



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

نقش خوداثربخشی در درمان اختلالات استفاده از مواد

چکیده

خوداثربخشی این باور است که فرد می تواند رفتارهای مورد نیاز برای ایجاد اثر مطلوب را پیاده سازی کند. علاقه ی روزافزون به نقش خوداثربخشی به عنوان پیش بینی کننده و یا تعدیلگر نتیجه ی درمان در تعدادی از حوزه ها وجود دارد. مقاله ی کنونی ادبیات تحقیق اخیر در مورد خوداثربخشی در حوزه ی سوءمصرف مواد را بازبینی می کند. در مطالعات پرتعداد بر روی درمان سوءمصرف مواد، خوداثربخشی به عنوان یک پیش بینی کننده ی مهم برای نتیجه یا به عنوان تعدیلگر اثرات درمان پدیدار شده است. علی رغم این یافته های مثبت تکراری، مفهوم خوداثربخشی اثر اندکی بر طراحی درمان داشته است. از اولین باری که مفهوم خوداثربخشی معرفی شد، با توجه به روشی که با آن خوداثربخشی می تواند در شرایط بالینی تقویت شود، پیشنهادات زیادی ارائه شده است اما تعداد اندکی از این پیشنهادات تست های تجربی را گذرانده اند. این بازبینی با تعدادی توصیه، نتیجه می گیرد که تحقیقات بیشتر برای بهبود شناخت از این مفهوم ارزشمند و تعامل آن با سایر متغیرها و ایجاد استراتژی های موثر برای تقویت خوداثربخشی لازم است.

کلمات کلیدی: کلید واژه ها: خودکارآمدی- اختلالات مصرف مواد- نتیجه درمان- پیش بینی- واسطه- ارتقاء

1 مقدمه

در دهه های اخیر، تعداد روزافزونی از مطالعات نشان دهنده ی اهمیت خوداثربخشی به عنوان پیش بینی کننده یا تعدیلگر اثرات درمان در حوزه های مختلف هستند مانند تحصیلات، ورزش، شرایط پزشکی مزمن، آسیب شناسی روانی، و اختلالات اعتیاد. از این رو، علی رغم مدارک تجربی فراوان، مفهوم خوداثربخشی هنوز باید یک عامل مهم در توسعه ی درمان روانی-اجتماعی باشد. مقاله ی پیش رو، یک بازبینی از مفهوم خوداثربخشی فراهم می کند چون با توجه به اختلالات مصرف مواد مطالعه شده است و در نظر می گیرد که چرا این امر اثر اندکی دارد.

2 مفهوم

باندورا (1977)¹ امید به اثربخشی را به عنوان این باور تعریف کرد که فرد می تواند با موفقیت رفتارهای مورد نیاز برای ایجاد یک نتیجه ی مطلوب را اجرا کند. او این موضوع را از امید به نتیجه متمایز کرد که این باور است که اجرای یک رفتار معین منجر می شود به نتایج معین. باور اخیر، اینکه یک باور ویژه منجر به نتیجه ی مطلوب می شود، الزاما مستلزم باور داشتن این مطلب نیست که فرد می تواند با موفقیت فعالیت های مورد نیاز برای رسیدن به آن نتیجه را اجرا کند.

باندورا و لوک (2003)² یک بازبینی از 9 فراتحلیل را فراهم کردند که باورهای خوداثربخشی را در حوزه های مختلف کارکرد رفتاری ارزیابی کرده بود (عملکرد مربوط به کار، عملکرد آکادمیک، عملکرد ورزشکار، کارکرد روانی اجتماعی، کارکرد سلامت). خوداثربخشی یک پیش بینی کننده ی قوی از وقوع رفتار مقابله ای، سطح عملکرد و پشتکار در برابر مسائل دشوار است. همچنین مشخص شد که رابطه بین عملکرد قبلی و عملکرد بعدی توسط باورهای اثربخشی به شدت تعدیل شد. باندورا و لوک نتیجه گرفتند که باور به اثربخشی عملکرد فرد، یعنی این باور که نتایج مطلوب با تلاش خود فرد قابل حصول هستند، برای جنبش و حفظ رفتارهای مقابله ای ضروری است. باندورا (1986) بیان کرد که خوداثربخشی می تواند بر اقدامات مستقل از رفتار گذشته اثر بگذارد و مطالعات زیادی را بیان کرده است که در آنها خوداثربخشی ادراک شده رفتار آینده را بهتر از عملکرد گذشته پیش بینی کرد.

3 یافته ها با توجه به اختلالات مصرف مواد

با توجه به اختلالات مصرف مواد، مطالعات مختلفی رابطه ی قوی بین باورهای اثربخشی (اغلب خوداثربخشی اجتنابی) و نتایج نوشیدن الکل یا مصرف مواد مخدر را در پی درمانهای مختلف نشان داده اند. همانطور که توسط باندورا بیان شده است، افرادی که مهارتهای لازم و اثربخشی مقابله ای قوی دارند، تلاش مورد نیاز برای مقاومت در برابر شرایط با ریسک بالا برای نوشیدن الکل یا مصرف مواد را می توانند انجام دهند. در هنگام لغزش، افرادی

¹ Bandura

² Bandura and Locke

که خوداثربخشی بالا دارند، احتمالاً لغزش را عقب نشینی موقتی در نظر می گیرند و دوباره کنترل را در دست می گیرند، در حالی که افرادی که خوداثربخشی پایینی دارند، احتمال زیادی دارد که به سمت بازگشت کامل حرکت کنند. در ادامه، تعدادی از مطالعات نسبتاً اخیر را ارائه می کنیم که نقش خوداثربخشی در میان سوءمصرف کنندگان مواد مختلف را ارزیابی کرده اند.

این بازبینی به صورت شکل 1 سازماندهی شده است. ما ابتدا مطالعاتی را در نظر می گیریم که در آنها خوداثربخشی به نتیجه ارتباط دارد، که این مطالعات، رایج ترین نوع مطالعه می باشند. ما سپس مطالعاتی را در نظر می گیریم که در آنها نشان داده شده است که مداخلات مختلف خوداثربخشی را تقویت می کنند که پس از آنها مطالعاتی آمده اند که در آنها خوداثربخشی یک تعدیلگر بین درمان و نتیجه است.

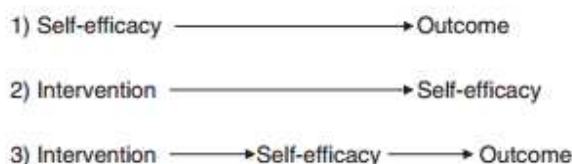


Fig. 1. Causal pathways considered in this review.

3.1 خوداثربخشی به عنوان یک پیش بینی کننده ی استفاده از مواد

مطالعات زیادی نشان داده اند که خوداثربخشی یک پیش بینی کننده ی نتیجه ی درمان است. در برخی موارد، خوداثربخشی، میزان الکل یا مواد مصرف شده را پیش بینی می کند. محققان دریافته اند که خوداثربخشی به طور چشمگیر، مصرف الکل برای دوره ی 12 ماه را پیش بینی کرده است. اگرچه، برخی محققان دیگر دریافته اند که خوداثربخشی بالاتر مصرف کمتر مواد را تنها پس از 3 ماه نشان داد و نه پس از 6 ماه. در یک مطالعه بر روی اثربخشی مراقبت مستمر کاهش دهنده در پی مراقبت بستری یا شدید بیمار، مک کای و همکاران (2004)³ مدارک اندکی برای پشتیبانی از خود مراقبت مستمر کاهش دهنده پیدا کردند اما آنها دریافته اند که سطوح خوداثربخشی ارتباط قوی با میزان مصرف بعدی الکل و کراک کوکائین و همچنین میزان مشارکت در مراقبت مستمر دارد.

³ McKay et al

سایر مطالعات دریافتند که خودتمبربخشی به وقوع یا بسامد نوشیدن الکل یا مصرف مواد ارتباط دارد. استفنز، ورتز و رافمن (1995)⁴ دریافتند که خودتمبربخشی یک پیش بینی کننده ی نسبتاً قوی برای اجتناب پس از درمان و بسامد استفاده از ماری جوآنا است. گرینفیلد و همکاران (2000)⁵ یک رابطه ی قوی بین انتظارات خودتمبربخشی در طی بستری درمان وابسته به الکل و چندین متغیر نتیجه ی مربوط به بسامد، احتمال نوشیدن الکل، زمان برای اولین نوشیدن، و زمان برای بازگشت کامل در طی سال در پی درمان را گزارش دادند. همچنین برای درمان سرپایی، آلسوپ، ساندرز و فیلیپس (2000)⁶ دریافتند که تمبربخشی پس از درمان در میان معتادین به الکل یک پیش بینی کننده برای زمان بازگشت کامل است و ویلوا و ایراورگی (2001)⁷ دریافتند که افراد با اطمینان بالا در توانایی خود برای مقاومت در برابر نوشیدن الکل، احتمال بیشتری وجود دارد که اجتناب خود را برای 6 ماه حفظ کنند. براون، سراگانیان، ترمبلای و آنیس (2002)⁸ بیان کردند که افرادی که افزایش اطمینان آنها در شرایط با ریسک بالا در طی بررسی ادامه پیدا می کند، روزهای کمتری استفاده داشتند و همچنین شدت مصرف مواد/الکل آنها نیز کاهش یافته است. در میان الکی ها درمان نشده، بلوم، اشمالینگ و مارلات (2003) دریافتند که خودتمبربخشی بالاتر به کاهش در بسامد میگساری در دوره ی سه ماهه ارتباط دارد اما به تغییر در مجموع مصرف الکل ارتباطی ندارد.

همچنین، ایلگن، مک کلار و تیه (2005)⁹ دریافتند که بیماران وابسته به الکل و مواد در درمان بستری، یک سطح بالا از خودتمبربخشی اجتناب در ترخیص درمان، قویترین پیش بینی کننده ی اجتناب 1 ساله بود که نشان دهنده ی اهمیت بالینی ایجاد میزان بالای خودتمبربخشی اجتناب می باشد. موس و موس (2006)¹⁰ متوجه شدند که خودتمبربخشی بهبودی از نوشیدن الکل پس از 3 سال را پیش بینی کرد در حالی که افراد با

⁴ Stephens, Wertz, and Roffman

⁵ Greenfield et al.

⁶ Allsop, Saunders, and Phillips

⁷ Vielva and Iraurgi

⁸ Brown, Seraganian, Tremblay, and Annis

⁹ Ilgen, McKellar, and Tiet

¹⁰ Moos and Moos

خودثمربخشی پایین احتمال بازگشت بالاتری دارند. رامو، اندرسون، تات و براون (2005)¹¹ یک نقش محافظتی برای خودثمربخشی مقابله ای در برابر بازگشت در میان نوجوانان با مصرف مواد و اختلالات روانی را گزارش دادند. گوآلتنی، شیفمن، بالابانیس و پاتی (2005)¹² خودثمربخشی اجتنابی را بر مبنای روزانه در میان سیگاری هایی که تلاش داشتند ترک کنند را ارزیابی کردند. آنها دریافتند که خودثمربخشی با حفظ اجتناب، افزایش پیدا می کند. آنها همچنین متوجه شدند که کاهش خودثمربخشی روزانه بازگشت به سیگار کشیدن را پیش بینی می کند. این مطالعه نشان داد که خودثمربخشی می تواند بین افراد متفاوت باشد و نوسانات روزانه رفتارهای روزانه را پیش بینی می کند.

برخی مطالعات یک رابطه را بین خودثمربخشی و نوشیدن متعاقب الکل را از نظر میزان مصرف و بسامد نوشیدن گزارش داده اند. محققان گزارش داده اند که خودثمربخشی بسامد و حجم نوشیدن را پیش بینی می کند. اگرچه وقتی سالمون و آنیس (1990) میزان و بسامد نتایج را ارزیابی کردند، دریافتند که خودثمربخشی ارتباط قوی با سطح مصرف متعاقب الکل دارد اما نمی تواند وقوع یا بسامد نوشیدن الکل را پیش بینی کند. مطالعات بر روی بیماران با دو تشخیص که هم مواد مصرف می کنند و هم اختلالات روحی دارند، نتایج ترکیبی در این راستا تولید کرده اند. در یکی از این مطالعات، خودثمربخشی بیمار با دو تشخیص، میزان مصرف مواد در طی دوره را پیش بینی کرد اما در دیگری، خودثمربخشی مدت زمان اجتناب را پیش بینی کرد.

در یک مقاله ی بازبینی که به صورت گسترده پیش بینی کننده های احتمالی نتیجه ی درمان برای اختلال استفاده از الکل را بررسی کرده بود، آدامسون، سلمان و فرامپتون (2009)¹³ تعدادی از پیش بینی کننده های موفق را پیدا کردند. خودثمربخشی رایج ترین متغیر پیش بینی کننده در میان آنها است و همه 9 مطالعه که مستقیماً این متغیر را بررسی کرده اند، نشان دهنده ی یک رابطه ی معنی دار هستند اگرچه در یکی از مطالعات، این اثر غیرشهودی بود و خودثمربخشی بالاتر پیش بینی کننده ی نتیجه ی بدتر بود. سایر پیش بینی کننده های

¹¹ Ramo, Anderson, Tate, and Brown

¹² Gwaltney, Shiffman, Balabanis, and Paty

¹³ Adamson, Sellman, and Frampton

موفق نتیجه، در بازبینی آدامسون و همکاران شناسایی شدند از جمله شدت وابستگی، آسیب شناسی روانی، انگیزه و هدف درمان.

برخی مطالعات نشان می دهند که نقش خودتربخشی ممکن است نتواند همیشه مستقیم باشد و ممکن است با سایر اثرات تعامل کند. به عنوان مثال، ایلگن، تیه، فینی و موس (2006) دریافتند که کیفیت رابطه ی درمانی با خودتربخشی پایه ای تعامل می کند تا نتیجه را پیش بینی کند؛ اگر مراجعین با خودتربخشی پایین، دوستی قوی با تراپیست خود برقرار کنند، نتیجه ی استفاده از الکل آنها با مراجعینی که خودتربخشی بالا دارند، قابل قیاس است. باتس، پالاک، تونیگان و بوکمان (2006)^{۱۴} یک رابطه قوی بین خودتربخشی و میزان نوشیدن الکل و بسامد آن را گزارش دادند اما رابطه توسط نقص شناختی، مدوله^{۱۵} شده بود که اثر خودتربخشی را کاهش می دهد.

همه ی مطالعات خودتربخشی را به عنوان پیش بینی کننده ی نتیجه در نظر نگرفته اند. وانگ و همکاران (2004)^{۱۶} گزارش دادند که اگرچه خودتربخشی مقابله ای در طی درمان کوکائین افزایش پیدا کرد، اجتناب پیشین، و نه خودتربخشی، پیش بینی کننده ی قوی تر برای اجتناب در آینده بود. همچنین، دمل، نیکولای و جنکو (2006)^{۱۷} گزارش دادند که خودتربخشی اجتناب از نوشیدن الکل به نوشیدن الکل پس از درمان ارتباط ندارد.

علی رغم مطالعات اندک که نتوانستند اثرات برای خودتربخشی را پیدا کنند، اکثریت مطالعاتی که خودتربخشی را اندازه گیری کرده اند گزارش داده اند که این امر با نتیجه ارتباط دارد. این پرسش باقی می ماند، که آیا خودتربخشی واقعا یک سازوکار از تغییر رفتار در سوءمصرف مواد است یا کاملا پدیده ی ثانویه از تغییر رفتار است که قبلا رخ داده است. به منظور پاسخ به این پرسش، دو شرایط باید برآورده شوند. اولاً، باید نشان داده شود

¹⁴ Bates, Pawlak, Tonigan, and Buckman

¹⁵ modulated

¹⁶ Wong et al

¹⁷ Demmel, Nicolai, and Jenko

که درمان های ویژه خودثمربخشی را تقویت می کنند در حالی که درمان های کنترلی این کار را نمی کنند. دوما، باید نشان داده شود که افزایش خودثمربخشی در اثر درمان منجر به بهبود در نتیجه می شود. یعنی، خودبازدهی باید اثرات درمان را تعدیل کند.

3.2 اثرات درمان بر خودثمربخشی

درمان های نسبتا کمی به واقع به صورت ویژه برای تغییر خودثمربخشی طراحی شده اند. در حوزه ی سوءمصرف مواد، این پرسش که آیا درمان ها خودثمربخشی را تقویت می کنند یا خیر همیشه از طریق تحلیل های ثانویه در مطالعات نتیجه ی درمان ارزیابی شده اند. لذا برخی مطالعات برای درمان سوءمصرف مواد علاوه بر متغیرهای نتیجه ی اولیه، بررسی می کنند که آیا این تقویت ها می توانند به بهبود نتایج ارتباط داشته باشند یا خیر. در این بخش، ما مطالعات نتیجه ی درمان از این نوع را بازبینی می کنیم. در بخش 4، ما مسئله ی طراحی مداخلات برای هدف ویژه ی تقویت خودثمربخشی را در نظر می گیریم.

در یک مرور ادبیات تحقیق، هاید، هانکینز، دیل و مارتئو (2008)¹⁸ ده مطالعه را شناسایی کردند که خودثمربخشی را در پیش و پس از مداخله اندازه گیری کرده بودند که در بافت درمان تنباکو، الکل یا سایر مواد اعتیاد آور بود. اگرچه هفت مورد از ده مطالعه اثرات مثبت بر خودثمربخشی را گزارش دادند، این اثرات با دامنه ای از مداخلات متفاوت در کل مطالعات ایجاد شده بودند و مانع از این شده بودند که نویسندگان ماموریت اصلی خود برای شناسایی نحوه ی تقویت خودثمربخشی به بهترین شکل را نتوانند به انجام برسانند.

استفنز و همکاران (1995) یک افزایش بیشتر در خودثمربخشی را در نتیجه گیری درمان جلوگیری از بازگشت پس از مداخله ی حمایت اجتماعی را مشاهده کرد. براون و همکاران (2002) نیز دریافتند که مراقبت برای جلوگیری از بازگشت منجر به افزایش اطمینان در شرایط با ریسک بالا در طی دوره ی برنامه ی مراقبت 10 هفته ای پس از درمان می شود اما افزایش در اطمینان پس از آن ادامه پیدا نکرد. دی کلمنته و همکاران

¹⁸ Hyde, Hankins, Deale, and Marteau

(2001)^{۱۹} گزارش دادند که در دوره ی مراقبت پس از درمان متعلق به پروژه ی MATCH، مراجعین الکلی که درمان شناختی-رفتاری (CBT)^{۲۰} دریافت کرده اند، بهبود بیشتری در خودمربخشی داشتند در قیاس با مراجعینی که درمان تقویت انگیزشی (MET)^{۲۱} را دریافت کردند که این امر بدون توجه به سطوح خودمربخشی پایه ای آنها بود و نشان دهنده ی ارزش بالقوه ی مهارت های مقابله ای CBT برای تقویت خودمربخشی می باشد. فینی، نویس، کاتس، و موس (1998) گزارش دادند که نه تنها CBT بلکه مداخله ی 12 مرحله ای، منجر به بهبود خودمربخشی می شود.

سایر مطالعات بررسی کردند که فعالیت های ویژه ی مرتبط با درمان تغییرات در خودمربخشی را ارتقاء می بخشند. به عنوان مثال، بورلی و مرملشتاین (1994)^{۲۲} دریافتند که رسیدن به تعداد بالاتر از اهداف رفتاری همراه است با افزایش خودمربخشی که در مقابل اجتناب در طی دوره را پیش بینی می کند. در همین راستا، لوزانو و استفنز (2010) دریافتند که مشارکت فعال در شرایط هدف با افزایش خودمربخشی برای رسیدن به هدف ارتباط دارد. والتون و همکاران (2003)^{۲۳} یک رابطه ی معنی دار بین بسامد/مربخشی مقابله و خودمربخشی را گزارش دادند و ماجر، جیسون، فراری، اولسون و نورث (2003)^{۲۴} گزارش دادند که توسعه ی خودمربخشی از طریق استفاده از استراتژی های مقابله ای فعال انجام می شود. در مطالعه ی کادن و همکاران (2007) و لیت و همکاران (2008)^{۲۵} استفاده از مهارت های مقابله ای در طی درمان همبستگی معنی دار با خودمربخشی پس از درمان داشت ($r=0.225$; $P<0.01$) که این نکته برای این گزاره پشتیبانی فراهم می کند که افزایش استفاده از مهارت های مقابله ای احتمالاً با افزایش در خودمربخشی همراه است. لذا چندین محقق آموزش های طراحی شده برای افزایش توانایی مقابله ای مراجعین را به عنوان استراتژی برای تقویت خودمربخشی شناسایی کرده اند.

¹⁹ DiClemente et al.

²⁰ Cognitive-Behavioral Therapy

²¹ Motivational Enhancement Therapy

²² Borrelli and Mermelstein

²³ Walton et al

²⁴ Majer, Jason, Ferrari, Olson, and North

²⁵ Kadden et al. (2007) and Litt et al.

در حقیقت، رافمن و استفنز (2005) آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تقویت خودمربخشی آن برای اجتناب یا مقاومت در برابر مصرف مواد را برای جلوگیری از بازگشت مهم می‌دانند.

منبع دیگر برای تقویت خودمربخشی می‌تواند تجارب موفق باشد. به عنوان مثال، گوآلتنی و همکاران (2005) مشخص کردند که اجتناب از سیگار در طول زمان باقی می‌ماند، خودمربخشی بهبود پیدا می‌کند و وانگ و همکاران (2004) نیز گزارش دادند که اجتناب، خودمربخشی مقابله‌ای را پیش‌بینی می‌کند. چیزی که نشان داده نشده است، اثر متمایز درمان بر خودمربخشی است.

3.3 خودمربخشی به عنوان یک تعدیلگر

اگرچه، اثرات متمایز درمان‌ها بر خودمربخشی به ندرت تست شده‌اند، اما مدارکی وجود دارند که می‌توانند اثرات درمان را تعدیل کنند. در برخی از مطالعات که در آنها خودمربخشی اندازه‌گیری شد، اثرات تعدیلی خودمربخشی بر نتایج گزارش شدند. به عنوان مثال، لیت، کادن، استفنز و گروه تحقیقاتی پروژه‌ی درمان ماری جوآنا (2005) مهارت‌های مقابله‌ای و خودمربخشی را به عنوان تعدیلگرهای بالقوه‌ی نتایج درمان در آزمایش پروژه‌ی درمان ماری جوآنا ارزیابی کردند. نتایج نشان دادند که نتایج ماری جوآنا از میان 15 ماه توسط استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای پیش‌بینی شدند اما درمان MET/CBT مبتنی بر مهارت‌های مقابله‌ای منجر به فراگیری بیشتر مهارت‌های مقابله‌ای نشدند. خودمربخشی یا اطمینان در توانایی برای کنار گذاشتن سیگار یک تعدیلگر نسبی برای نتیجه‌ی درمان است: افزایش خودمربخشی در پیش و پس از درمان یک پیش‌بینی کننده‌ی قوی‌تر برای کاهش مصرف مواد در سال بعدی بود تا تغییر مهارت‌های مقابله‌ای.

در یکی از آشکارترین مواد تعدیل، لاشناس، اوینگ، برایان و هچینسون (2009)^{۲۶} دریافتند که از میان 5 مطالعه‌ی تعدیلگر، تنها خودمربخشی اثرات درمان بر نتایج نوشیدن الکل را تعدیل کرد. این نتیجه‌گیری براساس تست کامل تعدیل بود: 1) درمان تقویت انگیزشی گروهی (GMET) مسئله‌ی نوشیدن الکل و عواقب آن را کاهش

²⁶ LaChance, Ewing, Bryan, and Hutchison

داد؛ 2) GMET خودتربخشی را تقویت کرد و 3) بهبودها در خودتربخشی با کاهش مسئله‌ی نوشیدن الکل ارتباط داشت.

براون و همکاران (2002) گزارش دادند که خودتربخشی بازدهی CBT بر روی نتایج مصرف مواد را تعدیل می‌کند و آلسوپ و همکاران (2000) دریافتند که درمان جلوگیری از بازگشت به نتیجه توسط متغیر مداخله‌ی خودتربخشی پس از درمان ارتباط دارد. بورلی و مرمشتاین (1994) گزارش دادند که رسیدن به اهداف فرعی بر نتیجه توسط خودتربخشی اثر می‌گذارد.

در یک بازبینی از مطالعات مشارکت در برنامه‌ی 12 مرحله‌ای در میان افراد با تشخیص دوگانه، آسه، جیسون و رابینسون (2008) نتیجه گرفتند که افزایش خودتربخشی نقش تعدیلی بین مشارکت در گروه‌های 12 مرحله‌ای با تمرکز دوگانه و نتایج مصرف مواد بازی می‌کند. چون افراد با تشخیص دوگانه با موانع زیادی برای ترک الکل مواجه می‌شوند، افزایش خودتربخشی یک یافته‌ی بسیار مهم است.

اگرچه همانطور که در بالا گفته شد، استفنز و همکاران (1995) دریافتند که خودتربخشی یک پیش‌بینی‌کننده‌ی نسبتاً قوی برای پس‌درمان مصرف ماری‌جوآنا می‌باشد، آنها گزارش دادند که در بهترین حالت، خودتربخشی تنها به صورت نسبی اثرات درمان بر مصرف ماری‌جوآنا را تعدیل می‌کند. لوزانو و استفنز (2010) دریافتند که خودتربخشی بین اهداف تعیین شده توسط مراجعه‌کننده و کاهش نوشیدن الکل یا رسیدن به اهداف تعدیل ایجاد نمی‌کند. مایستو و همکاران (2000) نیز نتوانستند یک رابطه‌ی تعدیل‌کننده را پیدا کنند: اگرچه خودتربخشی نتایج نوشیدن را پیش‌بینی کرد، اما اثرات درمان یا مهارت‌های مقابله را تعدیل نکرد.

4 تقویت خودتربخشی

گفته می‌شود که تمرکز درمان بر توسعه/تقویت خودتربخشی می‌تواند مداخله‌ی بالینی ارزشمندی باشد. باندورا (1986) چهار منبع اصلی برای باورهای خودتربخشی را پیدا کرد: رسیدن به عملکرد؛ تجارب مختلف مشاهده‌ی عملکرد دیگران؛ ترغیب کلامی برای متقاعد کردن مردمی که قابلیت‌های ویژه‌ای دارند؛ و حالات فیزیولوژیک که براساس آنها مردم قابلیت‌ها، نقاط قدرت و ضعف آنها را قضاوت می‌کنند. در میان اینها، باندورا رسیدن به

عملکرد را تاثیرگذارترین منبع اطلاعات ثمربخشی در نظر می گیرد؛ بالاترین، قویترین و تعمیم یافته ترین افزایش ها در خودثمربخشی توسط تجارب موفق تکراری حاصل می شوند. او همچنین دریافت که افزایش سطوح خودثمربخشی به افزایش موفقیت عملکردی کمک می کند.

به صورت نظری، همه ی درمان ها برای مصرف مواد باید خودثمربخشی را تقویت کننده، مستقیم یا غیرمستقیم. بدین روی، آنیس و دیویس (1988) بیان کردند که هدف درمان ایجاد افزایش در خودثمربخشی برای همه ی حوزه های ریسک ادراک شده ی نوشیدن الکل می باشد. یعنی درمان های موثر نه تنها باید توانایی فرد برای حفظ حالت غیرمستی در برابر شرایط ریسک بالا را تقویت کنند، بلکه باید به آنها در شناخت آن توانایی بهبود یافته نیز کمک کنند.

تعدادی از مطالعات ذکر شده در اینجا تفکر مشابهی را بیان کرده اند. اگرچه مطالعات درمان مصرف مواد اندکی برای هدف ویژه ی تقویت خودثمربخشی طراحی شده اند. در یکی از این مطالعات، ین، وو، ین و کو (2004)²⁷ گزارش دادند که یک مداخله ی شناختی-رفتاری کوتاه برای مصرف کنندگان هروئین و متافتامین منجر به بهبود اطمینان برای مقاومت در شرایط با ریسک بالا به صورت میان فردی و نه فرافردی شد.

در حوزه هایی به جز مصرف مواد، مطالعات بیشتری به صورت مستقیم بر تقویت مستقیم خودثمربخشی تمرکز کرده اند. به عنوان مثال در یک مطالعه برای دیابت، گری و همکاران (1998) دریافتند که آموزش مهارت های مقابله ای خودثمربخشی دیابت را بهبود بخشید. ایزاوا و همکاران (2005)²⁸ یک مداخله را استفاده کردند که شامل خودنظارت و بازخورد عملکرد برای تقویت خودثمربخشی در بیماران توانایی بود که از حمله ی قلبی رنج می بردند. در 12 ماه، آنهایی که در شرایط آزمایشی بودند نمرات خودثمربخشی بالاتر از آنهایی داشتند که در گروه توانایی قلبی استاندارد حضور داشتند و احتمال بیشتری وجود داشت تا نظام تمرینی خود را حفظ کنند.

²⁷ Yen, Wu, Yen, and Ko

²⁸ Izawa et al

در یک فراتحلیل، آشفورد، ادموندز و فرنچ (2010)²⁹ دریافتند که بهترین راه ها برای تقویت خودمربخشی برای فعالیت فیزیکی از طریق تحویل بازخورد برای عملکرد شرکت کننده و مقایسه ی عملکرد آنها با دیگران است. در حوزه ی مصرف مواد، گفته می شود که اگر مراجعین مهارتهای مقابله را یادگیرند، و موفقیت را در نتیجه ی پیاده سازی آن مهارتها به جای استفاده از مواد تجربه کنند، این تجربه باعث تقویت باورهای خودمربخشی آنها می شود. یک جنبه از آموزش مهارت، تخصیص تمرین های خانگی، حجم زیادی از علاقه را با توجه به توان آن برای تقویت خودمربخشی را به خطر می اندازد. آنیس و دیویس (1988) و آنیس، شوبر و کلی (1996) بیان کردند که کاردرخانه برای شرایط با ریسک بالای افراد قویترین روش برای افزایش خودمربخشی است. شش جنبه ی شناسایی شده از تخصیص کار در خانه که انتظار می رود خودمربخشی را تغییر دهند عبارتند از: 1) باید چالشی باشند، 2) نیازمند میزان متوسط از تلاش باشند 3) نیازمند حداقل کمک خارجی باشند، 4) موفقیت در کار در خانه باید به عنوان بخشی از الگوی بهبود عملکرد شناخته شود، 5) تمرین ها باید ادراک کنترل فردی را افزایش داده و وابستگی به حمایت خارجی را کاهش دهد و 6) تمرین باید به شرایط مسائلی که همواره با آنها مواجه می شوند ارتباط داشته باشند. کری و مارلات (1987) نیز بر اهمیت فردی سازی مداخلات به منظور تقویت خودمربخشی تاکید داشتند و توصیه کردند که تمرین های خانگی ساده باشند تا احتمال موفقیت به حداکثر برسد از این رو موفقیت و تقویت در خودمربخشی حاصل می شود.

علاوه بر آموزش مهارت های مقابله ای، رویکردهای مختلف دیگری نیز به عنوان روش های احتمالی برای تقویت خودمربخشی پیشنهاد شده اند. یکی از آنها مصاحبه ی انگیزشی (MI)³⁰ است. میلر و رالنیک (2002) حمایت از خودمربخشی را به عنوان یکی از اصول هدایت کننده ی مصاحبه ی انگیزشی در نظر گرفتند اما دستورالعمل های اندکی برای انجام آن ارائه کردند. از این رو، MI تعدادی از استراتژی ها یکپارچه کرده است که در ادبیات تحقیق خودمربخشی به عنوان حمایتی ذکر شده اند مانند بیان اطمینان در توانایی مراجعه کننده برای تغییر و

²⁹ Ashford, Edmunds, and French

³⁰ Motivational Interviewing

غیره. اگرچه مطالعات MI به ندرت شامل ارزیابی خودمربخشی می شوند. در میان این تعداد قلیل، لاشانس و همکاران (2009) دریافتند که دانش جویان الکلی که یک جلسه ی MET گروهی را تکمیل کرده اند، افزایش خودمربخشی برای اجتناب از نوشیدن در شرایط با ریسک بالا را گزارش دادند. رومئو و همکاران (2009) با تکرار یافته های قبلی که خودمربخشی بالا با دوره های طولانی تر از اجتناب همبستگی دارد، برخلاف لاشانس و همکاران، دریافتند که خودمربخشی تحت تاثیر مداخله ی انگیزشی کوتاه قرار نمی گیرد. همچنین، همانطور که در بالا گفته شد، دی کلمنته و همکاران (2001) گزارش دادند که MET به اندازه ی CBT منجر به بهبود خودمربخشی نمی شود. مسئله ی بالقوه ی دیگر توسط یک مطالعه بر روی پیاده سازی MI توسط پرستاران با بیمارانی که مسائل الکل داشتند بیان شد. آنها دریافتند که پرستارانی که همه ی استراتژی های MI را به جز ارتقای خودمربخشی اجرا کرده اند، برای پیاده سازی آن با چالش روبرو می شوند.

همچنین برای تعیین اینکه آیا مشارکت در برنامه های 12 مرحله ای خودمربخشی را تقویت می کند یا خیر، علاقه مندی وجود دارد. همانطور که در بالا گفته شد، فینی و همکاران (1998) دریافتند که شرکت کنندگان در برنامه های 12 مرحله ای خودمربخشی خود را برای مقابله با شرایط با ریسک بالا به شدت افزایش دادند. بوگنشوتز، تونینگان و میلر (2006) با استفاده از مجموعه داده های پروژه دریافتند که حضور بی نام الکلی ها با افزایش خودمربخشی اجتناب ارتباط دارد و خودمربخشی اجتناب یک پیش بینی کننده ی قوی از اجتناب متعاقب و یک تعدیلگر نسبی اثر حضور AA بر اجتناب می باشد.

مزایای مشارکت در AA نیز می توانند ناشی از حمایت اجتماعی باشند که فراهم می کنند. در یک مطالعه که به طور ویژه بر روی حمایت اجتماعی تمرکز می کند، لیت، کادن، کابلا-کورمیر و پتری (2009)³¹ دریافتند که وجود حمایت اجتماعی همراه است با افزایش خودمربخشی. اگرچه، همانطور که در بالا گفته شد، استفنز و همکاران (1995) دریافتند که رتبه بندی های خودمربخشی برای شرکت کنندگان در حمایت اجتماعی و

³¹ Litt, Kadden, Kabela-Cormier, and Petry

مداخلات جلوگیری از بازگشت افزایش پیدا کرد، اما شرکت کنندگان در جلوگیری از بازگشت خودتمربخشی بسیار بالاتر را در انتهای درمان در قیاس با آنهایی که حمایت اجتماعی دریافت کرده بودند را گزارش دادند. در دوره ی کشف پیش بینی کننده های بالقوه ی خودتمربخشی برخی مطالعات توصیه هایی با توجه به مداخلاتی ارائه کردند که می توانند آن را تقویت کنند. در یک نمونه ی درمان نشده، مک کلر، ایلگن، موس و موس (2008)³² دریافتند که بهبودها در متغیرها پیش بینی کننده های تقویت خودتمربخشی هستند: نوشیدن الکل، مسائل مربوط به آن، افسردگی، تزلزل، مقابله، حمایت اجتماعی و مشارکت در AA. در نتیجه، آنها متخصصان را به تمرکز بر روی درگیر کردن مراجعین در AA، هدف قرار دادن افسردگی، بهبود مقابله و تقویت حمایت اجتماعی تشویق می کنند. در همین راستا، دولان و همکاران (2008)³³ نیز همبستگی هایی از خودتمربخشی پیدا کردند که براساس آنها، این محققان تدریس مهارت ها برای مقابله با شرایط با ریسک بالا، کم کردن علائم افسردگی و به یاد آوردن موفقیت های قبلی بیمار برای اجتناب توصیه می کنند به عنوان ابزاری برای تقویت خودتمربخشی اجتناب.

روی هم رفته، تعداد زیادی پیشنهاد با توجه به استراتژیهای وجود دارند که می توانند برای تقویت خودتمربخشی استفاده شوند. در برخی موارد، مدارک نویدبخشی وجود دارند به خصوص برای استفاده از مداخلات شناختی- رفتاری اما مدارک همخوان وجود ندارند و همچنین تست های مستقیم برای تقویت تمربخشی نیز موجود نمی باشند که بتوان براساس آنها توصیه های خوب برای استراتژی های بالینی ارائه کرد. از این رو، در این لحظه، به نظر می رسد که درمان های طراحی شده برای بهبود موفقیت عملکرد و فراهم کردن حس سلطه، بیشترین شانس را برای بهبود خودتمربخشی دارد. ما هم اکنون یک درمان برای وابستگی به ماری جوآنا را بررسی می کنیم که به دقت عملکرد کار در خانه را نظارت و تشویق می کند به گونه ای که قصد دارد تا فراگیری مهارت ها و شناخت

³² McKellar, Ilgen, Moos, and Moos

³³ Dolan et al

موفقیت برای بیمار را بهبود بخشد. خواهیم دید که آیا این نتایج درمان منجر به افزایش خودثمربخشی می شوند یا خیر.

5 اندازه گیری خودثمربخشی: عملیاتی سازی سازه

یک مسئله که ناشی از ادبیات تحقیق خود ثمربخشی است، روشی است که با آن این مسئله ارزیابی می شود. اختلافات در تکنیک های اندازه گیری در مطالعات مختلف می توانند بر یافته ها و نتیجه گیری هایی اثر بگذارند که در حول خودثمربخشی می باشند و می توانند مسئول برخی از ناپایداری هایی باشند که بیان شده اند. در میان مطالعات بیان شده در این مقاله، بیش از نیمی از (55٪) آنها از پرسشنامه ی اطمینان شرایطی (SCQ)³⁴ استفاده کرده اند. SCQ اطمینان در توانایی فرد برای مقاومت در برابر نوشیدن الکل در هشت مقوله ی شرایط با ریسک بالا را براساس رده بندی ریسک بازگشت ایجاد شده توسط مارلات و گوردون (1980) ارزیابی می کند. این مقولات به صورت شرایط بالقوه ی ریسک بالای فرافردی یا میان فردی سازمان دهی شده اند.

سه مقیاس ارزیابی دیگر در حداقل تعدادی از مطالعات بیان شده در این مقاله، استفاده شده اند. در حالی که این مطالعات در نحوه ی انجام کار بسیار باهم متفاوت هستند، اما کم و بیش براساس مقولات ریسک هستند. مانند SCQ، مقیاس خودثمربخشی اجتناب از الکل توسط مارلات و گوردون ایجاد شده است اما این مقیاس بر روی تخمین توانایی فرد برای اجتناب از نوشیدن الکل تمرکز دارد. این مقیاس چهار مقوله ی شرایط نوشیدن را با استفاده از دو مقیاس مجزا ارزیابی می کند: یکی برای اغوا برای نوشیدن الکل در هر یک از این مقولات شرایط و دیگری ارزیابی اطمینان برای اجتناب درون هر مقوله. پرسشنامه ی خودثمربخشی اجتناب از نوشیدن الکل با استفاده از آیتم های معیارهای خودثمربخشی قبلی ایجاد شد، شرایط بازگشت از رده بندی مارلات و گوردون انتخاب شد و آیتم ها از مصاحبه با الکی های جوان بدست آمدند. این مقیاس متشکل است از سه زیرمقیاس مشتق شده ی تحلیلی: شرایط فشار اجتماعی، احساسات منفی و شرایطی که فرصت های نوشیدن را ارائه می

³⁴ Situational Confidence Questionnaire

کند. مقیاس ارزیابی دیگر که در چندین مطالعه استفاده شده است، خودثمربخشی برای مقیاس کنترل نوشیدن الکل، براساس رده بندی و SCQ مارلات و گوردون می باشد.

باقی مطالعات بیان شده در این مقاله از مقیاس های مجزا استفاده کردند که برای استفاده در مطالعه ای ویژه ایجاد یا اصلاح شده اند. سه تا از مطالعات بازبینی از یک آیتم برای ارزیابی خودثمربخشی استفاده کرده اند. حتی در میان مطالعاتی که مقیاس های فوق الذکر را استفاده کرده اند، اختلافاتی در تعداد آیتیم های آنها وجود دارد که در هر مطالعه گنجانده شده اند و مقیاس ها برخی مواقع برای تطبیق با جمعیت ویژه اصلاح شدند. تنها هفت مطالعه از یک نسخه از SCQ استفاده کرده اند.

با توجه به این میزان از تنوع، و تعداد اندک مطالعاتی که از هر متغیر ابزار ارزیابی ویژه استفاده کرده اند، تعیین میزانی که در آن ناپایداری ها در میان یافته ها می توانند ناشی از اختلافات در معیارهای استفاده شده باشند، دشوار است. تلاش ها برای شناسایی عواملی که می توانند مسئول برخی از تنوعات در میان یافته ها باشند با اختلافات در سایر متغیرها، پیچیده می شوند. اگرچه، تنها اندکی از مطالعات داشتن کنترل برای سایر متغیرها را گزارش کرده اند. تعداد اندکی از مطالعات کنترل برای متغیرهای تعدیلگر و نتیجه را ذکر کرده اند و تعداد اندک دیگری کنترل برای عوامل مردم شناختی یا متغیرهای مربوط به مواد مانند سن در هنگام اولین استفاده، سطح استفاده در مصرف برای مطالعه، انتظارات از الکل یا مواد، یا حضور AA را ذکر کرده اند. اغلب مطالعاتی که داشتن کنترل برای این عوامل را گزارش داده اند، دریافته اند که خودثمربخشی قدرتمند است و توسط گنجاندن این متغیرهای دیگر در تحلیل از بین نمی رود.

به نوعی، روش های جاری برای ارزیابی خودثمربخشی با استفاده از پرسشنامه های هفتگی یا ماهانه، می توانند عمیقا معیوب باشند. این پرسشنامه ها وقتی که از بیماران می خواهند تا سطح اطمینان خود در شرایط ریسک بالا را به یاد آوردن، برای خاطرات بیماران برتری قائل می شوند. نتیجه ی احتمالی این است که پایخ دهندگان سطوح اطمینان عمومی خود را متوسط می کنند یا در برخی موارد، نسبت به واکنش های خود در آینده، حدس

و گمان می کنند. در میزانی که این امر رخ می دهد، پرسشنامه ها می توانند خودتربخشی را بیشتر به عنوان یک تمایل یا حالت ارزیابی کنند تا ارزیابی شرایطی که از ابتدا مد نظر بوده است.

جالب اینکه، فناوری های جدید، ارزیابی انتظارات خودتربخشی در زمان نزدیکتر به رویدادهای بحرانی را ممکن می سازند. مطالعه ی انجام شده توسط گوآلتنی و همکاران (2005) که در بالا مورد بحث قرار گرفت، از فناوری ارزیابی آنی اکولوژیک (EMA)³⁵ برای بدست آوردن ارزیابی های روزانه ی خودتربخشی برای اجتناب از سیگار استفاده شد. کاهش در رتبه بندی خودتربخشی وقوع بازگشت در روز بعد را پیش بینی می کند؛ ادامه ی رتبه بندی های پایین، آغاز بازگشت کامل به سیگار را پیش بینی می کند.

همچنین کانی و همکاران (2007)³⁶ از روش های EMA برای ارزیابی تعاملات الکل-تباکو و بازگشت شرکت کنندگان در میان سیگاری ها وابسته به الکل استفاده کردند. پس از ترخیص از درمان، شرکت کنندگان 14 روز ارزیابی روزانه ی برقی برای حالت، خودتربخشی، تمایل برای نوشیدن یا کشیدن سیگار و رفتار نوشیدن یا کشیدن سیگار را 4 تا 6 بار در روز کامل کردند. اپیزودهای بازگشت به نوشیدن الکل توسط رتبه بندی های روزانه برقی پایین خودتربخشی برای مقاومت در برابر نوشیدن الکل و میل بالا برای سیگار کشیدن در ساعاتی پیش از اپیزود بازگشت پیش بینی شدند.

6 توصیه هایی برای آینده

علی رغم توصیه های فراوان برای نحوه ی تقویت خودتربخشی، مطالعات تجربی اندکی در این موضوع وجود دارند. برای ارزیابی تربخشی مداخلات متخلف برای تقویت تربخشی و تعیین نحوه ی ادامه ی اثرات طولانی مدت، مطالعات نظام مند لازم می باشند. نامزدهای پیشنهادی توسط این بازبینی عبارتند از درمان های شناختی-رفتاری، مصاحبه ی انگیزشی و مداخلات 12 مرحله ای. عامل دیگری که باید مطالعه شود، میزانی است که در آن نتایج موفقیت آمیز این درمان ها خودتربخشی را تقویت می کنند. همانطور که در بالا گفته شد، گروه ما

³⁵ ecological momentary assessment

³⁶ Cooney et al

تلاش دارد تا تعیین کند که آیا تقویت خودتربخشی می تواند ناشی از تشویق نظام مند موفقیت های عملکردی باشد یا خیر.

توجه کافی به نقش متغیرهای تعدیل کننده نشده است. بررسی تعدیلگرهای بالقوه باید در طراحی مطالعات آینده گنجانده شود و توجه ویژه به متغیرهای کارکرد شناختی نیز لازم است.

مانند ارزیابی خودتربخشی، تعدادی از معیارهای مفید ایجاد شده اند و بسیاری از آنها عناصر مشترک دارند اما اختلافات چشمگیری نیز در میان آنها وجود دارند که مانعی برای مطالعه ی بیشتر می باشند. بررسی مقدار نسبی ابزار موجود، شاید حتی برخی از معیارهای تک آیتمی، مبنای بهتری برای پیشرفت دانش با توجه به خودتربخشی فراهم کند.

دوتا از مطالعات بازبینی شده در اینجا از ارزیابی های روزانه یا پرسامدتر خودتربخشی و سایر رفتارها استفاده کرده اند . نتایج جالبی به همراه داشته اند. همانطور که در بالا گفته شد، ارزیابی های نزدیک به زمان واقعی در عصر الکترونیک امکان پذیر شده اند. تعدادی از فناوری های مختلف ایجاد شده اند و در حوزه های مختلف بررسی مورد استفاده قرار می گیرند.

7 نتیجه گیری

کمبود علاقه به خودتربخشی وجود ندارد. مدارک قابل توجهی ایجاد شده اند که رابطه ی پیش بینی کننده بین خودتربخشی و نتیجه برای اختلالات مصرف مواد و برخی مدارک برای نقش تعدیلی خودتربخشی را نشان می دهند. اگرچه، مطالعات بسیار کمی بر روی این فرضیه ی مقبول تمرکز کرده اند که خودتربخشی می تواند به صورت مستقیم توسط مداخلات بالینی تقویت شود که در میان تعداد اندکی از مطالعات که این ایده را بررسی کرده اند، نتایج ترکیبی هستند. در این زمان، اطلاعات بسیار اندکی از تقویت خودتربخشی وجود دارند و بین آنها همخوانی بسیار اندکی وجود دارد که نمی توان آنها را برای مداخله با اطمینان توصیه کرد. اگرچه برخی مطالعات که تست های مستقیم تقویت خودتربخشی را فراهم می کنند نویدبخش هستند، اما مطالعات بیشتر بر روی مداخلات احتمالی و پارامترهای آنها مورد نیاز می باشند.

شاید غیاب رویه های قابل اتکاء برای تقویت خودثمربخشی یک دلیل اصلی باشد که چرا این مفهوم بسیار نویدبخش تبدیل به عامل اصلی در توسعه ی درمان بالینی نشده است. تعدادی از توصیه ها برای درک تجربی بهتر بر روی مفهوم خودثمربخشی ارائه شده اند که مبنایی برای مطالعات به منظور تعیین چگونگی تقویت آن به بهترین شکل می باشند. اینها شامل پارامترهای بهینه برای بیشینه کردن اثر خودثمربخشی بر روی نتایج و مطالعات دقیقتر از نقش خودثمربخشی به عنوان تعدیلگر نتایج می باشند. تحقیقات زیاد برای بررسی و پیاده سازی استراتژی ها برای تقویت خودثمربخشی در سوءمصرف کنندگان مواد لازم است. استفاده از فناوری های ارتباطی پیشرفته می تواند به این تلاش های مختلف کمک کند.

این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی