فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال هشتم، شماره سی و یکم، پاییز ۱۳۹۳
Quarterly Journal of Research on Addiction, Vol. 8, No. 31, Autumn 2014

مقاله
پژوهشی
Research

مقایسه سرمایه روانشناختی و باورهای فراشناختی بین دانشجویان مصرف کننده مواد و دانشجویان عادی

داود اکبرزاده[۱]، حسن اکبرزاده[۲]، غلامحسین جوانمرد[۳]

تاریخ دریافت:۱۳۹۲/۰۹/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۹/۱۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه سرمایه روانشناختی و باورهای فراشناختی بین دانشجویان مصرف کننده مواد و دانشجویان عادی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز بود. **روش:** پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بودند که از این جامعه، ۵۰ نفر از دانشجویان مصرف کننده مواد و ۵۰ نفر از دانشجویان عادی به ترتیب با بهره‌گیری از دو روش نمونه‌گیری در دسترش و نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سرمایه روانشناختی لوتانز و باورهای فراشناختی ولز و کارت هایت هاتون استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که بین دانشجویان مصرف کننده مواد و دانشجویان عادی در سرمایه روانشناختی و باورهای فراشناختی تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنی که دانشجویان مصرف کننده مواد از سرمایه روانشناختی پایین و باورهای فراشناختی مختل برخوردارند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های به دست آمده با افزایش سرمایه روانشناختی و نیز با به کارگیری برنامه‌های مربوط به باورهای فراشناختی مختل می‌توان گرایش به مصرف مواد را در دانشجویان کاهش داد.

کلید واژه‌ها: سرمایه روانشناختی، باورهای فراشناختی، اعتیاد، دانشجویان

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، پست‌الکترونیک: zakeri.ba65@gmail.com
۲. کارشناسی ارشد فقه و مبانی حقوق اسلامی
۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور بناب

مقدمه

اعتیاد[1] به طور جدی سلامت، امنیت و اقتصاد ملل جهان را تحلیل می برد (کاتانو و کاناردی[2]، ۲۰۰۲). گرایش روزافزون به مصرف مواد مخدر یکی از مشکلات بزرگ اجتماعی است. مصرف مواد و عوارض پردامنه و ناخوشایند آن از مهم‌ترین دغدغه‌های فکری و یکی از ناگوارترین آسیب‌های اجتماعی در حال حاضر است. به ویژه آنکه در سال‌های اخیر مصرف مواد نه فقط در بزرگسالان بلکه در دانشجویان دانشگاه‌ها که دوران حساسی را نیز سپری می‌کنند، مشاهده می‌شود (بوتوین[3] و همکاران، ۲۰۰۰). اعتیاد در مجموع یک بیماری زیست‌شناختی، روانشناختی و اجتماعی است و عوامل متعددی در سبب‌شناسی سوءمصرف و اعتیاد موثر هستند که در نهایت منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می‌شوند (رحیمی موقر، ۱۳۷۶). داشتن یک تعریف جامع و مانع در زمینه اعتیاد مشکل است. زیرا عوامل متعددی در نوع، شکل، تعداد و آثار و عواقب اعتیاد مؤثر هستند. اعتیاد در معنای وسیع، عبارت است از رفتاری که، بر اثر عادت، بر فرد چنان مسلط می‌شود که کاملاً یا تا حدی رفتارهای سالم او را تحت تأثیر قرار می‌دهد و آن‌ها را زیر سیطره خود در می‌آورد. در عمل، اصطلاح اعتیاد، به استفاده مکرر و زیاد از مواد مخدر و محرک و الکل اطلاق می‌گردد. اعتیاد، یک حالت روانی و گاهی جسمی، ناشی از تأثیر دارو روی یک موجود زنده است و لزوماً رفتار و واکنش‌های خاص و مشخصی را در ارگانیزم ظاهر می‌نماید و همیشه همراه با یک کشش مفرط برای مصرف دائمی یا دوره‌ای آن دارو بوده، به طوری که شخص بتواند اثرات آن ماده را تجربه کند و یا ناراحتی ناشی از عدم مصرف آن را در خود از بین ببرد (کریم‌پور، ۱۳۶۵).

با نگاهی واقع بینانه به مسأله اعتیاد به مواد مخدر به راحتی در می‌یابیم که مصرف مواد افیونی از قرن‌ها پیش وجود داشته است و اکنون مردان و زنان زیادی، خصوصاً از سنین نوجوانی تا میانسالی مواد مخدر مصرف می‌کنند و به آن وابسته شده‌اند. این معضل یکی از آسیب‌های مهم اجتماعی است. به طوری که سلامت روان فرد و جامعه را به خطر می‌اندازد. این مشکل در میان جمعیت جوان و قشر تحصیل کرده و دانشجویان جوامع از اهمیّت بیشتری برخوردار است، چرا که اولاً این قشر از جمعیت کشور در واقع سرمایه‌های اصلی جامعه در تولید علم و

1 . Addiction 2 . Addiction & Caetano 3 . Botvin

فناوری بوده و به لحاظ منابع انسانی از پایه‌های بنیادین پیشرفت، ترقی و توانمندی هر جامعه‌ای محسوب می‌گردند؛ و ثانیاً دوران جوانی به دلیل ویژگی‌های خاص جسمانی و روانی آن از پرخطرترین دوره‌های تمایل و ابتلا به مصرف مواد محسوب می‌گردد. بنابراین، طبیعی است که اعتیاد بیشترین خسارت را از ناحیه تباهی نیروهای جوان، فعال، کارآمد و عمدتاً تحصیل‌کرده بر جوامع وارد می‌سازد (اسماعیلی، صفاتیان، متولی و و محسنی، ۱۳۷۹). دربارهٔ سوء مصرف مواد مخدر از دیدگاه روانشناختی تحقیقات گوناگونی صورت گرفته است. یکی از این عوامل سرمایه روانشناختی[1] و مؤلفه‌های آن است. سرمایه روانشناختی یکی از شاخص‌های روانشناسی مثبت است که با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود (لوتانز[2]، لوتانز و لوتانز، ۲۰۰۴). همچنین برخوردار بودن از سرمایه روانشناختی افراد را قادر می‌سازد تا در برابر موقعیت‌های استرس زا بهتر مقابله کرده، کمتر دچار تنش شده، در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردارشوند، به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه قرار بگیرند؛ لذا دارای سلامت روانشناختی بالاتری نیز هستند (رابینز، واترزماش، کاسیوپ و میلت[3]، ۱۹۹۴). سلیگمن و سگزنت میهالی[4] (۲۰۰۰) معتقد است که سرمایه روانشناختی جنبه‌های مثبت زندگی آدمی را در بر می‌گیرد. وی معتقد است که سرمایه انسانی و اجتماعی به آسانی قابل مشاهده و آشکار است و می‌توان آن را به سادگی اندازه گیری و کنترل کرد. در حالی که سرمایه روانشناختی بیشتر بالقوه بوده و اندازه‌گیری و توسعه آن دشوار است. بنابراین سرمایه روانشناختی شامل آن دسته از ویژگی‌های روانشناختی است که به بهره وری فرد کمک می‌کند و شامل خودادراکی، خودارزشمندی، هدفمندی و مقاوم در برابر مشکلات می‌شود (گلداسمیت، وئوم و دایتی[5]، ۱۹۹۷). سرمایه روانشناسی، سازه‌ای ترکیبی و به هم پیوسته‌ای است که چهار مؤلفه ادراکی- شناختی یعنی امید[6]، خوش‌بینی[7]، خودکارآمدی[8] و تاب آوری[9] را در بر می‌گیرد.

1 . Psychological capital 2 . Luthans 3 . Robbins, Waters-Marsh, Caccioppe & Millet
4 . Seligman & Csikszentmihalyi 5 . Goldsmith, Veum & Darity
6 . hope 7 . optimism 8 . self- efficacy
9 . Resiliency

این مؤلفه‌ها در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشیده و تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشار زا را تداوم داده (ارز و جاج[1]، ۲۰۰۱)، او را برای ورود به صحنه عمل آماده نموده (جاج و بونو[2]، ۲۰۰۱) و مقاومت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می‌کند (پارکر[3] و همکاران، ۲۰۰۳). در این میان امید یک حالت انگیزش مثبت با در نظر گرفتن اهداف روشن برای زندگی است. در امید از یک سو انگیزه خواستن به اراده برای حرکت به سوی اهداف و از طرف دیگر بررسی راه‌های مناسب برای حصول اهداف نهفته است (بیلی و اسنایدر[4]، ۲۰۰۷). همچنین خودکارآمدی قضاوت فرد در مورد توانایی‌هایش‌در مورد انجام یک عمل تعریف می‌شود (بندورا[5]، ۲۰۰۷). از سویی خوش‌بینی به معنای داشتن انتظارات مثبت برای نتایج و پیامدهاست و این پیامدها به عنوان عوامل ثابت، کلی و درونی در نظر گرفته می‌شوند (پترسون[6]، ۲۰۰۰). تاب‌آوری نیز سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است. در واقع تاب آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست، بلکه فرد تاب آور، مشارکت کننده فعال و سازنده محیط پیرامونی خود است (والر[7]، ۲۰۰۱).

تحقیقات نشان می‌دهد که بین خودکارآمدی با سوءمصرف مواد در نوجوانان رابطه معناداری وجود دارد (دولان، روزماری، مارتین و روزنو[8]، ۲۰۰۸). وچیو، جربینو، پاستورلی و دلبو[9] (۲۰۰۷) در تحقیقی نشان دادند که عقاید خودکارآمدی موجب کاهش انفعال و سازگاری فرد با مشکلات می‌شود و شخص را به چالش با مشکلات برمی انگیزد و باعث می‌شود فرد در هنگام مشکلات کمتر به سمت مواد کشانده شود. در همین راستا مطالعات نشان داده است که سوءمصرف مواد با تاب‌آوری کم و سلامت روان پایین مرتبط است (فریدلی[10]، ۲۰۰۹). در پژوهشی نشان داده شد افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند، وضعیت سلامتی بهتر، عزت نفس بالاتر، حمایت والدینی بیشتر داشته و کمتر در معرض مصرف مواد قرار می‌گیرند (بوکنر،

سال هشتم، شماره ۳۱، پاییز ۱۳۹۳
Vol. 8, No. 31, Autumn 2014

1 . Erez & Judge 2 . Bono 3 . Parker 4 . Baily & Snyder
5 . Bandura 6 . Peterson 7 . Waller
8 . Dolan, Rosemarie, Martin & Rohsenow 9 . Vecchio, Gerbino, Pastorelli & Delbove
10 . Friedli

مزاکاپا، بردسلی[1]، ۲۰۰۳). فردیکسون، توگاد، ویوگ و لارکین[2] (۲۰۰۳) نشان داد که تاب آوری با احساسات مثبت مرتبط بوده و به عنوان یک نقش محافظتی را در گرایش به مصرف مواد دارد. کسانی که سبک تبیین مثبت دارند در مجموع شادی و امید و رضایت بیشتری از زندگی دارند و گرایش به مصرف مواد در آن‌ها کمتر است. بزرگسالانی که از درجات بالای امید بهره می‌برند، به دیگران به عنوان منابع حمایتی و پایگاه‌هایی که می‌توانند به آن‌ها تکیه نمایند، می‌نگرند. این افراد از این اعتقاد برخوردارند که می‌توانند با چالش‌های زندگی سازگار شوند و کمتر در معرض مواد مخدر قرار می‌گیرند. مرکولا[3] (۲۰۰۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که بدبینی با سطوح بالایی از خشم و اضطراب همراه است. همچنین افراد خوش‌بین نسبت به افراد بدبین اجتماعی‌ترند، بیشتر ورزش می‌کنند، از مهارت‌های بین فردی مطلوب‌تری برخوردارند، معاشرتی هستند و به راحتی می‌توانند یک شبکه اجتماعی حمایتگر در اطراف خود ایجاد نمایند. این عوامل باعث می‌شود که افراد کمتر به سمت مواد بروند. نتایج پژوهش استراسل، مک کی و پلانت[4] (۱۹۹۹) نشان می‌دهد که خوش‌بینی به طور منفی با افسردگی و به طور مثبت با رضایت از زندگی، سلامت جسمانی و روانی و وقوع کمتر اختلالات روانی و عزت نفس بالا رابطه دارد. مردمانی که انتظارات خوش‌بینانه‌ای از سلامت و تندرستی خود دارند، عملاً هم بیشتر از بدبین‌ها به مطالب و دانستنی‌های خطرساز توجه دارند تا جایی که برای پرهیز از خطر دست به پیشگیری از آن‌ها می‌زنند. علت خوش‌بینی این قبیل مردم در همین نکته است که نسبت به مردمان بدبین، رفتارها و عادت‌های سلامت مدار بیشتری در پیش می‌گیرند. خوش‌بین‌ها آدم‌های اهل مقابله‌ای فعال هستند که بیشتر، برای حل مشکلات تلاش می‌کنند تا پرهیز از مشکلات.

از دیگر مکانیزم‌های شناخته شده که بر گرایش افراد به مصرف مواد و وابستگی به آن تأثیر می‌گذارد، فراشناخت[5] است. فراشناخت را می‌توان به عنوان هر نوع دانش یا فرایند شناختی تعریف کرد که در آن ارزیابی، نظارت یا کنترل شناختی وجود داشته باشد (موزس و بیرد[6]

سال هشتم، شماره ۳۱، پاییز ۱۳۹۳
Vol. 8, No. 31, Autumn 2014

1 . Buckner, Mezzacappa & Beardslee
2 . Fredrickson, Tugade, Waugh & Larkin
3 . Mercola
4 . Strassle & Mc kee & Plant
5 . meta cognitive
6 . Moses & Bird

،۲۰۰۲). پیاژه[1] برای اولین بار مفهوم فراشناخت را به گونه‌ای ضمنی مورد استفاده قرار داد، چرا که تفکر صوری پیاژه آشکارا ماهیتی فراشناختی دارد، زیرا مستلزم تفکر درباره گزاره‌ها، فرضیه‌ها و احتمالاتی است که ماهیت شناختی دارند. با این حال پیاژه اصطلاح فراشناخت را به کار نبرد. شاید اولین روانشناسی که به گونه‌ای صریح این اصطلاح را وارد روانشناسی شناختی کرد، فلاول بود (به نقل از تیموری، ۱۳۸۸). ولز[2] برای اولین بار فراشناخت را در مفهوم درمانی به کار برد. وی فراشناخت را «شناخت درباره شناخت» می‌داند (ولز،۲۰۰۰). همچنین در تعریفی دیگر فراشناخت را مترادف با دانش فرد در مورد فرایندها و تولیدات شناختی خود می‌دانند. فرایندهای شناختی درگیر در فراشناخت عبارت است از ارزیابی، بازبینی، کنترل و تنظیم عملکرد شناختی (فلدهوسن[3]، ۱۹۹۵). مطالعات صورت گرفته برای بررسی ویژگی‌های فراشناختی سوءمصرف‌کنندگان مواد نشان می‌دهد که دلیل اصلی مصرف الکل و مواد این است که از آن‌ها برای تنظیم دامنه‌ی گسترده‌ای از حوادث شناختی استفاده می‌کنند (اسپدا، مونتا[4] و ولز، ۲۰۰۷). مطالعات نشان می‌دهند که حوادث شناختی ناخوشایند با مصرف مواد مرتبط است و بین استفاده از مواد و حالات شناختی خوشایند رابطه بسیار ضعیفی دیده می‌شود (اسپدا و زاندوت[5] و ولز، ۲۰۰۷). نتایج یک پژوهش نشان داد که افراد الکلی یا افرادی که دارای مشکلاتی در ارتباط با نوشیدن الکل هستند، به طور معناداری نمرات پایین‌تری در ابعاد فراشناخت نسبت به افراد عادی اجتماع کسب می‌کنند (توناتو[6]، ۱۹۹۹). پژوهش احمدی طهور سلطانی و نجفی (۱۳۹۰) نشان داد که باورهای فراشناختی مختل به عنوان عامل روانشناختی مهم در پیش‌بینی گرایش افراد به مصرف مواد عمل می‌کند.

بر اساس پژوهش‌ها می‌توان گفت که افرادی که در سرمایه روانشناختی و باورهای فراشناختی دچار مشکل هستند، بیشتر گرایش به سوءمصرف مواد دارند و در نتیجه احتمال ارتکاب جرم نیز در آن‌ها بالاتر است. از سویی با توجه به آمار روزافزون اعتیاد به مواد مخدر به خصوص اشاعه آن در جوانان،نیروی نسل جوان که باید در جهت سازندگی و پیشرفت جامعه مشارکت داشته باشد در دام اعتیاد به هدر می‌رود. از این رو لازم است بررسی‌های

1 . Piaget 2 . Wells 3. Feldhusen 4 . Spada & Moneta
5 . Zandvoot 6 . Tonaetto

وسیع و عمیقی در مورد شناسایی عوامل زمینه ساز اعتیاد انجام گیرد. با توجه به انچه گفته شد سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین سرمایه روانشناختی و باورهای فراشناختی دانشجویان مصرف کننده مواد و دانشجویان عادی تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بودند. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر دو گروه از دانشجویان وجود دارد و یک گروه از آن‌ها دانشجویان خاص؛ یعنی دانشجویان مصرف کننده مواد طی شش ماه گذشته بوده که بر همین اساس، پس از تحقیق و تفحص یک ماهه و حضور در جمع دانشجویان به وسیله تیم تحقیق، ۵۰ نفر از آن‌ها شناسایی شده، با نظارت محققان پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. گروه دوم شامل دانشجویانی بود که تاکنون سابقه مصرف هیچ ماده مخدری را نداشته و حتی سیگار نیز مصرف نکرده بودند. بنابراین بر حسب جامعه به دست آمده از این گونه دانشجویان، نمونه آماری برآورد شده بر اساس واریانس جامعه، پس از یک مطالعه مقدماتی، با بهره‌گیری از فرمول برآورد حجم نمونه ۵۰ نفر انتخاب شدند. برای انتخاب دانشجویان مصرف کننده مواد از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شد و برای انتخاب دانشجویان بدون سابقه مصرف مواد مخدر از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده گردید. همچنین محدوده سنی گروه نمونه بین ۲۰ تا ۲۷ سال بود.

ابزار

۱-پرسشنامه سرمایه روانشناختی: برای سنجش سرمایه روانشناختی از پرسشنامه سرمایه روانشناختی[1] لوتانز و همکاران استفاده شد. این پرسشنامه از مقادیر استاندار شده که به طور وسیعی برای ساختارهایی که امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی را می‌سنجند مورد استفاده قرار گرفته و قابلیت روایی و اعتبار این خرده مقیاس‌ها نیز اثبات شده است. این پرسشنامه شامل ۲۴ گویه است که هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه می‌باشد و آزمودنی به آن‌ها

1 . Psychological Capital Questionnaires(PCQ)

در مقیاس ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می‌دهد. برای به دست آوردن نمره سرمایه روانی ابتدا نمره هر خرده مقیاس به صورت جداگانه محاسبه شده و سپس مجموع آن‌ها به عنوان نمره کل سرمایه روانشناختی محسوب می‌شود. نسبت خی دو این آزمون برابر با ۲۴/۶ است و آماره‌های CFI، RMSEA در این مدل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ به دست آمدند (لوتانز و آویلو[1]، ۲۰۰۷). همچنین در پژوهش حاضر میزان اعتبار آن بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

۲-پرسشنامه فراشناخت: این پرسشنامه توسط کارت رایت هاتون و ولز[2] (۱۹۹۷) بررسی و ارزیابی گردید. این پرسشنامه شامل ۵ خرده مقیاس می‌باشد. پاسخ‌ها در این مقیاس بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت (موافق نیستم (۱)،کمی موافقم(۲)، نسبتا موافقم(۳)،کاملا موافقم(۴)) محاسبه می‌شوند. حداقل نمره کسب شده در این آزمون ۳۰ سؤالی برابر ۳۰ و حداکثر آن برابر ۱۲۰ می باشد. نمره کل برای فراشناخت با مجموع نمرات زیر مقیاس‌ها به دست می‌آید. این پرسشنامه دارای اعتبار و روایی قابل قبولی می‌باشد. اعتبار به دست آمده از روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و اعتبار بازآزمایی برای نمره کل، بعد از ۲۲ تا ۱۱۸ روز، ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (کارت رایت هاتون و ولز،۱۹۹۷).

سال هشتم، شماره ۳۱، پاییز ۱۳۹۳
Vol. 8, No. 31, Autumn 2014

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها در جدول۱ ارائه شده است.

برای بررسی تفاوت متغیرها در دو گروه می‌بایستی از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از پیش شرط‌های این تحلیل برابری ماتریس واریانس‌ها-کواریانس‌ها می‌باشد. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش‌شرط داشت (M= ۱۵/۲۳, F=۰/۹۲, P>۰/۰۵ باکس). پیش شرط دیگر این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش شرط داشت که در جدول۲ ارائه شده است.

1 . Avolio

2 . Cartwright – Hatton & Wells

جدول۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	دانشجویان مصرف کننده مواد		دانشجویان عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودکارآمدی	۱۶/۰۶۲	۲/۹۳۷	۱۸/۴۸۷	۳/۷۹۲
امیدواری	۱۴/۹۳۷	۲/۱۳۵	۱۵/۹۱۲	۲/۸۵۶
تاب آوری	۱۷/۲۷۵	۲/۳۴۵	۱۸/۵۱۲	۲/۹۶۳
خوشبینی	۱۴/۲۳۷	۱/۷۸۷	۱۵/۰۵۰	۲/۳۸۰
کنترل ناپذیر و خطر	۲۳/۳	۵/۰۷	۱۵/۶۸	۵/۳۲
باورهای مثبت درباره نگرانی	۱۱/۳۶	۴/۶۷	۹/۱۲	۳/۹۳
وقوف شناختی	۲۱/۰۸	۳/۸۶	۱۶/۴۸	۴/۶۸
اطمینان شناختی	۱۰/۹۶	۳/۲۳	۸/۳۲	۳/۱۹
نیاز به کنترل افکار	۱۰/۲۸	۲/۷۷	۷/۷۶	۱/۶۱

جدول۲: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا

متغیرها	آماره F	معناداری
خودکارآمدی	۰/۳۳۸	۰/۵۶
امیدواری	۰/۸۲۰	۰/۳۷
تاب آوری	۰/۱۶۸	۰/۶۸
خوشبینی	۰/۰۶۲	۰/۸۰
کنترل ناپذیر و خطر	۰/۷۱۰	۰/۴۰
باورهای مثبت درباره نگرانی	۰/۰۰۲	۰/۹۶
وقوف شناختی	۰/۱۲۱	۰/۷۳
اطمینان شناختی	۳/۵۲۸	۰/۱۳
نیاز به کنترل افکار	۰/۴۷۲	۰/۴۷

با توجه به برقراری پیش شرط‌ها تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج آن حکایت از معناداری تفاوت نمرات در دو گروه داشت (P <۰/۰۰۱، F=۶/۶۸۹، ۰/۸۵۳= لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول۳: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در گروه‌ها

متغیر	مؤلفه‌ها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
	خودکارآمدی	۲۳۵/۲۲۵	۱۵/۷۴۴	۰/۰۰۰۵
سرمایه روانشناختی	امیدواری	۳۸/۰۲۵	۵/۰۳۶	۰/۰۲۶
	تاب آوری	۱۵۷۷/۹۳۷	۶/۱۳۴	۰/۰۱۴
	خوشبینی	۵۰۵۱/۲۵۶	۵/۹۵۸	۰/۰۱۶
	کنترل ناپذیر و خطر	۳۲۷/۷۵۶	۶/۳۳۱	۰/۰۱۳
	باورهای مثبت درباره نگرانی	۵۸۹/۰۵۶	۹/۴۴۸	۰/۰۰۲
باورهای فراشناختی	وقوف شناختی	۲۷۵/۶۲۵	۴/۴۹۳	۰/۰۳۶
	اطمینان شناختی	۱۳۸۰/۶۲۵	۲۷/۵۹۱	۰/۰۰۰۵
	نیاز به کنترل افکار	۲۷۰/۴۰۰	۴/۷۱۹	۰/۰۳۱

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در تمام مولفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به آمار توصیفی می‌توان گفت میانگین مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی در دانشجویان مصرف کننده مواد پایین‌تر از دانشجویان عادی است و از سرمایه روانشناختی پایین‌تری برخوردارند. از طرفی دیگر باورهای فراشناختی در دانشجویان مصرف کننده مواد نسبت به دانشجویان عادی بالاتر است. یعنی دانشجویان مصرف کننده مواد از باورهای فراشناختی مختل برخوردارند.

سال هشتم، شماره ۳۱، پاییز ۱۳۹۳
Vol. 8, No. 31, Autumn 2014

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه سرمایه روانشناختی و باورهای فراشناختی در دانشجویان مصرف کننده مواد و دانشجویان عادی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین دو گروه از دانشجویان از متغیر سرمایه روانشناختی و مؤلفه‌های تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنا که دانشجویان مصرف کننده مواد از میانگین پایین‌تری در متغیر سرمایه روانشناختی و مؤلفه‌های آن برخوردارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های دولان و همکاران (۲۰۰۸)، وچیو و همکاران(۲۰۰۷)، فریدلی(۲۰۰۹)، فردیکسون و همکاران(۲۰۰۳)، مرکولا (۲۰۰۲) همسو است. در تبیین خوش‌بینی در مصرف کننده مواد می‌توان گفت که در واقع خوش‌بین‌ها نگرش‌ها و گرایش های مثبت برنامه ریزی برای بهبود، جستجوی اطلاعات و بازسازی

موقعیت‌های بد بر حسب مثبت‌ترین جنبه‌هایشان را پیش بینی می کنند. خوش‌بین‌ها جبرگرایی، سرزنش و فرار را کمتر به کار می‌برند، بر جنبه‌های منفی موقعیت متمرکز نمی‌شوند و از بهزیستی روانشناختی بالاتری نیز برخوردارند. همچنین خوش‌بینی تمایل به اتخاذ امیدوارانه‌ترین دیدگاه و مستلزم ارزیابی و پیش‌بینی مثبت شخص در مورد نتایج و پیامدهای وقایع زندگی است. بنابراین، احساس مثبت و رضایت از زندگی در ابعاد مختلف را ایجاد می‌کند و باعث می‌شود که شخص کمتر به سمت مصرف مواد کشانده شود (پیترسون، ۲۰۰۰). همه انسان‌ها در هنگام گرفتاری به حمایت و مشارکت دوستان و اطرافیان خود نیاز دارند تا احساس امنیت کنند؛ لذا هر چه میزان سرمایه اجتماعی و حمایت دیگران بیشتر باشد، امیدواری نیز بیشتر است. امیدواری باعث می‌شود که هنگام مشکلات، شخص بیشتر به خدا و حمایت دیگران امید داشته و کمتر به سمت مواد برود. استاتس[1] (۱۹۸۶) معتقد است که امید دارای دو مؤلفه شناختی (انتظار روی دادن وقایعی در آینده) و عاطفی (برای مثال امید به این که این رویدادها، رویدادهایی مثبت و دارای پیامدهای مطلوبی باشند) است که مؤلفه عاطفی آن می تواند پیش بینی کننده وقوع رویدادهای مثبت در آینده و در نتیجه افزایش سلامت روان باشد. افرادی که از امیدواری بالاتری برخوردار هستند، تعهد بیشتری به انجام فعالیت‌های مرتبط با بهداشت و سلامت دارند. بزرگسالانی که از درجات بالای امید بهره می‌برند، به دیگران به عنوان منابع حمایتی می‌نگرند. این افراد از این اعتقاد برخوردارند که می‌توانند با چالش‌های زندگی سازگار شوند و کمتر به سمت مواد اعتیادآور روی بیاورند.

از سویی در مورد خودکارآمدی و منفی بودن آن در دانشجویان مصرف کننده مواد که این یافته بر اساس نظریه تحقیر خود، قابل تبیین است. این نظریه، عامل اصلی در سوء مصرف مواد را به عزت نفس عمومی فرد مربوط می‌داند. قرار داشتن مکرر در معرض ارزیابی های منفی و انتقادات دیگران باعث افت عزت نفس، تحقیر خود و احساس عدم کفایت در برخی صفات مورد پذیرش می شود. این امر می‌تواند زمینه ساز ارتباط نوجوان با آن دسته از

سال هشتم، شماره ۳۱، پاییز ۱۳۹۳
Vol. 8, No. 31, Autumn 2014

1 . Staats

همسالان منحرفی شود که احساس ارزش خود را در وی تقویت می‌کنند (وارن، استین و گرلا[1]، ۲۰۰۷).

سطوح بالای تاب آوری به فرد کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. در واقع تاب‌آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت باعث تقویت حرمت خود و مقابله موفق با تجربه‌های منفی شده و باعث می‌شود که فرد در مواجهه با مشکلات و عواطف منفی کمتر به سراغ مواد برود. بر این اساس این تبیین، تاب آوری از طریق تقویت حرمت خود به عنوان مکانیسم واسطه‌ای به انطباق پذیری مثبت منتهی می‌شود. این تبیین مستلزم آن است که در صورت ضعف تاب‌آوری، حرمت خود تضعیف و فرایند مقابله با تجربه‌های منفی ناکارآمد می‌شود. بنابراین، آسیب پذیری روانشناختی، افسردگی، اضطراب و نگرش به مصرف مواد از پیامدهای ضعف تاب‌آوری است. افرادی که از تاب‌آوری بالایی برخوردارند، در هنگام مواجهه با شرایط تهدید کننده امیدوار هستند و از سبک‌های مقابله‌ای موثر استفاده می‌کنند. تاب آوری که نوعی منبع حمایتی در مقابل عوامل استرس زا است سبب می‌شود فرد با این موقعیت‌ها به نحو موثر سازگار شود. افراد تاب‌آور دارای مهارت‌های مسأله‌گشایی، احساس شایستگی و کفایت، روابط صمیمانه و دلبستگی ایمن هستند. این افراد هنگام مواجهه با سختی‌ها و ناملایمات زندگی از این مهارت‌ها و توانایی‌های خود بهره گرفته و از ارتباط‌های سازنده با دیگران استفاده می‌کنند. این عامل سبب کاهش افسردگی، اضطراب و فشار روانی شده و به تبع آن سبب افزایش سلامت روان می‌شود همچنین باعث می‌شود که هنگام ناملایمات زندگی افراد کمتر به سوی مصرف مواد کشانده شوند و از راه‌های موثری برای کاهش مشکلات خود استفاده کنند(فردیکسون و همکاران، ۲۰۰۳).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که دانشجویان مصرف کننده مواد در متغیر باورهای فراشناختی از میانگین بالاتری برخوردارند. یعنی دانشجویان مصرف کننده دارای باورهای فراشناختی مختل هستند. این یافته با نتایج پژوهش‌های اسپدا و همکاران(۲۰۰۷)، توناتو(۱۹۹۹) و ولز(۲۰۰۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد دارای اختلال وابستگی به مواد به دلیل

1 . Warren, Stein & Grella

باورهای فراشناختی خاصی که دارند (مثل باورهای فراشناختی در مورد کنترل فکر یا باورهای فراشناختی منفی) دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند. این باورهای فراشناختی باعث می‌شوند که این افراد در موقعیت‌های مشکل‌ساز، دچار سندرم شناختی- توجهی گردند. با فعال شدن سندرم شناختی- توجهی که خود از باورهای فراشناختی ناشی می‌گردد، راهبردهای کنار آمدن مثل وابستگی به مواد فعال می‌گردد، از این رو بیش از پیش زمینه تداوم اختلال وابستگی به مواد فراهم می‌گردد. مطالعات صورت گرفته برای بررسی ویژگی‌های فراشناختی سوءمصرف‌کنندگان مواد نشان می‌دهد که یکی از دلایل اصلی مصرف مواد و الکل این است که این افراد از مواد برای تنظیم دامنه‌ی گسترده‌ای از حوادث شناختی استفاده می‌کنند. تحلیل اثرات فراشناختی نشان می‌دهد که مواد روان‌گردان در تقلیل حوادث شناختی ناشی از هیجان و برانگیختگی (از قبیل خشم، فشار روانی و اضطراب) نقش دارند. بدون شک، حالت عاطفی ناخوشایند که در افراد معتاد وجود دارد، با خیلی از پیامدهای فراشناختی مرتبط هستند. این نوع حوادث شناختی که به صورت فراوان در پژوهش‌ها ذکر شده‌اند به عنوان مهم‌ترین پیش‌بینی کننده مصرف مواد هستند. در واقع در شرایط استرس‌زا افراد مصرف‌کننده مواد، قادر به تحمل این شرایط ناخوشایند نیستند و حساسیت آن‌ها به ناراحتی روانی و عاطفی باعث می‌شود که آن‌ها برای تنظیم تجارب شناختی خود به داروهای روان‌گردان روی آورند. دانش فراشناختی به باورها و نظری اشاره دارد که افراد درباره شناخت‌ها و حالات هیجانی‌شان دارند (اسپدا و همکاران، ۲۰۰۷).

پژوهش حاضر محدود به دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز بود لذا تعمیم نتایج به سایر گروه‌های دیگر دشوار است. از سویی از آنجا که سرمایه روانشاختی و باورهای فراشناختی در آسیب‌پذیری نسبت به اختلال وابستگی به مواد از اهمیّت ویژه‌ای برخوردار هستند؛ لذا می‌توان با مداخلات مناسب و برنامه‌های درمانی جهت اصلاح این عوامل فراشناختی، امکان کاهش وابستگی به مواد را فراهم ساخت. پیشنهاد می‌شود محققان بعدی جهت تأیید و حمایت بیشتر در مورد این یافته‌ها، نمونه‌هایی در مراکز ترک اعتیاد انتخاب کنند تا بدینوسیله نقش سرمایه روانشناختی و باورهای فراشناختی در اختلال وابستگی به مواد بهتر و با اطمینان بیشتری بررسی گردد. از طرفی با توجه به بالا بودن شیوع میزان اعتیاد در جامعه

دانشجویی، پیشنهاد می‌شود با ایجاد مراکز آموزش مهارت‌های زندگی، گسترش مراکز مشاوره دانشجویی در زمینه اعتیاد، ایجاد مراکز و کلاس‌های آموزشی، فرهنگی و هنری از گسترش این معضل جلوگیری کرد. از سویی اقدام دیگر در مطالعات بعدی می‌تواند استفاده از تحقیق طولی و طرح‌های مداخله‌ای برای بررسی نقش باورهای فراشناختی نارکارآمد در زمینه‌سازی و تداوم اختلال وابستگی به مواد باشد.

منابع

احمدی طهور سلطانی، محسن؛ نجفی، محمود (۱۳۹۰). مقایسه باورهای فراشناختی و تحمل ابهام در افراد معتاد، سیگاری و عادی. *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۳(۴)، ۴۵-۶۵.

اسماعیلی، ایرج؛ صفاتیان، سعید؛ متولی، مرتضی؛ محسنی، لطف الله (۱۳۷۹). بررسی وضعیت اعتیاد در میان زندانیان دارای تحصیلات دانشگاهی تهران. تهران: *مجموعه مقالات سمینار اعتیاد و جوان*. ۳۶-۶۳.

تیموری،مرضیه (۱۳۸۸). *بررسی رابطه ابعاد فراشناخت با اضطراب و مقایسه ابعاد فراشناخت در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و عادی شهر شیراز*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

رحیمی موقر، آفرین (۱۳۷۶). *راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد*. تهران: انتشارات رشد.

کریم پور، صادق (۱۳۶۵). *روانشناسی اعتیاد*. تهران: انتشارات امیر کبیر.

Baily, T.C., Snyder, C.R. (2007). Satisfaction with life and hope: a look at age and marital status. *Psychological Record*, 57, 2, 233-240.

Bandura, A. (2007). *An agentic perspective on positive psychology*. In S.J. Lopez (Ed.).The science of human flourishing. New York: Pager

Botvin, G. J., Griffin, K. W., Diaz, T., Scheier, L. M., Williams, C. & Epstein, J. A. (2000). Preventing illicit drug use in adolescents: Long- term follow-up data from a randomized control trial of school population, *Addictive Behaviors*, 25, 769-774.

Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development & Psychopathology*, *15*(1), 139-162

Caetano, R., Cunradi, C. (2002). Alcohol dependence: A public health perspective**.** *Addiction*, 97, 633-645.

Cartwright – Hatton, S, Wells A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the met cognitions questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders* 11, 279 – 31

Dolan, S. L., Rosemarie A. Martin, R. A., and Rohsenow, D. J. (2008). Self efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*, *33*(5), 675-688

Erez, A., Judge, T. (2001). Relationship of Core Self-Evaluations to Goal Setting, Motivation, and Performance. *Journal of Applied Psychology*, 86(6), 1270-1279.

Feldhusen, I. F. (1995). Creativity: a knowledge base: met cognitive skills and personality factors. *Journal Create Behavior*, 29(4), 255-68.

Fredrickson, BL., Tugade, MM, Waugh, CE. & Larkin, GR. (2003). A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376

Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. WHO Regional Office for Europe.1-3.

Goldsmith, A. Veum, J., Darity, W. (1997). Unemployment, Joblessness, Psychological Well-Being and Self-Esteem: Theory and Evidence. *Journal of Socio-Economics*, 26, 133-158.

Judge, T. Bono, J. (2001). Relationship of Core Self-Evaluations Traits – Self-Esteem, Generalized Self-Efficacy, Locus of Control, and Emotional Stability – With Job Satisfaction and Job Performance: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86, 80-92.

Luthans, F., Avolio, B. J. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction, *Personnel Psychology*, 6, 138-146.

Luthans, F., Luthans, K., Luthans, B. C. (2004). Positive Psychological Capital: Going Behond Human and Social Capital. *Journal Business Horizons*, 47 (1), 45-50.

Mercola, J. (2002). Optimism my protect against heart disease. *Psychosomatic medicine*, 82, 102-111.

Parker, C., Baltes, B., Young, S., Huff, J., Altmann, R., Lacost, H., Roberts, J. (2003). Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 389-416.

Peterson, C. (2000). The future of optimism. *Journal American psychologist*, 55, 44-55.

Robbins, S., Waters-Marsh, T., Caccioppe, R., Millet, B. (1994). *Organizational Behavior*. Pretence Hall. Australia.

Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14

Spada MM, Moneta GB, Wells A. (2007). The relative contribution of met cognitive beliefs and expectancies to drinking behavior. *Alcohol and Alcohol*, (42), 567-574.

Spada, M. M., Zandvoot, M., Wells, A. (2007). Met cognition in problem drinkers. *Cognitive Therapy* and Research, 31(5), 709-716

Strassle , C. G; Mckee ,E. A. plant ,D.D.(1999). Mental health and job and optimism as an indicator of psychological health. *Journal of personality assessment*, 5, 190-199

Tonaetto T. (1999). Met cognition and substance use. *Addictive Behaviors*, 24(2), 167-174

Vecchio, G.M., Gerbino, M., Pastorelli, C., Delbove, G. (2007). Multi- faceted self efficacy belief as predictors of life satisfaction in late adolescence. *Personality and individual Differences*, 43(7), 1807-1818.

Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystem context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 290-297

Warren, J. I., Stein, J. A., & Grella, C. E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2-3), 267-74

Wells, A. (2000). *Emotional disorders and met cognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.

Moses, L. J., & Baird, J. A. (2002). Meta-cognition. In R.A. Wilson & F.C. Keil (Eds.), The MIT encyclopedia of the cognitive sciences. Cambridge, MA: MIT Press.

Staats, Sara. (1986). Hope expected positive affect in an Adult sample. *Journal of Genetic Psychology*. 148(3), 357-36.