فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال هفتم، شماره بیست و پنجم، بهار ۱۳۹۲
Quarterly Journal of Research on Addiction, Vol. 7, No. 25, Spring 2013

مقاله پژوهشی

Research

مقایسه راهبردهای مقابله با استرس، کمال‌گرایی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار

فرزانه رنجبرنوشری[۱]، مجید محمودعلیلو[۲]، سامره اسدی‌مجره[۳]، یلدا قدرتی[۴]، سیده‌مهسا نجارمبارکی[۵]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۶/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۸/۲۱

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر، مقایسه راهبردهای مقابله‌ای، کمال‌گرایی (مثبت و منفی) و خودکارآمدی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار بود. **روش:** در این بررسی علّی-مقایسه‌ای، ۲۰۰ نفر (۱۰۰ فرد مبتلا به اختلال مصرف مواد و ۱۰۰ فرد بهنجار) به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. سپس گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل و تحصیلات) همتاسازی شدند و پرسشنامه‌ی شیوه‌های مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، مقیاس کمال‌گرایی مثبت و منفی تری شورت و همکاران (۱۹۹۵)، مقیاس خودکارآمدی شوارتز و جروسلم (۱۹۸۱) را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که بین راهبردهای مقابله با استرس دو گروه در زیرمقیاس‌های دوری‌جویی، خویشتن‌داری، مسئوولیت‌پذیری، گریز-اجتناب و حل‌مسأله تفاوت معناداری وجود دارد. به‌علاوه، گروه مبتلا در مقیاس کمال‌گرایی مثبت، دارای نمره میانگین کمتر از گروه بهنجار بود. از نظر سطح خودکارآمدی نیز بین افراد مبتلا و بهنجار تفاوت معنی‌داری یافت شد که در این راستا، خودکارآمدی افراد بهنجار بالاتر بود. **نتیجه‌گیری:** انتخاب سبک و الگوی مقابله‌ای نامناسب، انتظارات غیرواقع‌بینانه و بیش از حد از توانایی‌ها و سطوح پایین خودکارآمدی، عواملی هستند که می‌توانند منجر به گرایش افراد به مصرف بیشتر مواد و در نهایت اعتیاد گردند.

کلیدواژه‌ها: راهبرد مقابله، کمال‌گرایی، خودکارآمدی، مصرف مواد

۱. نویسنده مسئول: مربی گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور. پست الکترونیک: ranjbar_psy @yahoo.com
۲. استاد گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه تبریز
۳. دانشجوی دکترای روان‌شناسی دانشگاه ارومیه
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن
۵. کارشناس روان‌شناسی

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

مقدمه

مصرف مواد و وابستگی به مواد یکی از معضلات عمده‌ی زیستی، روانی و اجتماعی است که بدون شک تمام کشورها، به نوعی با آن دست به‌گریبان هستند. اعتیاد به مواد به صورت انبوه متراکمی از پیامدهای منفی ناشی از مصرف مواد تعریف شده است که این پیامدها هر روز شدت پیدا می‌کنند و جهان با آمار حیرت‌آور شیوع مصرف مواد در دهه اخیر، عموماً در جامعه و بویژه در نوجوانان و جوانان مواجه بوده است (سوریزایی، خلعتبری، کیخای فرزانه و رئیسی فرد[1]، ۲۰۱۱). عوامل متعددی در مصرف مواد نقش دارند و برای طراحی برنامه‌های مؤثر برای پیشگیری از مصرف مواد، درک سبب‌شناسی این پدیده و عوامل مرتبط با آن لازم است (اسپرینگر[2] و همکاران، ۲۰۰۴). طی چند دهه‌ی گذشته نظریه‌های مختلف تلاش کرده‌اند تا تبیین روشنی از علل گرایش افراد به سمت مواد ارایه دهند. این نظریه‌ها طیف گسترده‌ای از عوامل زمینه‌ساز ژنتیکی، روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی را مورد بررسی قرار داده‌اند (پولیمنی، مور و گرونرت[3]، ۲۰۱۰). یافته‌ها نشان داده‌اند که اعتیاد با شاخص‌های اجتماعی جوامع، بویژه استرس‌های موجود در آن، در ارتباط است (ترینیداد، آنگر، چو و جانسون[4]، ۲۰۰۴؛ روزنو، مارتین و مونتی[5]، ۲۰۰۵). امروزه تنیدگی و استرس، به بخش مهم و اجتناب‌ناپذیری در زندگی آدمی تبدیل شده است و بررسی‌ها در زمینه‌ی تنیدگی بر این نکته تأکید دارند که آنچه سلامت رفتار را با خطر روبه‌رو می‌سازد خود تنیدگی نیست، بلکه شیوه‌ی ارزیابی فرد از تنیدگی و روش‌های مقابله و مدیریت تنیدگی است (تویتس[6]، ۱۹۸۶). لازاروس و فولکمن[7] (۱۹۸۴) راهبردهای مقابله را به‌عنوان مجموعه‌ای از پاسخ‌های رفتاری و شناختی که هدف‌شان به‌حداقل رساندن فشارهای موقعیت استرس‌زا است، تعریف کرده‌اند. راهبردهای مقابله‌ای به‌عنوان اصلی که در ارتباط بین فشار روانی و اختلال‌های روان‌پزشکی مداخله می‌کنند، مورد توجه بوده است. از این‌رو، بررسی ابعاد راهبردهای مقابله برای پیش‌بینی سوءمصرف مواد، دفعات مصرف، تکمیل دوره‌ی درمان

1. Sourizaei, Khalatbari, Keikhayfarzaneh & Raisifard
2. Springer
3. Polimeni, Moore & Gruenert
4. Trinidad, Unger, Chou & Johnson
5. Rohsenow, Martin & Monti
6. Thoits
7. Lazarus & Folkman

سال هفتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 25, Spring 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

و فرایند عود در میان معتادان دارای اهمیت است (بال[1]، ۱۹۹۸؛ رومر و هنسی[2]، ۲۰۰۷). بین راهبردهای مقابله‌ای ضعیف و شیوه‌های حل‌مسأله نامناسب با مصرف مواد در معتادان همبستگی گزارش شده است (مک کی، هینسون و وال[3]، ۱۹۹۸؛ بال، ۲۰۰۵؛ رومر و هنسی، ۲۰۰۷). رابینسون و والش[4] (۱۹۹۴) گزارش کردند که نوجوانانی که در تداوم پرهیز از مواد موفق بوده‌اند، راهکارهای مقابله‌ای بهتر و کارایی و خودکفایی بیشتری نسبت به دیگران داشته‌اند و در نتیجه در موقعیت‌های خطرساز، عودهای کمتری داشته و پرهیز از مواد را به‌میزان بالاتری تحمل می‌کردند. لوینسون، گاتلیب و سیلی[5] (۱۹۹۵) پس از مطالعه درباره‌ی نوجوانان آمریکایی، عدم داشتن مهارت‌های مقابله‌ای کافی را یک عامل خطرزای مهم در شروع مصرف مواد در نوجوانان بیان کردند. از جمله متغیرهای دیگری که می‌تواند در سوءمصرف مواد مؤثر باشد، کمال‌گرایی[6] است. سال‌ها است که کمال‌گرایی مطرح شده است و اکثر تعاریف اولیه، عمدتاً کمال‌گرایی را ویژگی ناکارآمد در نظر می‌گیرند. کمال‌گرایان افرادی با عقاید محکم و ثابت‌اند و سختی عقاید و انعطاف‌ناپذیری یکی از اولین خصوصیاتی است که درباره‌ی کمال‌گرایی مطرح شد (برنز و فدوا[7]، ۲۰۰۵). کمال‌گرایی به عنوان مجموعه‌ای از معیارهای بسیار بالا برای عملکرد است که با خودارزیابی‌های منفی، انتقادات و سرزنش خود همراه است (فراست، مارتن، لهارت، و روزن بلات[8]، ۱۹۹۰). فلت، هویت، اولیویر و مک دونالد[9] (۲۰۰۲) کمال‌گرایی را سازه‌ای چندبعدی شامل کمال‌گرایی خودمحور[10]، کمال‌گرایی دیگرمحور[11] و کمال‌گرایی جامعه‌محور[12] می‌دانند. نخستین‌بار هماچک[13] (۱۹۷۸) در تعریف خود دو بعد برای کمال‌گرایی مطرح کرد. او معتقد بود دو نوع کمال‌گرایی وجود دارد: کمال‌گرایی بهنجار و نابهنجار. تری‌شورت، اونز، اسلید و دیویی[14] (۱۹۹۵) براساس تقسیم بندی بهنجار-نابهنجار هماچک از کمال‌گرایی، در چهارچوب یک مدل نظری، دو

1. Ball
2. Rommer & Hennessy
3. McKee, Hinson & Wall
4. Robinson & Walsh
5. Lewinsohn, Gotlib & Seeley
6. perfectionism
7. Burns & Fedewa
8. Frost, Marten, Lahart & Rosenblate
9. Flett, Hewitt, Oliver & MacDonald
10. self-oriented perfectionism
11. other-oriented perfectionism
12. socially prescribed perfectionism
13. Hamachek
14. Terry-Short, Owens, Slade & Dewey

سال هفتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 25, Spring 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

نوع کمال‌گرایی مثبت و منفی را متمایز کردند. نوع اول آن کمال‌گرایی مثبت یا انطباقی است که در آن فرد استانداردهای شخصی سطح بالا، اما قابل دسترس، گرایش به نظم و سازماندهی در امور، احساس رضایت‌مندی از عملکرد خود، جستجو برای تعالی در امور و انگیزش برای رسیدن به پاداش‌های مثبت را دارد. این بعد با شاخص‌های سازگاری، مانند عاطفه‌ی مثبت، همبستگی مثبت دارد (استوبر، کمپ و کئوگ[1]، ۲۰۰۸). در نوع دوم که کمال‌گرایی منفی یا غیرانطباقی نامیده می‌شود، فرد با استانداردهای سطح بالا و غیر واقع‌بینانه، نگرانی مفرط درباره‌ی اشتباهات و نقایص شخصی، ادراک فشار زیاد از محیط برای کامل بودن، ادراک فاصله زیاد بین عملکرد شخصی و استانداردها و شک و تردید اجبارگونه در امور و پرهیز از عواقب کارکردهای شخصی مواجه است. این بعد با شاخص‌های ناسازگاری، مانند عاطفه‌ی منفی، همبستگی مثبت دارد (هریس، پپر و مک[2]، ۲۰۰۸). به اعتقاد بندورا[3]، معیارهای سخت برای ارزشیابی از خود و اشکال افراطی، به واکنش‌های نابهنجار و احساس بی‌ارزشی و بی‌هدفی می‌انجامد که این می‌تواند زمینه‌ی استفاده از مواد مخدر را در فرد فراهم سازد (بندورا، ۱۹۸۲). افراد کمال‌گرا، هنگام تجربه شکست، به‌جای استفاده از فعالیت‌های خودکنترلی، از طریق سرزنش از خود به‌دنبال کامل بودن هستند (آلدن، بلینگ و والاس[4]، ۱۹۹۴). یافته‌های پژوهشی بیانگر پیامدهای آسیب‌شناختی مهم مانند ناامیدی، افسردگی، اضطراب و خودکشی در افراد کمال‌گرا بوده‌اند (آلدن و همکاران، ۱۹۹۴؛ بلات[5]، ۱۹۹۵). هم‌چنین، یافته‌های پژوهشی ارتباط مثبت کمال‌گرایی با ویژگی‌های شخصیتی ضداجتماعی (هیل، زرول و تورلینگتون[6]، ۱۹۹۷) و سوءمصرف محرک‌ها (لو و گندزک[7]، ۲۰۰۲؛ هال، ایروین، باومن، فرانکن برگر و جوت[8]، ۲۰۰۵) را نشان داده‌اند. خودکارآمدی، درجه‌ای از احساس تسلط فرد در مورد توانایی‌اش برای انجام فعالیت‌های خاص است. نظریه خودکارآمدی بندورا به نقش اعتماد و اطمینان و عزت نفس فرد نسبت به توانایی‌اش در انجام رفتار خواسته شده از وی

1. Stoeber, Kempe & Keogh
2. Harris, Pepper & Maack
3. Bandura
4. Alden, Bieling & Wallace
5. Blatt
6. Hill, Zrull & Turlington
7. Low & Gendaszek
8. Hall, Irwin, Bowman, Frankenberger & Jewett

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

تأکید دارد (بندورا و آدامز[1]، ۱۹۷۷). خودکارآمدی اطمینانی است که شخص، رفتار خاص را با موقعیت به‌اجرا می‌گذارد و انتظار نتایج به‌دست آمده را دارد (بندورا و شاک[2]، ۲۰۰۴). بر اساس نظر بندورا، رفتار سوءمصرف مواد از یک‌سو به‌وسیله الگوبرداری، تقلید و تقویت در حوزه‌ی روابط بین‌فردی آموخته می‌شود و از سوی دیگر تحت تأثیر عوامل درون‌فردی نظیر خودکارآمدی و باورهای فردی قرار می‌گیرد (بندورا، ۱۹۹۳). سوءمصرف مواد از جمله رفتارهایی است که کاملاً تحت کنترل اراده‌ی فرد نبوده و افراد در آن با عامل کنترل مواجه هستند، زیرا در این رفتار عوامل داخلی و خارجی متعددی می‌توانند مؤثر واقع شوند، لذا وجود سازه‌ای مانند، خودکارآمدی که از جمله سازه‌های کارآمد در زمینه‌ی کنترل رفتار است قدرت پیش‌گویی رفتار را در آن افزایش خواهد داد. بندورا به‌عنوان مطرح کننده مفهوم خودکارآمدی، معتقد است که این سازه نسبت به سازه کنترل رفتاری درک شده، مفهوم متفاوتی دارد. خودکارآمدی به معنای اطمینان فرد از توانایی‌اش در انجام یک کار یا غلبه بر موانع، رفتار مورد نظر، درک شناختی کنترل بر اساس عوامل کنترلی داخلی است، در حالی که کنترل رفتاری درک شده، بازتابی از عوامل خارجی نیز می‌باشد و مفهوم آن عام‌تر است (تایلر و لتیتا[3]، ۲۰۰۰). هید، هانکینز، دیل و مارتیو[4] (۲۰۰۸) در پژوهشی با انجام مداخلاتی تلاش کردند که خودکارآمدی را در بافت رفتارهای اعتیادآور افزایش دهند و اذعان داشتند که خودکارآمدی پیش‌بینی کننده آغاز و تداوم وضعیت‌های عاری از اعتیاد است و در مداخلات برای درمان افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد، اگر خودکارآمدی به‌طور ویژه مدنظر قرارگیرد، تأثیر درمان افزایش خواهد یافت. ابراهیم، کومار و ابوسماه[5] (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان دادند که همبستگی منفی، قوی و معناداری بین خودکارآمدی و عود اعتیاد وجود دارد. آنها معتقدند وقتی افراد بعد از رهایی از اعتیاد با چالش‌های زندگی و محیط‌های مشمول مواد مخدر روبه‌رو می‌شوند، خودکارآمدی پایین می‌تواند بر شروع مجدد و رهایی افراد از اعتیاد تأثیر منفی داشته باشد. پژوهش ابوالقاسمی، پورکرد و نریمانی (۱۳۸۸) نیز در

1. Adams 2. Schuk 3. Tailor & Letita
4. Hyde, Hankins, Deale & Marteau 5. Ibrahim, Kumar & AbuSamah

سال هفتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 25, Spring 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

زمینه‌ی ارتباط مهارت‌های اجتماعی و خودکارآمدی عمومی با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان، نشان داده است که مهارت‌های اجتماعی و خودکارآمدی عمومی با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان رابطه دارند.

با توجه به آنچه ذکر شد، سوال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد در مقایسه با افراد بهنجار از نظر متغیرهای راهبردهای مقابله با استرس، کمال گرایی مثبت و منفی و خودکارآمدی تفاوت دارند؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

مطالعه حاضر از نوع پژوهش‌های علّی ـ مقایسه‌ای است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را تمامی افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد و افراد بهنجار شهرستان رشت تشکیل می‌دادند. شیوه‌ی نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای انجام گرفت، به‌این‌صورت که از میان مراکز مراقبت‌های پس از زندان، ترک اعتیاد و مرکز درمان[1] شهرستان رشت، چهار مرکز به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و طی یک دوره چهارماهه از مهرماه لغایت دی‌ماه ۱۳۸۹، پس از هماهنگی‌های لازم با مراکز مربوطه و جلب رضایت مراجعان، از هر مرکز ۲۵ نفر به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. هم‌چنین، برای انتخاب افراد گروه بهنجار، از همراهان افراد مبتلا استفاده شد که از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل: سن، جنس، وضعیت تأهل و تحصیلات با گروه مبتلا همتا شدند. در نهایت ۲۰۰ نفر (۱۰۰ فرد مبتلا به اختلال مصرف مواد و ۱۰۰ فرد بهنجار) به‌عنوان نمونه در پژوهش مشارکت داشتند.

ابزار

۱-پرسشنامه‌ی شیوه‌های مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (WOC): این پرسشنامه که لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) آن‌را تهیه کرده‌اند شامل ۶۶ ماده است که هشت زیرمقیاس (روش مقابله رویارویی، دوری‌گزینی، خویشتن‌داری، جستجوی حمایت اجتماعی،

1. Treatment center

سال هفتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 25, Spring 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

مسئوولیت‌پذیری، گریز-اجتناب، حل مدبرانه مسأله، بازبرآورد مثبت) را دربر می‌گیرد. این پرسشنامه بدون محدودیت زمانی اجرا و از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا ضمن تجسم موقعیت تجربه شده و در آن از راهبردهای رویارویی استفاده کرده‌اند بر پایه مقیاس چهارگزینه‌ای به پرسش‌ها پاسخ دهند. هم‌چنین، برای اندازه‌گیری هریک از روش‌های رویارویی ۵ تا ۸ ماده درنظر گرفته شده است. لازاروس اعتبار ۰/۷۹ تا ۰/۶۶ را برای هریک از روش‌های رویارویی گزارش کرده است (خدایاری فرد و پرند، ۱۳۸۶). هم‌چنین، آقاجانی (۱۳۷۵؛ به نقل از خدایاری فرد و پرند، ۱۳۸۶) طی پژوهشی اعتبار ۰/۸۰ را برای هریک از روش‌های رویارویی گزارش کرده و خدادادی (۱۳۸۳؛ به نقل از خدایاری فرد و پرند، ۱۳۸۶) طی پژوهش خود ضریب اعتبار کل آزمون را برابر با ۰/۸۴ به‌دست آورده است.

۲-مقیاس کمال‌گرایی: این مقیاس توسط شورت و همکاران (۱۹۹۵) ساخته شده است. این مقیاس یک آزمون ۴۰ سؤالی است که ۲۰ ماده‌ی آن کمال‌گرایی مثبت و ۲۰ ماده‌ی دیگر کمال‌گرایی منفی را می‌سنجد. پرسش‌ها در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت، کمال‌گرایی آزمودنی‌ها را از نمره‌ی یک تا نمره‌ی پنج در دو زمینه‌ی مثبت و منفی می‌سنجد. در فرم فارسی این پرسشنامه، بشارت (۱۳۸۴) آلفای کرونباخ پرسش‌های هریک از زیرمقیاس‌ها را در یک نمونه‌ی ۲۱۲ نفری از دانشجویان به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۷ برای کل آزمودنی‌ها، ۰/۹۱و ۰/۹۲ برای دانشجویان دختر، ۰/۸۹ و ۰/۸۶ برای دانشجویان پسر، گزارش کرد که نشانه‌ی همسانی درونی مناسب این مقیاس بود. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۹۰ نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله‌ی چهار هفته برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۶، برای آزمودنی‌های دختر ۰/۸۴و برای آزمودنی‌های پسر ۰/۸۷، محاسبه شد که نشانه‌ی اعتبار بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. روایی[1] مقیاس کمال‌گرایی مثبت و منفی از طریق محاسبه‌ی ضریب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون با زیرمقیاس‌های پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۴) و مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت (کوپر اسمیت، ۱۹۶۷؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۴) و با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی

1. validity

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

آزمون بررسی شد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های کمال‌گرایی مثبت و منفی به‌ترتیب با نشانه‌های بدنی ۰/۳۲ و ۰/۳۳، با اضطراب و بی‌خوابی ۰/۴۱ و ۰/۳۹، با اختلال در کارکرد اجتماعی ۰/۵۴ و ۰/۵۷، با افسردگی ۰/۵۸ و ۰/۶۳ و با نمره‌ی کل پرسشنامه‌ی سلامت عمومی ۰/۴۶ و ۰/۴۸ محاسبه شد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های کمال‌گرایی مثبت و منفی به ترتیب با عزت نفس ۰/۴۴ و ۰/۵۲، به‌دست آمد (بشارت، ۱۳۸۴).

۳-مقیاس خودکارآمدی عمومی: این مقیاس در سال ۱۹۷۹ توسط شوارتز و جروسلم، به‌منظور ارزیابی خودکارآمدی عمومی و اجتماعی ساخته شد. آزمون مذکور دارای دو زیرمقیاس خودکارآمدی عمومی و اجتماعی بود. در سال ۱۹۸۱ شوارتز و جروسلم آزمون را مورد بازنگری قرارداده و تعداد عبارت آن را به ۱۰ کاهش دادند. بنابراین، پرسشنامه‌ی باورهای خودکارآمدی فعلی دارای ۱۰ عبارت است که همگی میزان خودکارآمدی عمومی را می‌سنجند. این آزمون یک ابزار خودگزارشی مخصوص بزرگسالان (بالای ۱۲ سال) است و پاسخ‌دهنده باید در یک طیف لیکرت (۴ درجه‌ای) (از اصلاً صحیح نیست تا کاملاً صحیح) میزان موافقت و مخالفت خود با هریک از عبارات را مشخص سازد. رجبی (۱۳۸۵) به‌منظور هنجاریابی این آزمون در ایران آن را برروی نمونه‌ای ۵۸۷ نفری از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه چمران اهواز و دانشگاه آزاد مرودشت اجرا کرد که نتایج مربوط‌به اعتبار آن بر اساس آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۰ به‌دست آمد. در پژوهش رجبی ضرایب روایی هم‌گرا میان مقیاس خودکارآمدی عمومی و مقیاس عزت نفس روزنبرگ برروی ۳۱۸ نفر ۰/۳۰، در دانشگاه شهید چمران اهواز برروی ۲۶۷ نفر ۰/۲۰ و در دانشجویان دانشگاه آزاد مرودشت برروی ۲۰۸ نفر ۰/۲۳ به‌دست آمد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، ۷۸ درصد از شرکت‌کننده‌های پژوهش را مردان و ۲۲ درصد را زنان تشکیل می‌دهند و میانگین سنی افراد در گروه مبتلا به اختلال مصرف مواد

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

۳۳/۲۲ سال (انحراف معیار ۱۰/۰۱سال) و گروه بهنجار ۳۴/۷۸ سال (انحراف معیار ۱۲/۴۶سال) است. از نظر میزان تحصیلات، اکثریت شرکت‌کننده‌ها دارای تحصیلات دیپلم و زیردیپلم بودند.

جدول۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به‌تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف‌معیار
رویاروی‌گر	افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد	۷/۱۱	۲/۳۹
	افراد بهنجار	۷/۴۹	۲/۶۸
دوری‌جویی	افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد	۷/۶۳	۳/۴۱
	افراد بهنجار	۵/۲۱	۲/۹۳
خویشتن‌داری	افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد	۷/۳۰	۳/۲۲
	افراد بهنجار	۱۰/۴۴	۴/۸۵
جستجوی حمایت اجتماعی	افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد	۸/۲۰	۳/۴۵
	افراد بهنجار	۹/۳۴	۳/۸۳
مسئوولیت‌پذیری	افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد	۵/۰۱	۲/۱۱
	افراد بهنجار	۷/۹۶	۳/۴۲
گریز- اجتناب	افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد	۱۱/۵۳	۴/۳۰
	افراد بهنجار	۷/۰۹	۳/۱۵
حل‌مسأله	افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد	۶/۵۳	۲/۲۰
	افراد بهنجار	۸/۲۱	۲/۴۱
بازبرآورد مثبت	افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد	۹/۳۱	۳/۱۸
	افراد بهنجار	۱۰/۲۸	۳/۲۵
کمال‌گرایی مثبت	افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد	۵۱/۴۴	۲/۳۹
	افراد بهنجار	۶۰/۳۹	۹/۵۳
کمال‌گرایی منفی	افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد	۵۴/۳۰	۸/۳۰
	افراد بهنجار	۵۲/۸۰	۷/۸۴
خودکارآمدی	افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد	۲۵/۴۱	۵/۴۸
	افراد بهنجار	۲۸/۲۰	۶/۱۴

برای تعیین تفاوت گروه‌ها از نظر متغیرهای مورد بررسی (راهبردهای مقابله با استرس، کمال‌گرایی و خودکارآمدی) از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوآ) و به‌منظور

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

بررسی پیش‌فرض برابری واریانس خطا، از آزمون لون استفاده شد که نتایج آزمون لون نشانگر برابری واریانس‌ها بوده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره نیز معناداری تفاوت ترکیب خطی راهبردهای مقابله با استرس، کمال‌گرایی و خودکارآمدی بین گروه‌های مورد مقایسه را نشان می‌دهد (۰/۳۹, F=۲۷/۰۸,P<۰/۰۰۱=لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از آزمون تحلیل واریانس به شرح زیر استفاده شد.

جدول۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس جهت مقایسه متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه

متغیرها	منابع تغییر	مجموع	درجه‌آزادی	میانگین	آماره F	معناداری	ضریب
رویاروی‌گری	گروه	۶/۴۸	۱	۶/۴۸	۱/۰۱	۰/۳۲	–
دوری‌جویی	گروه	۲۹۷/۶۸	۱	۲۹۷/۶۸	۲۹/۹۸	۰/۰۰۰۵	۰/۱۳
خویشتن‌داری	گروه	۴۹۲/۹۸	۱	۴۹۲/۹۸	۲۹/۰۴	۰/۰۰۰۵	۰/۱۳
جستجوی	گروه	۱۶/۸۲	۱	۱۶/۸۲	۱/۴۳	۰/۲۳	–
مسئولیت‌پذیری	گروه	۴۳۸/۰۸	۱	۴۳۸/۰۸	۵۳/۶۸	۰/۰۰۰۵	۰/۲۱
گریز- اجتناب	گروه	۹۶۸	۱	۹۶۸	۶۸/۲۹	۰/۰۰۰۵	۰/۲۶
حل‌مسأله	گروه	۱۴۲/۸۱	۱	۱۴۲/۸۱	۲۷/۰۲	۰/۰۰۰۵	۰/۱۲
بازبرآورد مثبت	گروه	۱۰/۱۳	۱	۱۰/۱۳	۱/۰۴	۰/۳۱	–
کمال‌گرایی	گروه	۴۰۰۵/۱۳	۱	۴۰۰۵/۱۳	۸۲/۹۰	۰/۰۰۰۵	۰/۳۰
کمال‌گرایی	گروه	۱۳۴/۴۸	۱	۱۳۴/۴۸	۲/۰۵	۰/۱۵	–
خودکارآمدی	گروه	۴۰۳/۲۸	۱	۴۰۳/۲۸	۱۱/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۰۶

بر اساس نتایج مندرج در جدول فوق، بین مؤلفه‌های دوری‌جویی، خویشتن‌داری، مسئوولیت‌پذیری، گریز-اجتناب و حل‌مسأله در مقیاس راهبردهای مقابله با استرس و هم‌چنین کمال‌گرایی مثبت و خودکارآمدی در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس آماره‌های توصیفی به‌دست آمده، میانگین مؤلفه‌های خویشتن‌داری، مسئوولیت‌پذیری، حل‌مسأله، کمال‌گرایی مثبت و خودکارآمدی در افراد بهنجار و میانگین نمره‌ی دوری‌جویی و گریز-اجتناب در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد، بالاتر از گروه مقابل بوده است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین تفاوت راهبردهای مقابله با استرس، کمال‌گرایی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار انجام شد. یافته‌ها نشان داد میانگین نمرات افراد مبتلا به سوءمصرف مواد در زیرمقیاس‌های دوری‌جویی، خویشتن‌داری، مسئوولیت‌پذیری، گریز ـ اجتناب و حل‌مسأله با میانگین نمرات افراد بهنجار تفاوت معنادار دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش رابینسون و والش (۱۹۹۴)، لوینسون و همکاران (۱۹۹۵)، مک کی و همکاران (۱۹۹۸)، بال (۲۰۰۵)، رومر و هنسی(۲۰۰۷) همسو می‌باشد که در این پژوهش‌ها مشخص شد که بین راهبردهای مقابله‌ای ضعیف و شیوه‌های حل‌مسأله نامناسب با مصرف مواد در معتادان همبستگی وجود دارد. برای مشخص کردن راهبردهای مقابله با فشار روانی معتادان و خانواده‌هایشان، سموعی، ابراهیمی، موسوی، رفیعی و حسن زاده (۱۳۷۹) در نتایج خود به این نکته اشاره دارند که معتادان از سبک‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌کنند و رایج‌ترین سبک مقابله، شیوه‌ی غیرمؤثر اجتناب رفتاری بوده است. ناتوانی در رویارویی با عوامل استرس‌زا و این باور که مصرف مواد نتایج مطلوبی را درپی خواهد داشت، می‌تواند راهبرد مقابله با استرس خوبی باشد و پایه‌ی گسترش و روی‌آوردن به مصرف مواد باشد. محققان ارزیابی شناختی براین باورند که فرایندهای ارزیابی شناختی پاسخ‌های ذهنی و رفتاری نسبت به موقعیت استرس‌زا را پیش‌بینی می‌کند (پنلی و توماکا[1]، ۲۰۰۲). بنابراین، در تفاوت معنادار موجود در راهبردهای مقابله‌ای دو گروه با توجه به رفتارهای سوءمصرف می‌توان ذکر کرد که معتادان هنگام برخورد با یک استرس‌زای محیطی به جای استفاده از راهبردهای مسأله‌مدار و حل موقعیت مشکل‌زا، بیشتر از راهبردهای هیجان‌مدار ناکارآمد مانند مصرف مواد افیونی استفاده می‌کنند. شاید بتوان گفت که ناتوانی افراد در انتخاب سبک و الگوی مقابله‌ای مناسب، خود عاملی است که افراد را به سوی مصرف بیشتر مواد و در نهایت اعتیاد سوق می‌دهد و با توجه به الگوی مقابله‌ای معتادان که یک روش ناسالم در کنار آمدن با شرایط فشارزا است، به نظر می‌رسد که این الگوی گرایش به اعتیاد، مشکلات

1. Penley & Tomaka

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

اجتماعی و روان‌شناختی فرد را افزایش داده و دور باطلی را به‌وجود می‌آورد. از این‌رو، آموزش راهبردهای مقابله‌ای مناسب به این افراد می‌تواند منجر به بهبود حل‌مسأله و کاهش تنش افراد شود و درنتیجه افراد بهتر بتوانند منبع استرس را شناسایی کرده و حل کنند.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره‌ی کمال‌گرایی مثبت در افراد بهنجار در مقایسه با افراد مصرف کننده مواد بالاتر است. این نتایج همسو با نتایج پژوهش لو و گندزک (۲۰۰۲)، و هال و همکاران (۲۰۰۵) است که ارتباط مثبت کمال‌گرایی با سوءمصرف محرک‌ها را نشان داده‌اند. نتایج پژوهش ابوالقاسمی، احمدی و کیامرثی (۱۳۸۶) که به بررسی ارتباط فراشناخت و کمال‌گرایی با پیامدهای روان‌شناختی در افراد معتاد به مواد مخدر پرداخته بود نیز نشان داد که کمال گرایی منفی با پیامدهای روان‌شناختی افراد معتاد همبستگی منفی معناداری دارد. افراد بهنجار به دلیل داشتن انتظارات واقع‌بینانه از توانایی‌های خود و دیگران، دارای کمال‌گرایی مثبت بیشتری هستند. از طرف دیگر افراد مبتلا، به‌رغم داشتن انتظارات غیرواقعی از خود و ناتوانی در پذیرش محدودیت‌های شخصی، خود را کامل توصیف می‌کنند و به منظور پنهان ساختن احساسات ناارزشمند، دیگران را آرمان‌سازی می‌کنند و از این منظر به دلیل اینکه از درون، خود را کمتر از آنچه هستند می‌پندارند، دارای کمال‌گرایی مثبت پایین‌تری هستند. افراد کمال‌گرا، هنگام تجربه شکست، به‌جای استفاده از فعالیت‌های خودکنترلی، از طریق سرزنش خود به‌دنبال کامل بودن هستند. از این‌رو، این افراد بیشتر در معرض خطر سوءمصرف مواد مخدر قرار می‌گیرند. بنابراین، افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد به‌دلیل داشتن انتظارات غیر واقع‌بینانه و بیش از حد از توانایی‌هایشان، قادر به سازگاری و حل تعارض‌ها و رخدادهای استرس‌زای زندگی نیستند، در چنین شرایطی و به‌دلیل عدم تحقق خواسته‌ها و انتظارات آرمان‌گرایانه به‌سمت مواد سوق پیدا می‌کنند. تبیین احتمالی دیگری که در رابطه با این موضوع می‌توان مطرح کرد این است که کمال‌گرایی به عنوان یکی از باورهای غیرمنطقی عبارت است از اینکه امور همیشه بر وفق مراد باشد. زمانی که فرد انتظار دارد همه چیز باید بر وفق مرداش باشد و با کوچکترین مانعی مواجهه شود

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

تحریک‌پذیر و آشفته می‌شود و شیوه‌های دیگر رسیدن به هدف را نادیده می‌گیرد؛ در چنین شرایطی فرد برای مقابله با مشکل و کاهش تنش به سوءمصرف مواد اقدام می‌کند.

هم‌چنین، یافته‌ها به طور معناداری نشان داد که نمره‌ی خودکارآمدی افراد بهنجار از میانگین نمره‌ی افراد مبتلا بالاتر است. این یافته با نتایج پژوهش ابراهیم و همکاران (۲۰۱۱)، مطابقت داردکه نشان داده است همبستگی منفی، قوی و معناداری بین خودکارآمدی و عود اعتیاد وجود دارد. در پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۸) نیز مهارت‌های اجتماعی و خودکارآمدی عمومی با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان رابطه دارند. پژوهش دولان، مارتینو و روزنو[1] (۲۰۰۸) و تات[2] و همکاران(۲۰۰۸) نشان دادند که خودکارآمدی ضعیف زمینه‌ی سوءمصرف مواد را در دانش‌آموزان فراهم می‌سازد. هم‌چنین، مک لار، ایلگن، موس و موس[3] (۲۰۰۸) در پژوهشی مسایل مرتبط با مصرف الکل، افسردگی، تکانش‌وری، مقابله اجتنابی و حمایت‌اجتماعی از سوی دوستان را مورد بررسی قرار داده و دریافتند که مصرف الکل از پیش‌بینی‌کننده‌های خودکارآمدی در افراد مصرف‌کننده است. بر اساس نظر بندورا، رفتار سوءمصرف مواد از یک‌سو به‌وسیله‌ی الگوبرداری، تقلید و تقویت در حوزه‌ی روابط بین‌فردی آموخته می‌شود و از سوی دیگر تحت تأثیر عوامل درون‌فردی همچون خودکارآمدی و باورهای فردی قرار می‌گیرد (بندورا، ۱۹۹۳). یافته‌ی فوق را این‌گونه می‌توان تبیین کرد که با توجه به اینکه بندورا خودکارآمدی را عاملی می‌داند که به‌عنوان یک میانجی شناختی عمل می‌کند و شناخت و افکار و احساسات افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بنابراین، به دست آوردن چنین نتیجه‌ای دور از انتظار نیست، چرا که زمانی‌که یک فرد در پیگیری اهدافش احساس درماندگی کند، غالباً انتظار شکست دارد و تحمل بسیار کمی در برابر تغییرات و رویدادها نشان می‌دهد و این امر روی عملکرد فرد اثر مستقیمی می‌گذارد. به عبارتی، توانمندی فرد در پیگیری اهدافش باعث افزایش خلق مثبت و احساس کارآیی و عملکرد بالا در فرد شده در حالی‌که احساس بی‌کفایتی در پیگیری اهداف باعث افزایش خلق منفی و عدم عملکرد درست در فرد خواهد شد. افرادی که به‌دلیل احساس ناکارآمدی خود در امور زندگی در رسیدن به اهداف مورد نظر مغلوب می‌شوند احساس ناکامی

1. Dollan, Martino & Rohsenow 2. Tate 3. Mckellar, Ilgen & Moos

سال هفتم، شماره ۲۵، بهار ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 25, Spring 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

می‌کنند و برای رهایی از این رنج و فراموشی موقت مسأله به مصرف مواد پناه می‌برند (ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۸۸). این مطالب بیان‌کننده این است که در افرادی که دارای مهارت اجتماعی ضعیف و خودکارآمدی پایین هستند، این تمایل وجود دارد که از مصرف مواد برای مقابله با مشکلات استفاده کنند. براساس مدل آجزن، اگر فرد بازخوردهای مثبتی در مورد یک رفتار داشته و انتظار تأیید آن را نیز از سوی دیگران داشته باشد، در صورتی‌که احساس کند اجزای آن رفتار فراتر از توانایی و کنترل اوست، آن عمل را انجام نمی‌دهد. این مدل بین خودکارآمدی مصرف[1] و خودکارآمدی امتناع[2] تفاوت قایل می‌شود. خودکارآمدی امتناع منعکس کننده‌ی باور نوجوانان به توانایی خود برای مقاومت در برابر فشار اجتماعی برای مصرف مواد است. براساس این دیدگاه، حتی اگر نوجوان قصد مصرف مواد را در اندیشه داشته باشد، ممکن است به دلیل فقدان مهارت‌های لازم در امتناع از فشار همسالان، مواد مصرف کند (طارمیان، ۱۳۸۰). سطح بالای خوکارآمدی باعث این باور در فرد می‌شود که وی از راه اعمال کنترل می‌تواند بر پیامدهای زندگی خود اثر بگذارد. بویژه در هنگام رویارویی با عوامل استرس‌زا، داشتن احساس کنترل بر شرایط، عاملی مهم در سازگاری با موقعیت‌های گوناگون است. بنابراین، خودکارآمدی می‌تواند افراد را به ترک رفتارهای مرتبط با سوءمصرف مواد، قادر سازد. با توجه به مطالب یاد شده می‌توان بیان کرد که سوءمصرف مواد یک بیماری چند وجهی بوده و عوامل روان‌شناختی بی‌شماری هم در شکل‌گیری و هم در استمرار آن دخیل است و بررسی در مورد متغیرهای راهبردهای مقابله با استرس، کمال‌گرایی و خودکارآمدی نشان داد که این متغیرها در افراد مبتلا به مصرف مواد و بهنجار متفاوت است. از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای بررسی متغیرهای پژوهش است. عدم امکان مقایسه‌ی تفاوت‌های جنسیتی به‌دلیل پایین بودن حجم نمونه زنان و نیز عدم امکان بررسی نوع ماده مصرفی از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه بر روی نمونه‌های وسیع‌تر و با درنظرگرفتن نوع ماده مصرفی انجام پذیرد.

1. use 2. refusal

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

منابع

ابوالقاسمی، عباس؛ احمدی، محسن و کیامرثی، آذر (۱۳۸۶). بررسی ارتباط فراشناخت و کمال‌گرایی با پیامدهای روان‌شناختی در افراد معتاد به مواد مخدر. *تحقیقات علوم رفتاری، ۵* (۲)، ۷۹-۷۳.

ابوالقاسمی، عباس؛ پورکرد، مهدی و نریمانی، احمد (۱۳۸۸). ارتباط مهارت‌های اجتماعی و خودکارآمدی با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان. *مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی سبزوار، ۱۶* (۴)، ۱۸۸-۱۸۱.

بشارت، محمدعلی (۱۳۸۴). بررسی رابطه‌ی کمال‌گرایی مثبت و منفی و مکانیسم‌های دفاعی. *پژوهش‌های روان‌شناختی، ۲-۱* (۸)، ۲۱-۷.

خدایاری فرد، محمد؛ و پرند، اکرم (۱۳۸۶). *استرس و روش‌های مقابله با آن*. چاپ اول، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

رجبی، غلام‌رضا (۱۳۸۵). بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی (GSE-10) در دانشجویان روان شناسی دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه چمران اهواز و دانشگاه آزاد مرودشت. *فصلنامه‌ی اندیشه‌های نوین تربیتی، ۲* (۱ و ۲)، ۱۲۲-۱۱۱.

سموعی، راحله؛ ابراهیمی، امرالله؛ موسوی، سید غفور؛ رفیعی، سعید و حسن زاده، اکبر (۱۳۷۹). الگوی مقابله با استرس در معتادین خودمعرف مرکز اعتیاد اصفهان. *اندیشه و رفتار، ۶* (۲ و ۳)، ۶۹- ۶۳.

طارمیان، فرهاد (۱۳۸۰). *سوءمصرف مواد مخدر در نوجوانان*. چاپ اول، تهران: انتشارات تربیت.

Alden, L. E., Bieling, P. J., & Wallace, S. T. (1994). Perfectionism in an interpersonal comtext: A self-regulation analysis of dysphoria and social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, *18*(4) 297-316.

Ball, S. A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual focus schema therapy, *Addictive Behaviors*, *23*(6), 883-891.

Ball, S. A. (2005). Personality traits, problems and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *Journal of Research in Personality*, *39*(1), 84-102.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, *37*(2), 127-147.

Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist, 28*(2), 117-148.

Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of self efficacy theory in behavior change. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287-310

Bandura, A., & Schuk, D. H. (2004). Cultiving competence, self efficacy and intrinsic interest through proximal self motivation. *Journal of Personality & Social Psychology*, *41*(3), 586-598.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, *50*(12), 1003-1020.

Burns, L. R., & Fedewa, B. A. (2005). Cognitive styles: Links with perfectionistic thinking. *Personality and Individual Differences*, *38*(1), 103-113.

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

Flett, G. L., Hewitt, P. L., Oliver, J. M., & MacDonald, S. (2002). Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. In G.L. Flett & P.L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 89–132). Washington, DC: American Psychological Association.

Frost, R., Marten , P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, *14*(5), 449-468.

Hall, K. M., Irwin, M. M., Bowman, K. A., Frankenberger, W., & Jewett, D. C. (2005). Illicit use of prescribed stimulant medication among college students. *Journal of American Health*, *53*(4), 167-174.

Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, *15*(1), 27-33.

Harris, P. W, Pepper, C. M & Maack, D. J. (2008). The relationship between maladaptive perfectionism and depressive symptoms: the mediating role of rumination. *Personality and Individual Differences*, *44*(1), 150-160.

Hill, R. W., Zrull, M. C. & Turlington, S. (1997). Perfectionism and interpersonal problems. *Journal of Personality Assessment*, *69*(1), 81-103.

Hyde, J., Hankins, M., Deale, A., & Marteau, T. M. (2008). Interventions to increase self-efficacy in the context of addiction behaviours: A systematic literature review. *Journal of Health Psychology*,*13*(5), 607–623.

Ibrahim, F., Kumar, N., & Abu Samah, B. (2011). Self-efficacy and relapsed addiction tendency: an empirical study. *The Social Sciences*, *6*(4), 277-282.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lewinsohn, P. M, Gotlib, I. H, & Seeley, J. R. (1995). Adolescent psychopathology: IV. Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*(9), 1221-1229.

Low, K. G., & Gendaszek, A. E. (2002). Illicit use of psycho stimulants among college students: A preliminary study. *Psychology, Health & Medicine*, *7*(3), 283-287.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

McKee, S. A., Hinson, R. E., & Wall, A. M. (1998). Alcohol outcome expectancies and coping styles as predictors of alcohol use in young adults. *Addictive Behaviors*, *23*(1), 17-22.

Mckellar, J., Ilgen, M., Moos, B. S., & Moos, R. (2008). Predictors of changes in alcohol–related self-efficacy over 16 years. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *35*(2), 148-155.

Penley, J. A., & Tomaka, J. (2002). Associations among the big five, emotional responses, and coping with acute sterss. *Personality and Individual Differences*, *32*(7), 1215-1228.

Polimeni, A. M., Moore, S. M., & Gruenert, S. (2010). MMPI-2 profiles of clients with substance dependencies accessing a therapeutic community treatment facility. *Electronic Journal of Applied Psychology*, *6*(1), 1-9.

Robinson, S. M., & Walsh, J. (1994). Cognitive factors affecting abstinence among adolescent polysubstance abusers. *Psychological Reports, 75* (1), 579–589.

Rohsenow, D. J., Martin, R. A., Monti, P. M. (2005). Urge-specific and lifestyle coping Strategies of cocaine abusers: Relationship to treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, *78*(2), 211-219.

Rommer, D., Hennessy, M. (2007). A biosocial–affect model of adolescent sensation seeking the role of affect evaluation and peer group influence in adolescent drug use. *Society for Prevention Research*, *8*(2), 89-101.

Sourizaei, M., Khalatbari, J., Keikhayfarzaneh, M.M., & Raisifard, R. (2011). The prevention of drug abuse, methods, challenges and researches. *Indian Journal of Science & Technology*, *4*(8), 1000-1003.

Springer, J. F., Sale, E., Hermann, J., Sambrano, S., Kasim, R., & Nistler, M. (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *The Journal of primary prevention*, *25*(2), 171–194.

Stoeber, J., Kempe, T., & Keogh, E. J. (2008). Facets of self-oriented and socially prescribed perfectionism and feelings of pride, shame, and guilt following success and failure. *Personality and Individual Differences*, *44*(7), 1506–1516.

Tailor, S. E. P., Letita, A. S., & D. O. (2000). *Social Psychology*. (10 th ed.) Pprentice Hall.

Tate, S. R., WU, J., McQuaid, J. R., Cummins, K., Shriver, C., Krenek, M., & Brown, S. A. (2008). Comorbidity of substance dependence and depression: Role of life stress and self-efficacy in sustaining abstinence. *Psychology of Addictive Behaviors*, *22*(1), 47-57.

Terry-short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995) Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, *18*(5), 663-668.

Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Counseling And Clinical Psychology*, *54*(4), 416-423.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

Trinidad, D. R., Unger, J. B, Chou, C. P., & Johnson, C. A. (2004). The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Personality and individual Differences*, *36*(4), 945-954.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]