

مقایسه باورهای فراشناختی ناکارآمد در بین افراد وابسته و افراد غیر وابسته به مواد^۱

امید ساعد^۲، حمید یعقوبی^۳، رسول روشن^۴، مرضیه سلطانی^۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۰۸/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۰۵/۱۷

چکیده:

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر، مقایسه باورهای فراشناختی ناکارآمد در بین افراد وابسته و افراد غیر وابسته به مواد بود. **روش:** بدین منظور ۷۰ نفر از افراد وابسته به مواد و ۷۰ نفر از افراد عادی به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف در این تحقیق شرکت کردند و به پرسشنامه فرا شناخت پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندگانه و همچنین تحلیل تشخیصی استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین دو گروه (گروه وابسته به مواد و گروه غیر وابسته) در ترکیب خطی متغیرهای وابسته (عوامل فراشناختی) تفاوت معناداری وجود دارد و تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته نشان داد که دو گروه از نظر باورهای فرا شناختی مثبت، باورهای فرا شناختی منفی، عدم اطمینان شناختی، نیاز به کنترل فکر و خودآگاهی شناختی به‌طور معناداری با یکدیگر متفاوت بودند. همچنین نتایج حاصل از تحلیل تشخیصی نشان داد که سه مورد از عوامل فراشناختی شامل باورهای فرا شناختی منفی، نیاز به کنترل فکر و عامل خودآگاهی شناختی بیش از بقیه عوامل در پیش‌بینی اختلال وابستگی به مواد نقش دارند. **نتیجه‌گیری:** با در نظر گرفتن نتایج می‌توان چنین نتیجه گرفت که گروه وابسته به مواد دارای میزان بیشتری از باورهای ناکارآمد می‌باشند و این باورهای ناکارآمد می‌توانند زمینه آسیب‌پذیری نسبت به اختلال وابستگی به مواد و تداوم این اختلال را فراهم سازند. پس امید می‌رود که روان‌درمانگران در جهت کمک هر چه بیشتر در درمان و پیشگیری از اعتیاد به نتایج این پژوهش توجه نمایند.

کلید واژه‌ها: باورهای فرا شناختی، اختلال وابستگی به مواد (اعتیاد)

۱. این پژوهش با حمایت مالی ستاد مبارزه با مواد مخدر انجام شده است.

۲. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد. پست الکترونیک:omid_saed@yahoo.com

۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه شاهد

۴. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه شاهد

۵. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد

مقدمه

وابستگی به مواد، یکی از معضلات و نگرانی‌های عمده جهان امروز است. از آنجایی که وابستگی به مواد، اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد، تهدیدی جدی و نگران کننده است. وابستگی و سوء مصرف مواد به عنوان اختلالات مزمن و عودکننده با تأثیرات و پیش‌آیندهای زیستی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می‌شود (بروک^۱ و اشپیتز^۲، ۲۰۰۲؛ والاس^۳، ۲۰۰۳؛ به نقل از دباغی، ۱۳۸۷) و یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌آید (مارگولین^۴، بیتل^۵، الیور^۶ و اوانتس^۷، ۲۰۰۶). در حال حاضر درمان اعتیاد، خط اول دفاع علیه بیماری‌هایی مانند ایدز^۸ و هپاتیت^۹ است. در تحقیق‌های مرتبط با وابستگی به مواد، علاوه بر تبیین ابعاد گوناگون این مشکل، سعی شده است متغیرهایی که این اختلال را پیش‌بینی می‌کنند نیز کشف شود. یکی از این متغیرهای مهم، عوامل فراشناختی^{۱۰} است. با وجود تأکید تحقیقات قدیمی‌تر بر تأثیر عوامل شناختی بر اختلال وابستگی به مواد، با مطرح شدن ابعاد فراشناختی و نظریه عملکرد اجرایی خود تنظیمی^{۱۱} در تحقیقات جدیدتر، معلوم شده است که باورهای فراشناختی در آسیب‌پذیری نسبت به اختلال وابستگی به مواد نقش دارند (اسپادا^{۱۲} و ولز^{۱۳}، ۲۰۰۸) و زمینه‌ساز آسیب‌پذیری افراد در وابستگی به مواد می‌باشند.

در زمینه سوء مصرف و وابستگی به مواد، مانند همه اختلالات روانی، نظریات سبب‌شناسی اولیه از مدل‌های روان‌پوشی مایه گرفته‌اند و مدل‌های بعد از تبیین‌های رفتاری، ژنتیک و شناختی استفاده کرده‌اند (کاپلان، ۲۰۰۳). برخی نظریات روان‌شناختی درباره مصرف مواد بر ویژگی‌های شخصیتی افراد تمرکز دارند (اسوبل^{۱۴}، ۱۹۷۷)، به نقل از حسینی، ۱۳۸۵). اما در نظریات دیگری چون نظریه شناختی-رفتاری فرض عمده این است

1. Bruck
2. Shpits
3. Valas
4. Margoline
5. Beitel
6. Oliver
7. Avants
8. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
9. Hepatitis
10. Meta-Cognition
11. Self – Regulatory Executive Functioning Model
12. Spada
13. Walls
14. Osoubel

که وابستگی به مواد، یک رفتار یادگیری شده است که از طریق شرطی سازی ابزاری و کلاسیک و واسطه‌های شناختی کسب می‌شود (گرم^۱، ۲۰۰۱). مداخلات شناختی نیز برای وابستگی به مواد عمدتاً بر دو حیطة از واسطه‌های شناختی تمرکز دارند: ۱- شناسایی و اصلاح تجربیات مرتبط با مواد (جونز^۲، کوربینم^۳ و فرم^۴، ۲۰۰۱) و ۲- استخراج و بازسازی باورها و شناخت‌ها (پارکز^۵ و آندرسون^۶، ۲۰۰۴).

اما رویکرد شناختی دارای محدودیت‌هایی است که از آن جمله می‌توان به تأکید آن بر محتوای باورها (شناخت‌ها) و نادیده گرفتن فرایندهای پویا و باورهای فراشناختی اشاره کرد (ولز^۷، ۲۰۰۹). یکی از رویکردهای جدید در زمینه سبب شناسی و درمان بسیاری از اختلالات روانی مدل فراشناختی ولز است (ولز و متیوس^۸، ۱۹۹۴) است و نخستین مدل جهت مفهوم‌سازی عوامل چندگانه فراشناختی به حساب می‌آید.

مدل فراشناختی یک چارچوب فراشناختی کلی در مفهوم سازی آسیب پذیری، ایجاد و حفظ اختلالات روانی ارائه می‌دهد. این مدل پیشنهاد می‌کند که اختلالات روانی (اختلال خلقی، اختلال وابستگی به مواد و...) از طریق الگوهای پایدار تفکر (نگرانی یا نشخوار فکری)، راهبردهای توجهی مرتبط با نظارت و تهدید، اجتناب و سرکوب فکر ایجاد و حفظ می‌شوند که مجموع این فاکتورها به تشکیل یک سندرم شناختی-توجهی^۹ می‌انجامد و این سندرم باعث شکست در اصلاح باورهای ناسازگار با خود و افزایش دسترسی اطلاعات منفی در باره خود می‌گردد. به عبارتی سندرم شناختی توجهی شامل یک الگوی تفکر پایدار و شامل نگرانی یا نشخوار فکری، توجه متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای غیر مفید از جمله وابستگی به مواد، اجتناب و... می‌گردد که نتیجه عکس می‌دهند. یک اصل اساسی مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی این است که باورهای

1. Gorman
2. Jones
3. Coorbinm
4. Fromme
5. Parks
6. Anderson
7. Wells
8. Matthews
9. Cognitive Attentional Syndrome (CAS)

فراشناختی که جزء دانش فراشناختی به حساب می آید، باعث شکل گیری و فعال شدن سندرم شناختی-توجهی می گردند و سندرم شناختی-توجهی از طریق چند گذرگاه یا مکانیزم ویژه و آشکار تداوم می یابد و تجربه هیجانی منفی را تشدید می سازد؛ از اینرو افراد برای کاهش و تنظیم هیجانات منفی از راهبردهای خاص همچون وابستگی به مواد، سرکوب فکر، اجتناب و... استفاده می کنند و به این صورت اختلالات روانی به دلیل الگوی تفکر شخص و راهبردهای ناکارآمد وی حفظ می شود (ولز، ۲۰۰۹ و ۲۰۰۰؛ اسپادا، زاندورت^۱ و ولز، ۲۰۰۷).

باورهای فراشناختی عبارتند از باورهایی که فرد در مورد تفکر و فرایندهای آن دارد. (ژانک^۲، کالاماری^۳، ریمان^۴ و هفولینگر^۵، ۲۰۰۳). چنانچه ذکر شد سندرم شناختی-توجهی از باورهای فراشناختی ناشی می شود و به واسطه آن سبب حفظ اختلال وابستگی به مواد می گردد. مثلاً وابستگی به مواد در کوتاه مدت به عنوان یک راهبرد مقابله ای سازگارانه برای تنظیم هیجان عمل می کند، ولی در بلند مدت ناسازگارانه محسوب می شود، زیرا در بلند مدت باعث ایجاد وابستگی و تولید هیجانات منفی می گردد. از اینرو باورهای فراشناختی عوامل میانجی گر رابطه بین هیجان و وابستگی به مواد هستند (اسپادا، نیکشویک^۶، جیوانی^۷ و ولز ۲۰۰۷، اسپادا و همکاران ۲۰۰۷).

تحقیقات نشان داده اند که باورهای فراشناختی (ابعاد فراشناختی) با دسته وسیعی از اختلالات روانی ارتباط دارد که از میان آنها می توان به موارد زیر اشاره کرد: اختلال اضطراب فراگیر (کارت رایت-هاوتون^۸ و ولز، ۱۹۹۷؛ ولز و کارتر^۹، ۲۰۰۱، به نقل از ولز، ۲۰۰۹)، علائم و سواس فکری-عملی (ولز، پاپا جورجیا^{۱۰}، ۱۹۹۸)، خود بیمار

1. Zandvoort
2. Janeck
3. Calamari
4. Riemann
5. Heffolinger
6. Nikcevic
7. Giovanni
8. Cartwright-Hatton
9. Carter
10. Papageorgiou

انگاری (بومان^۱ و میجر^۲، ۱۹۹۹)، اضطراب امتحان (اسپادا و همکاران، ۲۰۰۶)، اهمالکاری^۳ (اسپادا، هیو^۴ و نیکشویک، ۲۰۰۶)، اختلال استرس پس از سانحه^۵ (هولوا^۶، تاریر^۷ و ولز، ۲۰۰۱)، سایکوز (موریسون^۸، ولز و ناشارد^۹، ۲۰۰۰)، افسردگی (ولز، ۲۰۰۹). (۲۰۰۹). در رویکرد فراشناختی، باورهای فراشناختی، کلید و راهنمایی است که شیوه پاسخدهی افراد به افکار منفی، باورها، علایم و هیجان‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نیروی محرکه‌ای در پس الگوی تفکر مسموم (سندرم شناختی-توجهی) است که به رنج روانی و هیجانی می‌انجامد (ولز، ۲۰۰۹، ۲۰۰۰).

دو مورد مهم از باورهای فراشناختی که به تداوم الگوی سندرم شناختی-توجهی کمک می‌کند عبارتند از: ۱- باورهای فراشناختی مثبت و ۲- باورهای فراشناختی منفی (ولز، ۲۰۰۹).

باورهای فراشناختی مثبت به سودمندی نگرانی، نشخوار فکری، نظارت بر تهدید و دیگر راهبردهای مشابه (وابستگی به مواد، سرکوب فکر و...) مربوط می‌شوند.

دومین حوزه از باورهای فراشناختی منفی با اهمیت منفی و معنای رویدادهای شناختی درونی از قبیل افکار و باورهای متداول سروکار دارد. دو زیرمجموعه از فرا باورهای منفی وجود دارد: آنهایی که به کنترل ناپذیری افکار مربوط می‌شوند و آنهایی که مربوط به خطر، اهمیت و معنای افکار هستند. این فرا باورها به تداوم سندرم شناختی-توجهی منجر می‌شوند، زیرا به شکست در کنترل افکار می‌انجامند و باعث تعبیر و تفسیرهای منفی و تحریف شده از رویدادهای ذهنی می‌گردند. همچنین این فرا باورها می‌توانند به ایجاد تجربیات هیجانی یا حالت‌های احساسی منجر شوند (ولز، ۲۰۰۹).

اخیراً اولین تحقیقات در زمینه نقش باورهای فراشناختی در وابستگی به مواد توسط ولز و همکارانش صورت گرفته است. نتایج مطالعات اخیر آن‌ها حاکی از آن است که بین

1. Bouman
2. Meijer
3. procrastination
4. Hiou
5. PTSD
6. Holeva
7. Tarrier
8. Morrison
9. Nathard

باورهای فراشناختی و وابستگی به مواد رابطه وجود دارد (ولز، ۲۰۰۹). در یک مطالعه همبستگی که روی افراد دچار اختلال وابستگی به مواد صورت گرفته است (اسپادا و همکاران، ۲۰۰۷) نتایج نشان داد که بین باورهای فراشناختی و وابستگی به مواد رابطه وجود دارد، خصوصاً که بین سه عامل فراشناختی (باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد نگرانی و باورها در مورد اطمینان شناختی پایین) با وابستگی به مواد رابطه مثبت و معناداری وجود داشت و در مورد دو مقیاس بعدی (باورها در مورد نیاز به کنترل فکر، باورها در مورد خودآگاهی شناختی) رابطه ضعیفی وجود داشت. همچنین در دو تحقیق مقدماتی دیگر (اسپادا و همکاران، ۲۰۰۷؛ اسپادا و ولز، ۲۰۰۸) یافته‌ها نشان دادند که افراد وابسته به مواد در مقایسه با افراد بهنجار در باورهای فراشناختی نمرات بالاتری را گزارش کردند.

پژوهش حاضر طراحی گردیده است تا ضمن رفع تناقضات موجود در مطالعات انجام شده به درک بهتر باورهای فراشناختی و نقش کلیدی آن‌ها در تبیین وابستگی به مواد پردازد و بیش از پیش زمینه اقدامات درمانی و پیشگیرانه کارآمدتر در زمینه وابستگی به مواد را فراهم سازد.

هدف پژوهش حاضر، مقایسه باورهای فراشناختی ناکارآمد افراد وابسته به مواد و افراد غیر وابسته به مواد و در نهایت دست‌یابی به یک تابع تشخیص جهت پیش‌بینی اختلال وابستگی به مواد از طریق عوامل فراشناختی است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای^۱ است. جامعه آماری این تحقیق در برگیرنده کلیه مردان وابسته به مواد بود که به مراکز درمان سرپایی ملت دوست و بهجو مراجعه می‌کردند. همچنین افراد غیر وابسته شامل کارکنان همان مراکز و افراد عادی مراجعه‌کننده به مراکز (همراهان بیمار) و همچنین کارکنان دانشگاه شاهد بودند. در این مطالعه حجم نمونه

۱۴۰ نفر (گروه بالینی ۷۰ نفر و گروه بهنجار ۷۰ نفر) انتخاب شد. همچنین شیوه نمونه‌گیری تحقیق حاضر بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود که ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش عبارت بودند از:

۱. دارا بودن ملاک‌های تشخیصی نسخه‌ی چهارم تجدید نظر شده‌ی راهنمای تشخیصی آماری^۱ برای اختلال وابستگی به مواد با تشخیص روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک خود مرکز
۲. داشتن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۴۰ سال سن
۳. داشتن حداقل یک سال سابقه وابستگی به مواد
۴. دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم
۵. داشتن حداکثر یک ماه سابقه ترک مواد

ابزار

پرسشنامه فرا شناخت^۲: در واقع دامنه وسیعی از شواهد تجربی در حمایت از تئوری فرا شناخت، مبتنی بر تحقیقاتی است که از طریق همین پرسشنامه صورت گرفته است. این پرسشنامه بر اساس مدل اجرایی خود تنظیمی^۳ (ولز و متیوس، ۱۹۹۶) ساخته شده است و دارای ۳۰ گزینه و ۵ خرده مقیاس است و گزینه‌های آن از طریق مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت (۱ = کاملاً موافقم تا ۴ = کاملاً مخالفم) محاسبه می‌شوند. در واقع این مقیاس فرم کوتاه شده پرسشنامه فرا شناخت ۶۵ گزینه‌ای کارت رایت هاوتون و ولز (۱۹۹۷) است. پرسشنامه فرا شناخت، ابعاد فرا شناختی را در پنج خرده مقیاس جداگانه بررسی می‌کند که عبارتند از: باورهای مثبت فرا شناختی در مورد نگرانی، باورهای منفی فرا شناختی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار، اطمینان شناختی پایین، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی (ولز و کارت رایت-هاوتون، ۲۰۰۴). ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در نمونه ایرانی نیز مورد بررسی قرار گرفته است (شیرین زاده، ۱۳۸۷). در تحقیق شیرین‌زاده، ساختار عاملی این پرسشنامه بر اساس تحلیل عامل اکتشافی و به روش تحلیل مؤلفه‌های

اصلی با استفاده از چرخش واریماکس بدست آمد و جهت انجام تحلیل عاملی از یک نمونه ۲۵۰ نفری استفاده شد و در این مطالعه نیز همان ۵ عامل شناسایی شد. به منظور بررسی روایی هم‌زمان، از اجرای هم‌زمان این پرسشنامه و پرسشنامه اضطراب-صفتی اسپیلبرگر استفاده شد که همبستگی مقیاس فرا شناخت با پرسشنامه اضطراب-صفت اسپیلبرگر ۰/۴۵ بوده است. برای تعیین اعتبار پرسشنامه فرا شناختی از روش همسانی درونی از فرمول آلفای کرونباخ و داده‌های حاصل از نمونه ۲۵۰ نفری استفاده شد. ضرایب همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ بود که حاکی از اعتبار مطلوب کل مقیاس و خرده مقیاس‌ها می‌باشد. برای تعیین اعتبار باز آزمایی نیز تعداد ۵۰ نفر به صورت داوطلب از بین نمونه پژوهش انتخاب و در فاصله چهار هفته دو بار مورد آزمون قرار گرفتند. ضریب اعتبار کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس‌های کنترل ناپذیری و خطر ۰/۵۹، باورهای مثبت ۰/۸۳، خود آگاهی شناختی ۰/۸۱، اطمینان شناختی پایین ۰/۶۴ و نیاز به کنترل فکر ۰/۶۵ بدست آمده است. در کل ضرایب اعتبار حاصل، نشان دهنده اعتبار مطلوب پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن می‌باشد (شیرین‌زاده، ۱۳۸۷).

از آنجا که هدف، مقایسه گروه‌ها بطور هم‌زمان در بیش از یک متغیر وابسته است، لذا تحلیل به کار رفته بایستی از نوع تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) باشد. بنابراین برای تحلیل داده‌ها علاوه بر آمار توصیفی، از تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) و همچنین برای تعیین سهم هر کدام از عوامل فراشناختی در پیش بینی اختلال وابستگی به مواد و طبقه‌بندی افراد، از تحلیل تشخیصی استفاده شد.

یافته‌ها

جهت انجام هر تحلیل آماری موجود مجموعه‌ای از مفروضه‌ها^۱ لازم و ضروری است؛ لذا قبل از انجام مانوا نیز برقراری مفروضه‌های آن یعنی آزمون M باکس^۲ جهت بررسی عدم تفاوت (همگنی) ماتریس‌های واریانس و آزمون لون^۳ برای بررسی فرض برابری

1. assumptions
2. M Box Test of Equality of Covariance Matrices
3. Leven's Test of Equality of Error Variance

واریانس خطای نمره‌های وابسته مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جداول ۱ و ۲ آمده است.

جدول ۱: خلاصه نتایج آزمون باکس M در مورد برابری ماتریس واریانس پرسشنامه فرا شناخت در دو گروه معناد و عادی

M باکس	۱۹/۵۱
نسبت F	۱/۲۵
درجه آزادی صورت	۱۵
درجه آزادی مخرج	۱۶/۷۷
سطح معناداری	۰/۲۵۵

جدول ۱ نشان می‌دهد که فرضیه صفر مربوط به همگنی ماتریس‌های کواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در دو گروه مورد قبول واقع می‌شود ($p > ۰/۰۵$). لذا نتیجه می‌گیریم که شرط همگنی ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته بین این دو گروه رعایت شده است.

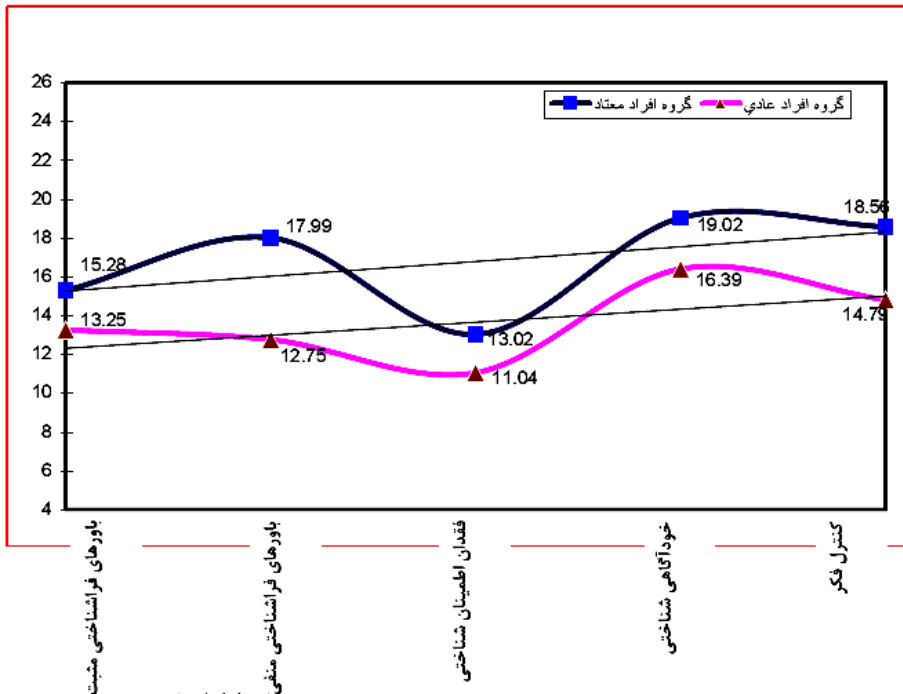
جدول ۲: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خرده مقیاس‌های پرسشنامه فرا شناخت

متغیرها	نسبت F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معناداری
باورهای فراشناختی مثبت	۷/۶۶۳	۱	۱۳۸	۰/۱۱۸
باوهای فراشناختی منفی	۰/۱۱۷	۱	۱۳۸	۰/۶۸۰
عدم اطمینان شناختی	۱/۹۴۵	۱	۱۳۸	۰/۱۶۵
خود آگاهی شناختی	۲/۴۶۲	۱	۱۳۸	۰/۱۱۹
کنترل فکر	۰/۰۵۸	۱	۱۳۸	۰/۸۱۱

جدول ۲ نیز نشان می‌دهد که فرضیه‌های صفر مربوط به برابری واریانس‌ها مورد قبول واقع شده است ($p > ۰/۰۵$). بنابراین فرض همسانی واریانس‌ها نیز برقرار بود و استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) بلا مانع است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد مربوط به خرده پرسشنامه فراشناخت

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
باورهای فراشناختی	وابسته به مواد	۷۰	۱۵/۲۸	۵/۳۲
مثبت	عادی	۷۰	۱۳/۲۵	۳/۹۲
باورهای فراشناختی	وابسته به مواد	۷۰	۱۷/۹۹	۳/۱۸
منفی	عادی	۷۰	۱۲/۷۵	۳/۵۴
فقدان اطمینان شناختی	وابسته به مواد	۷۰	۱۳/۰۲	۴/۲۹
	عادی	۷۰	۱۱/۰۴	۳/۶۶
خودآگاهی شناختی	وابسته به مواد	۷۰	۱۹/۰۲	۲/۸۵
	عادی	۷۰	۱۶/۳۹	۳/۴۷
کنترل فکر	وابسته به مواد	۷۰	۱۸/۵۶	۳/۳۸
	عادی	۷۰	۱۴/۷۹	۳/۶۱



نمودار ۱: میانگین خرده مقیاس‌های پرسشنامه فراشناخت در دو گروه

معتاد و عادی

طبق یافته‌های نمودار شماره (۱) و داده‌های جدول شماره (۳)، مقایسه میانگین‌های دو گروه نشان می‌دهد که میانگین کلیه خرده مقیاس‌های باورهای فراشناختی افراد گروه معتاد از نمرات افراد گروه عادی بالاتر است و این یافته‌ها بدان معنی است که افراد گروه معتاد دارای باورهای فراشناختی ناکارآمد بیشتری نسبت به افراد گروه عادی هستند. خصوصاً این تفاوت در مورد خرده مقیاس «باورهای فراشناختی منفی» و «کنترل فکر» برجسته‌تر است.

جدول ۴: خلاصه‌ی یافته‌های تحلیل واریانس چند متغیری خرده مقیاس‌های پرسشنامه‌ی فرا شناخت در گروه‌های معتاد و عادی

نوع آزمون	مقدار	نسبت F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلای ^۱	۰/۳۹۶	۱۷/۵۶۵	۵	۱۳۴	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز ^۲	۰/۶۰۴	۱۷/۵۶۵	۵	۱۳۴	۰/۰۰۱
هوتلینگ ^۳	۰/۶۵۵	۱۷/۵۶۵	۵	۱۳۴	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه‌روی ^۴	۰/۶۵۵	۱۷/۵۶۵	۵	۱۳۴	۰/۰۰۱

چهار آزمون بالا، شاخص‌های معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) هستند. همانگونه که مشاهده می‌شود تمام شاخص‌ها در سطح ۰/۰۰۱ معنا دارند و این بدین معناست که میانگین نمرات متغیری که ترکیب خطی زیر مقیاس‌های فرا شناخت می‌باشد در دو گروه معتاد و عادی متفاوت است که همانگونه که در داده‌های توصیفی مشاهده شد گروه معتاد نمرات بالاتری دارند.

نهایتاً جهت مشخص نمودن قابلیت پیش بینی هر کدام از متغیرهای فرا شناختی در تشخیص عضویت در گروه برای هر یک از افراد (معتاد، غیر معتاد)، تحلیل تشخیصی (ممیز) هم‌زمان صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

1. Pillai's Trace
2. Wilks' Lambda
3. Hotelling's Trace
4. Roy's Largest Root

جدول ۵: ضرایب استاندارد شده تابع تشخیصی

متغیر	تابع
باورهای فراشناختی مثبت	-۰/۱۶۶
باورهای فراشناختی منفی	۰/۷۴۵
اطمینان شناختی پایین	-۰/۳۱
خودآگاهی شناختی	۰/۳۲۰
کنترل فکر	۰/۳۴۵

تحلیل تشخیصی شبیه رگرسیون چند متغیری است؛ از آن جهت که هر دو تکنیک به ما امکان پیش بینی بر اساس چندین متغیر پیش بین را می‌دهند. مأموریت اصلی تحلیل تشخیصی، کوشش برای پیش بینی عضویت در طبقه است و به محاسبه «تابع تشخیصی» می‌انجامد (بریس و همکاران، ۱۳۸۸). این روش به ما می‌گوید که تک تک متغیرها هر کدام چقدر در تابع تشخیصی (و در نتیجه در صحت پیش بینی ما) سهم داشته‌اند. جدول شماره (۵) نشان می‌دهد که تابع استخراج شده با عوامل «باورهای فراشناختی منفی»، «کنترل فکر»، و «خودآگاهی شناختی» رابطه مستقیم داشته و ضرایب هر یک از آن‌ها با نمره حاصل از تابع به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۳۴ و ۰/۳۲ است لذا همبستگی بین متغیرهای پیش بین و تابع تشخیصی پیشنهاد می‌کند که «باورهای فراشناختی منفی»، «کنترل فکر» و «خودآگاهی شناختی» بهترین پیش بینی کننده‌های وابستگی به مواد هستند.

$$\text{اطمینان شناختی پایین } (-0/03) + \text{باورهای فراشناختی مثبت } (0/16) - \text{خودآگاهی شناختی } (0/32) + \text{باورهای فراشناختی منفی } (0/74) = \text{تابع تشخیصی}$$

از آنجا که میانگین نمرات استاندارد شده افراد در گروه‌های معتاد و غیر معتاد در این مطالعه به ترتیب ۰/۸۰ و -۰/۸۰ بدست آمد، لذا با محاسبه نمره استاندارد هر فرد بر اساس

فرمول تابع تشخیصی فوق، می توان با توجه به نزدیکی این نمره به هر یک از میانگین ها در مورد جایگاه پیش بینی شده هر فرد بر اساس تابع تشخیصی اظهار نظر کرد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه باورهای فراشناختی ناکارآمد در بین افراد وابسته و افراد غیر وابسته به مواد بود. نتایج نشان داد که بین سطوح متغیر مستقل (معتاد / عادی) در متغیر ترکیبی باورهای فراشناختی تفاوت معناداری مشاهده می شود و تحلیل مانوا نشان داد که افراد دچار اختلال وابستگی به مواد در باورهای فراشناختی ناکارآمد، نمرات بالاتری را کسب کردند. این یافته همسو با نظریه فراشناختی عملکرد اجرایی خود تنظیمی در زمینه سبب شناسی اختلالات روان شناختی، به ویژه اختلال وابستگی به مواد و همچنین هماهنگی با نتایج تحقیقات اسپادا و همکاران (۲۰۰۷)، اسپادا و همکاران (۲۰۰۷) و اسپادا و ولز (۲۰۰۸، ۲۰۰۶) می باشد. یافته های تحلیل تشخیصی نشان داد که از بین عوامل فراشناختی عامل «باورهای فراشناختی منفی در کنترل ناپذیری و خطر افکار» بیش از بقیه عوامل در اختلال وابستگی به مواد نقش داشتند که این یافته همسو با یافته های ولز (۲۰۰۹، ۲۰۰۰) و نظریه فراشناختی عملکرد اجرایی خود تنظیمی (ولز و متیوس، ۱۹۹۶) می باشد. از دیگر عوامل مهم در پیش بینی اختلال وابستگی به مواد «خود آگاهی شناختی» و «کنترل فکر» بود. اولین یافته این تحقیق (سهم عامل کنترل فکر) همسو با تحقیق اسپادا و همکاران (۲۰۰۷) ولی از نظر دو عامل دیگر (خود آگاهی شناختی و باورهای فراشناختی منفی) مغایر با نتایج تحقیق اسپادا و همکاران (۲۰۰۷) بود.

در تبیین نتایج این تحقیق می توان گفت که افراد دارای اختلال وابستگی به مواد به دلیل باورهای فراشناختی خاصی که دارند (مثل باورهای فراشناختی در مورد کنترل فکر یا باورهای فراشناختی منفی و....) دچار آشفتگی هیجانی می شوند. این باورهای فراشناختی باعث می شوند که این افراد در موقعیت های مشکل ساز، دچار سندرم شناختی-توجهی گردند. با فعال شدن سندرم شناختی-توجهی که خود از باورهای فراشناختی ناشی می گردد، راهبردهای کنار آمدن مثل وابستگی به مواد فعال می گردد، از اینرو بیش از پیش زمینه تداوم اختلال وابستگی به مواد در بیماران فراهم می گردد. پس طبق یافته های

این تحقیق و تحقیقات پیشین، ضروری است که در زمینه سبب شناسی و درمان اختلالات وابستگی به مواد، به عوامل فرا شناختی بیش از عوامل شناختی بها داده شود. پیامد اساسی مدل فراشناختی (فرا شناخت به عنوان عامل محوری اختلال روانی) و همچنین نتایج این تحقیق، می تواند تلویحاً بیانگر این باشد که در فرایند درمان اختلال وابستگی به مواد نباید افکار و باورهای افراد را زیر سوال ببریم یا دست به واقعیت آزمایی بزنیم. زیرا چنین تلاش هایی، هدر دادن وقت و انرژی است، بلکه هدف درمان، بررسی و تغییر چگونگی پاسخدهی افراد معتاد در مورد باورهایشان نسبت به تفکرشان می باشد و اینکه باورهای فرا شناختی منفی از جمله مؤلفه های فرا شناختی نیرومندی محسوب می شود که با آسیب پذیری نسبت به اختلال وابستگی به مواد، رابطه مثبت و نیرومندی دارد. باورهای فرا شناختی منفی، منعکس کننده نگرانی های فرد درباره کنترل ناپذیری و آسیب افکار می باشد. نتایج این مطالعه می تواند نشان دهنده این باشد که افراد وابسته به مواد برای کنترل باورهای فراشناختی و حتی هیجانات خود به مصرف مواد اعتیاد آور روی می آورند که این نتایج همسو با نتایج تحقیقات برسولو^۱، نواک^۲ و کسلر^۳ (۲۰۰۴)؛ ولز، (۲۰۰۹، ۲۰۰۰) می باشد.

طبق نتایج تحقیق حاضر می توان گفت که عامل تراکیبی «باورهای فراشناختی منفی»، «کنترل فکر» و «خودآگاهی شناختی»، در آسیب پذیری نسبت به اختلال وابستگی به مواد از اهمیت ویژه ای برخوردار هستند و لذا می توان با مداخلات مناسب و برنامه های درمانی جهت اصلاح این عوامل فرا شناختی، امکان کاهش وابستگی به مواد را فراهم ساخت. همچنین از طریق «تابع تشخیصی» می توان برای پیش بینی عضویت در گروه برای گروه جدیدی از موارد که عضویت آن ها در گروه مشخص نیست از این تابع استفاده کرد که نمره بالای فرد می تواند نشانه وجود اختلال وابستگی به مواد در فرد یا آسیب پذیری زیاد او نسبت به این اختلال در آینده باشد.

پیشنهاد می شود محققان بعدی جهت تایید و حمایت بیشتر در مورد این یافته ها، نمونه هایی در دیگر مراکز ترک اعتیاد انتخاب کنند تا بدینوسیله نقش و سهم باورهای فرا

شناختی در اختلال وابستگی به مواد بهتر و با اطمینان بیشتری بررسی گردد. همچنین سایر متغیرهای مهم در وابستگی به مواد به ویژه «راهبردهای کنترل فکر» و «سرکوب فکر مزمن» در افراد معتاد هم‌زمان سنجیده شود. اقدام دیگر در مطالعات بعدی می‌تواند استفاده از تحقیق طولی و طرح‌های مداخله‌ای برای بررسی نقش باورهای فرا شناختی ناکارآمد در زمینه سازی و تداوم اختلال وابستگی به مواد باشد. از لحاظ کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌هایی در مورد کارایی و اثربخشی تکنیک‌های فرا شناختی (مثل تکنیک‌های آموزش توجه^۱ و تکنیک‌های خودآگاهی انفصالی^۲) در کاهش اعتیاد و تغییر باورهای فرا شناختی ناکارآمد صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مسئولین مرکز ترک اعتیاد بهجو (جناب آقای دکتر ابهریان) و مرکز درمان سرپایی ملت دوست (سرکار خانم بشیری) و کارکنان آن مراکز که در این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

بریس، نیکلا؛ کمپ، ریچارد و سنلگار، رزمی (۱۳۸۸). **تحلیل داده‌های روانشناسی با برنامه SPSS**. ترجمه خدیجه علی آبادی و سید علی صمدی. تهران: نشر دوران.

حسینی، علیرضا (۱۳۸۵). **مقایسه و بررسی ویژگی‌های شخصیتی سه گروه عادی، در معرض اعتیاد و معتاد**. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی.

دباغی، پرویز (۱۳۸۷). **اثربخشی پیشگیری از عود، بر پایه ذهن آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و سلامت روانی**. فصلنامه اعتیاد پژوهی، سال دوم، ۷، ۴۴-۲۹.

کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (۲۰۰۳). **خلاصه روان پزشکی، علوم رفتاری / روان پزشکی بالینی**، جلد اول. ترجمه حسن رفیعی و همکاران. تهران: انتشارات ارجمند.

Bouman, T. K. & Meijer, K. J. (1999). A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. **Clinical Psychology and Psychotherapy**, 6, 96-102.

Breslau, N., Novak, S. P., & Kessler, R. C. (2004). Psychiatric disorders and stages of smoking. **Biological Psychiatry**, 55, 69-76.

Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.

- Gorman, D. M (2001). **Developmental processes**. In, Heather, n., T. J. Peters, T. J, & Stockwell, T. (Eds), **International Handbook of alcohol dependence and problems**. Chichester: *Willy*.
- Holeva, V., Tarrier, N., & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. **Behavior Therapy**, 32, 65-83.
- Janeck ,A.S., Calamari, J. E., Riemann B. C., & Heffolinger, S, K. (2003). Too much Thinking about thinking: Meta cognitive differences in obsessive disorder. **Journal of Anxiety disorders**, 17, 181-195.
- Jones, B. T., CoorbinmW., & Fromme, K. (2001). A review of expectancy theory and alcohol consumption. **Addiction**, 96, 57-72.
- Margoline, A., Beitel, M., Oliver, Z. S., & Avants, K. (2006). **A controlled study of a spirituality focused intervention for increasing motivation for HIV prevention among drug users**. **Aids Education of prevention**.
- Morrison, A. P., Wells, A., & Nothard, S. (2000). Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. **British Journal of Clinical Psychology**, 39, 67-78.
- Parks ,G. A., Marlatt, G. A., & Anderson, B. K. (2004). **Cognitive-behavioural alcohol treatment**. In N. heather and T. Stockwell(Etd). **treatment and prevention of alcohol problems**. Chichester: *Willy*.
- Spada, M. M., Hiou, K., & Nikčević, A. V. (2006). Metacognitions, emotions and procrastination. **Journal of Cognitive Psychotherapy**, 20, 319-326.
- Spada, M., M., Nikcevic, V, A. Giovanni, B. Wells, A. (2007). Meta Cognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. **Addictive behaviours**, 32, 2120-2139.
- Spada, M. M., Zandvoort, M., Wells, A. (2007). Meta Cognitions in Problem drinkers, **Cong Ther Res**. 31, 709-716.
- Spada, M., M., & Wells, A. (2008). Meta Cognitive beliefs about alcohol use:Development and validation of two self-report scales. **Addictive behaviour**, 33, 515-527.
- Wells ,A. (2000). **Emotional Disorder and Meta-cognition**. Chichester: Jones Willy & Sons.
- Wells, A. (2009). **Meta Cognitive Therapy for Anxiety and depression**. The Guilford press.
- Wells. A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of GAD. Meta cognition and worry in GAD, panic disorder, Social phobia, depression and none patients. **Behavior therapy**, 32, 85-102.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). **Attention and emotion: A clinical perspective**. Hove, UK: Erlbaum.
- Wells, A., & papageorgiou, C. (1998). Relation between worry and obsessive-compulsive- symptoms and meta cognitive beliefs. **Behaviour Research and Therapy**, 36, 899-913