

نقش باورهای غیرمنطقی، ادراکات خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در عود اختلال سوءمصرف مواد

تورج هاشمی^۱، سکینه فتوحی بناب^۲، حمیدرضا کریمی^۳، منصور بیرامی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۱۰/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۱۱/۲۲

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف تعیین نقش سیستم باورهای غیرمنطقی، ادراکات خودکارآمدی و شبکه حمایت اجتماعی در پیش‌بینی عود و عدم عود سوءمصرف مواد و مقایسه تفاوت این دو گروه در متغیرهای مذکور به انجام رسید. **روش:** به این منظور ۱۰۰ نفر از کسانی که عود مکرر داشتند و ۱۰۰ نفر از کسانی که عود نداشتند به صورت نمونه‌گیری در دسترس از سازمان بازپروری و توانبخشی شهر تبریز انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های باورهای غیرمنطقی آلبرت الیس، خودکارآمدی شرر و حمایت اجتماعی واکس استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج به دست آمده نشان دادند که بین دو گروه دارای عود و بدون عود، در باورهای غیرمنطقی، ادراکات خودکارآمدی و حمایت اجتماعی، تفاوت معناداری وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** نتایج تحقیق تلویحات کاربردی در کلینیک‌های ترک اعتیاد دارد.

کلید واژه‌ها: ادراکات خودکارآمدی، باورهای غیرمنطقی، حمایت اجتماعی، عود

۷

7

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز. پست الکترونیکی: Tourajhashemi@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

۴. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز

مقدمه

برخی از پدیده‌ها و مسائل اجتماعی و انسانی دارای ماهیت حساس، ساختار نامشخص و کارکرد به ظاهر پنهان هستند. این پدیده‌ها و مسائل، از یک سو، تمایل به پوشیده ماندن دارند و از سوی دیگر، مانند جریان رودخانه، ظاهری آرام و درونی پرخروش و پرکشش و پرقدرد دارند و هر مانعی را از سر راه خود بر می‌دارند و پیش می‌روند. نمونه‌ای از این پدیده‌ها و مسائل، اعتیاد و مصرف مواد مخدر است. بی‌تردید مصرف مواد مخدر آثار و پیامدهای نامطلوب و بنیادی روانی، اجتماعی، انسانی، اقتصادی، سیاسی، آموزشی و فرهنگی بر ساختار و کارکرد جامعه دارد (وانی‌گاراتنه^۱، ۱۹۹۰). از دیدگاه روان‌شناسی، دامنه تأثیرات مخرب اعتیاد به مواد مخدر از آن رو حائز اهمیت فراوان است که عواقب وخیم آن تنها فرد معتاد را در بر نمی‌گیرد، بلکه محیط پیرامون و دوستان و افراد خانواده و همکاران وی نیز در معرض آثار ویرانگر آن قرار خواهند گرفت (خاکی، ۱۳۷۱).

بر اساس برآورد صورت گرفته در اسفند ۱۳۷۹، ۴۹۲۷ نفر از بین زندانیان معتاد، معتادان با بازگشت مجدد بوده‌اند که سابقه اعتیاد آنها بیش از یک بار بوده است. با در نظر گرفتن هزینه نگهداری معتادان در اردوگاه‌ها و برنامه‌های تأمینی و تربیتی لازم، توفیق نیافتن مراکز درمانی مانند: مراکز خودمصرف سازمان بهزیستی، مراکز مراقبت بعد از خروج سازمان زندانها، انجمن حمایت از زندانیان، خانواده‌های معتادان و مطب‌های خصوصی در درمان بدون بازگشت معتادان، هزینه گزاف مبارزه با قاچاق مواد مخدر، تبعیت جوانان از بزرگسالان معتاد، گسترش بیماری‌های عفونی و خطرناک مثل ایدز و هپاتیت در میان معتادان و همچنین دیگر تبعات منفی اجتماعی و اقتصادی اعتیاد، ضرورت بررسی عوامل مؤثر در ترک قطعی اعتیاد بیش از پیش روشن می‌شود. با توجه به شیوع اعتیاد در بین نوجوانان و کاهش میانگین سنی معتادان از جوان به نوجوان و فعالیت مراکز درمانی و اردوگاه‌های کار درمانی و مراکز مراقبت، بعد از خروج و راهنمایی و مشاوره سازمان زندان‌ها از یک طرف و توفیق نیافتن معتادان به ترک کامل اعتیاد از طرف دیگر، ضرورت پرداختن به عوامل تأثیرگذار، به ویژه در حوزه اجتماعی و شخصیتی، در گرایش

مجدد افراد به اعتیاد امری کاملاً منطقی است (مارلات و باررت^۱، ۱۹۹۴؛ برژره^۲، ۱۳۶۸؛ شهبازی، ۱۳۷۷).

اعتیاد، بیماری جسمی، روانی و اجتماعی است که نه تنها عوامل فردی، بین فردی، محیطی و اجتماعی در پیدایش آن دخالت دارند (وایترز^۳، ۱۹۹۲) بلکه خود عامل بیماری‌های دیگری مانند ایدز است. از سوی دیگر باید در نظر داشت که به دنبال سم زدایی^۴، اغلب بیماران (بیش از ۹۰ درصد) در برخورد با موقعیت‌های پرخطر و یا بدون برخورد با آنها به علت وسوسه^۵ و اضطراب ایجاد شده، دوباره شروع به مصرف مواد می‌کنند. چرا که به دنبال سم‌زدایی، خلاء بزرگی در زندگی احساس می‌کنند. این بیماران اغلب مهارت‌های زندگی ضعیفی داشته و به همین علت توان زندگی بدون مواد را ندارند و بنابراین برای مقاومت در برابر این موقعیت‌های پرخطر باید آموزش دیده و تمرین نمایند (نادری و همکاران، ۱۳۸۷).

بنابر تعریف، معنی عود، شکست در ایجاد تغییر رفتاری نیست؛ بلکه به ناکامی در تداوم یک تغییر رفتاری، «عود» گفته می‌شود. براساس رویکردهای مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی و به ویژه نظریه خودکارآمدی باندورا^۶، قدرتمندترین روش‌های ایجاد تغییر رفتار، لزوماً کارآمدترین روش تداوم تغییرات درمانی نیست (باندورا^۶، ۱۹۹۷). به عبارت دیگر، یک راهبرد درمانی خاص ممکن است برای ایجاد تغییر در رفتار داروجویانه فوق‌العاده مؤثر باشد، اما شاید در حفظ و تداوم همان تغییر (و برای پیشگیری از عود) چندان کارآمد نباشد. انتخاب نظریه خودکارآمدی باندورا، یک اصل کلیدی برای تمایز و تداوم تغییر رفتاری، به عنوان چارچوبی برای بهبود روش‌های پیشگیرانه است.

در راستای تبیین پدیده عود اختلال سوءمصرف مواد، پروچسکا و دی کلمنته^۷ (۲۰۰۲؛ ۱۹۹۲ و ۱۹۸۴) از یک چارچوب فرانظری مفیدی در خصوص «چرخه» یا «مراحل» تغییر بحث کرده‌اند. کانون مدل آنها از علیت به سوی تفاوت‌های عملی و مرتبط بین مبتلایان از نظر باورها و نگرش‌های آنها به تغییر و امید، انتظارات، نیازها و ترس‌های متغیر آنها

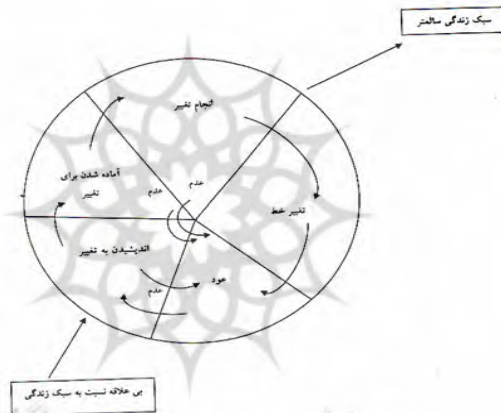
1. Marlatt & Barrett
5. craving

2. Bergeer
6. Bandura

3. Witters
4. detoxification
7. Prochaska & Diclementa

متمرکز است. مبتنی بر این مدل، عود سوء مصرف مواد در درون چرخه تغییر، قابلیت شکل گیری دارد، چرا که اگر بیمار بطور جدی به فکر تغییر نباشد و اقدامات دارو درمانی دریافت کند، احتمال عود بالاست، زیرا بیمار در مرحله «قبل از تأمل»^۱ قرار دارد. متعاقب این مرحله، افراد گاهی به دلیل اینکه تحت اجبار قرار می گیرند و نه به دلیل احساس نیاز خود، به مراکز درمانی مراجعه می کنند، در این حالت، بیمار هنوز برای تغییر «تصمیم» نگرفته است و لذا اقدام به درمان، قبل از آزمودن و تفتیش عمیق انگیزشی و شناختی او، ساده لوحانه خواهد بود و زمینه برای عود مهیاتر است. در این چرخه، فرد ممکن است تصمیم به تغییر گرفته باشد، این تصمیم می تواند در وجه پرهیز یا کنترل باشد که در آن صورت، بیمار وارد «مرحله شروع»^۲ می شود. در این مرحله، معمولاً به برقراری یک دوره پرهیز نیاز است. بیماری که به این مرحله وارد شده است، هنوز در خطر عود قرار دارد، چرا که باورها و ادراکات فرد از توانمندی هایش هنوز دستخوش تغییر اساسی نشده است. در ادامه مرحله مذکور، چنانچه بیمار در کاهش یا قطع مصرف دارو، توفیقی داشته باشد، وارد مرحله «نگهداری»^۳ می شود که در آن بر فنون یادگیری حفظ تغییر و پیشگیری از عود تمرکز می شود، چرا که نگهداری باور تغییر و توانمندی در تغییر، اصل اساسی در این مرحله است. بدنبال دوره فراگیری فنون حفظ تغییر، چنانچه بیمار تغییر را برای مدتی قابل ملاحظه حفظ کند، تغییر اساسی در نظام باورهای غیر منطقی او به وجود می آید و میل او برای تکرار «راه حل» اعتیادی غیر انطباقی در هم می شکند و چنانچه در این فرایند با عدم موفقیت روبرو شود و نتواند باورهای غیرمنطقی خویش را کنار بگذارد و خود را در نگهداری تغییر توانمند احساس نکند، پدیده عود بروز خواهد کرد و چرخه تغییر از ابتدا شروع خواهد شد. در این چرخه، چنانچه ملاحظه می شود، بر عوامل فردی همچون؛ باورهای غیرمنطقی، ادراکات فرد از توانمندی ها، تصمیم فردی و انگیزش فردی، تأکید زیادی شده است. با این حال، برخی عوامل زمینه ای نیز در این بین حائز نقش اساسی هستند، چرا که موفقیت یا شکست فرد، قویاً تحت تأثیر ویژگی هایی از قبیل؛ شبکه حمایت اجتماعی، روابط خوب، شغل، عوامل استرس زا و بیکاری در سیستم اجتماعی می باشد (موس^۴؛ ۲۰۰۳؛ ۱۹۸۲).

چنانچه ملاحظه می‌شود در مدل عرضه شده در شکل شماره یک، عود سوء مصرف مواد از علل روان شناختی و محیطی متنوعی تأثیر می‌پذیرد که در این راستا، بر نقش باورهای شناختی (باورهای غیر عقلانی) و ادراکات خودکارآمدی فرد در غلبه بر میل تکرار راه حل اعتیادی غیرانطباقی و نیز بر شبکه‌های حمایتی فرد تأکید شده است. هرچند که مدل چرخه‌ای مذکور در عرصه تبیین عود سوء مصرف مواد، کمین‌گاه‌های ویژه‌ای را پیش‌بینی کرده است، لیکن در حال حاضر، سؤال اساسی این است که آیا افرادی که با عود سوء مصرف مواد مواجه شده‌اند، نسبت به کسانی که عود نداشته‌اند، از نظر باورهای غیر منطقی، ادراکات خودکارآمدی و حمایت‌های اجتماعی متفاوتند؟



شکل ۱: مدل مراحل تغییر و عود سوء مصرف مواد

به تعبیری دیگر، مطالعات بی‌شماری نشان می‌دهند که فقدان این باور که امکان تغییر وجود دارد، یکی از کمین‌گاه‌های عود سوء مصرف مواد است (اوپنهایمر^۱، ۱۹۹۹). در این راستا، مطالعه گاوین و الین وود^۲ (۱۹۸۸) حاکی از آن است که درگیری فکری بیماران سوء مصرف مواد به اینکه «گیر افتاده‌اند و راهی وجود ندارد»، آنها را در معرض عود قرار می‌دهد. از سوی دیگر، مطالعه جو^۳ (۱۹۹۸) حاکی از آن است که احساس ناتوانی فرد در ایجاد تغییر در سبک زندگی اش و آماده شدن برای تغییر، باعث عدم پیشرفت مداخلات

درمان می‌گردد و خطر عود را افزایش می‌دهد. از این رو، در مداخلات درمانی بر نقش فرآیندهای شناختی به خصوص، ادراکات خود کارآمدی بیماران تأکید زیادی می‌شود. از طرف دیگر، چنانچه در مدل نظری پروچسکا و همکاران (۲۰۰۲، ۱۹۹۲ و ۱۹۸۴) اشاره شد، نقش شبکه‌های حمایتی در بازداری از وقوع پدیده عود و پیشبرد اهداف درمان، حائز اهمیت است. در این راستا، در رویکردهای درمانی بر نقش درمان‌های سیستمی و متمرکز بر خانواده‌درمانی و گروه‌درمانی (گروه‌های خودیاری و حمایتی) و گروه‌های حمایت خانواده و حمایت‌های معنوی تأکید می‌شود (گان^۱، ۲۰۰۴؛ وایت^۲، ۲۰۰۰).

در این راستا مطالعات مک کارتنی^۳ (۱۹۹۶)، کارول^۴ (۱۹۹۹) و وانی گاراتنه (۱۹۹۰) حاکی از آن است که مداخلات حمایتی مانند حمایت‌های معنوی و خانوادگی، نقش اساسی در بازداری از عود سوء مصرف مواد دارند. از طرفی، مطالعه کولپو^۵ (۲۰۰۰) نشان می‌دهد که وجود ساختارها و شبکه‌های حمایتی در بازداری از عود اختلال سوء مصرف مواد، نقش مهمی ایفا می‌کند. براساس این رویکردها و نتایج پژوهشی، چنین به نظر می‌رسد که باورهای غیرمنطقی بیماران در خصوص سبک زندگی شان و ادراکات ناکارآمدی در مواجهه با چالش‌های سوء مصرف مواد و نیز فقدان شبکه‌های حمایتی، از جمله عواملی هستند که در بروز پدیده عود سوء مصرف مواد نقش ایفا می‌کنند. از این رو سؤال این است که این عوامل در عود سوء مصرف مواد چه نقشی ایفا می‌کنند؟ آیا در افرادی که سوء مصرف مواد رو به کاستی و درمان گذارده است، این عوامل نیز دچار تغییر شده است؟ آیا بین افراد درمان شده و عود یافته، از نظر این شاخص‌ها تفاوت وجود دارد؟

یافته‌های تجربی متعددی اصول نظریه خود کارآمدی که الگوی پیشگیری از عود بر آن استوار است را تأیید می‌کنند. همچنین شواهد و مستندات بسیاری وجود دارد که ثابت می‌کند نظریه خود کارآمدی دارای برآیندهای مثبت درمانی است (آنیس و دیویس^۶، ۱۹۸۸؛ کلهو^۷، ۱۹۸۴؛ کلتی^۸، ۱۹۸۵؛ ریست و واتزل^۹، ۱۹۸۳ به نقل از نادری و همکاران، ۱۳۸۷).

مشخص شده است که استناد مراجع به عوامل بیرونی برای مصرف مواد (در مقایسه با علل درونی و مصرف سنگین مواد) هر دو با سطوح پایین خود کارآمدی در زمینه مصرف مواد همراه هستند (هامبورگ^۱، ۱۹۷۵). ساسمن، ونت و سیو^۲ (۲۰۰۳) به نقل از نادری، (۱۳۸۷) در پژوهش خود نشان دادند که بین استعمال مجدد سیگار، مصرف الکل، ماری جوانا و دیگر مواد مخدر با خود کارآمدی رابطه منفی معنادار وجود دارد. علاوه بر این مشخص شده است در صورتی که مراجعه کننده باور داشته باشد که یک بار مصرف برای اعتیاد کافی است و به عبارت دیگر معتقد باشد که عود به دنبال یک بار مصرف اجتناب ناپذیر است و فرد توانایی کنترل لغزش را ندارد؛ احتمال عود را افزایش می دهد (هیتز^۳، ۱۹۸۳ به نقل از دیسلمنت^۴، ۱۹۹۵).

مطالعات زیادی دلالت بر آن دارد که بین احساس خود کارآمدی شخصی و عود سوء مصرف الکل و مواد (سینگ^۵ و مصطفی، ۱۹۹۴)، بزهکاری (دوکز و لورج^۶، ۱۹۸۹)، بی بند و باری جنسی (کدی^۷، ۱۹۹۲) و افکار خودکشی (چوکت^۸، ۱۹۹۳) رابطه وجود دارد. بررسی نادر صادقی (۱۳۸۰)، در زمینه مقایسه تحریفات شناختی و تفکرات ناکارآمد در بین افراد معتاد و افراد بهنجار، نشان داد که افراد معتاد به مواد مخدر، نسبت به افراد غیر معتاد، از تحریفات شناختی بیشتری استفاده می کنند. توناتو^۹ (۱۹۹۹) در پژوهشی بر روی ۱۰۸ آزمودنی سوء مصرف کننده از داروهای روانگردان نشان داد که رویدادهای ناخوشانید شناختی از قبیل باورهای غیر منطقی با عود سوء مصرف مواد ارتباط قوی دارد، در حالی که با رویدادهای خوشایند شناختی، این رابطه ضعیف بود. مطالعات منوچهر رعدی (۱۳۸۰) نشان داد که مشاوره گروهی با شیوه شناختی - رفتاری در کاهش میزان عود معتادان به اعتیاد، مؤثر است و در عین حال برنامه حمایت اجتماعی را به عنوان عامل نگهدارنده و تداوم بخش درمان، مناسب و ضروری می داند و همچنین بین خصوصیات شخصی (ویژگی های دموگرافیک) و بازگشت به اعتیاد رابطه وجود دارد. بررسی علیرضا کلدی (۱۳۸۱)، نشان داد که بین منبع کنترل و گرایش مجدد به اعتیاد، رابطه معناداری

1. Hamburg
5. Singh
9. Toneatto

2. Sassman, Wentz & Sive
6. Dukes & Lorch

3. Heather
7. Keddie

4. Diclement
8. Choquet

وجود دارد و در افراد دارای کنترل بیرونی، گرایش مجدد به اعتیاد بیشتر است. بررسی‌های یاری (۱۳۷۹)، گانتمن^۱ (۱۹۷۸) و استیر^۲ (۱۹۷۴) نشان دادند که از هم گسیختگی خانواده، عدم پذیرش خانواده، بازگشت به مسئولیت قبلی، تأثیر پایگاه اقتصادی و اجتماعی، بیکاری، دوستان ناباب، ضعف اعتقادات مذهبی، وضعیت زندان و به طور کلی گسستگی شبکه‌های حمایت اجتماعی در بازگشت مجدد به اعتیاد افراد مؤثر می‌باشد.

هم‌چنین تحقیق زینالی (۱۳۸۷) نشان داد، افرادی که دچار عود سوء مصرف مواد شده‌اند، بیش از افرادی که عود نکرده‌اند دارای ویژگی‌های غیرطبیعی (شیوه زندگی نادرست، روابط اجتماعی و خانوادگی ناسالم، افکار و باورهای نادرست، احساسات و عواطف غیرطبیعی و رفتارهای مخاطره آمیز) هستند. هم‌چنین بررسی معارف‌وند (۱۳۸۱) نشان داد که بین برخی عوامل شخصی و بازگشت به اعتیاد رابطه معنادار وجود دارد. اما بین عوامل خانوادگی و روابط اجتماعی و بازگشت به اعتیاد، رابطه معنادار وجود ندارد. کسانی که ویژگی‌های شخصیتی مانیک، افسردگی و جامعه‌ستیزی در آنان بیشتر مشاهده می‌شد، مجرد، بیکار یا از درآمد کمتری برخوردار بودند و هرئین آخرین ماده مصرفی آنها بود، بیشتر با احتمال عود رو به رو بودند. هم‌چنین یافته‌ها بیانگر آن است که ویژگی شخصیتی مانیک بیش از سایر عوامل می‌تواند بر بازگشت به اعتیاد تأثیر بگذارد.

همان‌طور که ذکر شد، در راستای مدل‌ها، نظریه‌ها و تحقیقات انجام شده، می‌توان گفت در ظهور پدیده عود سوء مصرف مواد متغیرهایی همچون؛ ادراکات خودکارآمدی، باورهای غیرمنطقی و شبکه‌های حمایت اجتماعی نقش داشته و فرآیند درمان و ترک مصرف مواد را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های علی - مقایسه‌ای بوده که در آن، گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای، خودکارآمدی، باورهای غیرمنطقی و شبکه حمایت اجتماعی، مورد مقایسه

قرار گرفتند. در این پژوهش دو جامعه مورد مطالعه قرار گرفت: جامعه مبتلایان به اختلال سوء مصرف مواد که با پدیده عود مواجه بودند و در سازمان بهزیستی استان آذربایجان شرقی دارای پرونده پزشکی بودند. همچنین جامعه مبتلایان به اختلال سوء مصرف مواد که دوره درمان را طی کرده بودند ولی با پدیده عود مواجه نشده بودند و در سازمان بهزیستی استان آذربایجان شرقی دارای پرونده پذیرش بودند. از جامعه مورد مطالعه تعداد ۱۰۰ نفر از مردان مبتلا به سوء مصرف مواد که با عود مواجه بودند و نیز ۱۰۰ نفر از مردان مبتلا به سوء مصرف مواد که دوره درمان را بدون عود طی نموده بودند و به صورت در دسترس از طریق معرفی سازمان بهزیستی استان مربوطه، انتخاب شدند. همچنین نمونه تحقیق شامل؛ افراد مجرد و متأهل در گروه‌های سنی متفاوت در دو گروه عود و بدون عود بود (تعداد مجردها ۱۰۸ و تعداد متأهل‌ها ۹۲) و میانگین سنی هر دو گروه نمونه ۳۱/۷۱ سال بود.

ابزار

۱- پرسشنامه باورهای غیرمنطقی: این پرسشنامه با توجه به پیش فرض‌های آلبرت آلیس (۲۰۰۱) در مورد طرز تفکر منطقی و غیرمنطقی تهیه شده است. پرسشنامه سنجش طرز تفکر آزمودنی‌ها که مبتنی بر یازده پیش فرض الیس در مورد طرز تفکر می‌باشد و در حال حاضر مورد استفاده قرار می‌گیرد، براساس همین پیش فرض‌های الیس ساخته شده است. تعداد سوالات این پرسشنامه، ۲۵ سوال است و براساس مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. در این آزمون نمره بالا نشانگر طرز تفکر منطقی و نمره پایین نشانگر طرز تفکر غیرمنطقی است. اعتبار پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۸ گزارش شده است (صادقی، ۱۳۸۰).

۲- پرسشنامه خودکارآمدی شرر: این پرسشنامه توسط شرر و همکاران ساخته شده شد. این پرسشنامه در مقیاس لیکرت و با ۱۷ سوال تدوین شده است. برای سنجش اعتبار سازه‌ای مقیاس خودکارآمدی، امتیازات بدست آمده با اندازه‌های چندین ویژگی شخصیتی همبسته شده است. این اندازه‌های شخصیتی در برگیرنده مقیاس کنترل درونی - بیرونی راتر، خرده مقیاس کنترل شخصیتی، مقیاس IE (گورین و لائودتینی)،

مقیاس درجه اجتماعی (مارلو-کراون) و شایستگی بین فردی (روزنبرگ) می‌باشند (به نقل از مقیمی فام، ۱۳۷۹). راثی (۱۳۸۲) ضریب اعتبار این آزمون را ۰/۷۴ و مقیمی فام (۱۳۷۹) برابر ۰/۸۲ گزارش نموده است.

۳- پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس: این مقیاس توسط واکس، فیلیس، هالی، تامسون، ویلیامز و استورات تهیه گردیده است. ساختار نظری آن بر اساس تعریف کوب از حمایت اجتماعی استوار است که او حمایت اجتماعی را به میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضاء خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف کرده است. این مقیاس دارای ۲۳ سؤال است که سه حیطه خانواده، دوستان و سایرین را در برمی‌گیرد. ابراهیمی قوام (۱۳۷۱) در پژوهش خود، سیستم نمره‌گذاری آن را به صفر و یک تغییر داد و ضریب اعتبار این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۰ ذکر کرد.

روش اجرا

در چارچوب جمع‌آوری داده‌های مربوط به این پژوهش، ابتدا به سازمان بهزیستی استان آذربایجان شرقی مراجعه و بعد از انجام هماهنگی‌های لازم و توضیح موضوع مورد پژوهش و جلب همکاری آنها، نسبت به انتخاب نمونه‌ها اقدام شد. پس از انتخاب نمونه‌ها، در محلی که سازمان بهزیستی (سازمان بازتوانی و بازپروری) معین کرد، حضور یافته و پرسشنامه‌ها در اختیار فرد در دسترس قرار گرفت و توضیحات لازم به آنها داده شد و با ایجاد شرایط مطلوب، داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری شد.

یافته‌ها

برای بررسی تفاوت گروه‌ها در خودکارآمدی از آزمون t برای دو گروه مستقل به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۱: نتایج آزمون t برای بررسی تفاوت گروه‌ها در خودکارآمدی

گروه‌ها	میانگین	آماره t	درجه آزادی	تفاوت میانگین‌ها	معناداری
با عود	۴۱/۶۴	۱۳/۴۵۰	۱۹۸	۲۱/۶۴	۰/۰۰۱
بدون عود	۶۳/۲۹				

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود تفاوت معناداری در میانگین نمرات خودکارآمدی دو گروه وجود دارد ($t=13/450, P<0/001$). به بیان دیگر افرادی که دچار عود نشده اند، نسبت به افرادی که دچار عود شده اند، از نظر ادراک خودکارآمدی، وضعیت بهتری دارند. برای بررسی تفاوت گروهها در حمایت اجتماعی از آزمون t برای دو گروه مستقل به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۲: نتایج آزمون t برای بررسی تفاوت گروهها در حمایت اجتماعی

گروهها	میانگین	آماره t	درجه آزادی	تفاوت میانگینها	معناداری
با عود	۶/۹۳	۱۳/۸۴۰	۱۹۸	۷/۴۵	۰/۰۰۱
بدون عود	۱۴/۳۸				

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود تفاوت معناداری در میانگین نمرات حمایت اجتماعی دو گروه وجود دارد ($t=13/840, P<0/001$). به بیان دیگر افرادی که دچار عود نشده اند، نسبت به افرادی که دچار عود شده اند، از نظر ادراک حمایت اجتماعی، وضعیت بهتری دارند. برای بررسی تفاوت گروهها در باورهای غیرمنطقی از آزمون t برای دو گروه مستقل به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج آزمون t برای بررسی تفاوت گروهها در باورهای غیرمنطقی

گروهها	میانگین	آماره t	درجه آزادی	تفاوت میانگینها	معناداری
با عود	۸۵/۳۳	۱۴/۷۸۰	۱۹۸	۲۷/۴۴	۰/۰۰۱
بدون عود	۵۷/۸۹				

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود تفاوت معناداری در میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی دو گروه وجود دارد ($t=14/780, P<0/001$). به بیان دیگر افرادی که دچار عود نشده اند، نسبت به افرادی که دچار عود شده اند، از نظر باورهای غیرمنطقی، وضعیت بهتری دارند.

بحث و نتیجه گیری

تحلیل نتایج نشان داد که افرادی که دچار عود نشده اند، نسبت به افرادی که دچار عود شده اند، از نظر ادراکات خودکارآمدی وضعیت بهتری دارند. الگوی خودکارآمدی

پیش‌بینی می‌کند که درمان زمانی مؤثر است که انتظارات خود مراجعه‌کننده را از آنچه که به دست آورده‌اند و حفظ نموده‌اند افزایش دهد. به اعتقاد بندورا معیارهای سخت برای ارزشیابی از خود و اشکال افراطی، به واکنش‌های نابهنجار و احساس بی‌ارزشی و بی‌هدفی می‌انجامد که این می‌تواند زمینه عود مواد را در فرد فراهم سازد. همانطور که مدل مارلات (۱۹۹۴) نشان داد، انگیزه و احساس کارآمدی ناکافی به عنوان یکی از عوامل فردی عود سوء مصرف مواد مطرح می‌باشد. همچنین بر حسب این مدل، هنگامی که درمانجو در موقعیتی پرخطر قرار می‌گیرد، به شرط وجود پاسخ‌های مقابله‌ای مناسب و شبکه حمایتی، احساس کارآمدی او افزایش می‌یابد و این وضعیت، به نوبه خود «احتمال عود» را کاهش می‌دهد. همچنین بر اساس مدل TTM پروچسکا و دیکلمنته (۱۹۸۴)، آزادسازی خود به عنوان یکی از فرایندهای دهگانه تغییر و پیش‌گیری از عود مطرح است. یعنی، اعتقاد به توانایی شخص برای تغییر و عمل بر اساس این اعتقاد از طریق ملتزم شدن برای تغییر رفتار. معمولاً مراجعان این فرایند را با پای‌بندی و تعهد نسبت به هدف‌های مرتبط با تغییر مصرف مواد نشان می‌دهند، یعنی ایجاد ادراکات خودکارآمدی.

مدل نظری میلر و رالینک (۱۹۹۱) حمایت از خودکارآمدی را به عنوان یکی از پنج اصل مصاحبه انگیزشی در پیش‌گیری از عود سوء مصرف مواد مطرح می‌کند. بدین معنا که مشاور با روش‌های گوناگون می‌تواند از اعتماد مراجعه‌کننده به توانایی خودش در تغییر کردن، حمایت کند. یکی از این روش‌ها این است که نمونه‌ای از تغییرات مثبتی که مراجعه‌کننده ایجاد کرده به او نشان داده شود. روش دیگر، تأکید بر اهمیت قبول مسئولیت است. بالاخره، مراجعان باید احساس کنند که مورد حمایت شدید تسهیل‌گر قرار گرفته‌اند و با او رابطه مثبتی دارند تا احساس خودکارآمدی آنها بالا رود.

پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که زمان پس از مرخص شدن از بیمارستان یا مراکز بازپروری، دوره بسیار حساسی است که افراد تحت درمان، در معرض خطر بسیار بالای عود مصرف قرار دارند. در تبیین نتایج فوق، نتایج بررسی گاساپ و همکارانش (۱۹۸۷) و ۱۹۸۹ به نقل از یاری، (۱۳۷۹) نشان داد که بسیاری از این افراد توانستند از بازگشت کامل به مصرف اعتیادآور مواد افیونی اجتناب کنند و پس از ۶ ماه، ۴۵ درصد افراد نمونه مورد

بررسی، هیچ نوع مواد افیونی مصرف نمی کردند (این موضوع با آزمایش ادرار مورد تایید قرار گرفت) و روابط اجتماعی بهنجاری را در پیش گرفته بودند. از جمله عوامل آشکارسازی که بیشترین رابطه را با عود مصرف داشتند، ۳ عامل از همه مهمتر بودند که عبارتند از:

- ۱- حالت های خلقی منفی و ناخوشایند (مانند غمگینی، ملال، تنش یا اضطراب)؛
- ۲- عوامل شناختی (مانند کارایی شخصی، باورها و نگرش های منفی و غیرمنطقی)؛
- ۳- موقعیت های بیرونی (دوستان، خانواده، جامعه).

تقریباً دو سوم کسانی که دچار عود شده اند، گفته اند که عوامل شناختی و معمولاً داشتن کارایی شخصی پایین و باور غیرمنطقی به مواد، در لغزش اولیه دخالت داشته، ولی افرادی که عود نکرده بودند از کارایی شخصی بالاتری برخوردار بودند و باور غیرمنطقی به مواد نداشتند. بنابراین، نتایج گاساپ با نتایج پژوهشی ما همسو می باشد. از سوی دیگر نتایج تحقیقات ساسمن، ونت و سیو (۲۰۰۳ به نقل از نادری، ۱۳۸۷) و سینگ و مصطفی (۱۹۹۴) نیز نشان دادند که احساس خودکارآمدی پایین باعث عود سوء مصرف مواد در افرادی که عود مکرر داشته اند، می شود.

همچنین تحلیل نتایج نشان داد افرادی که دچار عود نشده اند، نسبت به افرادی که دچار عود شده اند از نظر حمایت اجتماعی وضعیت بهتری دارند. روابط یاورانه برای افرادی که می کوشند تغییر ایجاد کنند، روابطی هستند که حمایت، توجه، مراقبت و پذیرش فراهم می کند. باید به افراد کمک کرد تا شبکه های حمایت اجتماعی شان را شناسایی کنند و نسبت به روابط یاورانه کنونی و بالقوه زندگی شان آگاه تر شوند. همچنین لازم است که افراد بپذیرند که مسئولیت درخواست حمایت بر عهده آنان است. عدم حمایت اجتماعی که منشأ آن خانواده، دوستان و جامعه می باشد، باعث کاهش مقاومت فرد در مقابل استرس های محیطی می شود که می تواند به عود و مصرف مواد منتهی گردد. مدل TTM پروچسکا و دیکلمنته (۱۹۸۴)، آزادسازی اجتماعی و روابط یاورانه را به عنوان دو فرآیند از فرایندهای دهگانه تجربی و رفتاری مطرح می کند. توسعه شبکه حمایتی با استفاده از روابط یاورانه مانع از عود سوء مصرف مواد می شود، زیرا مراجعانی

که به سوء مصرف مواد می پردازند، اغلب احساس بی کسی و تنهایی می کنند. مراجعان با درگیر شدن در این فرایند احساس می کنند که از یک سیستم حمایتی برخوردارند و در هنگام اقدام به ترک مصرف مواد، تنها نیستند. همچنین شناسایی و ایجاد امکانات دیگر در محیط اجتماعی که شخص را به تغییر رفتار تشویق می کند، به توسعه شبکه های حمایتی فرد کمک می کند. در مدل مارلات (۱۹۹۴)، فقدان حمایت اجتماعی احتمال لغزش را افزایش می دهد و ممکن است این لغزش نهایتاً از طریق فرایندی که مارلات آن را «اثر نقض ترک» (AVE) می نامد، به عود منجر شود.

در تبیین نتیجه فوق، نتایج بررسی های حسین یاری (۱۳۷۹)، زینالی (۱۳۸۷)، مک کارتنی (۱۹۹۶)، کارول (۱۹۹۹) و کولپو (۲۰۰۰) نشان دادند که از هم گسیختگی خانواده، عدم پذیرش خانواده، بازگشت به مسئولیت قبلی، تأثیر پایگاه اقتصادی و اجتماعی، بیکاری، دوستان ناباب، ضعف اعتقادات مذهبی، وضعیت زندان و به طور کلی گسستگی شبکه های حمایت اجتماعی در بازگشت مجدد به اعتیاد افراد مؤثر می باشد.

همچنین تحلیل نتایج نشان داد افرادی که دچار عود نشده اند نسبت به افرادی که دچار عود شده اند از نظر باورهای غیرمنطقی وضعیت بهتری دارند. از آنجا که بیشترین نقش در ترک اعتیاد و عدم عود را خود فرد ایفا می کند، اگر فرد معتاد به این باور برسد که مواد مخدر راه حل مناسبی برای فرار از مشکلات نیست و از طرف دیگر چنانچه در مواقع مواجه شدن با مشکلات جسمی و روانی نسبت به راه حل های منطقی و اصولی آگاهی و بینش داشته باشد، به گونه دیگر عمل کرده و مجدداً به دام اعتیاد نخواهد افتاد، رفتار فرد ناشی از باورهای اوست. بنابراین، معتاد نیز نگرش و باور مثبتی نسبت به مواد مخدر دارد. لازمه ترک اعتیاد، علاوه بر رفع مسمومیت جسمی، تغییر باور معتاد است.

ولاسکوئز (۲۰۰۱)، اساس رویکرد پیشگیری از عود را باورهای اشتباهی که سبب افکار غیرمنطقی می شود، می داند که این به نوبه خود زمینه عود سوء مصرف مواد را فراهم می سازد. مدل فرانظریه ای (TTM) دیکلمنته و پروچسکا (۱۹۸۴) درباره عود نشان داد که با استفاده از فرآیند باز ارزیابی خود به عنوان یکی از فرآیندهای دهگانه تغییر و پیشگیری از عود می توان باورهای غیرمنطقی را به چالش کشید. مراجعه کننده یک ارزیابی مجدد

عقلانی و عاطفی از رفتار به عمل می‌آورد و تصور می‌کند که بعد از ایجاد یک تغییر مثبت، چگونه شخصی خواهد بود. همچنین در مدل مارلات (۱۹۹۴)، تقویت باورهای منطقی به عنوان یکی از مهارت‌های ترمیم‌کننده، احتمال تبدیل لغزش به عود را به حداقل می‌رساند.

منابع

ابراهیمی قوام، صغری (۱۳۷۱). *اندازه‌گیری روایی و اعتبار سه مفهوم منبع کنترل، عزت نفس و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه تهران*. تهران: دانشگاه تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. برزوه، ژان (۱۳۶۸). *اعتیاد و شخصیت*. ترجمه توفان گرگانی، چاپ اول، انتشارات سازمان و آموزش انقلاب اسلامی.

خاکی، فاطمه (۱۳۷۱). *خانواده و انحرافات اجتماعی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تهران. رانی، مهدی (۱۳۸۲). *بررسی رابطه گرایش دینی با عزت نفس و خودکارآمدی در بین دانش‌آموزان سال سوم دبیرستان شهر تبریز*. پایان نامه کارشناسی ارشد، تبریز: دانشگاه تبریز. رعدی، منوچهر (۱۳۸۰). *بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه شناختی - رفتاری در کاهش بازگشت اعتیاد در معتادان خود معرف سازمان بهزیستی کردستان*. دانشگاه اصفهان، مرکز ملی مطالعات اعتیاد. زینالی، عالی (۱۳۸۷). *زمینه‌های مستعد کننده پیش‌اعتیادی معتادان بهبود یافته*. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۴، (۱)، ۴۴-۵۵.

شهبازی، مهران (۱۳۷۷). *بررسی عوامل بازگشت مجدد مددجویان بازپروری شده به مراکز نگهداری استان لرستان*. ماهنامه اصلاح و تربیت. سال چهارم، شماره ۴۶. ۶۱-۷۷. صادقی، نادر (۱۳۸۰). *بررسی و مقایسه تحریفات شناختی و تفکرات ناکارآمد در مردان معتاد به مواد مخدر و افراد بهنجار (غیر معتاد)*. دانشگاه تربیت معلم، مرکز ملی مطالعات اعتیاد - دانشگاه علوم پزشکی تهران. کلدی، علیرضا و دیگران (۱۳۸۱). *بررسی منابع کنترل درونی و بیرونی در بازگشت مجدد به اعتیاد در اردوگاه‌های کار درمانی زنجان*. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۳، (۹)، ۳۱-۴۴. معارف‌وند، معصومه (۱۳۸۱). *بررسی عوامل شخصی، خانوادگی و روابط اجتماعی موثر بر بازگشت به اعتیاد در مورد معتادان بهبود یافته*. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد - دانشگاه علوم پزشکی تهران.

مقیمي فام، پریسا (۱۳۷۹). *بررسی رابطه خوداثربخشی با ویژگی‌های شخصیتی و اثربخشی تدریس دبیران شهر مراغه در سال تحصیلی ۷۹-۷۸*. پایان نامه کارشناسی ارشد، تبریز: دانشگاه تبریز. نادری، شهرام و دیگران (۱۳۸۷). *درستنامه جامع درمان اعتیاد*. چاپ اول، تهران: سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران.

یاری، حسین (۱۳۷۹). *بررسی جامعه‌شناختی علل و عوامل موثر در بازگشت مجدد معتادین مرد به اعتیاد در زندان وکیل آباد مشهد*. دانشگاه آزاد اسلامی مشهد، مرکز ملی مطالعات اعتیاد - دانشگاه علوم پزشکی تهران.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Carroll, D. (1999). Effective Recruitment of Parent into Family-Focused Prevention Research: A Comparison of two Strategies. *Psychology and Health*, 9, 353 – 370.
- Choquet, M., Kovess, V. & Poutignat, N. (1993). Suicidal thoughts among adolescents: an intercultural approach. *Adolescence*, 28, (1 1).
- Copello, K. (2000). Social Role Negotiation Skills For substance abusing adolescents: A Group model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11 (3), 197– 204.
- Diclemente, C. C., Fairhurst, S. K., & Piotrowski, N. A. (1995). *The role of self-efficacy in the addictive behaviors*. In J. Maddux (Ed.), *self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research and application* (PP. 109-141). New York: Plenum Press.
- Dukes, R. L. & Lorch, B.D. (1989). *Concept of self, mediating factors and adolescent deviance*. *Sociological Spectrum*, 9, (3).
- Ellis, A. (2001). *Overcoming destructive beliefs, feeling, and behaviors*. Amherst, NY: Prometheus Books.
- Gann, T. (2004). The Parenting Partnership: The evaluation of a human service/corporate workplace collaborating for the Prevention of substance abuse and mental health Problems, and Promotion of family and work adjustment. *The journal of Primary Prevention*. 15(2), 123-146.
- Gantman, C.A. (1978). Family interaction patterns families with normal, disturbed, and drug abusing adolescents. *Journal of youth Adolescence*, 7, 42- 440.
- Gawain, D., & Ellinwood. K. (1988). *Comprehensive textbook of Substance abuse*. Oxford academic Press.
- Hamburg, B. A., Kraemer, H. C., & Jahnke, W. (1975). A hierarchy of drug use in adolescence: Behavioral and attitudinal correlates of substantial drug use. *American Journal of Psychology*, 132, 1155-1164.
- Joe, K. (1998). *The Effectiveness of Drug abuse Treatment*. New York, academic Press.
- Keddie, A. M. (1992). Psychological factors associated with teenage pregnancy in Jamaica. *Adolescence*, 27(108).
- Marlatte, G. A, Barrett, K. (1994). *Relapse Prevention*; In H. Pkleber (Ed) the text book of substance abuse; Washington D .C. American Psychiatric Press Inc.
- Mccartney, J. (1996). *Substance Abuse: Implication of a Biopsychosocial model For Prevention, Treatment and Relapse Prevention*. New York, academic Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Moos.L. B. (2003). Ethnocultral Factors and relapse of substance abuse: Toward cultural treatment models. *Psychology of Additive Behaviors*, 7, 162 - 167.
- Moos, R. Mitchell, R. E. (1982). *Conceptualizing and Measuring social Net Works resources*. New York.
- Oppenhiemer, D. (1999). Cognitive and Behavioral Treatments for Substance Misuse. (PP. 158 - 172). New York: Combridge university Press.
- Prochaska, J.O., & Diclemente, C. C. (1984). *The trans-theoretical approach: Crossing traditional boundaries of treatment*. Homewood, I. L.: Dow Jones-Irwin.

- Prochaska J. O. & Diclemente, C. C. (2002). *Toward a Comparative: Model of Change*. (P .3 – 27). New York: Plenum Press.
- Prochaska, J.O., Diclemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behavior. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Singh, H., Mustapha, N. (1994). Some factors associated with Substance, abuse among Secondary school Students in Trinidad and Tobago. *Journal of drug Education*, 24(1).
- Steir, F., Halsted, D. L., & Pascale, P.J. (1974). Differences among youthful users and non-users of drug based on their perceptions of parental behaviors. *International Journal of the Addictions*, 9, 749-755
- Toneatto T. (1999). Metacognition and substance use. *Addictive Behaviors*; 24(2): 167-74.
- Velasquez, M. M., Carbonari, J. P., & Diclemente, C. C. (1999). Psychiatric severity and behavior change in alcoholism: The relation of the transtheoretical model variables to psychiatric distress in dually diagnosed patients. *Addictive Behaviors*, 24(4), 481-496.
- Velasquez, M. M., Crouch, C., Vonsternberg, K., & Grosdanis, I. (2001). Motivation for change and psychological distress in homeless substance abusers. *Journal of substance Abuse Tretment*, 19, 5, 125-130.
- Wanigaratne, T. (1990). Substance Abuse in Adolescent Mothers: Strategies for Diagnosis, Treatment and Prevention . *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 421 –431.
- Witters, Weldon, Peter V. and Glen Hanson (1992). *Drugs and society*, 3rd ed. Boston: Jones and barlett.
- White, H. R., Johnson, V., & Buyske, S. (2000). Parental modeling and parenting behavior effects on offspring alcohol and cigarette use, growth curve analysis. *Journal of Substance Abuse*, 12, 287-310.



پروشکاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی