فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال پنجم، شماره هفدهم، بهار ۱۳۹۰
Journal of Research on Addiction, Vol. 5, No. 17, Spring 2011

مقاله پژوهشی
Research Article

بررسی و مقایسه وضعیت باورهای غیرمنطقی در افراد معتاد و عادی

حسن امین پور[۱]، یاسین احمدزاده[۲]

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۴/۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۱/۲۰

چکیده

مقدمه: باورهای غیرمنطقی اثرات مخرب و جدی بر رفتار فرد در خانه، محل کار و در محیط اجتماعی داشته و اثرات عمیق هیجانی (افسردگی، غمگینی، خودآزاری، خود سرزنشی و پشیمانی و...) را به دنبال دارد. بر این اساس هدف پژوهش حاضر مقایسه باورهای غیرمنطقی در افراد معتاد و عادی بود. **روش:** پژوهش از نوع علّی- مقایسه‌ای بوده و با توجه به اهمیت این موضوع و نقش آن در گرایش افراد به اعتیاد نمونه ۱۲۰ نفری (۶۰ نفر معتاد و ۶۰ نفر عادی) بر اساس نمونه گیری در دسترس و از لحاظ سنی همسان انتخاب شدند و پرسش نامه باورهای غیرمنطقی جونز روی نمونه مورد مطالعه اجرا شد. برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها از آزمون‌های آماری t مستقل و تجزیه و تحلیل واریانس یکراهه استفاده شد. **یافته‌ها:** بین میانگین باورهای غیرمنطقی افراد عادی و معتاد، میانگین نمره های باورهای غیرمنطقی افراد معتاد براساس تحصیلات و همچنین وضعیت اقتصادی تفاوت معناداری به دست آمد. **نتیجه گیری:** نمره باورهای غیرمنطقی در افراد معتاد بیشتر از افراد عادی است. با توجه به این که افراد می‌توانند از طریق دگرگون ساختن باورهای خود، رفتار و احساساتشان را تغییر دهند لذا بایستی باورهای غیرمنطقی را با ملاحظات آموزشی با باورهای منطقی جایگزین کرد.

کلید واژه‌ها: باورهای غیر منطقی، معتاد، تحصیلات، وضعیت اقتصادی

۱. نویسنده مسئول: مربی گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور نقده. پست الکترونیک: aminpoorhassan@gmail.com
۲. کارشناس روان‌شناسی عمومی دانشگاه پیام نور نقده

مقدمه

باور یعنی پذیرش یک اصل یا یک مذهب یا یک حقیقت. باور یعنی تمایل به واکنش خود آگاهانه در یک شیوه یا طریقهٔ ثابت در یک وضع خاص (شعاری نژاد، ۱۳۶۴). باور یعنی اعتقاد، ایمان و عقیده (اتکینسون[1]، هیلگارد[2]؛ ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۶۸). از یک دیدگاه باورها به دو دسته تقسیم می‌شوند: الف) باورهای منطقی[3]؛ کسانی که باور دارند در کاری موفق می‌شوند بدون شک توانایی انجام آن کار را در خود می‌بینند و موفق خواهند شد: ب) باورهای غیرمنطقی[4]؛ این باور که نیاز به حمایت و تأیید افرادی دارند که آن‌ها را می‌شناسند و یا به آن‌ها علاقه دارند (فلاین[5]، ۱۹۷۷، به نقل از تقی پور، ۱۳۷۸).

باورهای غیرمنطقی دو ویژگی اصلی دارند: ۱- توقعات خشک و تعصب آمیزی هستند که معمولاً با کلمات باید و حتماً بیان می‌شوند. ۲- فلسفه‌های خود آشفته ساز، که معمولاً حاصل این توقعات هستند و انتساب‌های بسیار نامعقول و بیش از حد تعمیم یافته ایجاد می‌کنند (پروچاسکا[6]، به نقل از شیرزاد، ۱۳۸۸). در مورد باورهای غیر منطقی تقسیم بندی‌های مختلفی وجود دارد و در یک نوع آن ده باور غیرمنطقی آمده است که عبارتند از: توقع از دیگران[7]، انتظارات بیش از حد از خود[8]، سرزنش کردن[9]، واکنش با درماندگی درماندگی به ناکامی[10]، بی‌مسئولیتی عاطفی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب[11]، اجتناب از مشکل[12]، باور غیرمنطقی وابستگی[13]، درماندگی برای تغییر[14] و کمال گرایی[15] (الیس و همکاران، ترجمه صالحی و یزدی، ۱۳۷۵).

برنارد[16] باورهای غیرمنطقی را خواست‌ها و هدف‌هایی می‌داند که به صورت اولویت‌های ضروری در می‌آیند، به طوری که اگر برآورده نشوند، موجب آشفتگی

سال پنجم، شماره ۱۷، بهار ۱۳۹۰
Vol. 5, No. 17, Spring 2011

1. Atkinson
2. Hilgard
3. rational belief
4. irrational belief
5. Flien
6. Prochaska
7. demand for approval
8. high self expectations
9. blame proneness
10. frustration reactive
11. anxious over concern
12. problem avoidance
13. dependency
14. helplessness for change
15. perfectionism
16. Bernard

می‌شوند (به نقل از بیابانگرد، ۱۳۷۳). از نظر الیس[1] (۱۹۷۱) فرد ضمن قبول نکردن واقعیت و جذب شدن در فرایند افکار غیرمنطقی در برتری جویی مفرط خود مبتلا به عوارضی نسبتاً شدیدی می‌شود که اغلب آن را اختلال عاطفی می‌نامند. به عقیده وی توسل به این عقاید به اضطراب، اختلالات عاطفی و ناراحتی روانی منجر می‌شود (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۶). از این رو تا زمانی که تفکر غیرمنطقی جریان دارد اختلالات عاطفی نیز به قوت خود باقی خواهد بود. فردی که خود را اسیر و گرفتار افکار غیرمنطقی خود می‌کند احتمالاً خود را در حالت احساس خشم، مقاومت، خصومت، دفاع، گناه، اضطراب، سستی و رخوت مفرط، عدم کنترل و ناچاری قرار می‌دهد (تقی پور، ۱۳۷۸). به طور خلاصه می‌توان گفت که تصورات کاملاً غلط و اشتباه درباره امورات روزمره باعث به وجود آمدن باورهای غیرواقعی و غیرمنطقی خواهد شد (عزیزی، ۱۳۸۵) و افرادی که بر باورهای غیرمنطقی تأکید می‌کنند در زندگی با مشکلات چندی روبه رو خواهند شد و برای آن‌ها دشوار است که به خشنودی دست یابند (هالین[2]، ۱۹۹۶). از سوی دیگر اگر فرد در برخورد با رویدادهای زندگی توانایی شناسایی شیوه‌های رویارویی سالم را نداشته باشد، در واکنش فعال نسبت به چالش‌های زندگی با دشواری روبه رو خواهد شد و برای حل مشکلات زندگی خود به رفتارهای انحرافی پناه می‌برد (کلینکه[3]، ۱۹۹۸).

الیس عوامل ناراحت کننده محیطی را رویدادهای فعال کننده A می‌نامد و اضافه می‌کند که این رویدادها به خودی خود تعیین کننده احساسات ما نیستند بلکه از سیستم باورهای ما که ممکن است منطقی و یا غیرمنطقی باشند گذشته و احساسات ما را رقم می‌زنند. باورهای غیرمنطقی خالق افسردگی، اضطراب و سایر احساسات منفی بیمارگونه هستند (سیاوشی و نوابی‌نژاد، ۱۳۸۳). نینن[4] (۱۹۹۳) در تحقیقی نشان داد که باورهای غیرمنطقی می‌توانند اثرات مخرب جدی در خانه یا محل کار داشته و در برخورد فرد با

1. Ellis
2. Hollin
3. Kleinke
4. Neenan

محیط اثر بگذارند. باورهای غیرمنطقی روی سلامتی هیجانی تأثیر می‌گذارند و افسردگی و غمگینی، خودآزاری و خود سرزنشی، پشیمانی و سایر اثرات عمیق هیجانی را به دنبال دارند. نیک سرشت (۱۳۸۰) نیز به این نتیجه رسید که باورهای غیرمنطقی پسران بزهکار بیشتر از پسران عادی است و باورهای غیرمنطقی دختران بزهکار بیشتر از دختران عادی است. بین باورهای غیرمنطقی زوجین و سطح تحصیلات آنان رابطه معنادار مشاهده نشد (به نقل از تختی، ۱۳۸۰). لیرد[1] (۱۹۹۹) بیان می‌کند افرادی که دارای باورهای غیرمنطقی هستند معمولاً به شیوه اجتنابی با تعارضات ارتباطی برخورد می‌کنند.

یکی از تفکرات در مورد اعتیاد و گرایش به مواد مخدر این بود که افراد فقیر به سوء استفاده از مواد (اعتیاد) مبتلا می‌شدند اما امروزه هر فردی با توجه به شرایط بالقوه فردی، اجتماعی، جنسیتی (مردان بیشتر از زنان به آن دچار می‌شوند) و نژادی آمادگی ابتلا به این بیماری را دارند. در چند دهه اخیر مشکلات دارویی و سوء مصرف مواد از طبقات پایین جامعه به طبقات متوسط نیز سرایت کرده است (گیدون[2]، ۲۰۰۹). از علل و عوامل گرایش افراد به اعتیاد می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: استرس پس از ضربه (لانگ لند[3]، دریجرر[4] و برینک[5]، ۲۰۰۴)، اوضاع خانوادگی نظیر خشونت خانوادگی، مصرف بالای مواد مخدر توسط مردان یا زنا با محارم (راشل[6] و رونیت[7]، ۲۰۰۶)، تکانشگری و رفتارهای پر خطر، افسردگی، استرس و رفتارهای غیرمنطقی (کلورینـدا[8]، کاماتا[9] و ناگوشی[10] ۱۹۹۵)، ویژگی‌های زیست شناختی و فرهنگی- اجتماعی (اندرو[11]، چنگ[12] و چن[13]، ۱۹۹۵)،

1. Lird
2. Gideon
3. langeland
4. Draijer
5. Brink
6. Rachel
7. Ronit
8. Clorinda
9. Camatta
10. Nagoshi
11. Andrew
12. Cheng
13. Chen

سال پنجم، شماره ۱۷، بهار ۱۳۹۰
Vol. 5, No. 17, Spring 2011

آوارگی، ضعف اقتصادی و بی‌خانمانی (انجمن ملی افراد بی‌خانمان[1]، ۲۰۰۷)، اختلالات روان‌پزشکی (افسردگی و اضطراب)، بیماری‌های جسمی (پورافکاری، ۱۳۸۲)، اعتماد به نفس پایین، عدم ابراز وجود، عدم توانایی نه گفتن در مقابل فشار همسالان و دوستان، تزلزل در تصمیم‌گیری، گوشه گیری و انزوا طلبی، نگرش مثبت به مواد، عدم مسئولیت پذیری، عدم تحمل ناکامی و شکست، تکانشگری، عدم پایبندی مذهبی و باورهای نادرست در مورد مصرف مواد (رحیمی موقر، ۱۳۷۸)، تحریک پذیری بالا برای نشاط، اختلال‌های عاطفی پیش رونده مانند کج خلقی، افسردگی، بی‌تفاوتی و عاطفه لغزنده، اشکال شایع هیستریک، تهییج پذیری، اختلال عملکرد روانی- اجتماعی، علائق کاهش یافته، هیجان غیرطبیعی، اختلال کنترل تکانه، کاهش اخلاق و منطق و فراموشی زودگذر(کوزلو[2] و روخلینا[3]، ۲۰۰۰).

بنابراین، با توجه به علل گرایش افراد به اعتیاد و مواد مخدر و همچنین خصوصیات افراد معتاد از قبیل خود بزرگ بینی، غرور، خود محوری، احساسات کنترل نشده، عدم تصمیم گیری صحیح، عدم اعتقاد منطقی به نیروی برتر از خود، نداشتن انگیزه برای انجام کارهای درست، رنجش زیاد نسبت به اطرافیان (خانواده، دوستان، فامیل و اجتماع)، کینه و تنفر عمیق، داشتن احساس گناه و خجالت، عدم روابط صحیح و منطقی، روابط جنسی نادرست و سوء استفاده از اطرافیان که باعث گسترش باورهای غیرمنطقی در افراد معتاد می‌شوند (نیک صالحی، ۱۳۸۷) و با توجه به این که بین باورهای غیر منطقی با اضطراب موقعیتی و موقعیت‌های استرس‌زا (مالوف[4]، شوت[5] و مک‌کللند[6]، ۱۹۹۲)، بی‌ثباتی هیجانی و الگوهای ناسازگارانه (ساوا[7]، ۲۰۰۹)، شرایط استرس زا و اضطراب (داویسون[8]، فلدمن[9] و اسبورن[10]، ۱۹۸۴)، اختلالات هیجانی (فرانک[11]، ویکر[12]،

1. National Coalition for the Homeless
2. Kozlov
3. Rokhlina
4. Malouff
5. Shutte
6. Mc Clelland
7. Sava
8. Davison
9. Feldman
10. Osborn
11. Frank
12. Wicker

ریچاردسون[1] و لامبرت[2] ۱۹۸۵)، استرس، افسردگی و خلق افسرده (زنتا گوتی[3] و فریمن[4]، ۲۰۰۷) و حتی با عدم رضایت شغلی (امینی، ۱۳۷۶) رابطه وجود دارد و این که باورهای غیرمنطقی موجب آشفتگی خواهد شد (بیابانگرد، ۱۳۷۳) اهمیت انجام چنین مطالعه‌ای روشن می‌شود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

روش پژوهش از نوع علّی- مقایسه‌ای[5] است. جامعه آماری این پژوهش شامل همه افراد عادی و معتادی است که در زمان اجرای تحقیق (پاییز ۱۳۸۸) در شهرستان مهاباد سکونت داشته‌اند. از این جامعه بر اساس روش نمونه گیری در دسترس ۱۲۰ نفر (۶۰ نفر معتاد و ۶۰ نفر عادی) در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال انتخاب شدند.

روش انتخاب افراد نمونه به این شکل بود که پژوهشگران افراد معتادی را که به مراکز ترک اعتیاد در سطح شهرستان و انجمن‌های ترک اعتیاد مراجعه می‌کردند را شناسایی و بعد از کسب موافقت از آن‌ها پرسش‌نامه در اختیارشان قرار داده می‌شد و در حضور پژوهشگر پرسش‌نامه را تکمیل می‌کردند. برای آزمودنی‌های بی‌سواد پرسش‌نامه سؤال به سؤال خوانده می‌شد و پاسخ‌ها در پاسخ‌نامه ثبت می‌گردید. افراد عادی نیز به طور در دسترس و مطابق با ویژگی‌های نمونه افراد معتاد انتخاب شدند.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی سن گروه‌های نمونه

شاخص‌های توصیفی	کل آزمودنی‌ها	آزمودنی‌های معتاد	آزمودنی‌های عادی
میانگین	۲۳/۴۲	۲۳/۴۷	۲۳/۳۸
میانه	۲۳	۲۳/۵۰	۲۳
مد	۱۸	۱۸	۱۸

1. Richardson
2. Lambert
3. Szentagotai
4. Freeman
5. Casual-comparative

سال پنجم، شماره ۱۷، بهار ۱۳۹۰
Vol. 5, No. 17, Spring 2011

شاخص‌های توصیفی آزمودنی‌ها به تفکیک تحصیلات در جدول ۲ ارائه شده.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی گروه‌های نمونه به تفکیک تحصیلات

تحصیلات	کل	کل٪	معتاد	معتاد٪	عادی	عادی٪
بی سواد و ابتدایی	۲۶	۲۱/۷	۱۹	۳۱/۷	۷	۱۱/۷
راهنمایی و دبیرستان	۱۷	۱۴/۲	۱۲	۲۰/۰	۵	۸/۳
دیپلم	۴۷	۳۹/۱	۲۲	۳۶/۶	۲۵	۴۱/۷
دانشجو و بالاتر	۳۰	۲۵/۰	۷	۱۱/۷	۲۳	۳۸/۳
کل	۱۲۰	۱۰۰/۰	۶۰	۱۰۰/۰	۶۰	۱۰۰/۰

همچنین شاخص‌های توصیفی آزمودنی‌ها به تفکیک سطح اقتصادی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی گروه‌های نمونه به تفکیک سطح اقتصادی

سطح اقتصادی	کل	کل٪	معتاد	معتاد٪	عادی	عادی٪
خیلی خوب	۱۷	۱۴/۲	۸	۱۳/۳	۹	۱۵/۰
خوب	۵۳	۴۴/۲	۲۵	۴۱/۷	۲۸	۴۶/۷
متوسط	۳۴	۲۸/۳	۱۷	۲۸/۳	۱۷	۲۸/۳
ضعیف	۱۶	۱۳/۳	۱۰	۱۶/۷	۶	۱۰/۰
کل	۱۲۰	۱۰۰/۰	۶۰	۱۰۰/۰	۶۰	۱۰۰/۰

سال پنجم، شماره ۱۷، بهار ۱۳۹۰
Vol. 5, No. 17, Spring 2011

ابزار

پرسشنامهٔ باورهای غیرمنطقی[1]: این پرسشنامه توسط جونز[2] (۱۹۶۹) و براساس نظریه الیس برای اندازه‌گیری و سنجش عقاید غیرمنطقی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای صد سؤال بوده و از ده زیر مقیاس تشکیل شده است. هر زیر مقیاس در بردارنده ده پرسش است. درجه بندی پرسش‌ها بر پایه مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت است و آزمودنی میزان موافقت یا مخالفت خود را با توجه به درجات (به شدت مخالف، تا حدی مخالف، نه مخالف و نه موافق، تا حدی موافق و به شدت موافق) مشخص می‌کند. برای

1. irrational beliefs questionnaire
2. Jones

نمره‌گذاری هر مقیاس کلید تهیه شده است. در هر مقیاس نمره بالا نشان دهنده شدت باور غیرمنطقی است. نمره کل باورهای غیرمنطقی از جمع جبری همه نمره‌های خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید. نمره بالا در این آزمون نشان دهنده باور غیرمنطقی بیشتر است.

جونز (۱۹۶۹) اعتبار[1] کل پرسشنامه به روش بازآزمایی را ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ گزارش نموده است. تقی‌پور (۱۳۷۸) با استفاده از روش آلفای کرونباخ اعتبار پرسشنامه را ۰/۷۱، داوودی (۱۳۷۸) ۰/۶۸، سودانی (۱۳۷۵) ۰/۷۹ و وزیری و لطفی (۱۳۷۶) ۰/۸۲ به دست آوردند. همچنین دوناپوش (۱۳۷۷) با بررسی روایی همگرا[2] همبستگی بین پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک محاسبه و ضریب همبستگی ۰/۸۲ به دست آورد (به نقل از پور شایگان، حسینیان و یزدی، ۱۳۸۳).

همچنین همبستگی پرسشنامه باورهای غیرمنطقی با پرسشنامه کنترل درونی- بیرونی ۰/۲۴، با مقیاس شکست- پیروزی ۰/۲۷، با پرسشنامه بیان خود ۰/۴۳- به دست آمده است.

یافته‌ها

آماره های توصیفی شامل میانگین، میانه، مد، انحراف استاندارد، واریانس، چولگی، کشیدگی، دامنه تغییرات، حداقل نمره، حداکثر نمره و تعداد نفرات به تفکیک گروه‌ها در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴: آماره‌های توصیفی باورهای غیرمنطقی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه

گروه‌ها	میانگین	میانه	مد	انحراف استاندارد	واریانس	چولگی	کشیدگی	دامنه تغییرات	حداقل نمره	حداکثر نمره	تعداد
کل	۳۲۲/۲	۳۱۱/۵	۲۹۹	۴۳/۵۲	۱۸۹۳/۸	۰/۴۰	-۰/۶۷	۱۷۳	۲۴۲	۴۱۵	۱۲۰
معتاد	۳۵۳/۳	۳۵۳/۰	۲۹۹	۳۵/۶۳	۱۲۶۹/۲	۰/۰۳	-۱/۲۷	۱۲۵	۲۹۰	۴۱۵	۶۰
عادی	۲۹۱/۱	۲۹۴/۰	۲۵۰	۲۴/۰۹	۵۸۰/۲	۰/۰۲	۰/۰۳	۱۱۲	۲۴۲	۳۵۴	۶۰

برای بررسی تفاوت میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی در گروه عادی و معتاد از آزمون t مستقل استفاده شد.

1. reliability
2. convergent validity

سال پنجم، شماره ۱۷، بهار ۱۳۹۰
Vol. 5, No. 17, Spring 2011

جدول ۵: نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی گروه معتادان با گروه عادی

F لون	معناداری	آمارهٔ t	درجه آزادی	معناداری	تفاوت میانگین‌ها
۱۵/۲۶۵	۰/۰۰۰۵	۱۱/۲۱۲	۱۰۳/۶۱۶	۰/۰۰۱	۶۲/۲۵

نتایج به دست آمده (جدول فوق) نشان می‌دهد که بین میانگین باورهای غیرمنطقی افراد عادی (۲۹۱/۱۰) و افراد معتاد (۳۵۳/۳۱) تفاوت معنی‌داری (P<۰/۰۰۱) وجود دارد (باورهای غیرمنطقی افراد معتاد بیشتر از افراد عادی است).

برای بررسی این که آیا بین میانگین نمره باورهای غیرمنطقی افراد معتاد بر حسب تحصیلات تفاوت معناداری وجود دارد از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس یکراهه استفاده شد.

جدول ۶: آماره‌های توصیفی و استنباطی تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت نمره‌های باورهای غیرمنطقی افراد معتاد با توجه به سطح تحصیلات

آزمودنی‌ها		باورهای غیر منطقی			تجزیه و تحلیل واریانس یکراهه					
آزمودنی	تحصیلات	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مجموع مجذورات بین گروه‌ها	مجموع مجذورات درون گروه‌ها	میانگین مجذورات بین گروه‌ها	میانگین مجذورات درون گروه‌ها	آماره F	معناداری
معتاد	بی‌سواد و ابتدایی	۱۹	۳۷۱/۴	۲۹/۵۹	۲۱۹۹۰/۳۹۹	۵۲۸۹۵/۰۳۵	۷۳۳۰/۱۰۰	۹۴۴/۵۵	۷/۷۶	۰/۰۰۱
	راهنمایی و دبیرستان	۱۲	۳۵۹/۲	۳۲/۴۸						
	دیپلم	۲۲	۳۴۹/۳	۳۴/۴۵						
	دانشجو و بالاتر	۷	۳۰۷/۰	۱۰/۰۸						
	کل	۶۰	۳۵۳/۳	۳۵/۶۳						

نتایج به دست آمده (جدول ۶) نشان می‌دهد که بین میانگین نمره باورهای غیرمنطقی افراد معتاد براساس تحصیلات تفاوت معنی‌داری (P<۰/۰۰۱) وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که میانگین نمرات باورهای غیر منطقی افراد دارای تحصیلات

ابتدایی و بی‌سواد بیشتر از سایر گروه‌هاست. همچنین افراد معتاد دانشجو و بالاتر نمرات پایین تری در باورهای غیر منطقی نسبت به سایر گروه‌ها داشته‌اند. این در حالی است که در گروه عادی، تفاوت معناداری با توجه به تحصیلات در نمرات باورهای منطقی به دست نیامد.

همچنین برای بررسی این که آیا بین میانگین نمره‌های باورهای غیرمنطقی افراد معتاد برحسب وضعیت اقتصادی تفاوت وجود دارد از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد

جدول ۷: آماره‌های توصیفی و استنباطی تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت نمره‌های باورهای غیرمنطقی افراد معتاد با توجه به وضعیت اقتصادی

آزمودنی‌ها		باورهای غیر منطقی			تجزیه و تحلیل واریانس یکراهه					
آزمودنی	وضعیت اقتصادی	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مجموع مجذورات بین گروه‌ها	مجموع مجذورات درون گروه‌ها	میانگین مجذورات بین گروه‌ها	میانگین مجذورات درون گروه‌ها	F	معناداری
معتاد	خیلی خوب	۸	۳۲۱/۰	۲۳/۴۰	۱۴۶۸۶/۸۳	۶۰۱۹۸/۵۰	۴۸۹۵/۶۱	۱۰۷۴/۹۷	۴/۵۵	۰/۰۰۶
	خوب	۲۵	۳۵۲/۱	۳۶/۴۱						
	متوسط	۱۷	۳۵۵/۸	۳۳/۱۲						
	ضعیف	۱۰	۳۷۸/۲	۲۷/۸۹						
	کل	۶۰	۳۵۳/۳	۳۵/۶۳						

نتایج نشان داد که بین میانگین نمره باورهای غیرمنطقی افراد براساس وضعیت اقتصادی در افراد معتاد تفاوت معناداری ($F= ۴/۵۵ \ \& \ P < ۰/۰۱$) وجود دارد. آزمون تعقیبی توکی نشان داد نمرهٔ باورهای غیر منطقی افراد دارای وضعیت اقتصادی ضعیف بالاتر از سایر گروه‌های می‌باشد.

همچنین نتایج نشان داد که بین میانگین باورهای غیر منطقی در افراد عادی با توجه به وضعیت اقتصادی خیلی خوب (۲۸۹/۱)، خوب (۲۹۹/۱)، متوسط (۲۸۱/۵) و ضعیف (۲۸۳/۷) تفاوت معنا داری وجود ندارد ($F = ۲/۲۷ \ \& \ P> ۰/۰۵$).

سال پنجم، شماره ۱۷، بهار ۱۳۹۰
Vol. 5, No. 17, Spring 2011

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین باورهای غیرمنطقی افراد عادی و افراد معتاد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این نتیجه با نتیجه نیک‌سرشت (۱۳۸۰) همسو است. باورهای غیر منطقی در افراد معتاد ناشی از شرمساری، احساس گناه و تقصیر بین فردی است (مهان[1] و همکاران، ۱۹۹۶). ناتوانی در ابراز همدلی، نبود درک نسبی زمان و عدم احساس مسئولیت در تصمیم گیری از ویژگی‌های افراد معتاد است. (یاکلسون[2] و سیمنو[3]، به نقل از هالین، ۱۹۹۶). به نظر می‌رسد که باورهای غیر منطقی و اراده مختل نتیجه اختلال شناختی است که ناتوانی در انتخاب عمل مناسب و اثرات منفی رفتارهای افراد معتاد را افزایش می‌دهد (کمپبل[4]، ۲۰۰۳). آن چه به نظر می‌رسد این است که افراد معتاد با توجه به داشتن رفتارهای تکانشگری و پر خطر، داشتن بیماری‌های روانی، اعتماد به نفس پایین‌تر، عدم ابراز وجود، عدم توانایی نه گفتن در مقابل فشار همسالان و دوستان، تزلزل در تصمیم‌گیری، گوشه گیری و انزوا طلبی، عدم مسئولیت پذیری، عدم تحمل ناکامی و شکست، عدم پایبندی مذهبی و باورهای نادرست در مورد مصرف مواد و سایر رفتارها در مقایسه با افراد عادی، بیشتر در معرض باورهای غیرمنطقی قرار می‌گیرند و به سوی اعتیاد گرایش پیدا می‌کنند.

همچنین با توجه به نتایج تحقیق بین میانگین نمره باورهای غیرمنطقی افراد معتاد براساس تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود دارد (میانگین نمره باورهای غیرمنطقی افراد دارای تحصیلات ابتدایی و بی‌سواد بیشتر از سایر گروه‌ها است). بین میانگین نمره باورهای غیرمنطقی افراد عادی براساس تحصیلات تفاوت معناداری یافت نشد. این یافته همسو با نتیجه تختی (۱۳۸۰) و امینی (۱۳۷۶) است. می‌توان گفت که امروزه هر فردی با توجه به شرایط بالقوه فردی، اجتماعی، جنسیتی و نژادی آمادگی ابتلا به اعتیاد را دارد

1. Meehan
2. Yakelson
3. Simno
4. Campbell

(گیدون، ۲۰۰۹). با توجه به افزایش ریسک خودکشی در افراد معتاد (روسو [1] و آموندزن [2]، ۱۹۹۵ و آکچی [3]، ایوازاکی [4]، یوچیتومی [5] و سوگان [6]، ۲۰۰۶) و عقاید غیر منطقی در مورد آن که نمی‌توان آن را به آسانی ترک کرد (بورلند [7] و همکاران، ۲۰۰۴) لزوم توجه جدی به پیشگیری از اعتیاد حایز اهمیت است. همچنین با توجه به این که افراد می‌توانند از طریق دگرگون ساختن باورهای خود، رفتار و احساساتشان را تغییر دهند (آزاد، ۱۳۷۵)، لذا باورهای غیرمنطقی را باید با ملاحظات آموزشی با باورهای منطقی جایگزین کرد.

نظر به انتخاب افراد نمونه به صورت در دسترس و از جامعه‌ای که نمونه از آن انتخاب شده (شهرستان مهاباد)، تعمیم یافته‌ها به جامعه‌های دیگر بایستی با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود مهارت‌های برخورد با واقعیت‌ها و مسایل و مشکلات و افزایش آگاهی و توان بیشتر برای انتخاب گزینه‌های درست‌تر آموزش داده شده و همچنین مسائل و زمینه‌های باورهای غیرمنطقی در افراد معتاد شناسایی شوند.

منابع

اتکینسون، ریتا؛ هیلگارد، ارنست روپیکوت (۱۳۶۸). **زمینه روان‌شناسی هیلگارد.** ترجمه محمد نقی براهنی و همکاران، چاپ دوم. تهران: نشر سمت.

آزاد، حسین (۱۳۷۵). **تحلیلی بر روش درمانگری آلبرت. الیس.** اولین سیمنار مشاوره و راهنمایی در ایران.

الیس، آلبرت و همکاران (۱۳۷۵). **زوج درمانی.** ترجمه جوادصالحی فدری؛ سید امیر امین یزدی، تهران: انتشارات میثاق.

امینی، جعفر (۱۳۷۶). **تأثیر تفکرات غیرمنطقی در مدارس متوسطه سنندج بر میزان رضایت شغلی معلمین.** پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.

بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۷۳). **بررسی مفاهیم منبع کنترل، عزت نفس و پیشرفت تحصیلی در پسران دانش آموز سال سوم.** پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه علامه طباطبایی.

پور افکاری، نصرت ا.. (۱۳۸۲). **خلاصه روانپزشکی.** چاپ پنجم. تهران: انتشارات رشد.

1. Rossow
2. Amundsen
3. Akechi
4. Iwasaki
5. Uchitomi
6. Tsugane
7. Borland

پور شایگان، مهر اندوخت؛ حسینیان، سیمین؛ یزدی، سیده منور (۱۳۸۳). رابطه باورهای غیرمنطقی با میزان رضایت شغلی مشاوران دبیرستان‌های شهر تهران. **تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره جلد ۴،** شماره ۱۴.

تختی، معصومه (۱۳۸۰). **بررسی و مقایسه باورهای غیر منطقی و رضامندی زناشویی زوجین شاغل با سطح تحصیلی دیپلم و زیر دیپلم، لیسانس و بالاتر**. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.

تقی پور، منوچهر (۱۳۷۸). **بررسی و مقایسه باورهای غیرمنطقی در اختلالات روان تنی با افراد بهنجار.** پایان نامه ارشد مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی.

رحیمی آفرین، موقر (۱۳۷۸). **راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد.** تهران: نشر آموزش.

سیاوشی، حسین؛ نوابی نژاد، شکوه (۱۳۸۳). رابطه بین الگوهای ارتباط زناشویی و باورهای غیرمنطقی دبیران دبیرستان‌های ملایر. **تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره،** جلد ۴ شماره ۱۵.

شعاری نژاد، علی اکبر (۱۳۶۴). **روان‌شناسی رشد.** چاپ سوم. تهران: نشر رشد.

شفیع آبادی، عبدالله؛ ناصری، غلام‌رضا (۱۳۸۶). **نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی.** تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

شیرزاد، حکیمه (۱۳۸۸). **بررسی رابطه سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مردم ۵۰-۲۰ساله شهر ساری.** سایت /http://shirzad-hakimeh.persianblog.ir

عزیزی، سارا (۱۳۸۵). **مقاله باورهای غلط و غیرمنطقی در ارتباط با آسیب نخاعی**. برگرفته شده از اینترنت. انتشارات مرکز جانبازان.

نیک سرشت، مژگان (۱۳۸۰). **مقایسه هیجان خواهی و باورهای غیرمنطقی در نوجوانان عادی و بزهکار (دختر و پسر) شهر تهران.** پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.

نیک صالحی، عباس (۱۳۷۸). **باورهای غیرمنطقی در معتادان.** سایت http://www.niksalehi.com

Akechi, T. Iwasaki, M., Uchitomi, Y., and Tsugane, SH. (2006). Alcohol consumption and suicide among middle-agedmen in Japan. **BRITISH JOURNAL OF P SYCHIATRY.** Vol 188 , pp231 – 236.

Andrew T., Cheng, A., and Wei J. Chen. (1995). Alcoholism among Four Aboriginal Groups in Taiwan: High Prevalences and Their Implications. Alcoholism: **Clinical and Experimental Research**, 19, 1, 81–91.

Borland, R., Yong, H, H., King, B., Michael, K., Geoffrey, C., Fong, T., Marshall, T, E., Hammond, D., and McNeill, A. (2004). Use of and beliefs about light cigarettes in four countries: Findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. **Nicotine & Tobacco Research,** 6, 3. 311–321.

Campbell, W.G. (2003**). Addiction: A Disease of Volition Caused by a Cognitive Impairment**. http://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2003/ november/ campbell.asp

Clorinda, D., Camatta,. C., and Nagoshi, T. (1995). Stress, Depression, Irrational Beliefs, and Alcohol Use and Problems in a College Student Sample. *Alcoholism:* **Clinical and Experimental Research,** 19, 1, 142–146.

Davison, G. C., Feldman. P, M., and Osborn C, E. (1984). rticulated Thoughts, Irrational Beliefs, and Fear of Negative Evaluation. **Cognitive Therapy and Research,** 8, 4. 349-362.

Frank W. Wicker., Frank C. Richardson., Frank B. Lambert. (1985). Differential Correlates of Irrational Belief. **Journal of Personality Assessment**, 49, 2. 161–167.

Gideon, L. (2009). **Substance Abusing Inmates(Experiences of Recovering Drug Addicts on their Way Back Home).** Springer New York Dordrecht Heidelberg London.

Hollin, C. L. (1996). **Psychology and crime: An introduction to criminological psychology** (5th. ed.). London: Routledge.

Jones, R. G. (1969). **A factorial measure of Ellis's irrational belief system, with personality and malajustement correlates.** Dissertation Abstracts International, 29, 4379-4380

Kleinke, L. S. (1998). **Coping with life challenges** (2nd. ed.).New York: Brooks/ Cole Publishing Company.

Kozlov, A. A., & Rokhlin, M, L. (2000). Addictive personality. **Neurology and Psychiatry,** 100, 23-27.

Kranzler, H, R., and Li, T, K., (2008). What Is Addiction? **Alcohol Research & Health**. 31, 2. 3 – 96.

Langeland, W., Draijer, N., and van den Brink, W. (2004). Psychiatric co morbidity in treatment- seeking alcoholics: the role of childhood trauma and perceived parental dysfunction. **Alcohol Clin Express. 28(3): 441-7.**

Lird, M. N. (1999). The relationship between irrational belifs and emotions and communication in couples. **Journal of family theraphy**, 3. 202 – 217.

Malouff, J. M., Schutte, N. S., and McClelland, T. (1992). Examination of the relationship between irrational beliefs and state anxiety. **Personality and Individual Differences.** 13, 4. 451-456.

Meehan, W., Connor, L. Y, O., Berry, J. W., Weiss, J., Morrison, A., and Acampora, A. (1996). Guilt, Shame, and Depression in Clients in Recovery form Addiction. **Journal of psychoactive drugs,** 28 (2). 125 – 134.

National Coalition for the Homeless. (2007). Addiction Disorders and Homelessness. Website: http://www.nationalhomeless.org

Neenan, M. (1993). **Rational emotion therapy at work.** http://www.isma. Org.uk/stresriw/ratmot.htm.

Rachel, W., and Ronit, Sh. (2006). Perceived Causal and Treatment Factors Related to Substance Abuse: Gender Differences. **European addiction research**, 12, 2. 109-112.

Rossow, I., and Amundsen, A. (1995). Alcohol abuse and suicide: a 40-year prospective study of Norwegian conscripts. **Addiction,** 90(5):685-91.

Sava, F. A. (2009). Maladaptive Schemas, Irrational Beliefs, And Their Relationship With The Five-Factor Personality Model. **Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies,** 9, 2, 135-147.

Szentagotai, A., and Freeman, A. (2007). An Analysis of The Relationship Between Irrational Beliefs And Automatic Thoughts In Predicting Distress. **Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies.**