فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال هفتم، شماره بیست و ششم، تابستان۱۳۹۲
Quarterly Journal of Research on Addiction, Vol. 7, No. 26, Summer 2013

مقاله
پژوهشی
Research

اثربخشی جلسات گروهی مصاحبه انگیزشی برارتقاء عزت نفس و خودکارآمدی زنان معتاد

سمیره دهقانی فیروزآبادی[۱]، حامدقاسمی[۲]، سعیده صفری[۳]، علی اکبر ابراهیمی[۴]، عذرا اعتمادی[۵]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۴/۰۲

چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر عزت نفس و خودکارآمدی زنان معتاد در حال درمان بود. **روش:** تحقیق حاضر، شبه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه مورد مطالعه، شامل تمامی زنان معتاد مراجعه کننده در تابستان ۱۳۹۱ برای ترک اعتیاد به مرکز بازتوانی کمپ اعتیاد آینده روشن شهر اصفهان بود، که تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه آماری انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه (در هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. جلسات مشاوره گروهی به سبک مصاحبه انگیزشی در طی هشت جلسه ۹۰دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه عزت نفس کوپراسمیت و خودکارآمدی عمومی استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان دهنده اثربخشی مصاحبه انگیزشی بود. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این بررسی می‌توان نتیجه گرفت که مصاحبه انگیزشی توانسته در افزایش عزت نفس و خود کارآمدی افراد گروه آزمایش مؤثر واقع شود.

کلیدواژه‌ها: مصاحبه انگیزشی، عزت نفس، خودکارآمدی، زنان معتاد

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان. پست الکترونیک: samiredehghani@yahoo.com
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه اصفهان
۴. دانشجوی دکترای روان شناسی کودکان با نیازهای خاص
۵. دانشیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

مقدمه

سوءمصرف مواد یکی از مهم‌ترین مشکلات عصر حاضر است که گستره‌ای جهانی پیدا کرده است. مصیبتی که میلیون‌ها زندگی را ویران و سرمایه‌های کلان ملی را صرف مبارزه و یا جبران صدمات ناشی از آن می‌کند. هر روز بر شمار قربانیان مصرف مواد افزوده می‌شود و عوارض آن شامل اختلالات جسمی، روانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی است که سلامت بشر را مورد تهدید قرار می‌دهد (کشوری، ۱۳۸۸). از نظر آسیب‌شناسی هر دارویی که بعد از مصرف چنان تغییراتی را در انسان به وجود آورد که از نظر اجتماعی قابل قبول و پذیرش نباشد و اجتماع نسبت به آن حساسیت یا واکنش نشان دهد آن دارو، مخدر است و کسی که چنین موادی را مصرف می‌کند معتاد شناخته می‌شود (آذر و نوحی، ۱۳۸۹). تصور اکثر افراد جامعه در مورد اعتیاد این است که مواد مخدر و سوءمصرف مواد عمدتاً پدیده‌ای مردانه است. در حالی که زنان هم، همپای مردان در معتادشدن پیش می‌روند (ابراهیمی و فتاحی، ۱۳۸۳). در پژوهشی در سال ۱۳۷۶ سهم زنان از کل معتادان ۵ درصد بود در حالی‌که در سال ۱۳۸۰ به ۱۵ درصد افزایش یافت (نوروزی و نادری، ۱۳۸۴). اعتیاد زنان معضلی چند وجهی است و علل و عوامل متعددی نظیر علل فردی، خانوادگی و اجتماعی در بروز و اشاعه آن مؤثر است. از طرفی نیز آسیب‌های جبران ناپذیری را بر فرد، خانواده و جامعه وارد می‌سازد (قاسمی روشن، ۱۳۸۲). خادمیان و قناعتیان (۱۳۸۷) از هم گسستگی خانواده زن و شوهری، از هم گسستگی خانواده پدر و مادری، نابسامانی خانواده زن و شوهری، پایگاه اقتصادی و اجتماعی، در دسترس بودن موادمخدر و اعتیاد اعضای خانواده را از عوامل مؤثر بر اعتیاد زنان به مواد مخدر عنوان کردند. بنابراین، خانواده اصلی‌ترین مرکز کنترل رفتار افراد است، که گاهی با آسیب پذیر شدن خود عاملی برای گرایش فرزندان به اعتیاد می‌شود (عزیزی، ۱۳۸۱). زنان معتاد در مقایسه با مردان معتاد در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به مشکلات روانی هستند. عزت نفس پایین، خودکارآمدی پایین، کمبود قدرت‌های تطابقی در فرد برای مقابله با حوادث روزانه زندگی می‌تواند مقدمه ایجاد اعتیاد یا از نتایج اعتیاد باشد (شایگان، ۱۳۹۰). عزت نفس همان ارزیابی نفس است که بر طبق معیارهای فردی

خاص صورت می‌پذیرد. هر فرد نقش آن معیارها را در تعیین ارزش انسانی خود بسیار مهم تلقی می‌کند. زیاده روی در مصرف مواد و اعتیاد می‌تواند دلیل و پیامد از دست دادن عزت نفس باشد. در این شرایط پناه بردن به مواد مخدر تصمیمی غلط است، زیرا اگرچه در کوتاه مدت احساس بهتری در فرد به‌وجود می‌آورد، اما پیامدهای آن در بلند مدت معمولاً مسأله را وخیم‌تر می‌کند (آذر و نوحی، ۱۳۸۹). تئوری آسیب پذیری در مقابل قضاوت دیگران اعتقاد دارد هر فردی در مقابل نظرها و عقاید مردم آسیب پذیر است، مگر این‌که اعتقاد راسخی به توانایی و ارزش‌های خود داشته باشد. این گونه افراد محکوم به زندگی کردن به نحوی هستند که رضایت مردم را همواره جلب کنند. الکل و مواد مخدر اغلب برای این منظور استفاده می‌شوند که احساس خوب بودن زودگذر و آنی را نصیب وی کنند (آذر و نوحی، ۱۳۸۹). عزت نفس بالا موجب می‌شود تا افراد در زمان مواجه شدن با مشکلات زندگی و در زمان رویارویی با حوادث و بحران‌ها کمتر احساس ناتوانی و دلسردی کنند (مزلو[1]، ۲۰۰۰). به بیان ساده‌تر عزت‌نفس عبارت است از میزان ارزشی که فرد برای خود قایل است (کوپراسمیت[2]، ۱۹۹۴). افراد با عزت نفس ضعیف به سادگی تحت تأثیر محرک‌ها و محیط قرار می‌گیرند. رایت، رافورد و دل کاستیلو[3](۲۰۰۹) مهمترین عامل اعتیاد به مواد را سوءرفتارهای جسمی، جنسی و عاطفی در دوران کودکی می‌دانند. طرد شدن و مورد توهین و ناسزا قرارگرفتن در دوران کودکی باعث ایجاد حس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی در دوران بزرگسالی می‌شود و منجر به کاهش اعتماد به نفس می‌شود، که این عوامل نقش مهمی در شروع اعتیاد دارند. در واقع، داشتن عزت‌نفس بالا برای یک خوداثرمندی سالم و قوی ضروری است. عزت نفس و خودکارآمدی بالا باعث افزایش تلاش، پشتکار و انگیزش فرد می‌شوند و از مؤثرترین عوامل تعیین کننده عملکرد افراد بویژه در کنترل، پایش و پیگیری برنامه‌های درمانی مددجویان وابسته به موادمخدر است (حبیبی، صالح مقدم، طلایی، ابراهیم زاده، کریمی مونقی، ۱۳۹۰). خودکارآمدی اعتقاد فرد است که فرد به‌واسطه آن می‌تواند رفتار لازم برای رسیدن به یک هدف مورد نظر را به طور موفقیت‌آمیزی اجرا کند. چهار منبع اصلی

1. Maslow 2. Cooper Smith 3. Wright, Crawford & Del Castillo

داوری شخص درباره خودکارآمدی عبارتند از: تجربیات موفق قبلی، تشویق و ترغیب کلامی، تجربه‌های جانشینی و انگیختگی فیزیولوژیکی (کمالی، ۱۳۸۴). در رابطه با تأثیر خودکارآمدی بر ترک دخانیات مطالعه‌ای با یک ماه پیگیری نشان داد که خودکارآمدپنداری اولین عامل پیش‌بینی کننده ترک سیگار است (بدر و مودی[1]، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش نارگینگ[2] و همکاران (۲۰۰۶) بر روی ۶۴ جوان ۱۶ تا ۲۵ ساله نشان داد که خودکارآمدی معتادان می‌تواند ۴۷ درصد از واریانس مصرف الکل و ۶۹ درصد مصرف ماری جوانا را پیش‌بینی کند. همچنین، در کسب حمایت‌های اجتماعی برای تغییر نیز مؤثر است. استرلینگ[3] و همکاران (۲۰۰۷) مطالعه‌ای را تحت عنوان خودکارآمدی، اعتقادات و توجهات مرتبط با سیگار در شهر تگزاس انجام دادند، در این مطالعه مشخص شد که خودکارآمدی به طور مستقیم بر روی توجهات نسبت به سیگار اثر داشته و می‌تواند به عنوان یک راهکار مفید در پیشگیری از مصرف سیگار و همچنین در ترک سیگار به کار گرفته شود. احتمال می‌رود مؤثرترین درمان‌ها برای اعتیاد به مواد، درمان‌هایی باشد که خودکارآمدی را افزایش می‌دهند (مارک[4]، ۲۰۰۸). خودکارآمدی بالا با خودتنظیمی، خودراهبری استرس، عزت‌نفس بالا و بهزیستی بیشتر مرتبط است (کارادماس و ایوانجلس[5]، ۲۰۰۶). بنابراین، زمانی که بتوان خودکارآمدی افراد را افزایش داد می‌توان انتظار داشت که میزان انگیزش پیشرفت نیز افزایش پیدا کند. در مدل فرانظری تغییر، خودکارآمدی را می‌توان به ۲ طریق ارزیابی کرد: سطوح وسوسه مراجع برای مشغول شدن در یک رفتار مشکل‌زا و اعتماد مراجع به خود برای پرهیز از آن رفتار در مواجه با آن وسوسه‌ها (ولاسکوئز، مارر، کروچ، دی کلمنته[6]، ترجمه ابراهیمی و محمدزاده، ۱۳۹۰). عزت‌نفس و خودکارآمدی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر عملکرد هستند و ظاهراً می‌تواند بر روحیه و انگیزه روانی انسان بیشترین تأثیر را داشته باشد و به افزایش بهره وری کمک کند. به طور کل، در سال‌های اخیر بیشتر به آن دسته از برنامه‌های درمانی توجه شده است که در آن‌ها موضوع انگیزه مراجع از اهمیت خاصی برخوردار بوده است (میلر

سال هفتم، شماره ۲۶، تابستان ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 26, Summer 2013

1. Badr & Moody 2. Naar-King 3. Sterling
4. Mark 5. Karademas & Evangelos 6. Velasquez, Marden, Crouch & Dclemente

و رالنیک[1]، ۲۰۰۲). معتادان به الکل و مواد مخدر اغلب درباره ترک اعتیاد خویش تردید دارند. این تردید و احساس دودلی باعث می‌شود معتادان به سرعت درصدد درمان برنیایند یا حتی هرگز به درمان خود نیندیشند. عده دیگری از معتادان نیز به این نتیجه می‌رسند که باید درمان شوند، اما خیلی زود از این فکر منصرف می‌شوند و فرایند درمان را رها می‌کنند. بسیاری نیز به طور جدی می‌کوشند که خود را تغییر دهند، اما پس از مدتی عهد و پیمان خویش را می‌شکنند و مصرف مواد را از سر می‌گیرند. همه این‌ها مشکلات مربوط به انگیزه و حفظ آن برای ترک اعتیاد است (توماس و دنیس[2]، ۱۹۹۹). متقاعدسازی مستقیم روشی مؤثر برای رفع احساس دودلی نیست، چراکه از یک سو باعث افزایش مقاومت مراجع می‌شود و از سوی دیگر احتمال تغییر را کم می‌کند (میلر و رالنیک، ۲۰۰۲). همیشه این طور بوده است که درمانگران بالینی مراجعانی را که انگیزه ترک اعتیاد را از دست می‌دهند مقصر بدانند. به عبارت دیگر، وقتی مراجعی پیش از اتمام درمان از ادامه شرکت در آن سر باز می‌زند این گرایش دیده می‌شود که مراجع را مقصر می‌دانند نه برنامه درمان را. اما به تازگی معلوم شده است که برنامه‌های درمانی انعطاف ناپذیر به این مشکل دامن می‌زنند و یکی از هدف‌های روشن درمان روانی- اجتماعی باید افزایش انگیزه مراجع باشد (میلر و رولنیک، ۲۰۰۲). مصاحبه انگیزشی شیوه‌ای است که بیشترین تأثیر را در ایجاد انگیزه برای درمان معتادان یا تغییر رفتار آنان داشته است (قربانی، ۱۳۸۴). مصاحبه انگیزشی نه یک الگوی مداخله‌ای کاملاً جدید و نه یک الگوی مجزاست، بلکه ترکیبی از اصول و فنون برگرفته شده از مجموعه‌ای از مدل‌های بسیار گسترده روان درمانی و تغییر رفتار است (کاکس و کلینگر[3]، ۲۰۰۴). یکی از اصول مهم مصاحبه انگیزشی، توانمندسازی است. یعنی کمک به بیمار در زمینه کشف این مطلب که چگونه می‌توانند در وضعیت سلامتی خود تغییری ایجاد کنند. در مصاحبه انگیزشی اصل حمایت از خودکارآمدی مراجع شامل موارد زیر است: الف) اعتقاد به امکان تغییر یک مشوق مهم برای تغییر است. ب) مسئوولیت انتخاب و انجام تغییر برعهده خود مراجع است نه مشاور ج) امید داشتن در درمان جایگزین مناسبی برای رویکردهای درمانی معتبر است

سال هفتم، شماره ۲۶، تابستان ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 26, Summer 2013

1. Miller & Rollnick 2. Thomas & Dennis 3. Cox & Klinger

(رولنیک، میلر، بوچلر[1]، ۱۳۸۹). اخیراً مطالعات فراتحلیل متعددی درباره مصاحبه انگیزشی انجام شده است. تحلیل‌ها نشان می‌دهد که روش مصاحبه انگیزشی نسبت به آموزش و توصیه‌های درمانی سنتی در دامنه بسیار وسیعی از مشکلات روان‌شناختی و بیماری‌های جسمانی برتری دارد. نتایج نشانگر آن است که مصاحبه انگیزشی اندازه اثری بین حداقل ۰/۲۵ تا ۲/۱۷ دارد. در این بین مصاحبه انگیزشی حتی در قالب مصاحبه‌های کوتاه مدت ۱۵دقیقه‌ای هم مؤثر است (نویدیان، ۱۳۸۸).

به‌رغم جذابیت و رشد بسیار سریع کاربرد مصاحبه انگیزشی در جهان و سرایت آن به حوزه‌های مختلف سلامت، در ایران بررسی‌های اولیه نشان می‌دهد تحقیقات انجام شده در این حوزه بسیار اندک است. با توجه به تفاوت در وسعت تحقیقات انجام شده و نظر به نو بودن کاربرد مصاحبه انگیزشی در ایران، مطالعه حاضر بر آن است تا کاربرد و تأثیر این روش را در ارتقاء عزت نفس و خودکارآمدی زنان معتاد مورد آزمون قرار دهد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

در این مطالعه روش پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان معتاد مراجعه کننده در تابستان ۱۳۹۱ برای ترک اعتیاد به مرکز بازتوانی کمپ اعتیاد آینده روشن شهر اصفهان بود. انتخاب نمونه از جامعه آماری به روش نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفت. به این ترتیب که تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به تصادف به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. لازم به ذکر است که در طی پژوهش از تعداد ۳۰ نفر در هر دو گروه آزمایش و گواه ۴ نفر ریزش وجود داشت که علت آن ترخیص افراد مورد نظر بود. بنابراین، تعداد افرادی که نمراتشان مورد محاسبه قرار گرفت به ۲۶ نفر رسید.

ابزار

۱- پرسشنامه عزت نفس کوپراسمیت: این پرسشنامه دارای ۵۸ گویه است که ۸ گویه تای آن (شماره‌های ۶-۱۳-۲۰-۲۷-۳۴-۴۱-۴۸-۵۵) دروغ سنج است و ۵۰ گویه

1. Rollnick, Miller & Bochlor

باقی‌مانده به ۴ حیطه عزت نفس کلی، عزت نفس اجتماعی، عزت نفس خانوادگی و عزت نفس تحصیلی تعلق دارند. پاسخ به گزینه‌ها بلی و خیر است. شیوه نمره‌گذاری این مقیاس به صورت صفر و یک است. بنابراین، حداقل نمره صفر و حداکثر آن پنجاه است. افرادی که در این آزمون بیشتر از میانگین نمره بگیرند دارای عزت نفس بالایی هستند. روایی آزمون در موارد متعدد بررسی شده و مورد تأیید قرار گرفته است. کوپراسمیت و همکاران (به نقل از نیسی و شهنی ییلاق، ۱۳۸۱) اعتبار این پرسشنامه را به روش باز آزمایی ۰/۸۸ گزارش کردند. همچنین، اعتبار پرسشنامه در پژوهش شهنی ییلاق، شکرکن، میکائیلی و حقیقی(۱۳۸۶) با دو روش تنصیف و آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۱ به‌دست آمد.

۲- پرسشنامه خودکارآمدی عمومی: این ابزار یک پرسشنامه شناخته شده و معتبر است که بارها در سراسر جهان و ایران مورد استفاده قرار گرفته و روایی و اعتبار آن مورد تأیید متخصصان است. حسینی نسب، احمدیان و روان بخش (۱۳۸۷) روایی این پرسشنامه را از طریق روایی محتوا و نظر متخصصان و اعتبار این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۲ گزارش کردند. روایی ملاکی آن نیزاز طریق همبستگی با «مسند مهار گذاری درونی راتر» برابر با$r=0/34$ به‌دست آمده که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. این پرسشنامه شامل ۱۷ سؤال است و پاسخ‌ها به صورت پنج گزینه‌ای و با استفاده از مقیاس لیکرت کاملا مخالف تا کاملا موافق انجام می‌شود. نمرات این پرسشنامه نیز بین ۱۷ تا ۸۵ است. در پژوهش حاضر ضریب اعتبار پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به‌دست آمده است.

سال هفتم، شماره ۲۶، تابستان ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 26, Summer 2013

روش اجرا

نحوه‌ی اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا به همه‌ی افراد اعم از گروه آزمایش و گواه پرسشنامه عزت نفس و خودکارآمدی به عنوان پیش‌آزمون داده شد. سپس جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. در حالی‌که گروه گواه آموزش خاصی در این زمینه دریافت نکردند. در نهایت، از دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و داده‌ها مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

ساختار جلسات مصاحبه انگیزشی از کتاب گروه‌درمانی برای سوءمصرف کنندگان مواد (راهنمای درمان مبتنی بر مراحل تغییر) از ولاسکوئز و همکاران با ترجمه ابراهیمی و محمدزاده (۱۳۹۰) استخراج شد. ساختار جلسات و محتوای هر جلسه در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول۱: ساختار و محتوای جلسات مصاحبه انگیزشی

جلسات	محتوا
اول	آشنایی: معارفه، هنجارها و فرایندهای گروه، معرفی رویکرد انگیزشی، معرفی مراحل تغییر، انجام تمرین مرحله‌بندی
دوم	توصیف یک روز زندگی: توصیف روزانه مصرف مواد و آگاهی از کمیت آن، اثرات فیزیولوژیک الکل و مواد اجرای آزمون شناخت اختلالات مصرف الکل و سیاهه غربالگری مواد
سوم	انتظارات: به بحث گذاشتن انتظارات معتادان از مصرف الکل و مواد
چهارم	اعتماد به نفس و وسوسه: شناخت برانگیزاننده‌ها، شناخت موقعیت‌های مطمئن، مقایسه وسوسه و اعتماد
پنجم	پاداش به موفقیت‌ها: تشخیص موفقیت‌های فعلی، خلق ایده‌هایی برای پاداش به خود
ششم	امتناع مؤثر: شناخت مصرف کننده‌های فعلی، تمرین امتناع کردن از تعارف کننده مواد، اجرای تکنیک ایفای نقش
هفتم	کنترل وسوسه و امیال: بحث در مورد روش‌های کنترل وسوسه و امیال، روش‌های جدید لذت بردن از زندگی و ایجاد فعالیت‌های جایگزین
هشتم	تعهد مجدد بعد از یک لغزش: شناخت روش‌های مفید در گذشته برای تغییر مصرف مواد، بحث در مورد نظرات مربوط به چیزهایی که بعد از یک لغزش باید انجام داد، خلاصه و جمع بندی

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای دموگرافیک به تفکیک گروه در جدول زیر ارایه شده است.

جدول۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای دموگرافیک به تفکیک گروه

گروه	سن	تحصیلات	مدت مصرف	وضعیت تاهل
آزمایش	۲۹-۱۸	بی‌سواد- لیسانس	۱۰-۲ سال	۱۰ نفر متاهل، ۵ نفر مجرد
گواه	۳۰-۱۸	بی‌سواد- لیسانس	۱۰-۴ سال	۸ نفر متاهل، ۷ نفر مجرد

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک نوع آزمون و گروه در جدول زیر ارایه شده است.

جدول۳: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک نوع آزمون و گروه

متغیرها		گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
خودکارآمدی	آزمایش	پیش آزمون	۱۳	۵۱/۳۷	۶/۶۷
		پس آزمون	۱۳	۶۵/۳۷	۱۲/۲۱
	گواه	پیش‌آزمون	۱۳	۴۶/۳۷	۸/۸۳
		پس‌آزمون	۱۳	۴۸/۲۵	۹/۰۵
عزت نفس	آزمایش	پیش آزمون	۱۳	۲۲/۲۷	۹/۹۹
		پس آزمون	۱۳	۳۱/۸۷	۷/۹۵
	گواه	پیش آزمون	۱۳	۱۹/۵۰	۳/۸۱
		پس آزمون	۱۳	۱۹/۷۵	۳/۶۱

برای بررسی اثربخشی مداخله بر عزت نفس از تحلیل کواریانس به شرح زیر استفاده شد.

جدول٤: نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر مصاحبه انگیزشی بر افزایش عزت نفس زنان معتاد

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آمارهF	معناداری	مجذور اتا	توان اماری
پیش آزمون	۲۱۰/۵۰	۱	۲۱۰/۵۰	۸/۴۴۰	۰/۰۹	۰/۸۵	۰/۹۵
اثر مداخله	۴۱۵/۶۸	۱	۴۱۵/۶۸	۱۶/۶۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱/۰۰

همان‌گونه که در جدول فوق ارایه شده است، نتایج حکایت از آن دارد که مصاحبه انگیزشی توانسته بر افزایش عزت نفس زنان معتاد موثر واقع شود (P<۰/۰۰۱ ,F=۱۶/۶۸۰). میزان تأثیر این مداخله بر افزایش عزت نفس زنان ۰/۹۶ است، یعنی ۹۶ درصد از واریانس نمرات کل باقی‌مانده، مربوط به تأثیر مداخله‌ی درمانی است.

برای بررسی اثربخشی مداخله بر خودکارآمدی از تحلیل کواریانس به شرح زیر استفاده شد.

جدول٥: نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی زنان معتاد

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا	توان‌آماری
پیش‌آزمون	۵۰/۹۱	۱	۵۰/۹۱	۱۷/۰۴	۰/۱۰	۰/۹۰	۰/۷۸
اثر مداخله	۸۹/۵۱	۱	۸۹/۵۱	۲۶/۵۰	۰/۰۰۰۵	۱/۰۰	۰/۹۶

همان‌گونه که در جدول فوق ارایه شده است، نتایج حکایت از آن دارد که مصاحبه انگیزشی توانسته بر افزایش خودکارآمدی زنان معتاد موثر واقع شود (P<۰/۰۰۱, F=۲۶/۵۰۰).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی جلسات گروهی مصاحبه انگیزشی بر ارتقاء عزت‌نفس و خودکارآمدی زنان معتاد انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون، بیشتر افراد معتاد عزت‌نفس و خودکارآمدی پایینی داشتند، اما پس از شرکت در جلسات گروهی مصاحبه انگیزشی، تفاوت معناداری بین عزت‌نفس و خودکارآمدی زنان معتاد نسبت به مرحله پیش‌آزمون ایجاد شد؛ یعنی عزت‌نفس و خودکارآمدی گروه آزمایش به طور چشمگیری نسبت به پیش‌آزمون و نسبت به گروه کنترل افزایش یافت. نتایج این پژوهش با پژوهش نویدیان (۱۳۸۸) در زمینه اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن همسو است. همچنین، مطالعه هتما، استیل و میلر[1] (۲۰۰۵) در زمینه اثربخشی مصاحبه انگیزشی در حوزه‌های مصرف سیگار و دخانیات، ایدز، سوءمصرف مواد ، پذیرش درمان، روابط نزدیک و صمیمی، اختلال‌های خوردن، رژیم غذایی و فعالیت بدنی تأییدی بر نتیجه پژوهش حاضر است. بنابراین، نتایج پژوهش حاضر در مورد اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر ارتقاء عزت نفس و خودکارآمدی زنان معتاد، نشان می‌دهد که تلاش برای درمان بدون در نظر گرفتن بحث انگیزش کافی نیست. چراکه اغلب معتادان بیشتر از این‌که دارای مقاومت یا اراده ضعیف باشند، در مورد تصمیم‌گیری در زمینه تغییر، احساس دوگانه‌ای دارند. در عین حال مصاحبه انگیزشی توجه خاصی به این نکته معطوف می‌دارد که چگونه می‌توان به بیمار کمک کرد تا خود در مورد تغییر رفتار تصمیم بگیرد. انگیزه برای تغییر کاملاً انعطاف‌پذیر و متغیر است و به صورت خاص در بستر ارتباطات شکل می‌گیرد. شیوه‌ای که با فرد معتاد در زمینه سلامتی آن‌ها بحث می‌شود، به طور جدی بر انگیزه شخصی آنان برای تغییر تأثیر می‌گذارد. هیچ فردی برای تغییر صددرصد بی‌انگیزه

سال هفتم، شماره ۲۶، تابستان ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 26, Summer 2013

1. Hettema, Steele & Miller

نیست. همه امیال، اهداف و آرزوهایی دارند. پس می‌توان با ایجاد تفاوتی کوچک، تأثیر و نفوذ طولانی مدت‌تری برای سلامتی آنان بر جای گذاشت. البته این نکته حایز اهمیت است که انگیزه واقعی تغییر از طریق درکی که فرد به طور آزادانه از روند مرحله عمل به دست می‌آورد افزایش می‌یابد. پژوهش‌ها پیرامون مساله اعتیاد و ارایه راهکارهای درمان غیردارویی اعتیاد از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. یک تحقیق مقایسه‌ای بین آموزش سنتی و رفتاری در بهبود پایبندی به برنامه مراقبت‌های بهداشتی-درمانی نشان داد که وقتی اطلاعات به تنهایی ارایه شوند میزان موفقیت ۰/۶۴ و وقتی رویکرد مشارکتی با استفاده از راهبردهای رفتاری و انگیزشی ارایه می‌شود میزان موفقیت به ۰/۸۵ می‌رسد (گانس[1]، ۲۰۰۷). مصاحبه انگیزشی به جای یک مکتب درمانی، بیشتر یک شیوه برخورد و زندگی با دیگران است. مصاحبه انگیزشی و دیگر انواع روان درمانی‌ها از این نظر که مقاومت و دوسوگرایی را به عنوان پدیده‌ای می‌دانند که اطلاعات مهم درمانی را در اختیار می‌دهند با هم مشترکند، ولی از نظر نوع اطلاعات مهم دانسته شده و نحوه برخورد با آن متفاوتند (رولنیک وهمکاران، ۱۳۸۹). ماهیت مصاحبه انگیزشی بر شناسایی و بسیج کردن ارزش‌های اصلی مراجع با هدف تغییر رفتار استوار است. نتیجه برقراری ارتباط عاطفی با شرکت کنندگان و ارتقاء توانمندی‌های آن‌ها افزایش خودآگاهی، افزایش عزت نفس و افزایش خودکارآمدی را به دنبال دارد.

در جریان انجام این پژوهش تا حد امکان سعی شد از پرتگاه‌هایی که امکان داشت ذهن مشاور را در جریان مصاحبه انگیزشی منحرف کند و مقاومت بیشتر مراجع را به دنبال داشته باشد، دوری شود. برخی از این متغیرها عبارت بودند از: رویارویی، انکار، سوال-جواب، جانبداری از یک مشکل با نیت خیرخواهانه، تخصص گرایی، برچسب زدن، تمرکز زودهنگام بر موضوع تغییر و سرزنشگری. با توجه به افزایش مشکل اعتیاد در زنان توجه خاص به این گروه از جامعه و حساس‌تر شدن هر چه بیشتر مسوولان پیشگیری و درمان برای پیش‌بینی برنامه‌های اختصاصی و مستندسازی آن‌ها از اهمیتی خاص برخوردار است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش تعداد کم نمونه آماری، عدم امکان همتاکردن شرکت کنندگان

1. Gance

گروه آزمایش و کنترل از نظر سطح اعتیادپذیری و نوع نگرش نسبت به مصرف مواد قبل از اجرای برنامه مداخله‌ای و عدم امکان مطالعات پیگیری بود. همچنین، انجام این تحقیق تنها در یک مرکز بازتوانی، تعمیم پذیری نتایج را با محدودیت مواجه می کند. بنابراین، در رابطه با اثربخشی مداخله مورد نظر پیشنهاد می‌شود در نمونه‌های وسیع‌تر و در هر دو جنس برای ارزیابی تأثیر جنسیت بر مداخله موردنظر پژوهش‌هایی صورت گیرد.

منابع

آذر، ماهیار و نوحی، سیما (۱۳۸۹). *دایره المعارف اعتیاد و مواد مخدر*. چاپ دوم. تهران: انتشارات ارجمند

ابراهیمی، سیدمحمد و فتاحی، مژده (۱۳۸۳). آسیب شناسی اعتیاد زنان. *نشریه اصلاح و تربیت، ۱۱۳*، ۸-۳

حبیبی، رحیم؛ صالح مقدم، امیررضا ؛ طلایی، علی؛ ابراهیم زاده، سعید وکریمی مونقی، حسین (۱۳۹۰). بررسی تأثیر آموزش حل مسئله تعدیل شده با رویکرد خانواده محور، بر میزان عزت نفس مددجویان وابسته به مواد مخدر. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۵(۱)، ۵۶-۵۲*

حسینی نسب، سید داوود؛ احمدیان، فاطمه؛ روان بخش، محمدحسین (۱۳۸۷). بررسی رابطه شیوه‌های فرزندپروری با خودکار آمدی و سلامت روانی دانش آموزان. *مطالعات تربیتی و روان شناسی*، ۹ (۱)، ۲۱-۳۷

خادمیان، طلیعه و قناعتیان، زهرا (۱۳۸۷) . *بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر و مراکز بازپروری و کاهش آسیب زنان شهر تهران. پژوهش نامه علوم اجتماعی*، ۲ (۴)، ۸۵-۵۹

رولنیک، استفن؛ میلر، ویلیم آر؛ بوچلر، کریستوفرسی (۱۳۸۹). *مصاحبه انگیزشی در مراقبت‌های بهداشتی درمانی (کمک به تغییر رفتار بیماران)*. ترجمه علی نویدیان، سیداحمد احمدی، نورمحمد بخشانی و حمیدپورشریفی. مشهد: انتشارات سخن گستر

شایگان، اسحاق (۱۳۹۰). تأثیر اعتیاد زنان باردار بر جنین و نقش پلیس زن در درمان آنان. *مجله جامعه شناسی و علوم اجتماعی پلیس زن*، ۱۴، ۴۰-۳۲

شهنی ییلاق، منیجه؛ میکائیلی، نیلوفر؛ شکرکن، حسین؛ حقیقی، جمال (۱۳۸۶). بررسی شیوع کودک آزاری و پیش بینی این متغیر از طریق سلامت عمومی والدین، سازگاری، عزت نفس و عملکرد تحصیلی دانش آموز و متغیرهای جمعیت شناختی در دانش آموزان دختر آزار دیده و عادی دوره راهنمایی شهر اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*. ۳(۴)، ۱۶۷-۱۹۴

عزیزی، عبدالرضا (۱۳۸۱). *خصوصیات فردی و محیطی معتادین*. قم: انتشارات امید

قاسمی روشن، ابراهیم (۱۳۸۲). از اعتیاد زنان تا نابسامانی خانواده. *فصلنامه کتاب زنان*. ۲۲، ۱۵۱-۱۳۰.

قربانی، مجید (۱۳۸۴). *مقدمه‌ای بر مصاحبه انگیزشی: رویکردی نوین در درمان معتادان*. تهران: انتشارات ملل

کشوری، احمد (۱۳۸۸). *اعتیاد از میکده تا ماتمکده*. تهران: انتشارات سمیع

کمالی، محمود (۱۳۸۴). *بررسی نقش کارآمدی معلم، منابع اطلاعات خود-کارآمدی و ویژگی شخصی در خودکارآمدی ریاضی و عملکرد ریاضی دانش آموزان پایه سوم راهنمایی شهر یزد*. پایان نامه دکترا، چاپ نشده، دانشگاه تربیت معلم.

نوروزی، رضا و نادری، شهرام (۱۳۸۴). *راهنمای جامع درمان اعتیاد*. تهران: انتشارات خلوص.

نویدیان، علی (۱۳۸۸). *اثربخشی مشاوره انگیزشی گروهی بر رفتار و عملکرد مراجعان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، پرفشاری خون و اضافه وزن و چاقی*، پایان نامه دکترای مشاوره ، چاپ نشده، دانشگاه اصفهان

نیسی، عبدالکاظم و شهنی، ییلاق (۱۳۸۱). تأثیر آموزش ابراز وجود، عزت نفس، اضطراب اجتماعی و بهداشت روانی دانش آموزان پسر مضطرب اجتماعی دبیرستانی شهرستان اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان شناسی*، *۸*(۱ و ۲)، ۳۰-۱۱

ولاسکوئز، مری ماردن؛ گادی مارر، گابلین؛کروچ،کتی و دی کلمنته، کارلوس (۲۰۰۱). *گروه درمانی برای سوءمصرف کنندگان مواد (راهنمای درمان مبتنی بر مراحل تغییر)*. ترجمه علی اکبر ابراهیمی و محمود محمدزاده. اصفهان: انتشارات کنکاش.

Badr, H. E & Moody, P. M. (2005). Self-Efficacy: A Predictor for Smoking Cessation Contemplators in Kuwaiti Adults. *International journal of behavioral medicine*, *12*(4), 273-277.

Cooper Smith, S. (1994*). Index Self Esteem Dadsetan*. Paryrokh Translation.p.534.

Cox, W.M & Klinger, E. (2004). Handbook *of motivational counseling: concepts, approaches, and assessment*. New York, John Wiley & Sons, p. 265-80.

Gance, B. (2007). Motivational interviewing: Improving patient education. *Journal of pediatric Health care, 21*, 81-88

Hettema J, Steele J, Miller WR. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology* .1, 91-111.

Karademas, C. Evangelos. (2006). Self efficacy, social support and well being the mediating role of optimism*. Personality and Individual Differences, 40*, 1281–1290

Mark, A. L. (2008). Weight reducting for treatment of obesity –assosiated hypertentionNuance and challenges.*current Hypertension Report, 9*, 368-372

Maslow, A.H. (2000). *Self Actualization and Beyoud in G.F.T. challenges of Humanistic psychology*. New York, Mc Graw press.

Miller, W. R & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. New York: Guilford.

Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J.T, Frey, M., Templin, T., Ondersma., S. (2006). *Transtheoretical Model and substance use in HIV-positive youth*. *AIDS Care, 18*(7), and 839-45.

Sterling, K.L, Diamond, P.M, Mullen, P.D, Pallonen, U, Ford, K.H, McAlister, A. (2007). Smoking-related self-efficacy، belief and intention: assessing factorial validity and structur alrelationships in 9th-12th grade current smokers in Texas, *Addictive Behaviors*, *32*(9), 1863–1876.

Thombs, L, Dennis. (1999). *Introduction to addictive Behavior*. SE2, the Guilford Press.

Wright, M.O, Crawford, E, Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect, 33*, 59-68.