاران نور) بین تعداد نمونه آماری یکصد و پنجاه و سه نفر از مددجویان مرد توزیع گردید. لازم به ذکر است که به خاطر شرایط پیش آمده در کشور به دلیل شیوع ویروس کرونا، که باعث پراکنده شدن جلسات هفتگی مددجویان و حتی عدم شرکت برخی از آنها در این جلسات شده بود، امکان استفاده از روش تصادفی که همه جامعه آماری شانس برابر برای شرکت در این پژوهش داشته باشند، میسر نبود و به ناچار برای جمع‌آوری داده‌ها از نمونه آماری، از روش نسبتی در دسترس استفاده شد. در این روش، در بعضی از مراکز که امکان شرکت مددجویان بیشتر بود، نسبت بیشتری را به خود اختصاص داده و همچنین مسأله در دسترس بودن مددجویان در جلسات، ملاک مهم انتخاب آنها بوده است.

جدول ۱: نام مراکز ترک اعتیاد زنجان، تعداد مددجویان مرد و تعداد نمونه جامعه آماری

مراکز ترک اعتیاد زنجان	تعداد جامعه	تعداد نمونه
نوی آرامش	۷۸	۴۷
ترنم باران	۶۰	۳۶
طلوع رهایی	۵۶	۳۴
بهاران نور	۵۹	۳۶
جمع	۲۵۳	۱۵۳

برای قضاوت در مورد اعتبار ابزار سنجش متغیرهای مدل از ضریب «آلفای کرونباخ» استناد شد که برای همه متغیرهای مدل بزرگ‌تر از مقدار ۰/۷۰ است که از اعتبار همسانی درونی متغیرها پشتیبانی شد. روش تحلیل داده‌ها در این پژوهش به دو صورت توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش تحلیل ویژگی‌های جمعیت شناختی از آمار توصیفی (درصد فراوانی و نما) و در بخش تجزیه و تحلیل استنباطی و آزمون فرضیه‌ها از آمار استنباطی (تحلیل همبستگی پیرسون و رگرسیون) استفاده شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با بسته نرم افزار «SPSS» نسخه ۲۲ انجام گرفت.

## ابزارهای تحقیق

برای سنجش متغیر قاطعیت از پرسشنامه راتوس<sup>۱</sup> (۱۹۷۳) استفاده شده است. پرسشنامه ارزیابی قاطعیت از ۳۰ گویه تشکیل شده است که به منظور ارزیابی رفتار قاطعانه و سنجش میزان قاطعیت فرد به کار می‌رود. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۶ نقطه‌ای می‌باشد که برای گزینه‌های «کاملاً این‌طور هستم»، «نسبتاً این‌طور هستم»، «خیلی کم این‌طور هستم»، «خیلی کم با خصوصیات من تفاوت دارد»، «نسبتاً با خصوصیات من تفاوت دارد»، «کاملاً با خصوصیات من تفاوت دارد» به ترتیب امتیازات ۳+، ۲+، ۱+، ۰، ۱-، ۲- و ۳- در نظر گرفته می‌شود. راتوس (۱۹۷۳) و کوئیلان و همکاران (۱۹۷۷) ضریب همبستگی سؤالات ابزار را  $r = 0.78$  به دست آورده‌اند. همچنین قبلاً روایی و پایایی این پرسشنامه در داخل کشور توسط سید فاطمی و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است (شریفی‌راد، محبی، مطلبی، شاه سیاه و تبرایی، ۱۳۹۰). جهت تعیین پایایی پرسشنامه از روش آزمون مجدد با فاصله دو هفته‌ای استفاده شد که با ضریب  $0.83$  همبستگی بالایی را نشان داد (شریفی‌راد و همکاران، ۱۳۹۰). در مطالعه خوشنوی فومنی، ضریب پایایی آلفاکرونباخ برای آزمون قاطعیت راتوس برابر  $0.66$  به دست آمد. در مطالعه سید فاطمی و همکاران (۱۳۹۲) جهت تعیین ضریب پایایی آزمون قاطعیت راتوس پرسشنامه مربوطه در اختیار ۳۰ نفر از دانشجویان پرستاری که جزء شرکت‌کننده در مطالعه نبودند ولی ویژگی‌های اصلی نمونه‌های مورد مطالعه را داشتند قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ برابر با  $0.82$  محاسبه گردید.

برای سنجش متغیر نگرش به مسئولیت از پرسشنامه سالکوویکس<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) استفاده شده است. این مقیاس، یک پرسشنامه ۲۶ سؤالی است که به منظور بررسی اعتقادات کلی در مورد مسئولیت، طراحی شده است. نمره‌گذاری این پرسشنامه متغیر نگرش به مسئولیت بین ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) اختصاص یافته است. کبیرنژاد، علیلو و شریفی (۱۳۸۹) در تحقیقی به بررسی «روایی و پایایی مقیاس نگرش به مسئولیت» بر روی ۸۲۱ دانشجویان دانشگاه تبریز پرداختند و نتیجه گرفتند که مقیاس نگرش به مسئولیت از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است و واجد شرایط لازم برای استفاده در ارزیابی‌های بالینی و پژوهشی است. برای سنجش پایایی درونی مقیاس نگرش به مسئولیت، از

<sup>1</sup>Rathus

<sup>2</sup>Salkovix

ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار همبستگی بین آیتمی آن ۰/۹۳ بود. روایی سازه این مقیاس از طریق تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد. ابتدا کفایت اندازه نمونه (۸۲۱ نفر) از طریق آزمون کفایت نمونه‌گیری کایسر- مایر-اوکلین و آزمون کرویت بارتلت بررسی شد. نتیجه آزمون *KMO* بابر با ۰/۹۰ بود که رضایت‌بخش است.

برای سنجش متغیر جهت‌گیری زندگی (*LOT*<sup>۱</sup>) شیبر و کارور<sup>۲</sup> در سال (۱۹۸۵) استفاده شده است. نسخه نهایی آن دارای ۱۰ سؤال است اما در اصل این آزمون با ۶ سؤال به دنبال سنجش دو زیر مقیاس خلق خوش‌بینانه (۱-۴-۱۰) و خلق بدبینانه (۳-۷-۹) هستند و ۴ سؤال (۲-۵-۶-۸) از سؤالات این پرسشنامه نمره‌گذاری نمی‌گردد. نمره‌گذاری بین ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) اختصاص یافته است. از نظر روایی و پایایی پرسشنامه جهت‌گیری زندگی کارور (۱۹۹۳) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش کردند. پایایی ضریب آلفا در نمونه‌ای شامل ۵۹ زن ۰/۷۸ و پایایی بازآزمایی با فاصله ۱۲ ماه ۰/۷۴ بوده است. همچنین روایی همگرا و افتراقی این آزمون به روش مقایسه نسخه تجدیدنظر شده با مقیاس منبع کنترل و مقیاس عزت‌نفس رزنبرگ تأیید شده‌اند. در پژوهش موسوی نسب (۱۳۸۴) پایایی باز آزمایی این پرسشنامه بر روی ۲۷ دانش‌آموز پیش‌دانشگاهی با فاصله ۱۰ روز ۰/۷۰ گزارش شد.

### یافته‌های تحقیق

از بین ۱۵۳ نفر تعداد مددجویان مرد مشارکت‌کننده در این پژوهش بیشترین گروه سنی مختص به رده سنی بین ۳۱ تا ۴۰ سال بود. همچنین افراد زیردپلم در بین آنان بیشترین تعداد را داشتند و تعداد شاغلین بیشتر از بیکاران و بازنشستگان بوده و اکثریت نمونه آماری را متأهلین تشکیل دادند. حدود ۵۱ نفر از این مددجویان بیشتر از یکبار به ترک اعتیاد اقدام کردند و مدت درگیری ۱۰۹ نفر آنان بیشتر از یکسال و بیشترین ماده مصرفی در بین آنان هروئین بود. فراوانی و درصد فراوانی ویژگی‌های فردی و جمعیت شناختی نمونه آماری پژوهش حاضر در جدول ۲ آمده است.

<sup>۱</sup>Life Orientation Test

<sup>۲</sup>Scheier & Carver



جدول ۲: فراوانی و درصد فراوانی ویژگی های فردی و جمعیت شناختی نمونه آماری پژوهش

ویژگی های جمعیت شناختی نمونه	زیر گروه	تعداد	درصد
سن	کمتر از ۲۰ سال	۲۵	۱۶/۳
	بین ۲۰ تا ۳۰ سال	۳۹	۲۵/۵
	بین ۳۱ تا ۴۰ سال	۵۸	۳۷/۹
	بین ۴۱ تا ۵۰ سال	۱۸	۱۱/۸
	بیش از ۵۰ سال	۱۳	۸/۵
تحصیلات	زیر دیپلم	۶۶	۴۳/۱
	دیپلم	۵۸	۳۷/۹
	کاردانی و کارشناسی	۲۵	۱۶/۳
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۴	۲/۶
وضعیت اشتغال	شاغل	۷۶	۴۹/۷
	بیکار	۷۴	۴۸/۴
	بازنشسته	۳	۲/۰
وضعیت تأهل	متاهل	۶۹	۴۵/۱
	مجرد	۵۸	۳۷/۹
	مطلقه	۲۶	۱۷/۰
تعداد دفعات ترک اعتیاد	یکبار	۵۱	۳۳/۳
	بیش از یکبار	۱۰۲	۶۶/۷
مدت درگیری در اعتیاد	کمتر از یک سال	۴۴	۲۸/۸
	بیشتر از یک سال	۱۰۹	۷۱/۲
آخرین ماده مصرفی	تریاک	۱۱	۷/۲
	حشیش	۴۵	۲۹/۴
	هروئین	۵۱	۳۳/۳
	شیشه	۳۳	۲۱/۶
	سایر	۱۳	۸/۵

برای بررسی رابطه بین قاطعیت، نگرش به مسئولیت و جهت‌گیری زندگی با یکدیگر و با ماندگاری در درمان اعتیاد مددجویان مرد مراکز ترک اعتیاد زنجان از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح خطای محاسبه شده برای رابطه بین همه متغیرها با یکدیگر کوچکتر از ۰/۰۵ است که از وجود رابطه معنادار بین آنها حمایت می‌کند. ضریب همبستگی بین قاطعیت با نگرش به مسئولیت به مقدار ۰/۶۸۴، با جهت‌گیری زندگی به مقدار ۰/۶۷۳، با تلقی خوش‌بینانه به مقدار ۰/۶۶۲، با تلقی بدبینانه به مقدار ۰/۶۲۱- و با ماندگاری درمان اعتیاد به مقدار ۰/۸۳۰ است. ضریب همبستگی بین نگرش به مسئولیت با جهت‌گیری زندگی به مقدار ۰/۵۹۴، با تلقی خوش‌بینانه به مقدار ۰/۵۶۷، با تلقی بدبینانه به مقدار ۰/۵۲۷- و با ماندگاری درمان اعتیاد به مقدار ۰/۷۸۴ است. ضریب همبستگی بین جهت‌گیری زندگی با ماندگاری درمان اعتیاد به مقدار ۰/۷۴۶ است. ضریب همبستگی بین تلقی خوش‌بینانه با تلقی بدبینانه به مقدار ۰/۳۳۲- و با ماندگاری درمان اعتیاد به مقدار ۰/۶۹۹ است. ضریب همبستگی بین تلقی بدبینانه با ماندگاری درمان اعتیاد به مقدار ۰/۶۸۴- است. با استناد به ضرایب محاسبه شده بالاترین همبستگی ماندگاری درمان اعتیاد به ترتیب با قاطعیت، نگرش به مسئولیت، جهت‌گیری زندگی، تلقی خوش‌بینانه و تلقی بدبینانه است. نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. رابطه بین قاطعیت، نگرش به مسئولیت و جهت‌گیری (تلقی خوش‌بینانه و بدبینانه) با ماندگاری درمان اعتیاد

متغیر	شاخص آزمون	قاطعیت	نگرش به مسئولیت	جهت‌گیری زندگی	تلقی خوش‌بینانه	تلقی بدبینانه	ماندگاری درمان اعتیاد
قاطعیت	ضریب احتمال خطا	۱	۰/۶۸۴ (**)	۰/۶۷۳ (**)	۰/۶۶۲ (**)	۰/۶۲۱- (**)	۰/۸۳۰ (**)
نگرش به مسئولیت	ضریب احتمال خطا	۰/۶۸۴ (**)	۱	۰/۵۹۴ (**)	۰/۵۶۷ (**)	۰/۵۲۷- (**)	۰/۷۸۴ (**)
جهت‌گیری زندگی	ضریب احتمال خطا	۰/۶۷۳ (**)	۰/۵۹۴ (**)	۱	۰/۶۳۹ (**)	۰/۹۰۶- (**)	۰/۷۴۶ (**)
تلقی خوش‌بینانه	ضریب احتمال خطا	۰/۶۶۲ (**)	۰/۵۶۷ (**)	۰/۶۳۹ (**)	۱	۰/۷۴۲- (**)	۰/۶۹۹ (**)
تلقی بدبینانه	ضریب احتمال خطا	۰/۶۲۱- (**)	۰/۵۲۷- (**)	۰/۹۰۶- (**)	۰/۷۴۲- (**)	۱	۰/۶۸۴- (**)
ماندگاری درمان اعتیاد	ضریب احتمال خطا	۰/۸۳۰ (**)	۰/۷۸۴ (**)	۰/۷۴۶ (**)	۰/۶۹۹ (**)	۰/۶۸۴- (**)	۱

<sup>۱</sup>Pearson Correlation

برای دستیابی به هدف پیش‌بینی ماندگاری درمان اعتیاد به وسیله قاطعیت، نگرش به مسئولیت و جهت‌گیری زندگی (تلقی بدبینانه و تلقی خوش‌بینانه) مددجویان طی مدل رگرسیون چندگانه اقدام به بررسی تأثیر قاطعیت، نگرش به مسئولیت و جهت‌گیری زندگی (تلقی بدبینانه و تلقی خوش‌بینانه) بر ماندگاری درمان اعتیاد شد. در ادامه به نتایج مدل و شاخص‌های استخراج شده اشاره شده و مورد تحلیل قرار بیان شده است:

۱) نتایج آزمون کلی و ملاک‌های صحت مدل: آماره فیشر<sup>۱</sup> مدل (آزمون ضریب کلی) با مقدار  $۱۶۰/۰۰۴$  بزرگتر از مقدار بحرانی و سطح معناداری محاسبه شده آن کوچکتر از  $۰/۰۵$  است که از وجود رابطه خطی بین حداقل یکی از متغیرهای مستقل با متغیر وابسته پشتیبانی شده است و به این معنی است که سهم مدل در تغییرات کل به نسبت سهم خطا یا باقی‌مانده‌ها بسیار بیشتر است. عامل تورم واریانس<sup>۲</sup> متغیرهای مدل رگرسیون چند متغیری از نظر عددی بین  $۲/۰۰۴$  تا  $۲/۴۷۵$  و هر چهار مقدار کمتر از مقدار  $۵$  است که بیانگر عدم وجود هم‌خطی بین متغیرهای توضیحی مدل است و ورود هم‌زمان متغیرها موجب وقوع هم‌خطی نشد. با توجه به اینکه آماره آزمون برای توزیع باقیمانده مدل ( $۱/۲۰۹$ ) براساس آزمون کالموگروف اسمیرنف<sup>۳</sup> کوچکتر از قدرمطلق مقدار بحرانی و به بیان دیگر دارای سطح معنی داری ( $۰/۰۶۱$ ) بزرگتر از  $۰/۰۵$  است، بنابراین توزیع باقیمانده مدل نرمال است. همسانی واریانس مانده‌های مدل با بررسی ترسیمی پشتیبانی شد. مدل از ضریب همبستگی چندگانه به مقدار  $۰/۹۰۱$  برخوردار است. ضریب تشخیص<sup>۴</sup> مدل به مقدار  $۰/۸۱۲$  است که نشان‌دهنده تبیین‌پذیری ماندگاری درمان اعتیاد از طریق قاطعیت، نگرش به مسئولیت و جهت‌گیری زندگی است. ضریب تعیین، شاخصی است که نشان می‌دهد تا چه اندازه معادله رگرسیونی نمونه‌ها، داده‌ها را به نیکویی برازش می‌کند که در این پژوهش از مقادیر لازم و بالایی برخوردار است. با استناد به شاخص‌های بیان شده در مورد مفروضه‌های مدل، نتایج مدل قابل اتکا است.

<sup>1</sup>Fisher

<sup>2</sup>VIF

<sup>3</sup>Kolmogorov-Smirnov Z

<sup>4</sup>R Square

۲) بررسی نتایج جزئی مدل رگرسیون: برای قضاوت در مورد تأثیر قاطعیت، نگرش به مسئولیت و جهت‌گیری زندگی بر ماندگاری درمان اعتیاد به نتایج آزمون ضرایب جزئی استناد شد. در تخمین مدل از روش ورود متغیرها<sup>۱</sup> استفاده شد و همه متغیرهای مستقل در مدل به منظور برآورد پارامترها، وارد شده و معادله به صورت زیر استخراج گردید:

$$LOGL.T = Constant + B_1 * DEC + B_2 * RES + B_3 * o.p + B_4 * o.n + E$$

$$Y = .293 + .225 + .125 + .059 - .064$$

ضریب تأثیر استاندارد قاطعیت بر ماندگاری درمان اعتیاد به مقدار ۰/۲۲۵ است که از آماره آزمون به مقدار ۷/۶۹۶ برخوردار است (بزرگتر از ۱/۹۶). به بیان دیگر سطح معنی‌داری محاسبه شده کوچکتر از ۰/۰۵ است. در نتیجه تأثیر قاطعیت مددجویان بر ماندگاری درمان اعتیاد به صورت مثبت و معنادار است و قاطعیت مددجویان به صورت معنی‌داری از توانمندی لازم و کافی در پیش‌بینی ماندگاری درمان اعتیاد برخوردار است و با بالا رفتن قاطعیت مددجویان، ماندگاری درمان اعتیاد آنان نیز به صورت معنادار افزایش می‌یابد. ضریب تأثیر استاندارد نگرش به مسئولیت بر ماندگاری درمان اعتیاد به مقدار ۰/۱۲۵ است که از آماره آزمون به مقدار ۶/۸۱۷ برخوردار است (بزرگتر از ۱/۹۶). به بیان دیگر سطح معنی‌داری محاسبه شده کوچکتر از ۰/۰۵ است. در نتیجه تأثیر نگرش به مسئولیت مددجویان بر ماندگاری درمان اعتیاد به صورت مثبت و معنادار است و نگرش به مسئولیت مددجویان به صورت معنی‌داری از توانمندی لازم و کافی در پیش‌بینی ماندگاری درمان اعتیاد برخوردار است و با بالا رفتن نگرش به مسئولیت توسط مددجویان، ماندگاری درمان اعتیاد آنان نیز به صورت معنادار افزایش می‌یابد. ضریب تأثیر استاندارد بعد تلقی خوش بینانه جهت‌گیری زندگی بر ماندگاری درمان اعتیاد به مقدار ۰/۰۵۹ است که از آماره آزمون به مقدار ۲/۵۰۶ برخوردار است (بزرگتر از ۱/۹۶). به بیان دیگر سطح معنی‌داری محاسبه شده کوچکتر از ۰/۰۵ است. در نتیجه تأثیر تلقی خوش بینانه مددجویان بر ماندگاری درمان اعتیاد به صورت مثبت و معنادار است و بعد تلقی خوش بینانه جهت‌گیری زندگی مددجویان به صورت معنی‌داری از توانمندی لازم و کافی

<sup>۱</sup>Enter

در پیش‌بینی ماندگاری درمان اعتیاد برخوردار است و با بالا رفتن تلقی خوش‌بینانه مددجویان، ماندگاری درمان اعتیاد آنان نیز به صورت معنادار افزایش می‌یابد.

ضریب تأثیر استاندارد بعد تلقی بدبینانه جهت‌گیری زندگی بر ماندگاری درمان اعتیاد به مقدار ۰/۰۶۴- است که از آماره آزمون به مقدار ۲/۵۲۰- برخوردار است (کوچکتر از ۱/۹۶-). به بیان دیگر سطح معنی‌داری محاسبه شده کوچکتر از ۰/۰۵ است. در نتیجه تأثیر تلقی بدبینانه مددجویان بر ماندگاری درمان اعتیاد به صورت منفی و معنادار است و بعد تلقی خوش‌بینانه جهت‌گیری زندگی مددجویان به صورت معنی‌داری از توانمندی لازم و کافی در پیش‌بینی ماندگاری درمان اعتیاد برخوردار است و با بالا رفتن تلقی بدبینانه مددجویان، ماندگاری درمان اعتیاد آنان نیز به صورت معنادار کاهش می‌یابد. نتایج مدل تحلیل رگرسیون در جدول ۴ ارائه شده است. بنابراین نتایج از تأثیر مثبت قاطعیت، نگرش به مسئولیت و تلقی خوش‌بینانه مددجویان بر ماندگاری درمان اعتیاد و تأثیر منفی تلقی بدبینانه به صورت معنادار پشتیبانی کرده است.

جدول ۴. نتایج تأثیر قاطعیت، نگرش به مسئولیت و جهت‌گیری بر ماندگاری درمان اعتیاد

نتایج کلی معادله رگرسیون							
نام شاخص	ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تشخیص	ضریب تشخیص تعدیل شده	خطای استاندارد معادله	آماره F	سطح معنی‌داری	
مقادیر شاخص	۰/۹۰۱(a)	۰/۸۱۲	۰/۸۰۷	۰/۱۳۷۲۵	۱۶۰/۰۰۴	۰/۰۰۰(a)	
نتایج جزئی معادله رگرسیون							
متغیرهای توضیحی	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	آماره t	سطح معنی‌داری		شاخص همخطی
	B	خطای استاندارد			تورلنس	تورم واریانس	
ضریب ثابت	۰/۲۹۳	۰/۱۰۱	-	۲/۸۹۰	۰/۰۰۴	-	-
قاطعیت	۰/۲۲۵	۰/۰۲۹	۰/۴۲۱	۷/۶۹۶	۰/۰۰۰	۰/۴۲۴	۲/۳۵۹
نگرش به مسئولیت	۰/۱۲۵	۰/۰۱۸	۰/۳۴۴	۶/۸۱۷	۰/۰۰۰	۰/۴۹۹	۲/۰۰۴
تلقی خوش‌بینانه	۰/۰۵۹	۰/۰۲۴	۰/۱۴۰	۲/۵۰۶	۰/۰۱۳	۰/۴۰۴	۲/۴۷۵
تلقی بدبینانه	-۰/۰۶۴	۰/۰۲۵	-۰/۱۳۹	-۲/۵۲۰	۰/۰۱۳	۰/۴۱۸	۲/۳۹۲

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر در پی آن بوده است که رابطه قاطعیت، نگرش به مسئولیت و جهت‌گیری زندگی با ماندگاری در درمان اعتیاد مددجویان مرد مراکز ترک اعتیاد شهر زنجان را مورد بررسی و تحلیل قرار دهد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که مطابق با نتایج ضریب همبستگی پیرسون و بررسی نتایج جزئی مدل رگرسیون، قاطعیت مددجویان با ماندگاری در درمان اعتیاد مددجویان مرد مراکز ترک اعتیاد زنجان رابطه مثبت و معناداری دارد. این یافته با نتایج جلیل و زارعی (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «بررسی اثربخشی آموزش مهارت رفتار جرأت‌مندانه بر کاهش آمادگی به اعتیاد دانش‌آموزان پسر کلاس یازدهم شهر همدان» که بر نقش آموزش ارتباط جرأت‌مند در کاهش آمادگی به اعتیاد در دو بعد آمادگی فعال به اعتیاد و آمادگی منفعل به اعتیاد است، هم‌راستا می‌باشد. همچنین با یافته‌های پژوهش براتی؛ اله وردی پور، معینی و فرهادی نسب (۱۳۹۰) تحت عنوان «اثربخشی آموزش مهارت جرأت‌مندی در کاهش هنجارهای انتزاعی ترغیب‌کننده مصرف مواد مخدر در بین دانشجویان» که به آموزش مهارت‌های زندگی مانند مهارت جرأت‌مندی برای امتناع از سوء مصرف مواد می‌باشد، هم‌راستا است. این نتیجه با نظریه‌های تحلیل رفتار متقابل، نظریه‌های رفتارگرایی و نظریه دل‌بستگی قابل تبیین است. در این راستا تحلیل رفتار متقابل یکی از نظریاتی است که برای مسائل بین فردی، راهکارهای کاربردی ارائه داده است و هدف آن رسیدن به خودمختاری از طریق آگاهی، سلامت فکر و خودانگیختگی است و دوری از تنش‌ها و تعارض‌ها است که این امر نیز در ماندگاری افراد معتاد در درمان اعتیادشان می‌تواند نقش کمکی و مؤثری داشته باشند. نظریه‌های رفتارگرایی بیان می‌کند که آموزش ابراز وجود تکنیکی است که برای اضطراب‌های حادث از روابط اجتماعی متقابل افراد؛ مانند اضطراب ناشی از عدم توانایی فرد در ارائه عقایدش به دوستان و یا دیگران با این تکنیک به خوبی از بین می‌رود. در تبیین دیگر می‌توان به نظریه دل‌بستگی اشاره کرد. نظریه دل‌بستگی به درک اینکه جرأت‌ورزی چیست و اینکه تجارب اولیه چگونه بر احساس عزت‌نفس و الگوهای رفتاری تأثیر می‌گذارند، کمک می‌کند.

در ادامه نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که مطابق با نتایج ضریب همبستگی پیرسون و بررسی نتایج جزئی مدل رگرسیون که نگرش به مسئولیت با ماندگاری در درمان اعتیاد مددجویان مرد مراکز ترک اعتیاد زنجان رابطه مثبت و معناداری دارد. این یافته با نتایج کلاهی

حامد، احمدی و شالچی (۱۳۹۷) در مقاله‌ای با عنوان «تبیین گرایش به مصرف مواد مخدر بر اساس هوش معنوی و خردمندی» همراستا است. زیرا در پژوهش مذکور هوش معنوی و خردمندی با گرایش به مصرف مواد مخدر از ارتباطی منفی برخوردار است و از آنجایی که خردمندی را مستلزم درون‌اندیشی، تعهد و برعهده گرفتن مسئولیت نسبت به رفتارها و موقعیت دانسته‌اند، می‌توان نتیجه آن را هم راستا با نتیجه پژوهش حاضر در این مورد دانست. همچنین این یافته که نگرش به مسئولیت با ماندگاری در درمان رابطه دارد با نتایج جمالی، زهراکار، مدنی و غلامعلی لواسانی (۱۳۹۵) در مقاله‌ای با عنوان «پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد در دانشجویان بر اساس تجارب معنوی و میزان هیجان‌خواهی» که در خصوص اهمیت و رابطه نگرش به مسئولیت با مسئله گرایش دوباره به مصرف مواد است، هم راستا دانست. این نتیجه با دیدگاه آدلر، دیدگاه وجودی، دیدگاه راجرز و واقعیت‌درمانی قابل تبیین است. مسئولیت از نظر آدلر تأکید بر کوشش برای برتری، جستجوی ارزش‌ها و معنادار بودن زندگی است. در دیدگاه وجودی نیز این فرض استوار است که ما آزادیم و بنابراین مسئولیت انتخاب‌ها و اعمال خود هستیم. راجرز نیز معتقد به مسئولیت‌پذیری افراد در زندگی است و تأکید می‌کند، مراجع باید مسئولیت تغییر خویش را به عهده بگیرد. واقعیت‌درمانی نیز دیدگاه دیگری است که می‌توان در تبیین این نتیجه از آن استفاده کرد. هدف واقعیت‌درمانی آن است که شخص، رفتار مسئولانه داشته باشد.

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که مطابق با نتایج ضریب همبستگی پیرسون و بررسی نتایج جزئی مدل رگرسیون که جهت‌گیری زندگی مددجویان با ماندگاری در درمان اعتیاد مددجویان مرد مراکز ترک اعتیاد زنجان رابطه مثبت و معناداری دارد. این یافته با نتایج کشاورز، قمرانی، باقریان و رضایی (۱۳۹۳) در مقاله‌ای با عنوان «نقش پیش‌بین جهت‌گیری معنوی معتادان و بار روانی خانواده‌های آن‌ها در ماندگاری در درمان اعتیاد» که به این نتیجه رسیدند که جهت‌گیری معنوی معتادان و بار روانی خانواده‌های آن‌ها از جمله عوامل تأثیرگذار و پیش‌بینی‌کننده ماندگاری در درمان محسوب می‌شوند و با توجه به اینکه در این پژوهش جهت‌گیری معنوی را شامل حس تقدس در زندگی و اعتقاد به بهتر شدن دنیا بیان نموده‌اند و می‌توان آن را نوعی خوش‌بینی دانست، هم راستا در نظر گرفت. همچنین این یافته با نتایج

توسلی و ادیبی فر (۱۳۹۵) در مقاله‌ای با عنوان «بررسی مقایسه خوش بینی براساس مفاهیم روانشناسی مثبت در بین معتادان، افراد عادی و افراد موفق در ترک در شهر ری در سال ۱۳۹۱» که به این نتیجه رسیدند که بین گروه افراد معتاد با گروه های افراد عادی و افراد موفق در ترک از نظر میزان خوش‌بینی تفاوت معنادار آماری وجود دارد، از نظر رابطه بین جهت‌گیری زندگی (خوشبینی/ بدبینی) در ترک مصرف مواد می‌توان هم راستا در نظر گرفت. این نتیجه با نظریه شناختی بک<sup>۱</sup> و نظریه افکار مثبت قابل تبیین است. از نظر بک، افسردگی در نتیجه باور منفی فرد نسبت به خود، وقایع زندگی و آینده به وجود می‌آید. به عبارت دیگر می‌توان گفت افراد بدبین و درمانده به افسردگی مبتلا می‌شوند. آن دسته از افراد که نسبت به آینده خود واقع‌بین یا بدبین بودند خطر، بیماری و مرگ را گریزناپذیر می‌دیدند و برای اقدامات لازم جهت ادامه حیات برانگیخته نمی‌شدند. برعکس، همتایان خوش‌بین آنان برای تلاش در جهت ادامه حیات برانگیخته می‌شدند. زیرا فکر می‌کردند که کارها به نفع آنها ادامه خواهد یافت و از آنجایی که اغلب همین اتفاق رخ می‌داد، افراد خوش‌بین زنده مانده‌اند و نسلشان افزایش یافته است که این امر نیز می‌تواند در تأثیر جهت‌گیری زندگی افراد دارای اعتیاد در ماندن در فرآیند ترک کمک نماید. همچنین لازاروس<sup>۲</sup> (۱۹۸۳)، با توصیف نظریه افکار مثبت، نشان داد افرادی که به هنگام مواجهه با حوادث غیرمترقبه و نامطلوب از این راهبرد استفاده می‌کنند، بهزیستی روانی بیشتری دارند که این موضوع نیز می‌تواند در ماندگاری در درمان افراد مؤثر واقع شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سه ویژگی مددجویان شامل: قاطعیت، نگرش به مسئولیت و جهت‌گیری زندگی (بعد تلقی بد بینانه و بعد تلقی خوش‌بینانه) از متغیرهای مهم و مرتبط با موفقیت در ماندگاری درمان اعتیاد است. در نتیجه می‌توان با بالا بردن قاطعیت در مددجویان نسبت به ماندگاری بیشتر آنها در درمان اعتیاد، اطمینان بیشتری کسب کرد. همچنین می‌توان در موارد زیربنایی و رده‌های سنی مختلف، نسبت به آموزش و افزایش قاطعیت و جرأت‌ورزی اقدام نمود تا در آینده مشکلات کم‌تری در زمینه عدم ماندگاری در درمان اعتیاد و همین‌طور گرایش به مصرف مواد را شاهد شد. در نتیجه می‌توان در زمینه درمان و افزایش

<sup>1</sup>Beck

<sup>2</sup>Lazarus



سطح قاطعیت افراد درگیر در مراکز ترک اعتیاد، به این مراکز پیشنهاد کرد که با همکاری متخصصین و روانشناسان آشنا به گروه درمانی و درمان شناختی رفتاری (CBT)، با پیاده‌سازی مدل «پرسیدا»<sup>۱</sup> که کارآمدی آن در این زمینه تأیید شده است، از طریق تقویت مهارت نه گفتن، افزایش عزت نفس مددجویان در برابر فشار دوستان و تمسخر احتمالی و کمک به ایجاد فاکتورهای تقویت‌کننده باورمندی به مهارت‌های شخصی، به بالا بردن میزان قاطعیت این مددجویان اقدام نمایند. در زمینه آموزش نیز از طریق روانشناسان و مشاوران متخصص در زمینه رشد و تربیت و با برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های مهارت‌های فردی از روش‌هایی هم‌چون گروه‌های ایفای نقش، گفتگوی دیالکتیک، تکنیک صندلی خالی و تعویض نقش روانشناس و مددجو، قاطعیت آنان را تقویت نمود. از طرفی باید برای بالا بردن ماندگاری در درمان مددجویان، از شیوه‌هایی برای افزایش میزان مسئولیت‌پذیری آنها استفاده کرد. در حوزه درمان پیشنهاد می‌شود که مدیران این مراکز، به وسیله روانشناسان متبحر و متخصص در زمینه رویکرد واقعیت‌درمانی، گروه درمانی، معنا درمانی و رفتار درمانی عقلانی-هیجانی که می‌تواند بر روی تغییر باور مددجویان نسبت به مسئله مسئولیت‌پذیری و آگاه‌سازی آنها در مورد آسیب‌های بی‌توجهی و بی‌مسئولیتی اثر گذار باشد، جلسات مرتب و مؤثری را برای بالا بردن میزان مسئولیت‌پذیری در مددجویان برگزار نمایند و در حوزه آموزش پیشنهاد می‌شود تا در مدارس ابتدایی و در رده‌بندی سنی ۷ تا ۱۱ سال که سن حساسی برای درک و یادگیری اهمیت مسئولیت‌پذیری و همین‌طور هویت‌یابی است، با روش‌هایی مانند الگو دهی، انضباط مثبت، بازی‌های گروهی و از طریق اعمال شرطی‌سازی عامل و تکنیک‌های مرتبط از جمله تشویق مثبت و تنبیه منفی، آموزش صحیحی در جهت یادگیری مسئولیت‌پذیری به این کودکان ارائه نمایند. همچنین می‌توان با بالا بردن میزان خوش‌بینی به زندگی که نقطه مقابل بدبینی به شمار می‌رود، میزان ماندگاری در درمان مددجویان را افزایش داد. در حوزه درمان پیشنهاد می‌شود که مدیران این مراکز، از متخصصین روانشناسی در حوزه رویکرد شناختی رفتاری (CBT) و عقلانی، هیجانی استفاده نموده و به شکل جلسات گروهی و انفرادی، با بررسی باورها و جانشینی باورهای مخرب که گاهی به شکل درماندگی آموخته شده ابراز می‌شوند، با

<sup>۱</sup> PRECEDE

باورهای خوشبینانه و در عین حال عقلانی، برای تغییر نگرش نسبت به وقایع پر استرس زندگی مددجویان تلاش نمایند. همچنین می‌توان در صورت لزوم، نسبت به بررسی و ریشه‌یابی آسیب‌های دوره رشدی، کمک به حل مناقشات بین فردی و خانوادگی آنان و بررسی نیازها و ایده‌آل‌های سرکوب شده مددجویان و ارائه راهکارهای مناسب مشاوره‌ای جهت رفع این مشکلات نیز اقدام نمود. در زمینه آموزش نیز میتوان به بررسی کودکان آسیب‌پذیر از قشر ضعیف جامعه در زمینه یادگیری درماندگی آموخته شده، در پی شرایط سخت و مشکلات لاینحل خانواده آنها پرداخت و با ارائه آموزش‌های لازم به خانواده آنان، از نهادینه شدن این درماندگی و ناامیدی جلوگیری کرد.

هر پژوهشی در راه انجام خود با محدودیت‌هایی روبرو می‌باشد؛ بدین روی پژوهش حاضر نیز دارای محدودیت‌هایی است که به تعدادی از آن اشاره می‌گردد: در پیش‌بینی ماندگاری در درمان، تأثیر متغیرهای احتمالی مؤثر مانند ویژگی‌های شخصیتی، بافت خانوادگی و ویژگی‌های فردی کنترل نشده است، بنابراین احتمال دارد نتیجه به دست آمده تأثیر این عوامل قرار گرفته باشد. در این پژوهش از سه پرسشنامه خود گزارش‌دهی استفاده شده است که در این سبک جمع‌آوری اطلاعات، شرکت‌کننده احتمالاً در بیان هیجان‌ها و شناخت‌های خود دشواری داشته و در نتیجه امکان دارد نتایج را مخدوش نماید. تحقیق حاضر تنها در شهر زنجان مورد بررسی قرار گرفته و در نتیجه نتایج قابل تعمیم به سایر شهرهای کشور نیست. موضوع پژوهش حاضر تنها در جامعه آماری مردان مورد مطالعه قرار گرفته است، در نتیجه ممکن است در جوامع زنان نتایج متفاوتی به دست آید.

## منابع

- ۱) آقاخانی، نادر؛ زارعی خیرآباد، عباس، قره داغی، جابر، نزمی، نرگس (۱۳۹۶). «بررسی دلایل گرایش و روی آوری مجدد به ماده مخدر مت‌آفتمین در معتادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد ارومیه». **مجله پزشکی قانونی ایران**. ۲۳ (۲): ۱۰۴-۱۱۴.
- ۲) باباپور خیرالدین، جلیل؛ پورشریفی، حمید و سودمند محسن (۱۳۹۷). «نقش اتحاد درمانی و سبک‌های دلبستگی در ریزش از درمان مبتلایان به سوءمصرف مواد». **فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی**. ۱۲ (۴۶): ۱۷۳-۱۸۸.
- ۳) براتی، مجید؛ اله وردی پور، حمید، معینی، بابک و فرهادی نسب، عبدالله (۱۳۹۰). «اثربخشی آموزش مهارت جرأت‌مندی در کاهش هنجارهای انتزاعی ترغیب‌کننده مصرف مواد مخدر در بین دانشجویان». **مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان**. ۳ (۱۸): ۴۹-۴۰.
- ۴) یازانی، فریبا؛ برجعلی، احمد، احدی، حسن و کراسکیان موجهاری، آدیس (۱۳۹۶). «الگوی روابط ساختاری عوامل روانشناختی مؤثر بر آمادگی اعتیاد نوجوانان با نقش واسطه‌ای هم‌وابستگی». **فصلنامه علمی خانواده و پژوهش**. ۱۴ (۴): ۶۹-۹۰.
- ۵) پویا نسب، بابک؛ جهانگیری، محمدمهدی و تقوایی داوود (۱۳۹۶). «بررسی ارتباط پنج مؤلفه خودکارآمدی اجتماعی و جرأت‌ورزی (ابراز وجود) در دختران نوجوان». **کنفرانس پژوهش‌های نوین ایران و جهان در روانشناسی و علوم تربیتی و حقوق**، دانشگاه علمی کاربردی شوشتر.
- ۶) توسلی، گلناز و ادیبی فر، مونا (۱۳۹۵). «بررسی مقایسه خوش بینی براساس مفاهیم روانشناسی مثبت در بین معتادان، افراد عادی و افراد موفق در ترک در شهر ری در سال ۱۳۹۱». **چهارمین کنفرانس بین‌المللی مدیریت، اقتصاد و علوم انسانی**. آتن، یونان.
- ۷) جلیل، طاهره و افشین، زارعی (۱۳۹۴). «بررسی اثربخشی آموزش مهارت رفتار جرأت‌مندانه بر کاهش آمادگی به اعتیاد دانش آموزان پسر کلاس یازدهم شهر همدان». **مجله طب انتظامی**. ۴: ۲۵۶-۲۵۱.
- ۸) جمالی، عبدالله؛ زهراکار، کیانوش، مدنی، یاسر و غلامعلی لوسانی، مسعود (۱۳۹۵). «پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد در دانشجویان بر اساس تجارب معنوی و میزان هیجان‌خواهی». **روانشناسی روان‌شناسی**. ۴ (۱۷): ۱۷۶-۱۵۵.

- ۹) خمرنیا، محمد و پیوند، مصطفی (۱۳۹۷). «علل بازگشت به اعتیاد به مواد مخدر و راهکارهای پیشنهادی در مراجعه کنندگان به مراکز ترک اعتیاد: یک مطالعه کیفی». **مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان**. ۱۷: ۵۳۸-۵۲۳.
- ۱۰) رجب‌پور، مجتبی؛ نریمانی، محمد، میکائیلی، نیلوفر و حاجلو، نادر (۱۳۹۷). «اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر پیشگیری از عود اعتیاد: فراتحلیل». **فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی**. ۱۲ (۴۶): ۱۲۱-۱۳۶.
- ۱۱) رهبری، نسرین؛ باباپور، جلیل و صبوری مقدم، حسن (۱۳۹۷). «آموزش مهارت‌های حل مسئله و قاطعیت بر تغییر نگرش نوجوانان دختر نسبت به سوء مصرف مواد». **اعتیاد پژوهی**. ۱۲ (۴۸): ۲۶-۱۱.
- ۱۲) سید فاطمی، نعیمه، مشیرآبادی، زینب؛ بریم نژاد، لیلی؛ حقانی، حمید (۱۳۹۲). «بررسی همبستگی درک از توانایی حل مسئله با مهارت قاطعیت در دانشجویان پرستاری». **مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)**. ۱۹ (۳)، ۷۰-۸۱.
- ۱۳) شریفی راد، غلامرضا؛ محبی، سیامک؛ مطلبی، محمد؛ شاه سیاه، مرضیه؛ تیرابی، یاسر (۱۳۹۰). «تأثیر آموزش قاطعیت بر میزان اضطراب تحصیلی دانش آموزان». **مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار**. ۱۸ (۲): ۸۲-۹۰.
- ۱۴) شواتر، د؛ شولتر، س (۱۳۹۹). **نظریه‌های شخصیت**. ترجمه: سید محمدی. تهران: نشر ویرایش.
- ۱۵) صدیقی ارفعی، فریبرز؛ تابش، ریحانه و جعفری ده آبادی، مهدیه (۱۳۹۹). «تأثیر آموزش مهارت‌های جرأت‌ورزی بر دانش‌آموزان دختر قربانی قلدری سایبری در مدارس دوره متوسطه دوم». **فصلنامه انتظام اجتماعی**. ۱۲ (۳): ۱۴۰-۱۲۱.
- ۱۶) طاهری فرد، مینا؛ بشرپور، سجاد، حاجلو، نادر و نریمانی، محمد، (۱۴۰۰). «الگوی روابط ساختاری عود افراد دارای اختلال مصرف مواد بر اساس سوگیری توجه و حساسیت به پاداش با نقش میانجی کنترل بازداری». **فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی**. ۱۱ (۶۰): ۱۴۲-۱۱۷.
- ۱۷) کشاورز، محبوبه؛ قمرانی، امیر، باقریان، مرضیه و رضایی، امیرموسی (۱۳۹۳). «نقش پیش‌بین جهت‌گیری معنوی معتادان و بار روانی خانواده‌های آن‌ها در ماندگاری درمان اعتیاد». **تحقیقات علوم رفتاری**. ۱۲ (۱): ۱۵۳-۱۴۴.

۱۸) کیگان، جروم؛ ماسن، پاول هنری، هوستون، آلتا کارول، کانجر (۱۳۹۶). **رشد و شخصیت کودک**. ترجمه: مهشید یاسایی. تهران: انتشارات گیسوم.

۱۹) کوری، ج (۱۳۹۹). **نظریه و کاربرست مشاوره و روان‌درمانی**. مترجم: سید محمدی. تهران: ارسباران.

۲۰) محمودیان، حسن؛ صفریان، هادی، هاشم‌زاده واعظ، حسین، میرمحمد تبار، سید عبدالله و رضوانی‌فر، شیرین (۱۳۹۴). «بررسی رابطه جهت‌گیری زندگی و اهداف پیشرفت با رضایت از زندگی دانشجویان». **فصلنامه روان‌شناسی تربیتی**. ۱۱ (۳۵): ۱۳۵-۱۲۳.

۲۱) نازک تبار، حسین و شربت اوغلی اصل، هایده، (۱۳۹۸). «مقایسه کارکرد خانواده، سلامت روان و عزت نفس در بین زنان موفق و ناموفق به ترک اعتیاد: مورد مطالعه بیماران مراکز درمانی منطقه ۱ شهرداری تهران». **دو فصلنامه پژوهش‌های انتظامی-اجتماعی زنان و خانواده**. ۷ (۲): ۱۹۲-۱۷۶.

۲۲) نژادکریم، الهه؛ سلیمه، هادی، جاودان، موسی و حسین زاده، پریا (۱۳۹۶). «اثربخشی آموزش گروهی تحلیل رفتار متقابل بر افزایش سطح بخشودگی زنان»، **مجله رویش روان‌شناسی**. ۴ (۲۱): ۱۳۰-۱۰۹.

23) Boket, E. G., Bahrami, M., Kolyaie, L., & Hosseini, S. A. (2016). The effect of assertiveness skills training on reduction of verbal victimization of high school students. *International Journal of Humanities and Cultural Studies (IJHCS)*, 3(2), 690-699.

24) Korner, H. & Nordvik, H. (2007). Five – factor model personality traits in opioid dependence. *Online Journal of BMD psychiatry*. <http://www.biomedcentral.com/1471-244x/7/37>.

25) Puskar, K. R., Sereika, S. M., Lamb, J., Tusaie-Mumford, K., & McGuinness, T (1999). Optimism and its relation- ship to depression, coping, anger, and life events in rural adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 115-130.

26) Swift, J. K., Greenberg, R. P., Tompkins, K. A., & Parkin, S. R. (2017). Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and thei combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy*, 54(1), 47-57.