

رابطه باورهای خودکارآمدی و فراشناخت با راهبردهای مقابله در مردان سوءمصرف‌کننده مواد

مژگان ربانی باوجدان^۱، مرجان ربانی باوجدان^{۲*}، امیر نیک‌آذین^۳، ناهید کاویانی^۴ و انوشیروان خضری‌مقدم^۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۲/۳؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۱/۷/۱۸؛ پذیرش مقاله: ۹۱/۸/۱۸

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین رابطه باورهای خودکارآمدی عمومی، فراشناخت با راهبردهای مقابله با استرس در مردان سوءمصرف‌کننده مواد بود. **روش:** روش مطالعه توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری کلیه ۴۴۹۳ نفر مردی بود که در سال ۹۰-۱۳۸۹ به مراکز خودمصرف سم‌زدایی شهر کرمان مراجعه کرده بودند. با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای- تصادفی ۳۵۴ نفر انتخاب و پرسشنامه‌های فراشناخت ولز و متیوس (۱۹۹۴-۱۹۹۵)، خودکارآمدی عمومی شوآرتز و جروسلم (۱۹۷۹) و پاسخ‌های مقابله‌ای بلینگر و موس (۱۹۸۱) را تکمیل کردند. داده‌ها با محاسبه ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر به کمک نرم‌افزار لیزرل تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد ارتباط بین خودکارآمدی عمومی و فراشناخت و ابعاد آن با سبک مقابله‌ای مسئله‌محور مثبت و با سبک مقابله‌ای منفی است. نتایج تحلیل مسیر نشان داد الگوی پژوهش از برازش نسبتاً خوبی برخوردار و تمامی ضرایب مسیرها معنادار است. **نتیجه‌گیری:** از آنجا که باورهای خودکارآمدی عمومی پایین و فراشناخت مختل، انتخاب راهبردهای مقابله با استرس را در سوءمصرف‌کنندگان مواد به‌خوبی پیش‌بینی می‌کند؛ پس آموزش راهبردهای خودکارآمدی و فراشناخت موثر در نوع استفاده از راهبرد مقابله‌ای افراد سوءمصرف‌کننده مواد در برابر موقعیت‌های استرس‌زا می‌تواند از گرایش مجدد این افراد به مصرف مواد پیشگیری کند.

کلیدواژه‌ها: باورهای فراشناختی، خودکارآمدی، راهبردهای مقابله، سوء مصرف مواد

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه باهنر کرمان، مشاور دانشگاه علوم پزشکی پردیزه کرمان
- *۲. نویسنده مسئول، کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان، مشاور دانشگاه علوم پزشکی پردیزه کرمان
Email: marjan.rabani@yahoo.com
۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد تهران
۴. کارشناس سلامت روان اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۵. استادیار دانشگاه باهنر کرمان

مقدمه

سوء مصرف مواد مخدر^۱ و پیامدهای ناخوشایند آن از مهم‌ترین دغدغه‌های جوامع و یکی از ناگوارترین آسیب‌های اجتماعی است که مدت‌ها نظر متخصصین بهداشت روان را به خود جلب کرده است (جعفری، اسکندی، سهرابی و دلاور، ۱۳۸۸). دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل^۲ (۲۰۰۹)، شمار مصرف‌کنندگان موجود مواد را در بین جمعیت ۶۴-۱۵ ساله سراسر جهان، ۲۰۰ میلیون نفر، یا ۵ درصد کل جمعیت جهان برآورد کرده است. همچنین، بر اساس آخرین گزارش‌ها در ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر در ایران تعداد معتادین کشور در سال ۱۳۸۶ برابر ۱/۲۰۰/۰۰۰ نفر تخمین زده شده است (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۷). در زمینه سبب‌شناسی مصرف مواد عوامل گوناگون روان‌شناختی، اجتماعی، خانوادگی و زیست‌شناختی دخیل است که هیچ‌یک به‌تنهایی نمی‌تواند در مصرف مواد تعیین‌کننده باشد (فرانکوئیس، اوریاکومب، و تیگنول، ۲۰۰۰). لیکن، استرس به‌عنوان یکی از عوامل مهم و تعیین‌کننده در گرایش به مصرف مواد مطرح شده است (کیان‌پور، ۱۳۸۱).

بررسی‌های انجام‌شده درباره استرس بر این نکته مهم تاکید دارند که آن‌چه بر سلامت افراد تأثیرگذار است، خود استرس نیست بلکه الگوی شیوه ارزیابی فرد از استرس و روش‌های مقابله با آن است. راهبردهای مقابله با استرس روندی است که در آن فرد برای مدیریت محرک‌های تنش‌زا تلاش می‌کند. افراد برحسب انواع راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار،^۳ هیجان‌مدار^۴ از یکدیگر متمایز می‌شوند. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند، راهبردهای مقابله‌ای با کاهش پریشانی‌های روانی در ارتباطند (دسموند، و مکلاچلن، ۲۰۰۶؛ سچس، روزنفلد، اهوا، راسموس و کلر، ۲۰۰۸؛ ولدن، ۲۰۱۰). بنابراین، موقعیت‌های پر استرس، علاوه بر ایجاد واکنش‌های هیجانی مختلف نظیر خشم، اضطراب و افسردگی همچنین می‌توانند عاملی برای روی آوردن به رفتارهای بهداشتی منفی نظیر سوء مصرف الکل، سیگار و سایر مواد باشند (برایان، کیلاک و کاتلن، ۲۰۱۱) همچنین، پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند از جمله عوامل مختلف در گرایش افراد به مصرف سیگار، نوشیدن الکل خودکارآمدی پایین است (هاگمن، ۲۰۰۴، لانگ شور و انگلین، ۱۹۹۸؛ ویتینگیل، ویتینگیل و لاسچ، ۲۰۰۰). یکی از گسترده‌ترین نظریه‌های مورد استفاده در تغییر رفتار، سازه شخصیتی خودکارآمدی در نظریه شناخت اجتماعی بندورا است. در این نظریه به نقش اعتمادبه‌نفس در انجام رفتارهای مطلوب، اشاره شده و خودکارآمدی را

-
1. substance abuse
 3. united nation office for drug control (UNODCP)
 3. problem-focused coping
 4. emotion-focused coping

رابطه باورهای خودکارآمدی عمومی و فراشناخت با راهبردهای

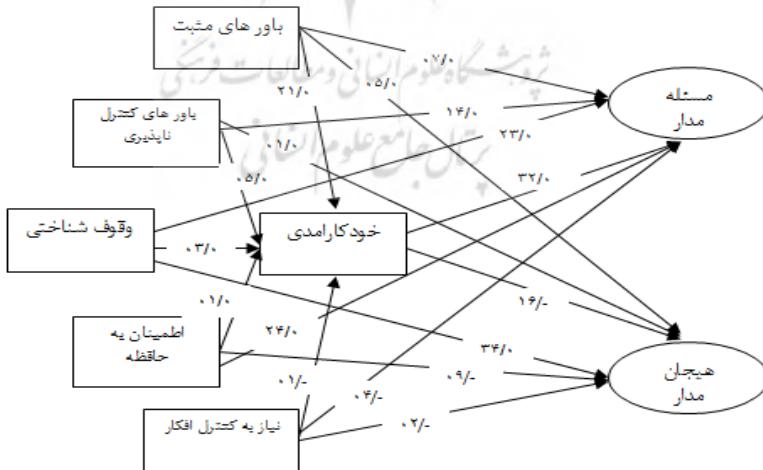
پیش‌نیازی برای تغییر رفتار می‌داند. افرادی که خودکارآمدی پایینی دارند با احتمال کمتری سعی می‌کنند رفتاری را که برایشان عادت شده است، تغییر دهند (بندورا، ۲۰۰۵؛ بندورا، ۱۹۹۰؛ کوبین، جانیتا و النور، ۲۰۱۰). باورهای خودکارآمدی، به اعتقاد هر فرد در مورد توانایی‌های خود برای تولید نتایج موردنظر به هنگام انجام فعالیت‌های خاص و پیگیری هدف‌ها اشاره می‌کند (بندورا، ۱۹۷۷؛ نقل از میلر، ۲۰۰۹). علاوه بر این، در برخی پژوهش‌ها به بررسی نقش مؤثر خودکارآمدی ادراک‌شده در تفاوت شیوه‌های مقابله‌ای افراد در موقعیت‌های استرس-زا تأکید شده است (بنیان، هیل، ساداریان و ملان، ۲۰۱۰؛ دیور و کامینگز، ۲۰۰۱؛ لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴؛ میلر، ۱۹۸۰). یکی از جنبه‌های اساسی خودکارآمدی شخص این باور است که فرد از راه اعمال کنترل می‌تواند بر پیامدهای زندگی خود به‌ویژه در هنگام رویارویی با عوامل استرس‌زا اثر بگذارد (آسپینوال و ریچر، ۱۹۹۹؛ نقل از مسعودنیا، ۱۳۸۶).

احساس خودکارآمدی پایین، با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار هم‌چون راهبردهای مقابله‌ای انکار، پرهیز، خویشتن‌داری، ارزیابی دوباره و سازگاری مشخص می‌شوند (بنیان، هیل، زادوریان و ملان، ۲۰۱۰؛ بندورا، ۱۹۹۷؛ دیور و کامینگز، ۲۰۰۱). از سوی دیگر، خودکارآمدی بالا، غالباً با راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار ارتباط دارد (اندلر، اسپیر، جانسون و فلت، ۲۰۰۱؛ آندلر، کوکوفسکس و ماکرودیمیتریس، ۲۰۰۱؛ بنیان و همکاران، ۲۰۱۰؛ دیور و کامینگز، ۲۰۰۱). خودکارآمدی الگویی از فرایندهای شناختی برای سازش‌یافتگی است. با این توجیه، افراد با خودکارآمدی بالا در زمینه‌های گوناگون از فعالیت‌های خودکنترلی که جنبه‌ای از دانش فراشناختی است استفاده می‌کنند. (وانگا و همکاران، ۲۰۰۸).

فراشناخت مفهومی چندوجهی است که در برگرفته دانش (باورها)، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کند و از دو طبقه گسترده فعالیت‌های ذهنی تحت عناوین دانش فراشناختی و نظارت فراشناختی تشکیل شده است. دانش فراشناختی عبارت است از دانش آشکار و واضح فرد درباره‌ی قوت‌ها و ضعف‌های شناختی، درحالی‌که نظارت فراشناختی، به دامنه‌ای از کارکردهای اجرایی، نظیر توجه کردن، کنترل کردن، چک کردن، برنامه‌ریزی کردن و تشخیص خطاها در عملکرد اشاره دارد (ولز، ۲۰۰۰). نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که فراشناخت ممکن است به‌عنوان یک عامل بالقوه برای گرایش و استفاده از مواد مخدر باشد (ابولقاسمی، احمدی و کیامرثی، ۱۳۸۶؛ بهرام‌نژاد، ربانی و ربانی، ۱۳۹۱). همچنین، برخی از بررسی‌های نشان می‌دهد یکی از عوامل تأثیرگذار در شیوه‌های مقابله‌ای افراد فراشناخت است (الیس و هادسون، ۲۰۱۰؛ هادللیکا، ۲۰۰۵؛ ولز، ۲۰۰۹). در مجموع ممکن است وجود باورهای فراشناختی مختل در مصرف کنندگان مواد، باعث استفاده از راهبردهای

مقابله‌ای غیرسودمندی شود که در نتیجه تعاملات شناختی (باورهای غیرمنطقی مبارزه‌جویانه) و رفتاری (رفتارهای غیرمؤثر) ویژه در آن‌ها شکل بگیرد و زمینه استفاده از مواد مخدر را فراهم کند (ابولقاسمی و همکاران، ۱۳۸۶؛ بهرام‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۱). ازسوی دیگر خودکارآمدی پایین مانع کنارآمدن مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود. ازاین‌رو این افراد احساس استرس بیشتری می‌کنند و برای کنارآمدن با مشکلات روانی خود و برای رسیدن به آرامش و احساس بهتر ممکن است به مصرف الکل و مواد روی آورند (ربانی و همکاران، ۱۳۹۰).

درمان سوءمصرف و وابستگی به مواد و شکستن چرخه معیوب آن گران و دشوار است و سیستم درمانی جامعی با رویکردهای مختلف دارودرمانی، روان‌درمانی، بازپروری و بازتوانی را می‌طلبد. در چنین شرایطی پیشگیری از ابتلای افراد جامعه به مصرف مواد به‌معنای جلوگیری از تحمیل هزینه‌های سنگین به اجتماع، ابتلای افراد به ایدز و بیماری‌های دیگر، کاهش بازدهی در محیط کار، وقوع جرم و جنایت و در معرض خطر قرارگرفتن نسل بعدی است و برای رسیدن به این هدف‌ها شناسایی عوامل گرایش به مصرف مواد و پیشگیری از آن‌ها، ضروری و اهمیت بالایی دارد؛ لذا با توجه به نتایج پژوهش‌های قبلی در کشورمان در زمینه باورهای خود-کارآمدی عمومی، فراشناخت و راهبردهای مقابله با استرس، در جامعه افراد مصرف‌کننده مواد انجام شده است؛ هدف اصلی مطالعه حاضر این است که با استفاده از روش تحلیل مسیر، این الگوی مفهومی و روابط بین متغیرهای باورهای فراشناختی، خودکارآمدی، راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار و هیجان‌مدار را آزمون و شناسایی کند. بنابراین، به‌جای فرضیه واحد یا مجموعه‌ای از فرضیه‌ها، الگویی را آزمون خواهیم کرد که مجموعه‌ای از مسیرهای علی است (نمودار ۱).



نمودار ۱. الگوی تأثیر خودکارآمدی و فراشناخت بر راهبردهای مقابله‌ای

روش

این پژوهش از نوع طرح‌های همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. در این الگو داده‌ها به صورت ماتریس‌های کوواریانس یا همبستگی درآمده و یک مجموعه معادلات رگرسیون بین متغیرها تدوین می‌شود (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۶). جامعه آماری پژوهش کلیه مردان سوء مصرف‌کننده مواد به تعداد ۴۴۹۳ نفر بود که در سال ۹۰-۱۳۸۹ برای ترک به مراکز خودمصرف سم‌زدایی سرپایی شهر کرمان مراجعه کرده بودند. فقط افرادی جزء این جامعه آماری پذیرفته شدند که حداقل دارای مدرک دیپلم بودند. به‌دین‌صورت که تعدادی از مراکز و از هر مرکز افراد واجد شرایط با سطح تحصیلات دیپلم به بالا و بر اساس جدول کرجسی-مورگان ۱۹۷۷ از میان آن‌ها ۳۵۴ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای-تصادفی انتخاب شد.

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه فراشناخت-۳۰ (ام سی کیو-۳۰).^۱ یک مقیاس ۳۰ گویه‌ای خودگزارشی است که باورهای افراد درباره تفکرشان را می‌سنجد و بر اساس الگوی کنش اجرایی خودنظم‌بخش ولز و متیوس (۱۹۹۴: نقل از شیرین‌زاده، ۱۳۸۵) درباره اختلال‌های هیجانی و الگوی آواشناختی اختلال اضطراب منتشر (ولز، ۱۹۹۵، ۱۹۹۷: نقل از شیرین‌زاده، ۱۳۸۵) ساخته شده و شامل ۵ عامل است که در مجموع به وسیله ۶۵ ماده سنجیده می‌شود. ولز و کاترایت-هاتون (شیرین‌زاده، ۱۳۸۵). به‌خاطر طولانی‌بودن پرسشنامه اقدام به تهیه نسخه کوتاه ۳۰ ماده‌ای آن به نام پرسشنامه فراشناخت-۳۰ کردند که همانند نسخه اصلی شامل ۵ عامل است که عبارتند از: اعتماد شناختی (سؤال‌های ۲، ۸، ۲۲، ۲۶ و ۳۰) باورهای مثبت درباره نگرانی (سؤال‌های ۷، ۱۰، ۲۰، ۲۳، ۲۷ و ۲۹)، وقوف شناختی (سؤال‌های ۳، ۵، ۱۲، ۱۳، ۱۶، ۲۴ و ۲۸)، باورهای منفی درباره غیرقابل کنترل بودن افکار و خطر (سؤال‌های ۱، ۴، ۶، ۷، ۹، ۱۱، ۱۴، ۱۵ و ۱۸)، و باورهایی درباره نیاز به کنترل افکار (سؤال‌های ۱۷، ۱۹، ۲۱ و ۲۵). پاسخ‌ها در این مقیاس بر اساس مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت ۱= موافق نیستم تا ۴= خیلی زیاد موافقم محاسبه می‌شود. پرسشنامه فراشناخت-۳۰ پایایی و روایی قابل قبولی دارد. دامنه ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی برای نمره کل بعد از دوره ۲۲ تا ۱۱۸ روزه را ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند (شیرین‌زاده، ۱۳۸۵). در این پژوهش، آزمون برآورد اعتبار آزمون فراشناخت، با استفاده از آلفای کرونباخ با تعداد ۳۵۴ نمونه

برای خرده‌مقیاس‌ها ضریبی بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ و برای نمره کل فرانشاخت ضریبی برابر با ۰/۷۵ به‌دست آمد.

۲. مقیاس خودکارآمدی عمومی^۱. این مقیاس در دهه ۱۹۷۹ توسط شوآرتز و جروسلم ساخته شد و شامل ده ماده مثبت و هر ماده شامل چهار پاسخ است. شیوه نمره‌گذاری به‌صورت لیکرت با چهار گزینه از اصطلاحات اصلاً صحیح نیست = ۱ تا کاملاً صحیح است = ۴ انجام می‌شود. نمره خودکارآمدی فرد حاصل مجموع نمره‌های ۱۰ ماده و دامنه آن بین ۱۰ تا ۴۰ است. این پرسشنامه از روایی و پایایی لازم برخوردار است شوآرتز و همکاران (۱۹۹۷): نقل از رجبی، (۱۳۸۵) ضرایب همسانی درونی و ویرایش‌های مقیاس خودکارآمدی عمومی را برای دانشجویان، در آلمان ۰/۸۴، در کاستاریکا و اسپانیا ۰/۸۱، و در چین ۰/۹۱ به‌دست آوردند. در ایران نیز رجبی (۱۳۸۵)، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۸۲ و برای دانشجویان روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز ۰/۸۴ و برای دانشجویان روان‌شناسی دانشگاه آزاد مرودشت ۰/۸۰ و ضریب روایی هم‌زمان برای مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی و عزت‌نفس روزنبرگ در مورد ۳۱۸ نفر از پاسخ‌گویان را ۰/۳۰، در مورد دانشجویان روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز ۰/۲۰، و در مورد دانشجویان روان‌شناسی دانشگاه آزاد مرودشت ۰/۲۳، گزارش کرده است. در پژوهش حاضر پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ با تعداد ۳۵۴ نمونه و با ۱۰ آیت‌م ضریبی برابر با ۰/۸۲ به‌دست آمد.

۳. پرسشنامه پاسخ‌های مقابله‌ای^۲. این پرسشنامه را بلینگز و موس (۱۹۸۱): نقل از شاره، اصغر نژاد فرید و یزدان‌دوست، (۱۳۸۸). برای بررسی شیوه پاسخ‌گویی افراد به رویدادهای استرس‌زا ساخته‌اند و دارای ۱۹ پرسش است. هنگام تکمیل پرسشنامه از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود بحران یا رویداد پراسترسی را که به‌تازگی پشت‌سر گذاشته‌اند، در نظر آورند و با توجه به این‌که چگونه رویداد را پشت‌سر گذاشته‌اند به پرسش‌ها پاسخ دهند. گزینه‌های مربوط به هر ماده آزمون بر پایه درجه‌بندی لیکرت از هرگز = ۰ تا همیشه = ۳ تنظیم شده است. این پرسشنامه دو شیوه مقابله مسأله‌مدار را با هشت جمله (سؤال‌های ۱، ۲، ۵، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۴ و ۱۹)، و مقابله هیجان‌مدار را با ۱۱ جمله (سؤال‌های ۳، ۴، ۶، ۷، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶ و ۱۷) دربرمی‌گیرد. حداکثر نمره‌ای که آزمودنی در این پرسشنامه می‌گیرد ۵۷ که شامل حداکثر ۳۳ نمره از گزینه‌های مربوط به شیوه مقابله مسأله‌مدار و حداکثر ۲۴ نمره از گزینه‌های مربوط به مقابله هیجان‌مدار است. بلینگز و موس (۱۹۸۱): به‌نقل از ثمری، لعلی‌فاز، عسکری، (۱۳۸۵) ضریب پایایی آن را بر اساس آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۷۸ و اعتبارهای

1. Generalized Self-Efficacy Scale (GSE_10)

2. Coping Responses Inventory (CSI)

رابطه باورهای خودکارآمدی عمومی و فراشناخت با راهبردهای

همسانی درونی برای دو خرده مقیاس ۰/۴۴ تا ۰/۸۰ به دست آوردند. همچنین روایی محتوایی آن را برای پرسشنامه ۰/۸۸ گزارش کردند. در ایران نیز حسینی قدمگاهی (۱۳۷۶) پایایی آن را ۰/۷۹ برای نمره کل، و مقدار پایایی برای خرده مقیاس مقابله مبتنی بر حل مسأله ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس مبتنی بر مهار هیجانی ۰/۶۵ گزارش کرده است. روایی این مقیاس در بسیاری از پژوهش‌های داخل کشور از جمله چاوشی فر و طباطبایی (۱۳۷۹): به نقل از ثمری و همکاران، ۱۳۸۵ و آقا محمدیان و پاژخ زاده ۱۳۸۱؛ به نقل از ثمری و همکاران، (۱۳۸۵) به اثبات رسیده است. در پژوهش حاضر پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ با تعداد ۳۵۴ نمونه و با ۱۹ ماده برای نمره کل ضریبی برابر با ۰/۷۱ و برای خرده مقیاس راهبرد مسأله مدار با ۸ ماده ضریبی برابر با ۰/۷۹ و خرده مقیاس هیجان مدار با ۱۱ ماده ضریبی برابر با ۰/۷۸ به دست آمد.

یافته‌ها

حداقل سن افراد گروه نمونه ۲۱ سال و حداکثر ۵۵ سال و میانگین و (انحراف معیار) سن آن‌ها ۳۳ و (۷) بود. ضرایب همبستگی به صورت کوچک یا ضعیف (۰/۱۰ تا ۰/۲۹)، متوسط (۰/۳۰ تا ۰/۴۹) و بزرگ یا قوی (بیشتر از ۰/۵۰) تقسیم‌بندی شد (بورتز^۱ و دورینگ^۲، ۲۰۰۲). برای بررسی نیکویی برازش کل الگوی^۳ از شاخص مجذور خی دو، شاخص نسبت مجذور خی دو به درجه آزادی، شاخص نیکویی برازش^۴، شاخص نیکویی برازش تطبیقی^۵، شاخص برازندگی تطبیقی (بنتلر، ۱۹۹۹) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب^۶ (برون و کادک، ۱۹۹۳) استفاده شد. نسبت شاخص مجذور خی دو به درجه آزادی کمتر از ۳، شاخص نیکویی برازش بزرگ‌تر از ۰/۸۰ تا ۰/۹۰، شاخص نیکویی برازش تطبیقی بزرگ‌تر از ۰/۸۰، شاخص برازندگی تطبیقی ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب کمتر از ۰/۶۰ تا ۰/۸۰ نمایان‌گر برازندگی عالی (کافی) بین الگوی مشخص شده و داده‌ها در نظر گرفته شد (هو و بنتلر، ۱۹۹۹، مولایک و همکاران، ۱۹۸۹).

-
1. Bortz
 2. Döring
 3. global goodness of fit (GOF)
 4. goodness of fit index (GFI)
 5. adjusted goodness of fit index (AGFI)
 7. root mean square error of approximation (RMSEA)

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و همبستگی باورهای خودکارآمدی و فراشناخت با راهبردهای مقابله‌ای

راهبردهای مقابله‌ای		انحراف		متغیر	میانگین	استاندارد
هیجان‌مدار	مسئله‌مدار					
-۰/۳۰**	۰/۳۵**	۶/۰۴	۲۳/۴۳	خودکارآمدی		
-۰/۳۷**	۰/۴۰**	۵/۰۷	۱۳/۹۷	باورهای مثبت در مورد نگرانی		
-۰/۲۸**	۰/۳۶**	۵/۱۳	۱۶/۲۸	باورهای کنترل ناپذیری افکار و خطر		
-۰/۴۶**	۰/۴۳**	۴/۲۶	۱۲/۱۶	وقوف شناختی		
-۰/۳۵**	۰/۳۹**	۳/۷۸	۱۱/۸۳	اطمینان به حافظه		
-۰/۴۲**	۰/۳۴**	۳/۶۴	۱۱/۶۸	نیاز به کنترل افکار		
-۰/۵۱**	۰/۵۲**	۱۸/۲۷	۶۱/۶۷	فراشناخت		

** $P \leq 0.01$ * $P \leq 0.05$

جدول ۱ بیانگر ارتباط بین فراشناخت با راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار مثبت و با راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار ارتباط منفی، قوی است. سایر همبستگی‌های بین خودکارآمدی عمومی و فراشناخت و ابعادشان با راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار در حد متوسط و معنادار است

جدول ۲. شاخص‌های ارزیابی برازش الگوی تأثیر خودکارآمدی و فراشناخت بر راهبردهای مقابله‌ای

شاخص		خطای مجذور		نیکیویی برازش		الگو
مجدو خی دو	مجدو خی دو	خی دو بخش	میانگین ریشه تخمین آزادی	تطبیقی	تطبیقی	
۴۲۸۷/۵۲**	۲/۶۳	۰/۱۰۶	۰/۹۲	۰/۶۸	۰/۷۰	الگوی پژوهش

** $P \leq 0.01$ * $P \leq 0.05$

جدول ۲ نشان می‌دهد به‌جز شاخص‌های نیکیویی برازش و نیکیویی برازش تطبیقی، دیگر شاخص‌های در نظر گرفته شده برای برازش الگوی از مقدار قابل قبولی برخوردارند که نشان‌دهنده برازش قابل قبول و مناسب الگوی و سازگاری آن با داده‌های جمع‌آوری شده، است.

رابطه باورهای خودکارآمدی عمومی و فراشناخت با راهبردهای

جدول ۳. میزان تأثیر مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته راهبردهای مقابله‌ای

متغیر	انواع تأثیر				اثر کل	
	اثر مستقیم		اثر غیرمستقیم			
	هیجان	مسئله	هیجان	مسئله	هیجان	مسئله
	مدار	مدار	مدار	مدار	مدار	مدار
خودکارآمدی عمومی	۰/۱۶*	۰/۳۲**	-	-	۰/۱۶*	۰/۳۲**
پرسشنامه فراشناخت	۰/۰۵	۰/۰۷	-۰/۰۳	۰/۰۷	۰/۰۲	۰/۱۴
باورهای کنترل ناپذیری افکار و خطر	۰/۰۱	۰/۱۴	-۰/۰۰۲	۰/۰۲	۰/۰۰۸	۰/۱۶*
وقوف شناختی	-۰/۳۴*	۰/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۰۱	-۰/۳۴*	۰/۲۴*
اطمینان به حافظه	-۰/۰۹	۰/۲۴*	۰/۰۰۱	۰/۰۱	-۰/۰۹	۰/۲۵*
نیاز به کنترل افکار	-۰/۰۲	-۰/۰۴	۰/۰۰۱	-۰/۰۱	-۰/۰۲	-۰/۰۵

** $P \leq 0.01$ * $P \leq 0.05$

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که متغیرهای خودکارآمدی، باورهای کنترل ناپذیری افکار و خطر، وقوف شناختی و اطمینان به حافظه بر راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار تأثیر کلی مثبت و معنادار دارند. همچنین از میان متغیرهای مستقل تنها دو متغیر خودکارآمدی و وقوف شناختی تأثیر منفی و معنادار بر روی راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که الگوی انتخابی با داده‌ها برازش مناسبی دارد. همچنین، نتایج تحلیل مسیر نشان داد که متغیرهای خودکارآمدی، باورهای کنترل ناپذیری افکار و خطر، وقوف شناختی و اطمینان به حافظه بر راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار تأثیر کلی مثبت و معنادار دارد. همچنین از میان متغیرهای مستقل تنها دو متغیر خودکارآمدی و وقوف شناختی تأثیر منفی و معنادار بر راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار دارند. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج برخی از پژوهش‌ها پیشین هم‌خوانی دارد (آندلر و همکاران، ۲۰۰۱؛ آلیس و هادسون، ۲۰۱۰؛ بنیان و همکاران، ۲۰۱۰؛ باندورا، ۱۹۹۷؛ دیور و کامینگز، ۲۰۰۱؛ هادلیکا، ۲۰۰۵؛ ولز، ۲۰۰۹؛ ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۲). باید گفت رفتار خودتنظیمی در افراد معتاد مختل است که حاصل آن پیامدهای روان-شناختی مختلفی مانند اضطراب، استرس، افسردگی، عصبانیت، خستگی، شکایات جسمانی و

جز آن می‌شود (بهرام‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۱). به عبارت دیگر، افراد مصرف‌کننده مواد کمتر قادر به تنظیم رویدادهای شناختی و روانی مختلف هستند و در پیگیری اهداف اختصاصی و مداخله دچار ضعف می‌شوند. تمایل قوی آن‌ها برای عدم کنترل خویشتن شاید بازتابی از باورهای فراشناختی مختل است؛ لذا وجود چنین باورهای فراشناختی ممکن است بیان‌گر تفاوت‌هایی در مهارت‌های مقابله‌ای باشد. در واقع، آگاهی فرد نسبت به شناخت‌های خود (فراشناخت) می‌تواند پیامدهای رفتاری متفاوتی برای وی به همراه داشته باشد. بیشتر فعالیت‌های شناختی، وابسته به عوامل فراشناختی هستند که این فعالیت‌ها را نظارت و کنترل می‌کنند. به علاوه، اطلاعاتی که از فراشناختی استخراج می‌شوند، اغلب به عنوان احساسات ذهنی که می‌تواند بر رفتار تأثیرگذار باشد، تجربه می‌شوند (براتی و عریضی، ۱۳۸۹).

افراد با خودکارآمدی بالا در زمینه‌های گوناگون از فعالیت‌های خودکنترلی که جنبه‌ای از دانش فراشناختی است، استفاده می‌کنند. (دونالد، مارتین و راهسنو، ۲۰۰۸). باورهای فرد درباره کارآمدی نقش اساسی در کنترل موقعیت‌های استرس‌زا دارد (ربانی و همکاران، ۱۳۹۰). به‌ویژه در هنگام رویارویی با عوامل استرس‌زا، داشتن احساس کنترل بر شرایط، عاملی مهم در سازگاری با موقعیت‌های گوناگون است (آسپینوال و ریچر، ۱۹۹۹: نقل از مسعودنیا، ۱۳۸۶). به طوری که در یک موقعیت استرس‌زا، ارزیابی اولیه از این موقعیت، می‌تواند به موقعیت مساعد/مثبت، نامربوط و استرس‌زا، بیانجامد. از نظر بندورا، داشتن یا افزایش احساس خودکارآمدی بالا می‌تواند موقعیت تهدیدآمیز را مبدل به یک موقعیت مطمئن کند (آندلر و همکاران، ۲۰۰۱؛ بنیان و همکاران، ۲۰۱۰؛ باندورا، ۱۹۹۷؛ دیور و کامینگز، ۲۰۰۱). به طوری که هنگام رویارویی با رویدادهای نامطلوب و استرس‌زا، افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند می‌توانند بر اندیشه خود کنترل داشته باشند، پایداری بیشتری از خود نشان می‌دهند و تفکرات منفی درباره خود و توانایی خود را نمی‌پذیرند. پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که خودکارآمدی ادراک‌شده بالا، در موقعیت‌های استرس‌زا، بیشتر با راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، مانند مقابله مسأله‌مدار ارتباط دارد (آندلر و همکاران، ۲۰۰۱؛ اولری، ۱۹۹۲؛ اوزر و باندورا، ۱۹۹۰؛ بنیان و همکاران، ۲۰۱۰). از سوی دیگر، احساس خودکارآمدی پایین، با عزت‌نفس پایین، تفکرات بدبینانه نسبت به خود و توانایی عملکرد خود در ارتباط است. افراد با خودکارآمدی پایین، از هر کنشی که به باور آن‌ها، فراتر از توانایی‌شان باشد پرهیز می‌کنند؛ و موقعیت‌های استرس‌زا را غیرقابل کنترل دانسته و بیشتر به راهبردهای مقابله ناکارآمد هیجان-مدار مانند اجتناب، خویشتن‌داری، ایجاد دوستی‌های مخرب و مصرف مواد و الکل روی می‌آورند (آندلر و همکاران، ۲۰۰۱؛ بنیان و همکاران، ۲۰۱۰؛ باندورا، ۱۹۹۷؛ دیور و کامینگز، ۲۰۰۱؛ ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۲). در مجموع، باورهای فراشناختی و باورهای فرد درباره

رابطه باورهای خودکارآمدی عمومی و فراشناخت با راهبردهای

کارآمدی نقش اساسی در کنترل موقعیت‌های استرس‌زا دارد. بر این اساس، وجود باورهای فراشناختی مختل و خودکارآمدی پایین مانع کنارآمدن مؤثر افراد با موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود. در واقع، چنین افرادی از اندیشه خودکنترلی پایینی برخوردارند که خود منجر به تفکرات منفی درباره خود و توانایی خود می‌شود. از این‌رو این افرادی که احساس استرس بیشتری می‌کنند و خود را ناتوان و ناکارآمد می‌دانند، به آسانی تسلیم می‌شوند و احساس افسردگی، اضطراب و ناامیدی می‌کنند و برای کنارآمدن با مشکلات روانی خود و برای رسیدن به آرامش و احساس بهتر از راهبردهای مقابله‌ای غیرسودمندی که در نتیجه تعاملات شناختی (باورهای غیرمنطقی مبارزه‌جویانه) و رفتاری (رفتارهای غیرمؤثر) ویژه شکل گرفته است، استفاده می‌کنند و رو به مصرف الکل و مواد مخدر می‌آورند. یعنی از مواد مخدر به منزله ابزاری در تعامل با افراد و موقعیت‌ها برای تنظیم روحیه و خلق خود استفاده می‌کنند. اگر بپذیریم که باورهای خودکارآمدی و فراشناخت متغیرهای مهم و اثرگذار در نوع راهبرد مقابله‌ای افراد در برابر موقعیت‌های استرس‌زا است، توجه به این متغیرها و تقویت آن‌ها، می‌تواند در مدیریت و کنترل استرس در مراحل آغازین آن نقش به‌سزایی داشته باشد؛ لذا نتایج پژوهش را می‌توان در حیطه پیشگیری از اعتیاد توسط روان‌شناسان و روان‌پزشکان به کار گرفت و از بروز، تشدید یا خسارت‌های ناشی از این بیماری کم کرد. در پیشگیری اولیه با استفاده از پرسشنامه‌ها برای سنین پایین در مدارس، و سنین بالا در اداره‌ها، کارخانه‌ها و مشاغل مختلف به شناسایی افراد در معرض خطر و مستعد ابتلا به اعتیاد پرداخت و با انجام برنامه‌های ویژه‌ای در مورد آموزش مهارت‌های خودکارآمدی، و فراشناخت از طریق تأثیر بر راهبردهای مقابله با استرس و تغییر، تصحیح و یا حداقل تعدیل این راهبردها، خطر ابتلا را کاهش داد. تغییر منبع استرس یا رفع آن از عهده متخصصان علوم رفتاری برنمی‌آید، اما تغییر و تقویت باورهای خودکارآمدی، فراشناخت و راهبردهای مقابله با استرس به‌عنوان منابع درونی امکان‌پذیر است.

سیاسگزاری

به‌دین‌وسیله از واحد نظارت بر درمان سوءمصرف مواد معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی کرمان که در انجام این مطالعه کمال همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود. لازم به‌ذکر است این مطالعه بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده است.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس، احمدی، محسن، و کیامرثی، آذر. (۱۳۸۶). بررسی ارتباط فرانشاخت و کمال-گرایی با پیامدهای روان‌شناختی در افراد معتاد به مواد مخدر. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۵(۲): ۷۹-۷۳.
- براتی، هاجر، و عریضی، حمید رضا. (۱۳۸۹). مقایسه بین نارسایی‌های شناختی و مؤلفه‌های فرانشاخت با توجه به متغیر تعدیلی میزان سوانح شغلی. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۲): ۱۲۱-۱۱۵.
- بهرام‌نژاد، علی، ربانی باوجدان، مرجان، و ربانی باوجدان، مزگان. (۱۳۹۱). رابطه بین باورهای آواشناختی در گرایش به اعتیاد در دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان. *مجله سلامت و اعتیاد*، ۴(۱-۲): ۸-۱.
- بشارت، محمدعلی، براتی، نازنین، و لطفی، جمشید. (۱۳۸۷). رابطه سبک‌های مقابله با استرس و سطوح سازش روان‌شناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)*، ۳۲(۱): ۳۵-۲۷.
- دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر دفتر برنامه‌ریزی. (۱۳۸۷). *کتاب سال ۱۶ ستاد مبارزه با مواد مخدر*. تهران: ناشر مؤلف.
- جعفری، عیسی، اسکندی، حسین، سهرابی، فرامرز، و دلاور، علی. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر الگوی مارلات در پیشگیری از عود و افزایش تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱(۳): ۸۷-۷۷.
- ربانی باوجدان، مزگان، توحیدی، افسانه، و رحمتی، عباس. (۱۳۹۱). رابطه بین باورهای خودکارآمدی عمومی، راهبردهای مقابله با استرس و مکان کنترل با سلامت روان افراد مصدوم. *مجله سلامت و اعتیاد*، ۳(۴ پایانی): ۱۱۱-۱۱۸.
- رجبی، غلامرضا. (۱۳۸۵). بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی، در دانش‌جویان رشته‌های روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز و آزاد مرودشت. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۱(۱ پایانی): ۱۲۲-۱۱۱.
- زارعی‌دوست، الهام، عاطف وحید، محمدکاظم، بیان‌زاده، اکبر، و بیرشک، بهروز. (۱۳۸۶). مقایسه منبع کنترل، شیوه‌های مقابله و باورهای منطقی در زنان روسپی و عادی شهر تهران. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی ایران*، ۱۳(۳): ۲۷۹-۲۷۲.
- سموعی، راحله، ابراهیمی، امرالله، موسوی، سید غفور، حسن‌زاده، اکبر، و رفیعی، سعید. (۱۳۷۹). الگوی مقابله با استرس در معتادین خود معرف: مرکز اعتیاد اصفهان. *مجله اندیشه و رفتار*، ۶(۲-۳): ۶۹-۶۳.

رابطه باورهای خودکارآمدی عمومی و فراشناخت با راهبردهای
شماره، حسین، اصغر نژاد فرید، اصغر، و یزدان دوست، رخساره. (۱۳۸۸). ارتباط راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های اسنادی با خطر فرار از منزل در دختران نوجوان شهر مشهد. *مجله روان پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۵ (۳): ۲۴۷-۲۴۲.

شیرین‌زاده دستگیری، صمد. (۱۳۸۵). مقایسه باورهای آواشناختی مسئولیت‌پذیری در بین بیماران دچار اختلال وسواسی-اجباری، اضطراب منتشر و افراد بهنجار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز. کیان‌پور، محسن. (۱۳۸۱). مقایسه شیوه‌های مقابله با استرس در معتادان به مواد افیونی با افراد غیرمعتاد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید صدوقی یزد*، ۱۰ (۳): ۱۹-۱۴.

مسعودنیا، ابراهیم. (۱۳۸۶). خودکارآمدی ادراک‌شده و راهبردهای مقابله‌ای در موقعیت‌های استرس‌زا. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳ (۶): ۴۱۵-۴۰۵. ثمری، علی‌اکبر. لعلی‌فاز، احمد، و عسکری، عباس‌علی. (۱۳۸۵). بررسی منابع حمایتی و شیوه‌های مقابله با عوامل استرس‌زا در دانشجویان، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۸ (۳۲): ۳۱-۳۱ : ۱۰۷-۹۷.

سرمد، زهره، بازرگان، عباس، و حجازی، الهه. (۱۳۸۶). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری، انتشارات آگاه.

Antonietti, A., Colombo, B., & Lozotsev, Y. (2008). Undergraduates' metacognitive knowledge about the psychological effects of different kinds of computersupported instructional tools. *Journal of Computer Human Behavior*, 24(5) :2172-98.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy and health behaviour*. In A. Baum, S. Newman, J. Wienman, R. West, & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* . Cambridge: Cambridge University Press.

Bandura, A. (1990). Selective activation and disengagement of moral control. *Journal of Social Issues*, 46(1): 27-46.

Bandura, A. (2005). The primacy of self-regulation in health promotion transformative mainstream. *Journal of Applied psychology and International Review*, 54(2): 245-254.

Benyon, K., Hill, S., Zadurian, N., Mallen, C. (2010). Coping strategies and self-efficacy as predictors of outcome in osteoarthritis: a systematic review. . *Journal of Musculoskeletal Care*, 8(4) :224-36.

Bentler, P., M.(1999) Comparative fit indexes in structural models. *Journal of Psychol Bull*;107(2): 238-46.

Brian, D., Kiluk, C. N., Kathleen, M. C. (2011). Relationship of cognitive function and the acquisition of coping skills in computer assisted treatment

- for substance use disorders. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 71(5) : 704-12.
- Browne, M., W. & Cuddeck, R. (1993). *Alternative ways of assess-ing model fit*. In: Bollen KA Long JS, eds. *Testing Structural Equation Models*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bortz J, Döring N. (2002). *Forschungsmethoden und Evalua-tion* (3rd ed.). Berlin: Springer.
- Dolan, S.L, Martin, R. A., & Rohsenow, D.J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addict Behav*, 33(5): 675-88.
- Ellis, D., M., & Hudson, J., L. (2010). The meta-cognitive model of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Journal of Clinical Child Fam Psychol Rev*, 13:151–163.
- Endler, N. S., Speer, R. L., Johnson, J. M., & Flett, G. L. (2000). Controllability, coping, efficacy, and distress. *European Journal of Personality*, 14(3): 245–264.
- Desmond, D. M., & MacLachlan, M. (2006). Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputations. *Journal of Social Science & Medicine*, 62(1): 208-216.
- Dwyer, A.L., Cummings, A. L. (2001). Stress, Self-Efficacy, Social Support, and Coping Strategies in University Students. *Journal of Counselling / Revue canadienne de counseling*, 35(3) : 208-220.
- Franques, P., Auriacombe, M., & Tignol, J. (2000). Addiction and personality. *Journal of Encephale*, 26(1): 68-78.
- Hagman, B. T. (2004). *Coping and self-efficacy as predictors of substance use during the first few critical months following substance abuse treatment completion*. a thesis submitted to the University of North Carolina at Wilmington in Partial Fulfillment Of the Requirements for the Degree of Masters of Psychology. Department of Psychology. University of North Carolina at Wilmington.
- Hudlicka, E. (2005). Modeling interaction between meta-cognition and emotion in a cognitive architecture. In *Proceedings of the AAAI Spring Symposium on Metacognition in Computation*. AAAI Technical Report SS-05-04. Menlo Park, CA: AAAI Press.55-61.
- Hu, L. & Bentler, P., M. (1999) Cut off criteria for fit indexes in covariance structure analysis. *Conventional criteria versus new alternatives Struct EqModel*; 6(1):1–55.
- Mulaik, S. A., James, L. R., van alstine, J., bennet, n., lind, S. & stilwell, C. D. (1989) evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation modeles. *Psychological bulletin*, 105(3): 430-445.
- Miller, S. M. (1980). *Why having control reduces stress: If I can stop the rollercoaster I don't want to get off*. In: J. Garber & M. E. P. Seligman

رابطه باورهای خودکارآمدی عمومی و فراشناخت با راهبردهای

- (Eds.), *Human helplessness: Theory and research*. New York: Academic Press.
- Miller, S. M. (2009). The measurement of self-efficacy in persons with spinal cord injury: psychometric validation of the mooring self-efficacy scale. *Journal of Disability and Rehabilitation*, 31(12) : 988-993.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.
- Longshore, D., Anglin, M.D., (1998). Intended Sex With Fewer Partners: An Empirical Test of the AIDS Risk Reduction Model Among Injection Drug Users. *Journal of Applied Social Psychology*, 27(3) : 187-208.
- Queenie, M., H., K., Janita, P., C., C., Eleanor, A., H. (2010). Examining the Relationships between Condom Use Self-efficacy and Condom Use among Mainland Chinese Sex Workers in Hong Kong. *Journal of Nurs Sci*, 2010, 28(2) :23 - 32.
- Sachs, E., & Rosenfeld, B., Lhewa, D., Rasmussen, A., & Keller, A. (2008). Entering exile: trauma, mental health, and coping among Tibetan refugees arriving in dharamsala, India, *Journal of Traumatic Stress*, 21(2) :199-208.
- Tabachnick, BG & Fidell, LS (1989). *Using multivariate statistics*. (2nd ed.). New York: Harper Collins Publishers.
- Tabachnick, BG & Fidell, LS.(1998). *Using multivariate statistics*. (2nd ed.). New York: Harper Collins Publishers.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2009). *Global illicit drug trends*. New York: United Nations.
- Wells, A., Davies, M.(1994) The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thought. *Behaviour Research and Therapy*, 32(1): 871-878.
- Wells A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. (1st ed). Chichester: Wiley and sons.
- Wells, A. (2009). *Met cognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
- Weldon, R. A. (2010). *Obsessional relational intrusion, coping styles and depression: a mode rational model*. Published Master thesis Psychology, Faculty of San Diego State University.
- Williams, R. B., Barefoot, J. C., Califf, R. M., Haney, T. L., Saunders, W. B., Pryor, D. B., Hlatky, M. A., Siegler, I. C., & Mark, D. B. (1992). Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographic ally documented coronary artery disease. *Journal of American Medical Association*, 267(4): 524-540.
- Whittinghill, D., Whittinghill, L. R., & Loesch, L. C. (2000). The benefits of a self-efficacy approach to substance abuse counseling in the era of managed care. *Journal of Addictions and Offenders Counseling*, 20 (2) : 64-75.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی

الف = اصلاً صحیح نیست ب = کمی صحیح است ج = تا حدی صحیح است د = کاملاً صحیح است

- د ج ب الف ۱. اگر به اندازه کافی تلاش کنم همیشه قادر به حل مشکلات سخت می‌باشم.
- د ج ب الف ۲. اگر کسی با من مخالفت کند می‌توانم روش‌هایی برای رسیدن به آنچه می‌خواهم پیدا کنم.
- د ج ب الف ۳. به راحتی می‌توانم اهدافم را دنبال کنم و به مقصودم برسم.
- د ج ب الف ۴. مطمئنم می‌توانم به‌طور موثری با مسائل غیرمترقبه روبرو شوم.
- د ج ب الف ۵. به‌خاطر ابتکار و شایستگی‌ام می‌دانم چطور با موقعیت‌های غیرقابل پیش‌بینی مقابله کنم.
- د ج ب الف ۶. اگر به اندازه کافی تلاش کنم می‌توانم اکثر مشکلات را حل کنم.
- د ج ب الف ۷. در برخورد با مشکلات می‌توانم خونسردی یا آرامش خود را حفظ کنم چون به توانایی درونی خودم اعتماد دارم.
- د ج ب الف ۸. وقتی با مشکلی روبرو می‌شوم معمولاً می‌توانم چندین راه حل را پیدا کنم.
- د ج ب الف ۹. اگر در درس بیفتم یا گرفتاری برآیم پیش بیاید معمولاً می‌توانم چاره‌ای بیابم.
- د ج ب الف ۱۰. مهم نیست چه بر سر راهم قرار گیرد معمولاً قادر به رفع یا حل آن می‌باشم.

پرسشنامه فراشناخت

در انتخاب گزینه‌ها ۱ = موافق نیستم ۲ = کمی موافقم ۳ = تقریباً موافقم ۴ = خیلی زیاد موافقم

عامل اول: «کنترل‌ناپذیری و خطر»

۱۴. نگرانیم برایم خطرناک است. ۴ ۳ ۲ ۱
۴. بیش از حد نگران می‌شوم. ۴ ۳ ۲ ۱
۶. اگر نتوانم افکار نگران کننده‌ام را کنترل کنم و آن افکار در واقعیت به وقوع بپیوندند مقصر خواهم بود. ۴ ۳ ۲ ۱
۹. افکار نگران کننده‌ام صرف‌نظر از نوع تلاش من برای توقف آن‌ها استمرار می‌یابند. ۴ ۳ ۲ ۱
۱۱. افکار نگران کننده‌ام را نمی‌توانم نادیده بگیرم. ۴ ۳ ۲ ۱
۱. گاهی اوقات حافظه‌ام مرا به بیراهه می‌برد. ۴ ۳ ۲ ۱
۱۵. نگرانی‌ام می‌تواند مرا به طرف دیوانه شدن سوق دهد. ۴ ۳ ۲ ۱
۱۸. وقتی نگرانی‌ام شروع می‌شود نمی‌توانم آن را متوقف کنم. ۴ ۳ ۲ ۱

عامل دوم: «باورهای مثبت درباره نگرانی»

۷. برای این‌که منظم باشم، لازم است نگران باشم. ۴ ۳ ۲ ۱
۱۰. نگران بودن به من کمک می‌کند تا بتوانم به چیزهایی که در ذهنم هستند نظم بدهم. ۴ ۳ ۲ ۱
۲۰. نگران بودن به من در حل مشکلاتم کمک می‌کند. ۴ ۳ ۲ ۱
۲۳. برای خوب کار کردن (عملکرد خوب) لازم است نگران باشم. ۴ ۳ ۲ ۱
۲۷. نگران بودن به من کمک می‌کند تا از مشکلات مربوط به آینده اجتناب کنم. ۴ ۳ ۲ ۱

رابطه باورهای خودکارآمدی عمومی و فراشناخت با راهبردهای
۴ ۳ ۲ ۱

۲۹. نگران بودن به من در مقابله با مسائل کمک می‌کند.

عامل سوم: «وقوف شناختی»

- ۴ ۳ ۲ ۱ ۳. در مورد افکارم خیلی زیاد فکر می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱ ۵. وقتی در مورد مسأله‌ای فکر می‌کنم از نحوه کار کردن ذهنم آگاهم.
۴ ۳ ۲ ۱ ۱۲. افکارم را مورد بازبینی قرار می‌دهم.
۴ ۳ ۲ ۱ ۱۳. افکارم باید همیشه تحت کنترل باشد.
۴ ۳ ۲ ۱ ۱۶. دائماً از افکارم آگاه هستم.
۴ ۳ ۲ ۱ ۲۴. دائماً افکارم را مورد واری قرار می‌دهم.
۴ ۳ ۲ ۱ ۲۸. به‌نحوه کار کردن ذهنم توجه زیادی دارم.

عامل چهارم: «اطمینان به حافظه»

- ۴ ۳ ۲ ۱ ۲. به حافظه‌ام اعتماد ندارم.
۴ ۳ ۲ ۱ ۸. اطمینان کمی به حافظه‌ام در به خاطر سپردن لغات و اسامی دارم.
۴ ۳ ۲ ۱ ۲۲. حافظه ضعیفی دارم.
۴ ۳ ۲ ۱ ۲۶. اطمینان کمی به حافظه‌ام در به خاطر سپردن مکان‌ها دارم.
۴ ۳ ۲ ۱ ۳۰. اطمینان کمی به حافظه‌ام در به خاطر سپردن اعمالم دارم.

عامل پنجم: «نیاز به کنترل افکار»

- ۴ ۳ ۲ ۱ ۱۷. ناتوانی در کنترل افکارم نشانه‌ای از ضعف من است.
۴ ۳ ۲ ۱ ۱۹. به خاطر کنترل نکردن افکار خاصی، تنبیه خواهم شد.
۴ ۳ ۲ ۱ ۲۱. فکر کردن به برخی افکار بد است.
۴ ۳ ۲ ۱ ۲۵. اگر نتوانم افکارم را کنترل کنم قادر نخواهم بود عملکرد خوبی داشته باشم.

پرسشنامه پاسخ‌های مقابله‌ای

در انتخاب گزینه‌ها ۱ = هیچ وقت ۲ = گاهی ۳ = اغلب اوقات ۴ = همیشه

- ۴ ۳ ۲ ۱ ۱. سعی می‌کنم از تجربیات گذشته‌ام استفاده کنم.
۴ ۳ ۲ ۱ ۲. برای حل مشکل با همسر یا بستگانم مشورت می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱ ۳. برای فراموش کردن مشکل خود را به چیزهای دیگری مشغول می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱ ۴. برای راهنمایی و تقویت خود در جهت حل مشکل دعا می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱ ۵. برای حل مشکل با افراد متخصص همچون پزشک، حقوق دان و روحانی مشورت می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱ ۶. ناراحتی ناشی از عدم حل مشکل را بر سر دیگران خالی می‌کنم.
۴ ۳ ۲ ۱ ۷. سعی می‌کنم به جنبه‌های مثبت موقعیتی که پیش آمده توجه کنم.
۴ ۳ ۲ ۱ ۸. اطلاعات خود را درباره موقعیت پیش آمده افزایش می‌دهم.

- ۴ ۳ ۲ ۱ ۹. در برخورد با مشکلات دچار پراشتهایی می‌شوم و پرخوری می‌کنم.
- ۴ ۳ ۲ ۱ ۱۰. در برابر هر مشکل اولین اقدام من این است، آن مشکل را درست بفهمم.
- ۴ ۳ ۲ ۱ ۱۱. برای کاهش ناراحتی ناشی از مشکلات حل‌نشده به دارو، سیگار یا چیزهایی نظیر آن پناه می‌برم.
- ۴ ۳ ۲ ۱ ۱۲. سعی می‌کنم قدم به قدم به یک تصمیم عاقلانه برای حل مشکل برسم.
- ۴ ۳ ۲ ۱ ۱۳. سعی می‌کنم کارهایی را که برای حل مشکل از من ساخته است انجام دهم.
- ۴ ۳ ۲ ۱ ۱۴. در برابر مشکلات ظاهراً آرام هستم ولی در باطن خودخوری می‌کنم.
- ۴ ۳ ۲ ۱ ۱۵. برای حل مشکل راه‌های متعددی را در نظر می‌گیرم.
- ۴ ۳ ۲ ۱ ۱۶. برای برطرف کردن مشکل تلاش بیشتری می‌کنم.
- ۴ ۳ ۲ ۱ ۱۷. در مواجهه با مشکل نگرانی به‌خرج نمی‌دهم و فکر می‌کنم شاید همه چیز خود به خود حل شود.
- ۴ ۳ ۲ ۱ ۱۸. خودم را برای وضعیتی بدتر از آنچه پیش آمده آماده می‌کنم.

