

بررسی اثر بخشی گروه خودیاری بر خودکارآمدی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد

طاهره زارع جوان

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران (سیستان و بلوچستان)

چکیده

:هدف این مطالعه بررسی اثر بخشی گروه خودیاری بر خودکارآمدی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد می باشد. این پژوهش از نوع آزمایشی است و جامعه آماری آن را تمام معناتان شهر زاهدان که در شش ماهه اول ۱۴۰۱ به مراکز درمان اجتماع محور و گروه های معناتان بی نام مراجعه کرده اند تشکیل می دهد. نمونه پژوهش ۵۰ نفر از افراد مبتلا به سوء مصرف مواد که بصورت تصادفی ساده انتخاب شده اند که ۲۵ نفر گروه آزمایش (افرادی که در گروه خودیاری شرکت کرده اند) و ۲۵ نفر گروه کنترل می باشد. برای جمع آوری داده ها از مقیاس خودکارآمدی عمومی شوارترز و جرو سلم، استفاده شد. داده های پژوهش با روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری (مانووا) توسط SPSS.16 تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که میانگین نمرات خودکارآمدی در پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب ۲۵/۲۴، ۲۴/۷۷۱۴ و ۲۸/۱۴، ۲۱/۱۲ می باشد که نشان می دهد گروه خودیاری بر خودکارآمدی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در مقایسه با گروه کنترل مؤثرتر است ($P < 0/01$) براساس یافته ها، شرکت افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در گروه خودیاری باعث افزایش خودکارآمدی در این افراد می شود.

واژه های کلیدی: گروه خودیاری، خودکارآمدی؛ سوء مصرف مواد

مجله اختلالات جنسی و روانشناختی



خودکارآمدی اختصاصی^۱ یا موقعیتی به پافشاری برای انجام یک تکلیف ویژه در دست اجرا گفته می شود. فرض بر این است که خودکارآمدی اختصاصی بالا در موقعیت های پرخطر بهتر از خودکارآمدی کلی پیش بینی کننده اجتناب از مواد خواهد بود. دولان^۲ و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که خودکارآمدی بالای بیماران در موقعیت های پرخطر مصرف کوکائین بیشتر از خودکارآمدی کلی با نتایج درمانی همبسته بود. بنابراین، خودکارآمدی برای موقعیت های اختصاصی و سوسه مصرف (همچون هیجانانگیزی، وسوسه های درونی و موقعیت های بین فردی نظیر تعارض بین فردی، فشار اجتماعی برای مصرف و ناتوانی در ابراز خود)، برای برنامه ریزی درمان بهتر خواهد بود. به اعتقاد بندورا (۱۹۹۳) باورهای خودکارآمدی برآرزوها و تلاش برای دستیابی به هدف، سطح انگیزش، مقاومت در برابر مشکلات و موانع، کیفیت تفکر تحلیلی، اسناد علمی برای موفقیت ها و شکست ها و آسیب پذیری از استرس و افسردگی تأثیر می گذارد. براساس مدل آجزن، اگر فرد بازخوردهای مثبتی در مورد رفتار داشته باشد و انتظار تایید آن را از سوی دیگران داشته باشد، در صورتیکه احساس کند اجرای آن رفتار فراتر از توانایی و کنترل اوست، آن عمل را انجام نمی دهد. این مدل بین خودکارآمدی مصرف مواد و خودکارآمدی اجتناب از مواد، تفاوت قائل می شود.

به اعتقاد بندورا (۱۹۸۲) معیارهای سخت برای ارزشیابی از خود و اشکال افراطی، به واکنش های نابهنجار و احساس بی ارزشی و بی هدفی می انجامد که این می تواند زمینه استفاده از مواد مخدر را در فرد فراهم سازد. مک کلار^۳ و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی مسائل مرتبط با مصرف الکل، افسردگی، تکانشوری، مقابله اجتنابی و حمایت اجتماعی از سوی دوستان را مورد بررسی قرار داده و دریافتند که مصرف الکل از پیش بینی کننده های خودکارآمدی در افراد مصرف کننده بود.

بندورا (۱۹۷۷) معتقد است که خودکارآمدی ادراک شده یک فرایند شناختی توصیف کننده بیماران در توانایی شان در اجتناب از مصرف دارو و موقعیت های پرخطر است.

گروه خودیاری عبارت است از گروهی که جلسات منظمی داشته و اعضای آن سعی می کنند به کمک همدیگر بر مشکل مشترکشان غلبه کنند. این گروه، گروه حمایت متقابل نیز نامیده می شود و هدف اعضای آن حمایت اجتماعی از یکدیگر است. گروه خودیاری یا همان گروه حمایت متقابل را برای هر گونه مشکل پزشکی، روانی یا فشار روانی می توان برگزار کرد. اکثر این گروه ها بدون استفاده از متخصصین یا دست اندرکاران بهداشت روانی، توسط خود اعضا اداره می شود (فورسایت^۴، ۱۹۹۸؛ ترجمه فیروز بخت و قنادان، ۱۳۸۰)

در ایران از اوایل دهه پنجاه شمسی، گروه های ۱۲ قدمی به صورت مقطعی به دفعات در تهران تشکیل شده اند و از سال ۱۳۷۳ گروه های خودیاری در قالب گروههای NA با حمایت سازمان بهزیستی و ستاد مبارزه با مواد

^۱ - Specific self - efficacy

^۲ Dolan

^۳ - McKellar

^۴ - Forsyth

مخدر توسط چند نفر که در خارج از کشور بهبود پیدا کرده و با اصول ۱۲ قدمی آشنا بودند راه اندازی گردید (تشویقی، ۱۳۸۵)

این پژوهش با هدف کلی بررسی اثر بخشی گروه خودیاری بر خود کارآمدی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد انجام گردیده است.

مواد و روش ها

روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی است. که طرح پژوهش، یک طرح آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با یک گروه آزمایش یعنی گروهی که در گامهای دوازده گانه گروه خودیاری شرکت کرده اند و یک گروه کنترل یعنی گروهی که در گامهای دوازده گانه گروه خودیاری شرکت نکرده اند، می باشد. ضمناً در تحلیل داده ها از آزمون تحلیل چند متغیری واریانس استفاده شده است.

متغیر مستقل در این پژوهش، گروه خودیاری و خود کارآمدی و سلامت روانی متغیرهای وابسته است. ضمناً سن، تحصیلات، نوع ماده مصرفی و مدت زمان اعتیاد جزء متغیرهای کنترل محسوب می شود.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری: جامعه آماری مطالعه حاضر شامل تمام معتادان مرد شهر زاهدان است که در مراکز درمان اجتماع مدار و گروه های معتادان بی نام که در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۱ اقدام به ترک کرده اند و تعداد آنها ۱۶۰ نفر می باشد که به روش تصادفی ساده از بین آنها ۵۰ نفر انتخاب شدند. از آنجا که پژوهش ما از نوع آزمایشی بود و در پژوهش آزمایشی تعداد زیرگروه ها حداقل ۱۵ نفر است پس در این بررسی تعداد زیر گروه ها ۲۵ نفر انتخاب شد زیرا ممکن بود افت آزمودنی بوجود آید. به عبارتی ۵۰ نفر آزمودنی که در ۲ گروه ۲۵ نفری که یک گروه آزمایش (گروه شرکت کننده در ۱۲ گام گروه خودیاری) و یک گروه کنترل از بین ورودی های جدید انتخاب شدند. دامنه سنی آزمودنی های پژوهش ۲۰ تا ۶۰ سال بود.

ابزار جمع آوری داده ها

۱- پرسشنامه محقق ساخته اطلاعات جمعیت شناختی: در این مطالعه برای اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی ها از پرسشنامه محقق ساخته اطلاعات جمعیت شناختی استفاده شد. این پرسشنامه شامل سن، میزان تحصیلات، نوع ماده مصرفی، مدت زمان مصرف مواد، سابقه اعتیاد در اعضای خانواده و وضعیت اقتصادی می باشد.

۲- پرسشنامه خودکارآمدی عمومی: این پرسشنامه در سال ۱۹۷۸ توسط شوآرتزر و جروسلم (۱۹۹۵) ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۰ گویه با دو خرده مقیاس جداگانه خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی اجتماعی بود که در سال ۱۹۸۱ به یک مقیاس ۱۰ گویه ای کاهش یافت. در این پژوهش از مقیاس ۱۰ گویه ای خودکارآمدی عمومی استفاده شد. این مقیاس دارای ۱۰ گویه چهارگزینه ای با دامنه ۱ تا ۴ است که حداقل و حداکثر آن ۱۰ و ۴۰ خواهد بود.

رجبی (۱۳۸۵) ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲، برای دانشجویان دانشگاههای شهید چمران اهواز و آزاد مرودشت به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۰ به دست آورد. همچنین ضریب روایی همزمان برای مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی و مقیاس عزت نفس روزن برگ بر روی ۳۱۸ نفر از پاسخگویان ۰/۳۰ در دانشجویان دانشگاههای شهید چمران اهواز و آزاد مرودشت بترتیب، ۰/۲۰ و ۰/۲۳ برآورد شد. (نریمانی و احدی، ۱۳۸۹).

شیوه جمع آوری اطلاعات

ابتدا گروه آزمایشی از بین افراد معتاد انتخاب شدند و با توجه به سن، تحصیلات، نوع ماده مصرفی و مدت زمان اعتیاد، همسان سازی شدند. سپس پرسشنامه ها به عنوان پیش آزمون در اختیار آزمودنی ها قرار گرفت و توضیحاتی در مورد نحوه انجام جلسات گروه خودیاری و تمرین ها برای آزمودنی ها ارائه شد. بعد از اجرای پیش آزمون، جلسات و ۱۲ گام گروه خودیاری اجرا شد.

جلسه اول: هدفهای ششگانه برای بهبودی پایدار (جسم، ذهن، احساسات و عواطف، شخصیت و خصوصیات فردی، روابط و دوازده گام)

جلسه دوم: آشنایی با گام اول و بیماری اعتیاد

جلسه سوم: بحث در مورد تأثیر مواد مخدر بر روی بدن و رفتار و سوال های مربوط به آن

جلسه چهارم: تأثیر اعتیاد بر منابع مالی خود و خانواده

جلسه پنجم: تأثیر اعتیاد بر روی کار و زندگی و سؤال های مربوط به آن و تأثیر اعتیاد بر احساسات

جلسه ششم: پذیرش حقیقت ابتلای خود به یک مشکل

جلسه هفتم: پیشگیری از عود (بازگشت)، نشانه ها و عوامل عود

جلسه هشتم: کنترل خشم، ترازنامه پیشگیری از عود

جلسه نهم: شناخت و پیشگیری از رفتارهای پرخطر

جلسه دهم: آموزش مهارت های زندگی

جلسه یازدهم: تغذیه سالم

جلسه دوازدهم: چگونگی پاک ماندن بعد از اتمام ۱۲ گام خودیاری، و انتخاب راهنما.

بعد از اتمام جلسات، دوباره پرسشنامه ها به عنوان پس آزمون در اختیار آزمودنی ها قرار گرفت.

در مرحله بعدی گروه کنترل از بین ورودی هایی که جدیداً به مراکز مراجعه کرده بودند بدون شرکت در جلسات خودیاری، انتخاب شدند و پیش آزمون و پس آزمون در فواصل زمانی مختلف اجرا گردید. این پژوهش دو سرکور است چون درمانگران همان اعضای گروه خودیاری (معتادان بی نام) هستند و پژوهشگر دخالتی در اجرای طرح نداشته است.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات: به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی استفاده شد. همچنین به منظور تحلیل فرضیه های تحقیق روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری (مانووا) به کار رفت. لازم به ذکر است که تحلیل داده ها به وسیله برنامه آماری SPSS (نسخه ۱۶) انجام شد.

یافته ها

نمرات میانگین و انحراف استاندارد مربوط به پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای خودکارآمدی با زیر مولفه هایش در جداول ۱ و ۲ نشان داده شده است.

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای خودکارآمدی و در پیش آزمون افراد مبتلا به

سوء مصرف مواد

متغیر	گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	آزمایش	۲۵	۲۴/۳۴	۱/۳۴
خودکارآمدی	کنترل	۲۵	۲۳/۰۷	۲۵/۱۱

جدول (۲): میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای خودکارآمدی در پس آزمون افراد مبتلا به

سوء مصرف مواد

متغیر	گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
پس آزمون	آزمایش	۲۵	۲۸/۲۷	۱/۲۷
خودکارآمدی	کنترل	۲۵	۲۳/۱۰	۴/۱۳

یافته های مربوط به فرضیه ها

جدول شماره (۳): جدول اطلاعات مربوط به شاخص های اعتباری آزمون واریانس چند متغیر

اثر	ارزش	F	درجات آزادی	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
گروه					
اثر پیلار	۰/۴۳	۱۲/۱۹	۵	۳۶	۰/۰۰
لامدای ویلکز	۰/۲۱	۱۲/۱۹	۵	۳۶	۰/۰۰
اثر هوتلینگ	۰/۹۵	۱۲/۱۹	۵	۳۶	۰/۰۰
ریشه روی	۰/۹۵	۱۲/۱۹	۵	۳۶	۰/۰۰

همان طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می گردد مقدار لامدای ویلکز برابر با ۰/۴۳ است که این مقدار در سطح ($P \leq 0/01$) معنی دار است. هرچقدر مقدار لامدای ویلکز کوچکتر باشد نشان دهنده این است که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول شماره (۴): تحلیل واریانس چند متغیره در متغیرهای خود کارآمدی و در دو گروه آزمایش

و کنترل

منبع	مقیاس ها	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
مدل	خود کارآمدی	۲۵۶۵/۱۱	۱	۲۵۶۵/۱۱	۴۷/۳۹	۰/۰۰	۰/۳۷
گروه ها	خود کارآمدی	۲۵۶۵/۱۱	۱	۲۵۶۵/۱۱	۴۷/۳۹	۰/۰۰	۰/۳۷

همان طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می گردد فرضیه «گروه خودیاری بر خود کارآمدی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در مقایسه با گروه کنترل مؤثرتر است» در سطح ($P \leq 0/01$) مورد تایید قرار گرفت. این بدین معنی است که گروه های خودیاری بر روی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تاثیر مثبتی گذاشته و خود کارآمدی این افراد را افزایش می دهد، که افزایش خود کارآمدی باعث می شود این افراد کمتر به سوی اعتیاد کشانده شوند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که گروه خودیاری بر خود کارآمدی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در مقایسه با گروه کنترل تاثیر بیشتری دارد. با توجه به اینکه بندورا خود کارآمدی را عاملی می داند که بعنوان یک میانجی

شناختی عمل می کند و شناخت و افکار و احساسات افراد را تحت تأثیر قرار می دهد. زمانی که افراد در معرض گروه خودیاری قرار می گیرند، با افزایش خودکارآمدی آنها، توان مقابله با رویدادهای استرس زا در آنها افزایش می یابد.

از سوی دیگر احساس خودکارآمدی پائین مانع کنار آمدن مؤثر با موقعیت های تنیدگی می گردد و میزان مصرف مواد را در این افراد بالا می برد. در رویکرد تغییر مرحله ای فرانظری، دو ساختار توازن تصمیم گیری و خودکارآمدی، عوامل اصلی تأثیر گذار بر ترک و ماندن در ترک محسوب می شوند و خودکارآمدی (یعنی اعتماد مراجعان به توانایی خود در ایجاد تغییر) عاملی کلیدی در تغییر موفقیت آمیز و نتیجه گیری از درمان به شمار می رود. در این مدل، خودکارآمدی با بررسی میزان وسوسه مراجع به انجام رفتار مشکل ساز و میزان اعتماد به نفس او در خودداری از انجام رفتار در برابر وسوسه ها، ارزیابی شده است. پروچاسکا، دیکلمنته و نورکراس (۱۹۹۲) به نقل از بدر و مودی^۵، (۲۰۰۵) معتقدند در چارچوب مدل مراحل تغییر، یک مداخله منطبق با مراحل تغییر انگیزه باید طراحی شود تا انگیزه افراد معتاد را برای ترک ارتقاء بخشد و به مراحل بالاتر انگیزه برای ترک برساند.

منابع

- ۱- ابوالقاسمی، ع.، پورکرد، م.، نریمانی، م. ۱۳۸۸. ارتباط مهارتهای اجتماعی و خودکارآمدی با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۴، ص ۱۸۱-۱۸۸.
- ۲- ابوالقاسمی، ع.، نریمانی، م. ۱۳۸۴. آزمونهای روان شناختی، چاپ اول، اردبیل، انتشارات باغ رضوان، ص ۱۲۱-۱۳۲ و ۱۵۲-۱۶۳.
- ۳- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۸۶). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی، (DSM-IV-TR). ترجمه نیکخو، م.، آوادیس یانس، ه. نشر سخن.
- ۴- تشویقی، ف.، ۱۳۸۵. پیام رهایی: تاریخچه مختصر انجمن های ۱۲ قدمی.، ص ۱۵-۱۶ و ۱۰۳.
- ۵- تودر، ک.، ۱۹۹۶، ارتقای سلامت روان: پارادایم ها و برنامه ها؛ ترجمه خواجهی، م. ۱۳۸۲، چاپ اول، تهران، سازمان بهزیستی کشور، ص ۳۰-۳۱.
- ۶- سهرابی، ن. ۱۳۸۳. بررسی میزان سلامت روانی و تنیدگی در معتادان، قاچاقچیان مواد مخدر و افراد عادی، مجله روان شناسی، ص ۱۷۴-۱۸۲.
- ۷- فورسایت، د.، ۱۹۹۸، پویایی گروه، ترجمه فیروز بخت، م.، قنادان، م. ۱۳۸۰، چاپ پنجم، تهران، موسسه خدمات فرهنگی رسا، ص ۸۴ و ۳۹۵-۳۹۷.

- 9- Annis. H. M., & Davis, C.S. (1991). Relapse Prevention. Alcohol Health and Research World, 15, 204-210.
- 10- Badr, H.E., Mody, P.M. (2005)., Self- Efficacy: A Predictor for smoking cessation contemplators in kuwaiti Adults. International Journal of Behavioral Medicine., 12(4) : 273-277.
- 11- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review.84(2), 191-215.
- 12- Bandura, A.(1982) Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychology;37:127-47.
- 13- Bandura, A. (1993). Perceived self- efficacy in cognitive development and functioning. Educational Psychologist, 28(2), 117-148.
- 14- Bogenschutz, M.P., Tonigan, J.S. Miller, W,R., 2006.Examining the effects of alcoholism typology and AA attendance on self – efficacy as a mechanism of change. J. stud. Alcohol, 67, 562-566.
- 15- Dolan, S. L., Martin, R. A., Rohsenow, D. J. (2008). Self- efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to out comes, Addictive behaviours, 33, 675-688.
- 16- Gartner, A. , & Reissman, F. (1979).self –help in the human service. San Francisco: Jossey – Bass.
- 17- Graham, H. L. (2004), Cognitive- behavioral integrated treatment (C-Bit). John wiley & Sons, Ltd.
- 18- Hendriks VM. Psychiatric disorders in a Dutch addict Population: rates and correlates of DSM- III diagnosis. Journal of consult clinical psychology. 2003; 58(2):158-65.
- 19- Kim, Y. M. (2002). Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescens. International Journal of Nursing studies, 139-193.38. 39. 40
- 20- Magura, s., Laudet, A.B., Mahmood, D., Rosenblum, A., & Knight, E. (2002). Adherence to medication regimens and participation in dual – focus self- help groups. Psychiatric services, 53 (3), 310-316.
- 21- Majer, J. M., Jason, L.A. Ferrari, J.R., & North, c.s. (2002). Comorbidity among oxford House residents: a preliminary outcome study. Addictive Behaviours, 27, 837-845.
- 22- Mckellar, J. Harris, A., MooS, R. (2009). Patient’s abstinence status affects the benefits of 12-step self – help group participation on substance use disorder outcomes. , Drug and Alcohol Dependence, 99, 115-122

23- Morgenstern, J., Bux, D.A., Labouvie, E., Morgan, T., Blanchard, k. A., Muench, F., 2003. Examining mechanisms of action in 12-step Community outpatient treatment. *Drug Alcohol Depend*, 72 , 273-247.

24- MCKellar J, II gen M, MooS BS, MooSR. Predictors of changes in alcohol – related self – efficacy over 16 years, *Jo. Subs Abu Treat*. 2008; 35(2) :148-155.

25- Roberts, L.J., Salem, D., Rappaport, J., Toro, P.A., Luke, D.A., Seidman, E., 1999. Giving and receiving help: interpersonal transactions in mutual – help meetings and Psychological adjustment of members. *Am. J. Comm. Psychol*. 27 (6); 841-865.

26-. Toumbourou, J.W., Hamilton, M., V'Ren, A., stevens- jones, P., Storey, G., 2002. Narcotics Anonymous Participation and changes in substance use and social support., *Journal of Subst Abuse Treat*, 23, 61-66.

مجله اختلالات جنسی و روانشناختی

