

مقایسه افراد وابسته به مواد افیونی، مواد محرک و افراد عادی در میزان خودکارآمدی و خودتنظیمی رفتاری

تاریخ دریافت مقاله: 91/5/30

تاریخ پذیرش مقاله: 91/6/26

دکتر ویدا رضوی نعمت‌اللهی*

دکتر سید مهدی حسینی فرد**

سلوی شمس‌الدینی لری***

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی و مقایسه میزان خودکارآمدی و خودتنظیمی رفتاری در بین افراد وابسته به مواد افیونی، مواد محرک و افراد عادی بود. پژوهش بر روی 214 نفر (106 نفر عادی، 70 نفر وابسته به مواد افیونی و 38 نفر وابسته به مواد محرک) انجام شد. افراد وابسته به مواد از مراکز ترک اعتیاد تهران انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری هدفمند بود که در یک بررسی علی مقایسه‌ای انجام شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خودکارآمدی شرر و همکاران (1998) و پرسشنامه خودتنظیمی براون، میلر و لاونداوسکی (1999) استفاده گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین افراد وابسته به مواد افیونی، افراد وابسته به مواد محرک و افراد عادی در میزان خودکارآمدی و خودتنظیمی رفتاری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. افراد وابسته به مواد افیونی در مقایسه با افراد عادی و افراد وابسته به مواد محرک از خودکارآمدی و خودتنظیمی رفتاری پایین‌تری برخوردارند. بین افراد عادی و وابسته به مواد محرک در میزان خودکارآمدی و خودتنظیمی رفتاری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت خودکارآمدی و خودتنظیمی نقش مهمی در پیشگیری، مقاومت و ترک سوء مصرف مواد دارند.

کلید واژه‌ها: وابسته به مواد، مواد افیونی، مواد محرک، خودکارآمدی، خودتنظیمی

¹ استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان

Vidarazavi2010@yahoo.com

² استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان

³ کارشناس ارشد رشته مشاوره و راهنمایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات کرمان (نویسنده مسئول)

Mehdih6@Gmail.com

mahoor_princes@yahoo.com

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی (پایان‌نامه‌ام) در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات کرمان می‌باشد.

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان پدیده ای زیستی - اجتماعی - روانی یکی از غم انگیزترین تراژدی های انسان معاصر است که تبعات بسیار ناخوشایندی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دارد. رابطه اعتیاد با مسائل اجتماعی ارتباطی دو جانبه است. از یک سو اعتیاد، جامعه را به رکود و انحطاط می کشاند و از سوی دیگر پدیده ای است که ریشه در مسائل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه دارد. اعتیاد گرایش فرد را به اصول اخلاقی و معنوی و ارزش های اجتماعی کاهش می دهد. به طوری که آسیب شناسان اجتماعی، اعتیاد را به مثابه «جنگ شیمیایی خانگی» و «جنگ بدون مرز» می دانند (هاشمی، 1383). لودووینگ⁴ سم شناس معروف در رابطه با مواد مخدر می گوید: اگر غذا را مستثنی کنیم، هیچ ماده ای در روی زمین نیست که به اندازه مواد مخدر این چنین وارد زندگی ملت ها شده باشد (براهنی و همکاران، به نقل از مولوی، 1380). طبق گزارشات در سال 1382، سن آغاز مصرف مواد مخدر در ایران به 14 تا 16 سال رسیده است و سالانه 10% به تعداد معتادان افزوده می شود. رشد اعتیاد تریقی 30% است و این میزان تقریباً 5 برابر جمعیت کشور است (عبدی، 1382). با توجه به اینکه اعتیاد یکی از مشکلات اساسی اکثر جوامع است و منحصر به طبقه و گروه و یا قوم خاصی نبوده بلکه هر فرد از هر گروه سنی، جنسی و طبقه اجتماعی - اقتصادی در مقابل آن آسیب پذیر می باشد. آثار و عواقب فردی، اجتماعی و سیاسی آن به قدری وسیع است که کشورهای مختلف سعی در شناسایی ابعاد آن دارند و پژوهشگران بسیاری از مطالعات خود را به این مسئله اختصاص می دهند. علاوه بر این، هر ساله هزینه های هنگفتی صرف درمان، پژوهش و پیشگیری از آن می شود.

پژوهش های انجام شده در اکثر کشورها حاکی از آن است که عوامل مختلفی در شروع و تداوم آن نقش دارند که مهم ترین آن ها عبارتند از: عوامل فردی، یعنی وجود یا عدم وجود ویژگی های شخصیتی که فرد را در مقابل آن آسیب پذیر می سازد. نظیر حرمت خود پایین، هیجان خواهی بالا، عدم ابراز وجود نه گفتن و...، عوامل اجتماعی نظیر: والدین معتاد، عدم کنترل والدین، در دسترس بودن مواد افیونی، وجود همسالان معتاد و... (شعاع کاظمی، 1387). علاوه بر عوامل فوق، خود و مشتقات آن مانند خودکارآمدی و خودتنظیمی به عنوان دو سازه دیدگاه نظریه شناختی اجتماعی بندورا (1997) نقش مهمی در بروز، پرهیز، درمان و بهبودی سوء مصرف مواد دارند. بندورا (1977) در نظریه شناختی - اجتماعی خودکارآمدی را، احساس شایستگی، کفایت و قابلیت کنار آمدن با زندگی و ادراک افراد از میزان مهارت که بر زندگی خود دارند، تعریف می کند (زیمرن⁵ و همکاران، 1992). براساس دیدگاه بندورا (1997) خودکارآمدی ادراک شده بر مراحل مختلف تغییر رفتار سوء مصرف مواد تأثیر می - گذارد. بدین گونه که خودکارآمدی ادراک شده می تواند در تلاش اولیه جهت غلبه بر مصرف مواد، موفقیت در دستیابی به تغییرات مطلوب، بهبودی پس از ترک و حفظ طولانی مدت زندگی عاری از مواد نقش مهمی ایفا کند. مصرف کنندگانی که از خودکارآمدی پایینی برخوردار هستند، از پروسه درمان اجتناب می کنند و یا در صورت درمان، زمانی که زود نتیجه نگرفتند، درمان را رها می کنند (دیکلنمته⁶ و هوگس⁷، 1990). خودکارآمدی (اطمینان داشتن نسبت به توانایی های خود) با کنترل استفاده از مواد رابطه دارد (مالدونادو و همکاران، 2008). افرادی که به صورت

4. Ludoving

5. Zimmerman

6. DiClemente

7. Hughes

مصرف مواد نیستند، از خودکارآمدی ادراک شده بالاتری برخوردار هستند (کاری⁸ و همکاران، 1999). در زمینه سوء مصرف مواد، خودکارآمدی به برداشت فرد از توانایی خویش در بسیج انگیزش، دانش و رفتار لازم برای کنترل استفاده از مشروبات الکلی و یا ترک الکل و سایر مواد می شود (دیکلمته و هوگس، 1990). ایلگن⁹، مک کلر¹⁰ و تایت¹¹ (2005) معتقدند، خودکارآمدی نقش نیرومندی در پرهیز از مواد دارد. افرادی که دارای سطوح بالای خودکارآمدی هستند به احتمال زیاد در پرهیز و کنار گذاشتن مواد موفق تر عمل می کنند. کاری و همکاران (1999) نشان دادند افرادی که از خودکارآمدی بالایی برخوردار هستند، میزان تلاش مورد نیاز خود را در مقابل میل یا مصرف مواد در موقعیت های خطرناک گسترش می دهند. مارلت، بائر و کوئینکی (1995) پنج دسته خودکارآمدی مربوط به سوء مصرف مواد را شناسایی کرده اند که عبارتند از: الف) خودکارآمدی مقاومت، ب) خودکارآمدی کاهش آسیب، ج) خودکارآمدی برای عمل، د) خودکارآمدی برای مقابله و ه) خودکارآمدی مربوط به بهبودی (به نقل از نورانی پور، 1383). در نتیجه می توان گفت که خودکارآمدی می تواند نقش مؤثری در پیشگیری، مقابله، ترک و بهبودی سوء مصرف مواد داشته باشد.

یکی دیگر از مشتقات خود، که ارتباط نزدیکی با مصرف مواد دارد، سازه خودتنظیمی است. خودتنظیمی عبارت است از توانایی کنترل، تعدیل و تطبیق هیجانات، تکانه ها یا امیال خود (ماگار¹² و همکاران، 2008). کوپر¹³ (1994)، به نقل از کراکت¹⁴، رافائلی¹⁵ و شن¹⁶، (2006) اعتقاد دارد که هیجانات منفی یکی از عوامل برانگیزاننده مصرف مواد است و داشتن خودتنظیمی می تواند به عنوان یک مکانیسم مقابله جهت پیشگیری از مواد عمل کند. خودتنظیمی پایین فرد را در جهت مقابله با مصرف مواد آسیب پذیر می سازد. زیرا افرادی که از خودتنظیمی ضعیفی برخوردارند، فاقد مهارت های لازم برای تنظیم هیجانات خود هستند و برای تنظیم رفتارهای هیجانی خود عمدتاً بر ساختارهای بیرونی تکیه می کنند. افرادی که می توانند رفتار خود را تنظیم می کنند، وابستگی کمتری به مواد پیدا می کنند (تانگنی¹⁷، باومستر¹⁸ و بوون¹⁹، 2004). وردجو-گارسیا²⁰ و همکاران (2007) معتقدند، افرادی که به انواع مواد وابستگی دارند اغلب علائم پردازش هیجان معیوب، خودتنظیمی و تصمیم گیری پایینی از خود به نمایش می گذارند. ماگار²¹ و همکاران (2008) اعتقاد دارند که خودتنظیمی مؤلفه مهمی در سبب شناسی²² سوء مصرف مواد و پاره ای از مشکلات رفتاری در بین کودکان و نوجوانان است. آن ها به این نتیجه رسیدند که مهارت های خودتنظیمی هیجانی پایین با رفتارهای خطرناک مانند مصرف سیگار رابطه معناداری دارد و خودتنظیمی شناختی پایین منجر به افزایش ارزیابی نادرست شناختی رفتارهای خطرناک می شود. گریفین²³، شیر²⁴ و بوتین²⁵ (2009)

8. Carey

9. Ilgen

10. McKellar

11. Tiet

12. Magar

13. Cooper

14. Crockett

15. Raffaelli

16. Shen

17. Tangney

18. Baumeister

19. Boone

20. Verdejo-García

21. Magar

22. etiology

23. Griffin

دریافتند، افزایش مدت زمان مصرف مواد توأم با کاهش مهارت های خود مدیریتی است. ویلز²⁶ و ستولمیلر²⁷ (2002) نشان دادند که سطح پایین خودتنظیمی با افزایش میزان مصرف مواد همراه است. سمپل²⁸ و همکاران (2005) نشان دادند که افراد وابسته به مواد آفتماین ها تکانشگری بالا و افسردگی بالایی نشان می دهند و آموزش راهبردهای مدیریت خودتنظیمی می تواند در بهبود آنان و کاهش تکانشگری مؤثر می باشد.

ملاحظه مطالب فوق نشان می دهد که خودکارآمدی و خودتنظیمی به عنوان مشتقات "خود" یکی از عوامل اثرگذار در سوء مصرف مواد هستند. بنابراین در پژوهش حاضر درصدد بررسی مقایسه دو نوع مشتقات "خود": خودکارآمدی و خودتنظیمی در افراد وابسته به مواد افیونی، مواد محرک و افراد عادی هستیم.

روش

جامعه آماری این پژوهش عبارتند از کلیه افرادی که به مراکز خودمعرف ترک اعتیاد منطقه 17 تهران (کلینیک ترک اعتیاد حکیم، زیتون و بابک) در پاییز و زمستان 1390 مراجعه کرده اند. فقط افرادی جزء این جامعه آماری پذیرفته شدند که دامنه سنی آنان بین 20 تا 60 سالگی باشد، حداقل تحصیلات آن‌ها ابتدایی است، مدت وابستگی آن‌ها به مواد 2 تا 10 سال بوده و حداقل یک هفته از مرحله درمان آن‌ها گذشته باشد. سپس در یک بررسی علی-مقایسه‌ای از طریق روش نمونه گیری هدفمند یک گروه 108 نفری (70 نفر وابسته به مواد افیون و 38 نفر وابسته به مواد محرک) و یک گروه 106 نفری از افراد کسبه و ساکن منطقه 17 که سابقه هیچ گونه وابستگی یا سوء مصرف مواد نداشتند، انتخاب شدند.

ابزار گرد آوری داده‌ها: برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز از دو پرسشنامه خودکارآمدی شرر و همکاران (1998) و پرسشنامه خودتنظیمی براون، میلر و لاوندوسکی (1999) استفاده شد.

خودکارآمدی: برای اندازه گیری خودکارآمدی از پرسشنامه خودکارآمدی شرر و همکاران (1998) استفاده شده است. این پرسشنامه 17 گویه دارد که در یک مقیاس پنج درجه ای از 1: کاملاً مخالفم تا 5 کاملاً موافقم نمره گذاری می شود. دامنه نمرات این پرسشنامه 17 تا 85 است. شرر و همکاران معتقدند که این مقیاس سه جنبه از رفتار شامل میل به آغازگری رفتار، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف و مقاومت در رویارویی با موانع را اندازه گیری می کند. اعتبار این مقیاس در پژوهش براتی (1376) با استفاده از روش همبستگی بین مقیاس های خودکارآمدی و مقیاس کنترل بیرونی-درونی 0/79 به دست آمده و پایایی آن نیز برابر با 0/81 گزارش شده است. شیوه نمره گذاری پرسشنامه خودکارآمدی به این صورت است که به هر ماده از یک تا پنج امتیاز تعلق می گیرد و گویه های شماره 1، 3، 8، 9، 13 و 15 از راست به چپ و بقیه از چپ به راست امتیازاتشان افزایش می یابد (به نقل از احدی و همکاران، 1388).

در پژوهش حاضر قابلیت اعتماد پرسشنامه خودکارآمدی شرر و همکاران به شیوه آلفای کرونباخ برابر با 0/90. به دست آمد.

خودتنظیمی: به منظور اندازه گیری خودتنظیمی افراد وابسته به مواد و افراد عادی از پرسشنامه خودتنظیمی براون، میلر و لاوندوسکی (1999) استفاده شد. این پرسشنامه دربرگیرنده 63 گویه است و برای سنجش فرآیندهای

24. Scheier

25. Botvin

26. Wills

27. Stoolmiller

28. Semple

خودتنظیمی از طریق خودگزارش دهی ساخته شده است. پرسشنامه مذکور 7 مؤلفه را می‌سنجد که عبارتند از: دریافت اطلاعات مناسب²⁹، ارزیابی اطلاعات و مقایسه آن با هنجارها³⁰، هدایت کردن تغییرات³¹، جستجوی گزینه ها³²، طرح ریزی³³، اجرای برنامه³⁴، ارزیابی اثربخشی برنامه³⁵. دامنه نمرات در این پرسشنامه از 63 تا 315 است و گویه های آن در یک مقیاس پنج درجه‌ای از 1: کاملاً مخالف تا 5: کاملاً موافق نمره گذاری می‌شود. گویه های مربوط به شماره های 2، 3، 4، 5، 6، 8، 10، 12، 13، 15، 19، 20، 21، 24، 26، 29، 31، 33، 37، 40، 43، 45، 50، 55، 62 و 63 به صورت معکوس (1=5، 2=4، 3=3، 4=2 و 5=1) نمره گذاری می‌شوند.

براون، میلر و لاوندوسکی (1999) قابلیت اعتماد پرسشنامه را به شیوه آزمون-پس آزمون و آلفای کرونباخ در بین 83 مصرف کننده الکل به ترتیب 94/ و 91/ به دست آوردند. آن‌ها همچنین اعتبار همزمان آن را با اندازه های مصرف الکل به دست آوردند و دریافتند که بین خودتنظیمی و مصرف الکل در یک موقعیت همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. کسب نمره 239 و بالاتر در این پرسشنامه نشاندهنده خودتنظیمی بالا، 214-238، خودتنظیمی متوسط و کسب نمره 213 و پایینتر بیانگر ظرفیت خودتنظیمی پایین است.

در پژوهش حاضر قابلیت اعتماد پرسشنامه خودتنظیمی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های دریافت اطلاعات مناسب، ارزیابی اطلاعات و مقایسه آن با هنجارها، هدایت کردن تغییرات، جستجوی گزینه ها، طرح ریزی، اجرای برنامه، ارزیابی اثربخشی برنامه و کل پرسشنامه به ترتیب برابر با 179/، 160/، 163/، 177/، 176/، 166/، 172/ و 191/ به دست آمد.

²⁹. receiving relevant information

³⁰. evaluating the information and comparing it to norms

³¹. triggering change

³². searching for options

³³. formulating a plan

³⁴. implementing the plan

³⁵. assessing the plan's effectiveness

یافته ها

جدول شماره 1 شاخص های توصیفی متغیرهای خودکارآمدی و خودتنظیمی را به تفکیک گروه نشان می دهد.

جدول 1: شاخص توصیفی متغیرهای خودکارآمدی و خودتنظیمی به تفکیک گروه نمونه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	کم ترین نمره	بالاترین نمره
خودکارآمدی	وابسته به افیون	53/51	11/37	18	72
	وابسته به محرک	63/36	10/31	45	85
	عادی	59/90	10	29	82
خودتنظیمی	وابسته به افیون	198/21	28/12	129	252
	وابسته به محرک	220/68	28/42	159	268
	عادی	213/73	23/34	158	269

ملاحظه جدول بالا نشان می دهد که افراد وابسته به مواد افیونی در دو متغیر خودکارآمدی و خودتنظیمی در مقایسه با افراد عادی و افراد وابسته به مواد محرک گرفته اند. همچنین بین میانگین نمرات افراد وابسته به محرک و افراد عادی تفاوت ناچیزی وجود دارد. برای مشخص ساختن معنی داری تفاوت مشاهده شده از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد. با توجه به اینکه یکی از پیش فرض های تحلیل واریانس برقراری مفروضه همسانی واریانس خطای گروه هاست، برای برقراری این مفروضه آزمون لوین نشان داد که مفروضه همسانی واریانس خطای گروه ها رعایت شده و در صورت معنی دار بودن F تحلیل واریانس می توان نتایج را با اطمینان گزارش کرد.

جدول 2: نتایج آزمون های چهارگانه تحلیل واریانس چندمتغیری

نوع آزمون	ارزش	نسبت F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلاپی	0/30	12/64	6	420	.001
لامبدای ویلکز	0/71	12/71	6	418	.001
اثر هتلینگ	0/37	12/77	6	416	.001
بزرگترین ریشه روی	0/25	17/43	3	210	.001

جدول فوق نشان می دهد نسبت F چهار آزمون اثر پیلاپی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه اختصاصی روی در سطح 0/001 معنادار هستند. بنابراین اثر متغیر گروه بر متغیرهای وابسته پاسخ به فرضیه پژوهشی مبنی بر وجود تفاوت بین خودکارآمدی و خودتنظیمی سه گروه وابسته به مواد افیونی، مواد محرک و گروه عادی مثبت است. پس نتیجه می گیریم که بین گروه ها تفاوت معنی داری وجود دارد. برای دستیابی به اطلاعات بیشتر از آزمون تحلیل واریانس تک متغیری استفاده شد که خلاصه نتایج این آزمون در جدول 3 گزارش شده است.

جدول 3: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری: مقایسه گروه ها در خودکارآمدی و خودتنظیمی

متغیر	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F نسبت	سطح معناداری
-------	-----------------------	-------------	-----------------	--------	--------------

خودکارآمدی	2849/06	2	1424/53	12/86	0/000
خودتنظیمی	15530/24	2	7765/12	11/56	0/000

مندرجات جدول فوق نشان می‌دهد که نسبت F تحلیل واریانس تک متغیره برای تفاوت میانگین نمرات افراد وابسته به مواد افیون، مواد محرک و عادی در میزان خودکارآمدی و خودتنظیمی در سطح 0/01 معنی‌دار است و فرض صفر مبنی بر عدم وجود تفاوت معنی‌دار رد می‌شود. با نگاهی به جدول 1 جدول شاخص‌های توصیفی در می‌یابیم: میانگین نمرات خودکارآمدی و خودتنظیمی افراد عادی و افراد وابسته به محرک بالاتر از میانگین نمرات افراد وابسته به مواد افیونی است. برای مقایسه دوجه دو گروه‌ها در متغیرهای خودکارآمدی و خودتنظیمی، از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد.

جدول 4: نتایج آزمون شفه برای مقایسه دو به دو گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	تفاوت میانگین		خطای معیار	سطح معنی‌داری	
خودکارآمدی	وابسته به افیون	وابسته به محرک	-9/85	2/12	0/000
	وابسته به افیون	عادی	-6/39	1/62	0/001
	وابسته به محرک	وابسته به افیون	9/85	2/12	0/000
	وابسته به محرک	عادی	3/46	1/98	0/22
	عادی	وابسته به افیون	6/39	1/62	0/001
	عادی	وابسته به محرک	-3/46	1/98	0/22
خودتنظیمی	وابسته به افیون	وابسته به محرک	-22/47	5/22	0/000
	وابسته به افیون	عادی	-15/51	3/99	0/001
	وابسته به محرک	وابسته به افیون	22/47	5/22	0/000
	وابسته به محرک	عادی	6/96	4/89	0/36
	عادی	وابسته به افیون	15/51	3/99	0/001
	عادی	وابسته به محرک	-6/96	4/89	0/36

خروجی آزمون شفه نشان می‌دهد که در دو متغیر خودکارآمدی و خودتنظیمی رفتاری، بین افراد وابسته به مواد افیونی و وابسته به مواد محرک، افراد وابسته به مواد افیونی و افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ولی بین افراد وابسته به محرک و افراد عادی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث

در بررسی مقایسه‌ای خودکارآمدی در بین افراد وابسته به مواد افیونی، افراد وابسته به مواد محرک و افراد عادی نتایج حاصل از تحلیل واریانس نشان داد که بین گروه‌ها در میزان خودکارآمدی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و جدول شاخص‌های توصیفی نشان داد که میزان خودکارآمدی افراد عادی و افراد وابسته به مواد محرک به مراتب بالاتر از افراد وابسته به مواد افیونی است. در نهایت آزمون شفه نشان داد که بین افراد عادی و افراد وابسته به مواد افیونی، بین افراد وابسته به مواد افیونی و افراد وابسته به مواد محرک در متغیر خودکارآمدی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ولی بین دو گروه وابسته به مواد محرک و عادی تفاوت معنی‌دار نیست.

نتایج پژوهش‌هایی که به بررسی رابطه خودکارآمدی با سوء مصرف مواد پرداخته‌اند، حاکی از نقش خودکارآمدی در بروز، پیشگیری و پرهیز از مصرف مواد است. براساس دیدگاه بندورا (1997) خودکارآمدی ادراک شده بر مراحل مختلف تغییر رفتار سوء مصرف مواد تأثیر می‌گذارد. بدین گونه که خودکارآمدی ادراک شده می‌تواند در تلاش اولیه جهت غلبه بر مصرف مواد، موفقیت در دستیابی به تغییرات مطلوب، بهبودی پس از ترک و حفظ طولانی مدت زندگی عاری از مواد نقش مهمی ایفا کند. ایلگن، مک کلر و تایت (2005) معتقدند، خودکارآمدی نقش نیرومندی در پرهیز از مواد دارد. افرادی که دارای سطوح بالای خودکارآمدی هستند به احتمال زیاد در پرهیز و کنار گذاشتن مواد موفق‌تر عمل می‌کنند. کاری و همکاران (1999) نشان داده‌اند افرادی که از خودکارآمدی بالایی برخوردار هستند، میزان تلاش مورد نیاز خود را در مقابل میل یا مصرف مواد در موقعیت‌های خطرناک گسترش می‌دهند. علاوه بر این مصرف‌کنندگانی که از خودکارآمدی پایینی برخوردار هستند، از پروسه درمان اجتناب می‌کنند و یا در صورت درمان، زمانی که زود نتیجه نگرفتند، درمان را رها می‌کنند (دیکلمنته و هوگس، 1990). در پژوهش حاضر مشاهده شد که افراد وابسته به مواد افیونی در مقایسه با افراد عادی از خودکارآمدی پایین‌تری برخوردارند. براساس اظهارات فوق‌درمی‌یابیم که خودکارآمدی هم در پرهیز از مصرف و هم در ترک مواد نقش دارد. افرادی که در خود توانایی و اطمینان جهت غلبه بر موانع و مشکلات زندگی نمی‌بینند و توان مقاومت در آن‌ها ضعیف است، به جای حل مسائل و چالش‌ها سعی می‌کنند از آن‌ها دوری کنند و با توجه به اینکه هنوز مسائل جزء دغدغه ذهنی آن‌هاست، برای کاهش آن به مواد پناه می‌برند. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افراد وابسته به مواد محرک در مقایسه با افراد وابسته به مواد افیونی به صورت معناداری خودکارآمدی بالاتری دارند. با توجه به آن که تأثیرات رفتاری حاد معمول مواد محرک (مت‌آفتمین) شامل بهبود کارایی، احساس گوش به زندگی، بی‌خوابی، انرژی، حال خوش، سرخوشی در مقادیر بالا و کاهش اشتهاست (کیش، 1388)، بنابراین می‌توان انتظار داشت که این افراد در خود نوعی کارایی ادراک شده بالایی ببینند که این نوع احساس کارایی و هشیاری، ناشی از سوء مصرف شیشه است نه نشأت گرفته از کارآمدی و کفایت درونی و طبیعی.

همچنین در مقایسه گروه‌ها در میزان خودتنظیمی رفتاری یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس و شاخص‌های توصیفی نشان دادند که افراد وابسته به مواد افیونی در مقایسه با افراد وابسته به محرک و افراد عادی از خودتنظیمی پایین‌تری برخوردارند و نتایج آزمون شفه نشان داد که بین افراد وابسته به مواد افیونی و افراد عادی، افراد وابسته به مواد محرک و وابسته به مواد افیونی در خودکارآمدی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ولی بین افراد وابسته به محرک و افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

کوپر (1994)، به نقل از کراکت، رافائلی و شن، (2006) اعتقاد دارد که داشتن مهارت‌های خودتنظیمی می‌تواند به عنوان یک مکانیسم مقابله جهت پیشگیری از مصرف مواد عمل کند. تانگنی، باومیستر و بوون (2004) معتقدند که خودتنظیمی پایین، فرد را در جهت مقابله با مصرف مواد آسیب‌پذیر می‌سازد. زیرا افرادی که از خودتنظیمی ضعیفی برخوردارند، فاقد مهارت‌های لازم برای تنظیم هیجانات خود هستند و برای تنظیم رفتارهای هیجانی خود عمدتاً بر ساختارهای بیرونی تکیه می‌کنند. افرادی که می‌توانند رفتار خود را تنظیم می‌کنند، وابستگی کمتری به مواد پیدا می‌کنند. وردجو-گارسیا و همکاران (2007) معتقدند، افرادی که به انواع مواد وابستگی دارند اغلب علائم پردازش هیجان معیوب، خودتنظیمی و تصمیم‌گیری پایینی از خود به نمایش می‌گذارند. ماگار و همکاران (2008) دریافتند که مهارت‌های خودتنظیمی هیجانی پایین با رفتارهای خطرناک مانند مصرف سیگار رابطه معناداری دارد و خودتنظیمی شناختی پایین منجر به افزایش ارزیابی نادرست شناختی رفتارهای خطرناک می‌شود. نتایج پژوهش

حاضر با اظهارات فوق و با یافته پژوهش های گریفین، شیر و بوتین (2009)، ویلز و ستولمیلر (2002) همخوان است. از آن جا که خودتنظیمی به توانایی فرد جهت جلوگیری از بروز رفتارها و پاسخ های منفی و به تعویق انداختن لذت اشاره دارد. افراد دارای این نوع مهارت، قادر به کنترل هیجانات خود در شرایط منفی و مثبت هستند. پژوهش حاضر نشان داد که افراد وابسته به مواد افیونی در مقایسه با افراد عادی توانایی کنترل رفتار و هیجانات پایینی دارند.

در بررسی اعتیاد صرفاً از افراد خودارجاع به مراکز ترک اعتیاد و علاقه مند به شرکت در پژوهش استفاده شده است که خود این مسأله محدودیت اعتبار بیرونی پژوهش را تحت تأثیر قرار می دهد. همچنین در پژوهش حاضر فقط افرادی که برای ترک اقدام کرده اند، به عنوان نمونه انتخاب شده اند و بدیهی است که مراکز ترک و توانبخشی بر نگرش نسبت به "خود" آن ها تأثیر داشته است. بنابراین در تعمیم نتایج به افرادی که اقدام به ترک نکرده اند، بایستی احتیاط کرد. بنابراین به دانشجویان و پژوهشگران پیشنهاد می شود که تحقیق را در حجم وسیع تری انجام دهند و نتایج آن را با نتایج این تحقیق مقایسه نمایند.

احدی، ب؛ نریمانی، م؛ ابوالقاسمی، ع و آسیایی، م. (1388). بررسی ارتباط هوش هیجانی، سبک اسناد و خودکارآمدی با رضایت از زندگی در زنان شاغل، مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی، دوره دهم، شماره ۱۲۷، ۳-۱۱۷.

شعاع کاظمی، م و زندی پور، ط. (1387). درمان چند وجهی (زیستی، روانی و اجتماعی) سوء مصرف کنندگان هروئین، فصلنامه اعتیاد، 6، 97-113.

عبدی، ک. (1380). عوامل اعتیاد در میان حاشیه نشین‌ها، پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه شناسی دانشگاه تهران.
نورانی پور، ر. (1383). بررسی علل اعتیاد به مواد مخدر تغییر دهنده خلق و رفتار و روش های مؤثر و کارآمد مشاوره اعتیاد، مجله اعتیاد پژوهی، 53-13.

هاشمی، ع (1383). نگاه نو، اقدام نو در مبارزه با مواد مخدر، ریاست جمهوری ستاد مبارزه با مواد مخدر.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191– 215.

Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Gerbino, M., & Pastorelli, C. (2003). Role of affective self-regulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child development*, 74, 769-782.

Brown, J. M., Miller, W. R., & Lawendowski, L. A. (1999). The self-regulation questionnaire. In L. VandeCreek, & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A sourcebook*, vol. 17 (pp. 281–292).

Carey, K.B, Purdine, D.M, Maisto, S.A, and Carey, M.P.(1999). Assessing readiness to change substance abuse: a critical review of instruments. *Clin Psychol Sci Pract* , 6, 245 – 66.

Crockett, L.J. Raffaelli, M. and Shen, Yuh-Ling. (2006). Linking Self-regulation and Risk Proneness to Risky Sexual Behavior: Pathways through Peer Pressure and Early Substance Use, *Journal of Research on Adolescence*, 16(4), 503–525.

DiClemente CC, Hughes SO. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Subst Abuse*, 2, 217 – 35.

Ilgén, M., McKellar, J., and Tiet, Q. (2005). Abstinence Self-Efficacy and Abstinence 1 Year after Substance Use Disorder Treatment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 6, 1175–1180.

Magar, E. C., Phillips, L. H., & Hosie, J. A. (2008). Self-regulation and risk-taking. *Personality & Individual Differences*, 45, 153-159.

Maldonado, R. M., Pedr?o, L.J., Castillo, M.M., Garc?a, K.S., and Rodr?guez, N.N. (2008). Self-esteem, perceived self-efficacy, consumption of tobacco and alcohol in secondary students from urban and rural areas of Monterrey, Nuevo Leon, Mexico, *Rev Latino-am Enfermagem*; 16(especial), 614-620.

Semple, Sh. J., Zians, J., Grant, I., Patterson, T.L. (2005). Impulsivity and methamphetamine use, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 85– 93.

Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72, 271-322.

Verdejo-Garc?a, A., Rivas-Perez, C., Vilar-Lopez, R., and Perez-Garc?a, M. (2007). Strategic self-regulation, decision-making and emotion processing in poly-substance abusers in their first year of abstinence, *Drug and Alcohol Dependence*, 86,

139–146.

Wills, T.A, Stoolmiller, M. (2002). The role of self-control in early escalation of substance use: A time-varying analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 70: 986–997.

Wills, T.A, Stoolmiller, M. (2002). The role of self-control in early escalation of substance use: A time-varying analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 70: 986–997.

Zimmerman. J, B.(2000).Self-Efficacy: An Essential Motive to Learn. *Contemporary Educational Psychology*. 25, 82.

The study and comparison of self-efficacy, and self-regulation among opioid substance, stimulant substance dependents, and general persons

Vida Razavi Nemat-Ollahi (Ph.D)
Seyed Mehdi Hoseini Fard (Ph.D)
Salva shamseddini lorry

Abstract

The purpose of current research was studying and comparing of self-efficacy, and self-regulation among opioid substance, stimulant substance dependents, and general persons. Research design was nonexperimental (causal comparative method). This research performed on 214 persons (106 general persons, 70 opioid substance dependents, and 38 stimulant substances dependents). Substance dependents were chosen from MMT centers. The self-efficacy questionnaire (Sherer et al, 1998) and The self-regulation questionnaire (SRQ; (Brown, Miller, & Lawendowski, 1999) were administrated for collecting data. The results showed that there was a significant difference among opioid substance, stimulant substance dependents, and general persons in self-efficacy and self-regulation. Opioid substance dependents have less self-efficacy and self-regulation scores than General persons and stimulant substance dependents. In self-efficacy and self-regulation, there was not significant deference between stimulant substance dependents and general persons. Also, the results showed that there was a significant and positive relationship among self-esteem, self-efficacy, and self-regulation. So, we conclude that self-efficacy, and self-regulation has important role in preventing, coping, and substance abstinence.

Keywords: substance dependents, opioid substance, stimulant substance, self-efficacy, self-regulation