

اثر بخشی دوره‌های ترک اعتیاد پرهیزمدار - ایمانمدار بر خودکارآمدی عمومی و مقابله با مشکلات

حسین نظری شاکر^۱، رضوان حکیم‌زاده^۲، مصطفی معظمی گودرزی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۰۹/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۱۰/۱۰

چکیده

هدف: یکی از عناصر تاثیرگذار در زندگی هر فردی، سطح خودکارآمدی او است. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی دوره‌های ترک اعتیاد پرهیزمدار-ایمانمدار بر خودکارآمدی عمومی و مقابله با مشکلات افراد مراجعه کننده برای ترک وابستگی به مواد مخدر در شهر تهران است. **روش:** در یک طرح شبه آزمایشی ۸۰ نفر از مراجعه کنندگان به دوره‌های ترک اعتیاد ایمانمدار-پرهیزمدار، به روش سرشماری انتخاب شدند و با استفاده از پرسشنامه‌های خودکارآمدی عمومی جروسالم و شوارتز و مقابله با مشکلات چسنی و همکاران در دو مرحله قبل و بعد از ورود به این دور مورد مطالعه قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج آزمون t برای دو گروه وابسته نشان داد که دوره‌های ترک اعتیاد ایمانمدار-پرهیزمدار، تأثیر معناداری بر روی مهارت‌های متوقف ساختن افکار و هیجان‌ات منفی و کسب حمایت از جانب دوستان و همکاران داشته است. **نتیجه گیری:** یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های مشابه همسو است و اشاره می‌کند که با تدابیر آموزشی مناسب می‌توان باورهای خودکارآمدی افراد را بهبود و افزایش داد.

کلیدواژه‌ها: خودکارآمدی عمومی، خودکارآمدی مقابله با مشکلات، دوره‌های ترک اعتیاد معتادان گمنام

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد رشته تحقیقات آموزشی. پست الکترونیکی: nazari.shake@gmail.com

۲. استادیار دانشگاه تهران

۳. کارشناسی ارشد رشته آموزش بزرگسالان

مقدمه

در طی ۲۰ سال گذشته، باورهای خودکارآمدی افراد توجه زیادی را در آموزش و روان‌شناسی به خود جلب کرده است و در سال‌های اخیر یک حوزه به عنوان خودکارآمدی عمومی از آن به وجود آمده است. خودکارآمدی عمومی به ادراک فرد در مورد توانایی‌هایش برای انجام وظایف در موقعیت‌های مختلف اشاره دارد (جاد، فرز و بونو^۱، ۱۹۹۸). بنابراین خودکارآمدی یک اصطلاح و باور مرتبط با موقعیت است. برخی از محققان می‌گویند که خودکارآمدی نقش واسطه‌ای بین محیط و انجام وظایف مرتبط با خودکارآمدی دارد (ادن^۲، ۱۹۸۸، ۲۰۰۱).

بندورا در سال ۱۹۷۷ بیان کرد که انتظارات کارایی، تلاش و پافشاری افراد را در جهت رسیدن به هدف تعیین می‌کند و در سال ۱۹۸۹ پا را فراتر از باورهای خودکارآمدی مربوط به وقایع خاص گذاشت و بیان کرد که افراد می‌توانند در مقابل موقعیت‌های مشکل نیز استقامت داشته باشند. این باور که باورهای خودکارآمدی ممکن است تنها با رفتارهای خاص مرتبط باشد دچار تحول شد و متغیرهایی چون، مقابله با مشکلات، در مقیاس خودکارآمدی (ادوارد و همکاران^۳، ۲۰۰۰؛ آندرسن و همکاران^۴، ۱۹۹۵؛ لیکنر و کروسل^۵، ۱۹۹۳) وارد شد (نیکلاس^۶، ۲۰۰۷).

مطابق نظر بندورا (۱۹۹۷) خودکارآمدی دارای سه قسمت مقدار، قدرت و عمومیت یا وسعتی که باورها به کار می‌روند است. نتایج تحقیقات نیکلاس (۲۰۰۷) نشان می‌دهد که سطح خودکارآمدی عمومی با سطح اضطراب فرد رابطه دارد و با بالا رفتن آن عملکرد افراد در مواجهه با مسائل تغییر می‌کند. مفهوم خودکارآمدی یک نقش اساسی در کاربرد رویکردهای شناختی و رفتاری برای فهمیدن و معالجه رفتارهای اعتیادی و پرخطر است. بندورا (۱۹۹۵) خودکارآمدی را باور و توانایی یک نفر در سازمان‌دهی و اجرا کردن دوره‌هایی که نیازمند عمل برای مدیریت موقعیت‌های مربوط به آینده است می‌نامد. در بحث اعتیاد یک موضوع اصلی این است که فرد بتواند تغییراتی را به وجود آورد و از بازگشت و یا عود کردن رفتار اعتیادی خود جلوگیری کند (بندورا، ۱۹۹۲). یک موضوع

اصلی در مصرف مواد مخدر این است که خودکارآمدی افراد باروشهای معالجه رابطه دارد و هر یک از این متغیرها نقش تعیین کننده‌ای در نتیجه کار خواهد داشت (آنیس و داویس^۱، ۱۹۸۸؛ بورلینگ، ریلی، مولتنن زیف^۲، ۱۹۸۹؛ دی کلمنت^۳، ۱۹۸۹؛ مسی کی، مستوو و اوفارل^۴، ۱۹۹۳؛ ریچتاریک، پریو، رپ و ینگ^۵، ۱۹۹۲؛ سیتاران و کاواناک^۶، ۱۹۹۰؛ سولومون و آنیس^۷، ۱۹۹۰؛ استفان، ورتز و رفمن^۸، ۱۹۹۳). مطالعات کمی این نتیجه را داشته‌اند که خودکارآمدی پایین با عود و بازگشت بیماری رابطه ندارد (مورسر^۹، ۱۹۹۳؛ پاول و همکاران^{۱۰}، ۱۹۹۳). مارلت و همکاران^{۱۱} (۱۹۹۵) خودکارآمدی را برای آشکارسازی و تغییرات بعدی در رفتار معتادان به مواد مخدر به موارد زیر تقسیم می‌کند.

۱- خودکارآمدی مربوط به مراحل اولیه شروع رفتار اعتیاد (خودکارآمدی پایداری و خودکارآمدی کاهش آسیب)؛

۲- انتخاب هدف برای تغییر (خودکارآمدی اقدام و جدیت)؛

۳- خودکارآمدی رفتار بدون اعتیاد (خودکارآمدی مقابله با مشکلات و خودکارآمدی بهبود و جبران).

بیشتر تحقیقات در مورد اعتیاد به روی اعتیاد به تنباکو و الکل صورت گرفته‌اند که هدف آن‌ها پیش‌بینی موقعیت‌های بحرانی و مقابله با مشکلات در موارد خاص بوده‌اند (موترسیل، مک داول، روزر^{۱۲}، ۱۹۸۸؛ ریست و والتز^{۱۳}، ۱۹۸۳). خودکارآمدی مقابله با مشکلات، باور یک فرد در مورد توانایی‌های مربوط به مقابله با استرس‌ها و مشکلات است که از طریق چهار فرایند بر رفتار افراد تأثیر می‌گذارد که عبارتند از: شناخت، انگیزش، محرک نفسانی، و انتخاب محیط (بندورا، ۱۹۹۷) که همه این فرآیندها ممکن است باعث بهبود یا ثبات استرس‌های روانی باشند (بنیت و بندورا، ۲۰۰۴). مطالعات نشان می‌دهد که خودکارآمدی مقابله با مشکلات بر روی عامل‌های شناختی تأثیر می‌گذارد و طرز تفکر افراد را در مورد استرس‌های روانی تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. چندین رویکرد بر این باور هستند که فاکتورهای شناختی ممکن است که در گسترش بی‌نظمی‌ها

1. Annis & Davis 2. Burling, Reilly, Moltzen, & Ziff 3. Di Clemente
4. McKay, Maisto & O'Farrell 5. Rychtarik, Prue, Rapp & King 6. Sitharthan & Kavanagh
7. Solomon & Annis 8. Stephens, Wertz & Roffman 9. Morser
10. Povwell 11. Marlatt 12. Mothersill, McDowell & Rosser
13. Rist & Watzl

واسترس‌های زندگی دخالت داشته باشند (بروین، دالگیش و جزف، ۱۹۹۶؛ اهلرز و ولرک، ۲۰۰۰؛ فوارتوم، ۱۹۹۸؛ هوروویز، ۱۹۷۶؛ بولمن^۱، ۱۹۹۲) که در این راه بولمن (۱۹۹۲) بر باورهای مربوط به ارزش خود اشاره می‌کند و اهلرز^۲ (۲۰۰۰) بر روی احساس و ارزیابی افراد از تهدیدها، بویژه تهدیدات مربوط به آسیب‌روانی و گسترش اطلاعات در موارد صدمه‌رسان پرداخته است. مطالعات نشان می‌دهد که توانایی مقابله با مشکلات با توانایی مدیریت خود در مواقع بحران رابطه مثبتی دارد (سیسلاک، ۲۰۰۸).

خودکارآمدی عمومی به توانایی فردی برای مدیریت موقعیت‌های جدید، آغاز تلاش و پافشاری براهداف در مواردی است که فرد دارای چندین حق انتخاب است (شوارتز^۳، ۱۹۹۴؛ شرر و آدامز^۴، ۱۹۸۳؛ تن و سن^۵، ۲۰۰۴). لوزینسکا و همکاران^۶ (۲۰۰۵) در مطالعه بین فرهنگی خود دریافتند که افرادی که دارای خودکارآمدی بالایی هستند در مواردی چون دید بهتر داشتن نسبت به خود در جوانی و رضای بودن از عملکردهای فردی در زمینه‌هایی مانند باهوش بودن، سلامت جسمانی، پیشرفت تحصیلی، و مقابله با مشکلات نیز نمره بالاتری به دست می‌آورند. در حالی که عده‌ای از محققان (جاد، استنلی و مورفی^۷، ۱۹۷۷) خودکارآمدی عمومی را با عزت نفس، به دلیل همبستگی بالای بین این دو متغیر یکی در نظر گرفته‌اند، عده‌ای از روانشناسان (زیمرمن و کلر^۸، ۲۰۰۵؛ شن و همکاران^۹، ۲۰۰۴؛ گس و اسچوالب^{۱۰}، ۱۹۸۶) بین عزت نفس و خودکارآمدی عمومی تفاوت قائل شده‌اند. به طور خاص، عزت نفس به یک احساس کلی از ارزش خود گفته می‌شود (کوپراسمیت^{۱۱}، ۱۹۶۷؛ رزبرگ^{۱۲}، ۱۹۷۹) در حالی که خودکارآمدی عمومی به یک ارزیابی شناختی از توانایی‌ها برای شروع، پافشاری، اتمام وظیفه و رسیدن به هدف است (زیمرمن و کلر، ۱۹۸۳؛ شرر و آدامز، ۱۹۸۳).

در این پژوهش اثربخشی دوره‌های ترک اعتیاد پرهیزمدار-ایمان‌مدار بر خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی مقابله با مشکلات افراد مراجعه‌کننده به این دوره‌ها مورد مطالعه قرار گرفته است.

- | | | | |
|----------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 1. Bulman | 2. Ehlers | 3. Schowarzer | 4. Sherer & Adams |
| 5. Tong & Song | 6. Luszczynska | 7. Jude, Stanley & Schwalbe | 8. Zimmerman & cleary |
| 9. Chen | 10. Gecas & Schwalbe | 11. Coopersmith | 12. Resenberg |

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

در این پژوهش شبه‌آزمایشی جامعه شامل افراد مراجعه‌کننده به دوره‌های ترک اعتیاد پرهیزمدار-ایمان‌مدار در سطح شهر تهران بود. نمونه آماری این پژوهش را تعداد ۸۰ نفر از افراد مراجعه‌کننده برای ترک وابستگی به موادمخدر تشکیل می‌دادند. روش گردآوری اطلاعات در این پژوهش به این صورت بوده است که در ابتدای دوره از افراد در مورد خودکارآمدی عمومی و مقابله با مشکلات‌شان پیش‌آزمون گرفته شد و در پایان دوره ۲۸ روزی نیز با تکرار این آزمون بر روی افراد، اطلاعات جمع‌آوری و پردازش شد.

ابزار

۱- پرسشنامه خودکارآمدی عمومی: این پرسشنامه توسط جروسالم و شوارتز^۱ (۱۹۸۱) ساخته شده است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط مولفین ۰/۸۰ گزارش شده است.

۲- خودکارآمدی مقابله با مشکلات: این پرسشنامه توسط چسنی و همکاران (۲۰۰۶) با سه خرده‌مقیاس، راهکارهای مقابله مسئله‌مدار، متوقف‌ساختن افکار و هیجانات منفی و کسب حمایت از جانب دوستان و خانواده استفاده شده است. آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۷، ۰/۸۵ گزارش شده است.

یافته‌ها

وضعیت تاهل گروه نمونه در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی گروه نمونه با توجه به وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	تعداد	درصد
مجرد	۳۷	۴۶/۲
متاهل	۲۸	۳۵/۰
مطلقه	۱۵	۱۸/۸
کل	۸۰	۱۰۰

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود بیشترین درصد افراد مراجعه‌کننده به دوره ترک اعتیاد مجرد (۴۶/۲٪) بوده‌اند و افراد متأهل و مطلقه نیز هر یک به ترتیب با ۳۵/۰ و ۱۸/۸ درصد دوم و سوم بوده‌اند. همچنین، در مورد سابقه اعتیاد در خانواده نیز، ۵۱/۲ درصد از افراد اعلام کرده‌اند که در خانواده آن‌ها سابقه اعتیاد وجود داشته است و ۴۸/۸ درصد نیز اعلام کرده‌اند که سابقه اعتیاد به مواد مخدر در خانواده آن‌ها وجود نداشته است. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک نوع آزمون در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک نوع آزمون

پس آزمون		پیش آزمون		متغیرها	
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
۴/۴۱	۲۷/۰۵	۵/۰۹	۲۶/۴۹	۸۰	خودکارآمدی عمومی
۱۱/۵۷	۵۲/۱۱	۱۲/۵۵	۴۹/۶۲	۸۰	خودکارآمدی مقابله با مشکلات
۴/۳۷	۲۱/۷۹	۶/۴۰	۲۱/۶۲	۸۰	راهبردهای مقابله مسئله مدار
۳/۸۶	۱۴/۶۴	۴/۸۴	۱۱/۹۸	۸۰	کسب حمایت
۶/۷۶	۲۱/۲۷	۴/۹۱	۱۸/۷۶	۸۰	متوقف ساختن افکار منفی

آماره‌های توصیفی جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین‌های متغیرهای پژوهش در طول دوره دارای افزایش بوده است. به منظور بررسی تاثیر گروه نمونه از دوره‌های ترک اعتیاد پرهیزمدار-ایمان‌مدار از آزمون t برای دو گروه همبسته استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون t وابسته برای بررسی اثربخشی دوره‌های پرهیزمدار-ایمان‌مدار

متغیرها	آماره t	درجه آزادی	معناداری
خودکارآمدی عمومی	-۰/۸۳۰	۷۹	۰/۴۰
خودکارآمدی مقابله با مشکلات	-۱/۴۷۰	۷۹	۰/۱۴
راهبردهای مقابله مسئله مدار	-۰/۱۹۰	۷۹	۰/۸۴
کسب حمایت	-۳/۸۶۰	۷۹	۰/۰۰۰۵
متوقف ساختن افکار منفی	-۳/۱۵۰	۷۹	۰/۰۰۰۵

بحث و نتیجه‌گیری

کی و همکاران^۱ (۲۰۰۴) در مطالعات خود به این نتیجه رسیده‌اند که باورهای خودکارآمدی افراد نقش تعیین کننده‌ای در پرهیز از مصرف مواد مخدر، مانند الکل و هرئین دارد. همچنین، دیمل^۲ و همکاران (۲۰۰۵) نیز بر این باور می‌باشند که، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای هیجان مدار و مسئله مدار به افراد کمک می‌کند که خودکارآمدی آن‌ها رشد یابد و خودکارآمدی بالا می‌تواند افراد را نسبت به سوء مصرف مواد آگاه‌تر کرده و مانعی بر این کار باشد (دالان مارتین و روحسنو^۳، ۲۰۰۸). جعفری و همکاران (۱۳۸۸) نیز در مطالعه خود بر روی نوجوانان معتاد به این نتیجه رسیده‌اند که درمان‌های فرانظری و شناختی بر بهبود خودکارآمدی افراد در پرهیز از مصرف مواد مخدر، اثر بخشی خوبی دارد و خودکارآمدی افراد بعد از انجام پی‌گیری و مداخله می‌تواند افزایش نشان دهد.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که افرادی که به مراکز ترک اعتیاد پرهیزمدار-ایمان مدار، مراجعه کرده‌اند در سطح مهارت‌های کسب حمایت از جانب دوستان و خانواده و متوقف ساختن افکار منفی دارای نتایج خوبی بوده‌اند که این نتایج با نتایج به دست آمده از تحقیق بنکت و همکاران (۱۹۹۷) چسبی و همکاران (۲۰۰۳) و لوگوس و همکاران (۲۰۰۸) همسو بوده است. تفکر، احساسات و رفتارهای افراد تحت تأثیر سطح خودکارآمدی آن‌ها قرار دارد (بندورا، ۱۹۹۷). افرادی که از خودکارآمدی بالایی برخوردارند نسبت به زندگی خود احساس رضایت بیشتری می‌کنند و همچنین افرادی که از خودکارآمدی عمومی بالایی برخوردارند در مقابله با استرس‌ها و موقعیت‌های مشکل از توانایی بالایی برخوردارند (شوارتز و همکاران، ۲۰۰۵). نظریه خودکارآمدی بیان می‌کند که رفتارهای مقابله با مشکلات، تا حدی وابسته به انتظارات در مورد مدیریت و کنترل مشکلات است. برای مثال، افرادی که از خودکارآمدی مقابله با مشکلات بالاتری برخوردارند در مقابله با مشکلات، خیلی بهتر از افرادی که خودکارآمدی پایینی دارند رفتار می‌کنند (دلس^۴، ۱۹۸۷). بنابراین خودکارآمدی افراد یکی از مواردی است که در

رفتارهای پرخطر و اعتیاد آور نقش به‌سزایی دارد. مطالعات هایدی، هانکینز، دیل و مارتا^۱ (۲۰۰۸) نشان می‌دهد که با استفاده از راه‌هایی می‌توان باورهای خودکارآمدی افراد را رشد داد که نتایج پژوهش ما نیز این مورد را تأیید می‌کند. مطالعه کرافورد و همکاران^۲ (۲۰۰۲) بر روی افرادی که دارای ایدز در جامعه آمریکا بوده‌اند به این نتیجه رسیده است که افرادی با روابط اجتماعی خوب که در موارد نیاز از دیگران کمک می‌گیرند نه تنها در مقابله با مسایل، استرس کمتری را متحمل می‌شوند بلکه از خودکارآمدی مقابله با مشکلات بیشتری نیز برخوردارند و در محیط جامعه سازگاری بیشتری دارند. لوگاس و همکاران^۳ (۲۰۰۸) نیز نشان دادند بیمارانی که از خودکارآمدی مقابله با مشکلات بالایی برخوردارند بهتر و به موقع به پزشک مراجعه می‌کنند و از وی راهکار می‌گیرند. دو راهکار در هویت هر فرد که باعث می‌شود به استرس‌ها فائق آید عبارتند از: الف) افزایش اعتماد به نفس فردی و توانایی مقابله با مشکلات و ب) دیدن دیگران در کنار خود و افزایش این احساس که افراد جامعه و اطرافیان به وی کمک خواهند کرد (لوپز و همکاران، ۲۰۱۰).

منابع

جعفری، مصطفی؛ شهیدی شهریار و عابدین علیرضا (۱۳۸۸). مقایسه اثر بخشی درمان‌های فرانظری و شناختی - رفتار بر بهبود خودکارآمدی پرهیز در نوجوانان پسر وابسته به مواد. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۷(۱)، ۱۴۵-۱۵۲.

- Cieslak, R. B, Charles C., Victoria & Lehman, C. (2008). Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress. *Behavior Research and Therapy*, 46, 788- 798.
- Dolce, J. J. (1987). Self-efficiency and Disability Beliefs in Behavioral Treatment of Pain. *Behan Res. Thu*, 25, 4, 289-299, 1987.
- Dolan S. L., Martin R A. & Rohsenow D. J. (2008). Self-Efficacy for Cocaine Abstinence: Pretreatment Correlates and Relationship to Outcomes. *Addiction Behavior*, 33(5), 675-688.
- Endler, N. S., Speer, R L., Johnson J. M. & Flett G. (2010). General Self-Efficacy and Control in Relation to Anxiety and Cognitive Performance. *Current Psychology: Developmental Learning Personality. Social Spring*, 20, 1, 36-52.

- Frank, G. Plunkett, S. W., Otten, M. P. (2010). Perceived Parenting, Self-Esteem, and General Self-Efficacy of Iranian American Adolescents. *Journal Child Fame Studies*, 19, 738–746.
- Hyde J., Hankins M., Deale, A., Marteau T. M. (2008). Interventions to Increase Self-efficacy in the Context of Addiction Behaviors. *Journal of Health Psychology*, 13(5) 607–623.
- Nicholas, M. K. (2007). The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *European Journal of Pain*, 11, 153–163.
- Schwarzer, R. Gutierrez-Don˜a, B. Luszczynska, A. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40 (2), 8–89.
- Scherbaum, C. A., Cohen-Charash & Kern M. J. (2006). Measuring General Self-Efficacy A Comparison of Three Measures Using Item Response Theory. *Educational and Psychological Measurement*. 66, 6, 1047-1063.
- Sklar, S. M., Annis, H., Turner, N. (1997). Development and Validation of The Drug-taking Confidence Questionnaire: A Measure of Coping self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 22, 5, 655-670.





پروشکاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی