

ساخت و اعتباریابی مقیاس خودکارآمدی پرهیز از سیگار

Construction and Validation of Smoking Abstinence Self – Efficacy Scale

Halime Ebrahimi

Ahamad Khamesan

Majid Pakdaman

حلیمه ابراهیمی *

احمد خامسان **

مجید پاکدامن ***

Abstract

Smoking is the most common addictive drug and is the main gate for other substance abuse. Relapse is one of the main problems in smoking cessation programs. Smoking abstinence self-efficacy plays a basic role in preventing of re-addiction or relapse after quitting smoking. The aim of this study was to construct and validate smoking abstinence self-efficacy scale for Iranian population. At the first, a questionnaire with 52 questions was constructed based on four international scales. Two hundred students who had a history of smoking were randomly chosen at the University of Birjand and completed the questionnaire. Since Bartlett's test of sphericity was significance ($KOM = .88$), a factorial exploratory analysis was applied on the scale. Using a factor analysis with Varimax rotation and method of items analysis, 23 questions were chosen. With factorial confirmatory analysis, a scale with 13 questions and in two factors derived. The concurrent validity of the scale was calculated with General Self-Efficacy (GSE10). The results showed there was a significant positive correlation among them. These findings show the abstinence self-efficacy scale with 13 questions is a valid tool and can be used in smoking cessation and other drug abuse prevention programmes in Iran.

Keywords: Abstinence Self-Efficacy, Smoking, Addiction

چکیده

سیگار رایج‌ترین ماده مصرفی اعتیادآور، و درگاه اصلی سوء مصرف سایر مواد است. از مشکلات اساسی برنامه‌های ترک سیگار بازگشت مجدد فرد به مصرف است. خودکارآمدی پرهیز از سیگار عاملی است که در جلوگیری از اعتیاد، یا بازگشت مجدد به آن پس از ترک سیگار نقش اساسی ایفا می‌کند. هدف این پژوهش، ساخت و اعتباریابی مقیاس خودکارآمدی پرهیز از سیگار است. برای ساخت این ابزار با استفاده از چهار مقیاس معتبر خارجی، مقیاسی ۵۲ سؤالی تهیه شد. این مقیاس روی ۲۰۰ دانشجوی سیگاری دانشگاه بیرجند که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده بودند، اجرا گردید. با توجه معنادار شدن آزمون کرویت بارتلت ($KMO = .88$)، تحلیل عاملی اکتشافی روی این مقیاس انجام شد. با استفاده از تحلیل عاملی با روش چرخش واریماکس و روش تحلیل گزینه‌ها ۲۳ سؤال انتخاب شدند. با تحلیل عاملی تأییدی، مقیاسی ۱۳ سؤالی با ۲ عامل استخراج گردید. روایی همزمان با پرسشنامه باورهای خودکارآمدی عمومی (GSE-10) محاسبه شد. نتایج نشان داد بین پرسشنامه خودکارآمدی پرهیز از سیگار و پرسشنامه باورهای خودکارآمدی عمومی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. مقیاس ۱۳ سؤالی پرهیز از سیگار برای جامعه ایرانی می‌تواند به عنوان ابزاری معتبر در زمینه پیشگیری یا ترک سیگار مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: خودکارآمدی پرهیز، سیگار، اعتیاد

email: halimeebrahimi@yahoo.com

Received: 2 Feb 2013

Accepted: 5 Jun 2014

* مدرس مدعو دانشگاه پیام‌نور

** عضو هیات علمی گروه روانشناسی دانشگاه بیرجند

*** عضو هیات علمی روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قائنات

پذیرش: ۹۲/۱۰/۱۵

دریافت: ۹۱/۱۱/۱۴

مقدمه

امروزه کمتر کشوری را می‌توان پیدا کرد که با مشکل سوء‌مصرف مواد به گونه‌های مختلفی درگیر نباشد. این مشکل در ایران نیز بسیار قابل تأمل است. استعمال سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد غیرقانونی در همه سنین و در هر گروه اجتماعی و اقتصادی ظاهر می‌شود و به یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی و روانی- اجتماعی تبدیل شده که مشکلات فردی، اجتماعی و بهداشتی بسیار شدیدی بر جوامع تحمیل می‌نماید. مصرف سیگار در بین گروه‌های مختلف جامعه، از جمله دانشجویان افزایش پیدا کرده است (حاجیان، خیرخواه و حبیبی، ۱۳۸۸). این به‌عنوان یک آسیب فرهنگی و اجتماعی، سلامت جوانان را مورد تهدید قرار می‌دهد. در زمینه مصرف مواد و وابستگی‌های روانی و جسمانی که مصرف مواد ایجاد می‌کند و علل گرایش و چگونگی درمان آن مطالعات زیادی انجام شده است (مجیدپور، حمیدزاده اربابی، عباس‌قلی‌زاده و صالحی ۱۳۸۴). اما مطالعات در زمینه سیگار بر اساس روش‌های درمان و همچنین بر اساس دیدگاه‌های روانشناسی کمتر به چشم می‌خورد. اکثر افراد سیگاری قبل از ۱۶ سالگی، شروع به مصرف سیگار می‌کنند و عادت سیگار کشیدن به سرعت پدید می‌آید. از آن‌جا که فرایند‌های وابسته به داروشناسی و رفتاری تعیین‌کننده اعتیاد به توتون، مشابه فرایندهایی است که اعتیاد به داروهایی نظیر هروئین و کوکائین را تعیین می‌کنند، بنابراین هم به دلیل تأثیر دارویی و هم رفتاری اکثر مصرف‌کنندگان سیگار از قطع آن ناتوان هستند (کان و دیلاروش^۱، ۲۰۰۱، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۵).

امروزه دیدگاه‌های گوناگونی با هدف کمک به کاهش مصرف سیگار و یا ترک آن، بر پایه تغییر رفتار در افراد سیگاری گسترش یافته است. از مهم‌ترین نظریه‌هایی که تلاش نموده‌اند از نگاه سبب- شناختی و تبیینی، اعتیاد و سوء‌مصرف مواد را شرح دهند، می‌توان به دیدگاه‌های زیستی- ژنتیکی، روان- تحلیل‌گری، رفتارگرایی، نظرات مربوط به بنیان‌های اجتماعی و فرهنگی، شناختی- اجتماعی و دیدگاه یادگیری اجتماعی اشاره کرد (کوپیلاند و براندن^۲، ۲۰۰۰). از میان این دیدگاه‌ها، آن‌چه که در رابطه با موضوع مورد بررسی در این پژوهش حایز اهمیت است، می‌توان به دیدگاه‌های مبتنی بر نظریه‌های یادگیری از جمله دیدگاه‌های شناختی- اجتماعی و یادگیری- اجتماعی اشاره کرد. این دیدگاه‌ها بر این باورند که رفتارهای انسان به‌جای این که توسط عوامل ارثی ایجاد شده باشند، آموخته شده هستند. رفتارهای مشکل دار، شامل افکار، احساسات و تغییرات فیزیولوژیکی، می‌توانند با همان فرایندهای یادگیری که در ابتدا آن‌ها را به‌وجود آورده است، اصلاح و تغییر داده شود. به بیانی ساده، این نظریه‌ها

¹ Gann & Deblleroché

² Copeland & Branden

بر این عقیده تأکید می‌کنند که رفتارهای اعتیادی، شامل یک دسته عادات بد می‌شود که قابل اصلاح و تغییر هستند (نورانی پور، ۱۳۸۳).

یک مفهوم اساسی در نظریهٔ شناختی- اجتماعی، جبرگرایی متقابل^۱ است که به معنای تأثیرگذاری متقابل محیط و شخص بر یکدیگر می‌باشد. یکی از متغیرهای اصلی در تعیین چگونگی پاسخ‌های فرد نسبت به محیط، مفهومی است که خودکارآمدی نامیده می‌شود. بندورا^۲ خودکارآمدی را به‌عنوان "باور راسخ و اطمینان یک فرد به این که می‌تواند رفتاری را به‌گونه‌ای موفقیت‌آمیز انجام دهد تا نتایج مطلوب به‌دنبال داشته باشد" تعریف می‌کند (به‌نقل از مومو، ایموند و امگب^۳، ۲۰۰۸). منظور از خودکارآمدی این است که شخص در خود احساس اطمینان و اعتماد به نفسی می‌کند که می‌تواند در یک موقعیت، به‌طور مناسب و مؤثر، اقدام و رفتار کند. خودکارآمدی پرهیز^۴ یا خودکارآمدی مقابله‌ای^۵ به اعتماد و اطمینان فرد به توانایی شخصی‌اش در پرهیز از مصرف مواد، در موقعیت‌های تحت فشار و مشکل‌آفرین، اشاره دارد و این نیز از جمله پیش‌بینی‌کننده‌های اولیه در پرهیز و ترک مواد و سیگار است که می‌توان نتایج درمان را نیز به واسطهٔ آن پیش‌بینی کرد (وانگ، آنتونی، زیگمون و همکاران^۶، ۲۰۰۴). در زمینه خودکارآمدی در ارتباط با مصرف مواد و استعمال سیگار نیز تحقیقاتی انجام شده است که از این میان می‌توان به تحقیقات زیر اشاره کرد:

لارنس^۷ (۱۹۸۹) مقیاسی برای خودکارآمدی رفتارهای مربوط به استعمال سیگار در نوجوانان را ارائه کرده است. در این مقیاس ۳۶ سؤال سه عامل (فرصت برای مصرف، فشارهای هیجانی و اثرات دوستان) در جریان شروع استعمال سیگار بررسی شدند. همبستگی بین نتایج بازآزمایی این مقیاس و همچنین روایی سازه، محتوا و ملاک این مقیاس نیز معتبر اعلام شد.

والتنی، شیفمن و نورمن^۸ (۲۰۰۱) تغییرپذیری خودکارآمدی پرهیز از استعمال سیگار را در موقعیت‌های مختلف بررسی کردند. در این بررسی، به‌منظور شناسایی موقعیت‌های ویژه برای احتمال برگشت، پرسشنامه ۷۵ سؤال کارآمدی در موقعیت‌هایی با احتمال برگشت^۹ ساخته شد. عوامل موقعیتی ویژه مانند: عواطف منفی، عواطف مثبت، موقعیت‌های محدود سازنده (پیش‌گیر) برای استعمال سیگار، هدر دادن وقت، وضعیت و موقعیت‌های غذایی متناسب با اجتماع، برانگیختگی پایین و میل و اشتیاق به-

¹ Interactional Determinism

² Bandora

³ Momoh, Imhonde & Omagbe

⁴ Abstinence Self-Efficacy

⁵ Coping Self-Efficacy

⁶ Wong, Antony, Sigmon & et al

⁷ Lawrance

⁸ Gwaltney, Shiffman & Norman

⁹ Relaps Situation Efficacy Questionnaire

مصرف بررسی شدند. نتایج این تحقیق روایی درونی و پیش‌بین این پرسشنامه را در موقعیت‌های پرهیز نشان داد.

وانگ و همکاران (۲۰۰۴) اشتراکات میان خودکارآمدی پرهیز و مقابله را در جریان درمان سرپایی در بیماران وابسته به کوکائین بررسی کردند. داده‌های تحقیق از یک نمونه ۱۲۶ نفری جمع آوری شد. در این تحقیق، پرهیز از طریق آزمایش تجزیه شیمیایی ادرار بررسی شد و خودکارآمدی مقابله با استفاده از یک پرسشنامه اطمینان موقعیتی^۱ (SCQ) تغییر داده شده، اندازه گیری شد. نتایج این تحقیق با تحلیل دو متغیری نشان داد که پرهیز اولیه و نمرات SCQ، پرهیز بعدی و اطمینان افراد را در طول درمان و پیگیری‌های پس از درمان پیش‌بینی می‌کنند.

بدر و مودی^۲ (۲۰۰۵) خودکارآمدی را به‌عنوان یک عامل پیش‌بینی کننده برای ترک سیگار در میان بزرگسالان کویتی بررسی کردند. داده‌ها از نمونه ۶۵۷ نفری از افراد سیگاری که همه مرد بودند، با استفاده از یک مقیاس خودکارآمدی ۱۶ سؤالی جمع آوری شد. نتایج تحلیل عاملی با استفاده از چرخش واریماکس، چهار عامل اساسی در این مقیاس (تغییرات خلقی، آرمیدگی، استرس‌ها و خود انگاره) را در میان افراد سیگاری مورد مطالعه قرار داد. نتایج این تحقیق نشان داد که خودکارآمدی می‌تواند اولین پیش‌بینی کننده ترک سیگار با در نظر گرفتن درآمد ماهیانه افراد باشد.

باردمن، کیلی، مایوو و همکاران^۳ (۲۰۰۵) در پژوهشی طولی، خودکارآمدی و انگیزش را در یک برنامه درمانی ترک سیگار با پیگیری ۶ ماهه بررسی کردند. نتایج نشان داد که افراد سیگاری که در ترک شکست خوردند، در مقایسه با افراد سیگاری که موفق به ترک شدند، خودکارآمدی و انگیزش کمتری را گزارش کرده‌اند.

چانگ، لی، لایی و همکاران^۴ (۲۰۰۶) نقش تأثیرات اجتماعی و خودکارآمدی به‌عنوان پیش‌بینی کننده‌های مؤثر در شروع و توقف استعمال سیگار، در میان دانش‌آموزان هنرستان‌های تایوان را در یک مطالعه طولی بررسی کردند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که این دو مؤلفه در جریان شروع و همچنین تصمیم به ترک سیگار نقش اساسی دارند.

مومو و همکاران (۲۰۰۸) نقش جنسیت، خودکارآمدی، سن و برون‌گرایی در رفتار استعمال سیگار را در میان دانشجویان در نیجریه بررسی کردند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین مردان و زنان در شروع استعمال سیگار، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین خودکارآمدی در شرایطی که نگرش‌های

¹ Situational Confidence Questionnaire (SCQ)

² Badr & Moody

³ Boardman, Catley, Mayo & et al

⁴ Chang, Lee, Lai & et al

افراد در مورد خودشان و ارزیابی توانایی‌هایشان در مورد استعمال سیگار مورد بررسی قرار گرفت، معنا دار شناخته شد.

چندین مقیاس نیز در زمینه پیش بینی ترک سیگار ساخته شده‌اند. در زمینه پزشکی، مقیاس‌ها و آزمون‌هایی در ارتباط با سنجش میزان وابستگی به نیکوتین جهت استفاده بالینی وجود دارد. یکی از مناسب‌ترین و پرکاربردترین آن‌ها، آزمون فاگرشتروم^۱ (FTND) می‌باشد. در ایران پژوهشی با هدف پیش‌بینی ترک سیگار بر اساس آزمون فاگرشتروم توسط آریان پور، بهادری، امامی و همکاران (۱۳۸۶) انجام شده است. از سوی دیگر، در زمینه‌ی نگرش، پیش‌بینی شروع و یا ترک سیگار، چندین مقیاس ساخته و اعتباریابی شده است. برای مثال رجبی (۱۳۸۴) اعتباریابی پرسشنامه ای را برای اندازه‌گیری نگرش نسبت به سیگار در ایران انجام داده است. این پرسشنامه دارای ۱۷ گویه است که نگرش افراد را نسبت به سیگار کشیدن بررسی می‌کند. یکی دیگر از این مقیاس‌ها در سال ۲۰۰۰ توسط اتر، برگمان، هومیر و همکاران^۲ در دانشگاه ژنو سوئیس طراحی، و در سال ۲۰۰۸ توسط لیونگ، چان، لیو و همکارانش^۳ در چین روی بیماران قلبی اعتباریابی شد. این مقیاس ۱۲ سؤال دارد که دو بعد محرک‌های درونی و محرک‌های بیرونی را مورد توجه قرار می‌دهد. محرک‌های درونی شامل عوامل درون فردی و بیولوژیکی، و محرک‌های بیرونی شامل عوامل اجتماعی است.

در ایران، مقیاسی که بتواند در حیطه روانشناختی، نقش خودکارآمدی را در استعمال سیگار، کاهش، پرهیز و یا ترک آن مورد بررسی قرار دهد، وجود ندارد و این مؤلفه در کنار عوامل دیگر بررسی شده است. برای مثال جعفری، شهیدی و عابدین (۱۳۸۸) در پژوهشی با موضوع اثربخشی درمان‌های فرا-نظری و شناختی- رفتاری بر بهبود خودکارآمدی پرهیز در نوجوانان پسر وابسته به مواد، پرسشنامه سنجش میزان خودکارآمدی پرهیز از مواد^۴ (مارتین گلن، ۱۹۹۲) را برای جامعه ایرانی اعتباریابی کرده‌اند. این پرسشنامه که برای افراد بین سنین ۱۶ تا ۳۰ ساله ساخته شده است، ۲۰ سؤال داشته و توانایی اجتناب از موقعیت‌های هیجانی، اجتماعی و سوگ برانگیزاننده مصرف را می‌سنجد. با توجه به این که در ایران به نقش خودکارآمدی در رابطه با پرهیز از مصرف سیگار در تحقیقات، جداگانه پرداخته نشده است، هدف پژوهش حاضر ساخت و اعتباریابی مقیاسی در زمینه خودکارآمدی پرهیز از سیگار در موقعیت‌هایی بود که احتمال روی آوردن به مصرف آن برای افراد پیش‌بینی می‌شود. دو سؤال اصلی پژوهش عبارتند از: (۱) پایایی مقیاس خودکارآمدی پرهیز از سیگار در میان دانشجویان پسر سیگاری دانشگاه بیرجند

¹ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence

² Etter, Bergman, Humair, & Perneger

³ Leung, Chon, lau & et al

⁴ Drug Abstinence Self-Efficacy Scale (ASES)

چگونه است؟، و ۲) روایی مقیاس خودکارآمدی پرهیز از سیگار در میان دانشجویان پسر سیگاری دانشگاه بیرجند چگونه است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌برداری

بر مبنای هدف اصلی، این پژوهش بر اساس داده‌های خودگزارش‌دهی انجام شده است. روش پژوهش از نوع تجزیه و تحلیل داده‌های روانسنجی می‌باشد. همچنین پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی، و از نظر روش جمع‌آوری داده‌ها از نوع همبستگی است. نمونه پژوهش ۲۰۰ دانشجویان پسر سیگاری دانشگاه بیرجند با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند (تصادفی خوشه‌ای یک مرحله‌ای) بودند.

ساخت ابزار

برای ساخت مقیاس از دو منبع اطلاعاتی استفاده شده است. ابتدا با مروری بر متون پژوهشی، کلیه موقعیت‌هایی که احتمال مصرف سیگار در آن موقعیت‌ها وجود داشت (از جمله: حالات روانی، فیزیولوژیکی، محیطی و ...) شناسایی شد در این قسمت از منابعی (نظیر: کوییلاند و براندن، ۲۰۰۰؛ تامز، ۱۹۹۹؛ مومو و همکاران، ۲۰۰۸؛ ازکمپ، ۱۳۷۰؛ لونتال و کلیری، ۱۹۸۰؛ آندا و همکاران، ۱۹۹۰؛ چانگ و همکاران، ۲۰۰۶؛ باردمن و همکاران، ۲۰۰۵؛ نورانی پور، ۱۳۸۳؛ پرویزی و همکاران، ۱۳۸۳؛ محمدخانی، ۱۳۸۶؛ سهرابی، ۱۳۶۹؛ وفایی و شهمفر، ۱۳۸۳ و ...) استفاده به‌عمل آمده است. در مرحله بعد، با استفاده از برخی پرسشنامه‌های مربوط به خودکارآمدی پرهیز از مواد و سیگار، سؤالات پرسشنامه مقدماتی تهیه شد. این پرسشنامه‌ها عبارتند بودند از: (۱) پرسشنامه ۷۵ سؤالی خودکارآمدی پرهیز از سیگار در موقعیت‌های مختلف (والتنی و همکاران، ۲۰۰۱)، (۲) پرسشنامه ۱۶ سؤالی خودکارآمدی به-عنوان یک عامل پیش‌بینی کننده ترک سیگار (بدر و مودی، ۲۰۰۵)، (۳) پرسشنامه ۱۲ سؤالی خودکارآمدی سیگار (لیونگ و همکاران، ۲۰۰۸)، و (۴) پرسشنامه خودکارآمدی پرهیز از مواد (مارتین کلمن، ۱۹۹۲؛ جعفری و همکاران، ۱۳۸۸). سؤالات این پرسشنامه‌ها با همکاری دو نفر از اساتید رشته مترجمی زبان و یک استاد روانشناسی مسلط به زبان انگلیسی، متناسب با شرایط فرهنگی و اجتماعی جامعه فارسی ترجمه شدند. مجموعه اطلاعات به‌دست آمده از این منابع، به ۱۰۰ سؤال تبدیل، و سپس سؤالات دارای محتوای مشابه تا حدودی حذف و ۶۸ سؤال استخراج شد. سپس با انجام یک پژوهش مقدماتی، پرسشنامه ۶۸ سؤالی به‌گروهی از دانشجویان پسر سیگاری داده شد و از آن‌ها خواسته شد در حین پاسخگویی، سؤالات مبهم، نارسا و تکراری را مشخص کنند. پس از آن با توجه به نظر دانشجویان و بازنگری‌های بعدی در جهت افزایش روایی محتوایی (صوری)، پرسشنامه مذکور از طریق استادان گروه روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه بیرجند و چند نفر از متخصصان حوزه اعتیاد در شهر بیرجند، مورد

بازبینی قرار گرفت. در نهایت بر اساس نظر این متخصصان، ۵۲ سؤال برای مرحله بعد انتخاب شدند. در ادامه، موقعیت‌های احتمال مصرف سیگار شناسایی، و براساس آن سؤالات پرسشنامه ۵۲ سؤالی در ۲ بعد (درونی و بیرونی) و ۸ مؤلفه (عواطف مثبت، عواطف منفی، هیجانات، آرمیدگی، روابط بین فردی، موقعیت‌های حرفه‌ای، مکانی و موقعیت‌های محدود ساز کشیدن سیگار) تنظیم شدند. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه با طرح این سؤال که: چقدر مطمئن هستم که می‌توانم در مقابل وسوسه کشیدن سیگار مقاومت کنم، وقتی ...؟، به صورت لیکرتی در ۵ گزینه (اصلاً مطمئن نیستم تا کاملاً مطمئنم) با نمره ۱ تا ۵ برای هر سؤال در نظر گرفته شده است. نمره خودکارآمدی پرهیز از سیگار فرد پاسخ دهنده، از مجموع این ۵۲ سؤال حاصل می‌شود که دامنه آن بین ۵۲ تا ۲۶۰ متغیر است و نمره معکوس وجود ندارد. سؤالات ۱ تا ۸ بعد درونی و مؤلفه عواطف مثبت، ۹ تا ۲۱ بعد درونی و مؤلفه عواطف منفی، ۲۲ تا ۲۵ بعد درونی و مؤلفه آرمیدگی، ۲۶ تا ۳۰ بعد درونی و مؤلفه هیجانات، ۳۱ تا ۳۷ و همچنین ۳۸ تا ۴۳ بعد بیرونی و مؤلفه روابط بین فردی، ۳۸ و ۳۹ بعد بیرونی و مؤلفه موقعیت حرفه‌ای، ۴۴ تا ۵۰ بعد بیرونی و مؤلفه موقعیت‌های مکانی، و در نهایت ۵۱ و ۵۲ بعد بیرونی و مؤلفه موقعیت‌های محدود ساز کشیدن سیگار را اندازه‌گیری می‌کنند. اجرای این مقیاس به صورت خود اجرایی و از نوع مداد- کاغذی می‌باشد. همچنین زمان برای پاسخگویی منظور نشده است.

جهت سنجش روایی با روش روایی همزمان از پرسشنامه باورهای خودکارآمدی عمومی نیز استفاده شده است. مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی (GSE) که در سال ۱۹۷۹ توسط جرسلم و اسکارز به- زبان آلمانی طراحی شده است، به ۲۶ زبان زنده دنیا ترجمه شده است. همچنین در سال ۱۹۹۶، توسط نظامی، جرسلم و اسکارز به فارسی ترجمه شده است (رجبی، ۱۳۸۵). این مقیاس از نوع مداد کاغذی و مبتنی بر خودگزارش دهی است که هدف اصلی آن سنجش یک احساس عمومی از خودکارآمدی ادراک شده است. این مقیاس شامل ۱۰ گویه مثبت است که برای هر ماده چهار پاسخ در نظر گرفته شده است. شیوه نمره‌گذاری به صورت لیکرت با چهار گزینه (اصلاً صحیح نیست تا کاملاً صحیح است)، و نمره ۱ تا ۴ برای هر آیتام انجام می‌گیرد. نمره خودکارآمدی فرد از مجموع نمرات ۱۰ ماده حاصل می‌شود که دامنه آن بین ۱۰ تا ۴۰ است. این مقیاس برای سنجش خودکارآمدی اشخاص بالاتر از ۱۲ سال مناسب است (فکوری، ۱۳۸۸). این مقیاس در فرهنگ‌های مختلفی از نظر روایی و پایایی ارزیابی شده است (جرسلم و اسکارز، ۱۹۹۲؛ به نقل از فکوری، ۱۳۸۸).

اجرا

بعد از تهیه پرسشنامه ۵۲ سؤالی و تأیید از سوی ارزیابان، این پرسشنامه در بین ۳۰ نفر از دانشجویان سیگاری به عنوان اجرای مقدماتی اجرا شد. در مرحله بعد، پس از تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از اجرای مقدماتی، اجرای اصلی بر روی ۲۰۰ نفر از دانشجویان سیگاری با استفاده از روش نمونه‌گیری

تصادفی خوشه ای یک مرحله ای انجام شد، به این صورت که ۲۰۰ پرسشنامه خودکارآمدی پرهیز از سیگار و ۲۰۰ پرسشنامه باورهای خودکارآمدی عمومی در میان افراد نمونه توزیع شد. در جریان نمونه گیری از دانشکده‌های مختلف در سطح دانشگاه بیرجند، ابتدا افراد سیگاری شناسایی، و سپس از آنان خواسته شد تا پرسشنامه‌های مذکور را جواب دهند.

برای سنجش روایی مقیاس از روش تحلیل عاملی (تحلیل عاملی اکتشافی به روش چرخش واریماکس)، روش روایی همزمان و همچنین با استفاده از نرم افزار لیزرل و بر اساس شاخص‌های اصلاحی پیشنهادی از طرف لیزرل از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شده است. برای سنجش پایایی مقیاس از روش آماری ضریب آلفای کرونباخ و تحلیل گزینه‌ها استفاده شده است.

یافته‌ها

بررسی پایایی. برای تعیین پایایی مقیاس خودکارآمدی پرهیز از سیگار، همبستگی نمره میانگین هر یک از سؤال‌ها با میانگین کل مقیاس و همچنین همراه با میانگین و انحراف معیار هر یک از سؤال‌ها محاسبه گردید. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۶ و میانگین کل سئوال‌ها با یکدیگر ۰/۱۴۳ می‌باشد.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد هر مؤلفه و عامل و همبستگی هر مؤلفه با عامل مورد نظر

مؤلفه	میانگین	انحراف استاندارد	همبستگی مؤلفه با عامل	عامل	میانگین	انحراف استاندارد	
عواطف مثبت	۲/۷۱	-/۸۵۸	۰/۷۲۴	عواطف منفی	۲/۷۸	-/۷۳۲	
عواطف منفی	۲/۷۲	-/۸۸۹			۲/۷۴	آرمیدگی	-/۸۸۹
هیجانان	۲/۸۱	-/۸۳۴			۲/۷۴	هیجانان	-/۸۳۴
بین فردی	۲/۸۲	-/۷۴۶			۲/۷۴	بین فردی	-/۷۴۶
موقعیت حرفه‌ای	۲/۱۷	۱/۰۲	۰/۷۱۳	موقعیت مکانی	۲/۷۸	/۸۳۰	
موقعیت مکانی	۲/۷۸	/۸۳۰			۲/۸۰	موقعیت مکانی	/۸۳۰
موقعیت محدودساز	۲/۹۲	۱/۰۶۹			۲/۸۰	موقعیت محدودساز	۱/۰۶۹
					۲/۸۰		

** p≤0/01

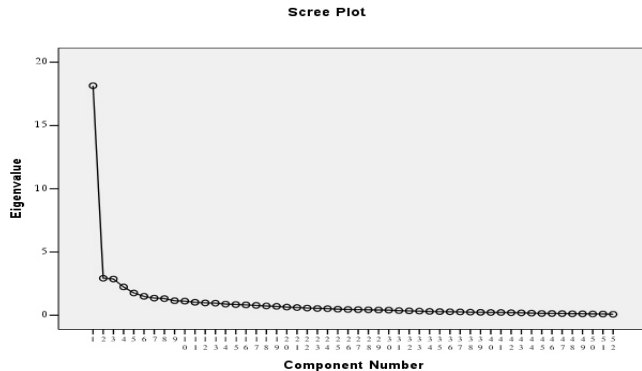
بررسی روایی. برای تعیین روایی مقیاس، از تحلیل عوامل استفاده شد. نتایج کفایت نمونه ($KMO=0/۸۹$) و آزمون کرویت بارتلت ($p=0/۰۰۰۱$) ۴۷۸۹ به دست آمد. در ادامه با عدد یک در محور مایل جدول ضریب همبستگی و پس از ۳ بار محاسبه، ۱۱ عامل استخراج شد. میزان اشتراک واقعی هر سؤال در جدول ۲ ارائه شده است.

ساخت و اعتباریابی مقیاس خودکارآمدی پرهیز از سیگار

جدول ۲: میزان اشتراک واقعی هر سؤال پس از کسر واریانس اختصاصی و خطا

اشتراک			اشتراک		
سؤال	میزان اشتراک	اشتراک واقعی	سؤال	میزان اشتراک	اشتراک واقعی
۲۷	۱/۰۰۰	-۰/۶۸۴	۱	۱/۰۰۰	-۰/۷۶۷
۲۸	۱/۰۰۰	-۰/۷۱۳	۲	۱/۰۰۰	-۰/۶۹۰
۲۹	۱/۰۰۰	-۰/۷۴۱	۳	۱/۰۰۰	-۰/۷۶۲
۳۰	۱/۰۰۰	-۰/۵۵۷	۴	۱/۰۰۰	-۰/۶۹۶
۳۱	۱/۰۰۰	-۰/۶۳۶	۵	۱/۰۰۰	-۰/۶۹۵
۳۲	۱/۰۰۰	-۰/۷۷۵	۶	۱/۰۰۰	-۰/۶۵۵
۳۳	۱/۰۰۰	-۰/۷۰۹	۷	۱/۰۰۰	-۰/۵۵۷
۳۴	۱/۰۰۰	-۰/۶۴۸	۸	۱/۰۰۰	-۰/۶۳۱
۳۵	۱/۰۰۰	-۰/۷۳۷	۹	۱/۰۰۰	-۰/۷۰۷
۳۶	۱/۰۰۰	-۰/۶۵۱	۱۰	۱/۰۰۰	-۰/۶۱۳
۳۷	۱/۰۰۰	-۰/۶۸۵	۱۱	۱/۰۰۰	-۰/۶۵۶
۳۸	۱/۰۰۰	-۰/۶۸۲	۱۲	۱/۰۰۰	-۰/۷۰۶
۳۹	۱/۰۰۰	-۰/۷۷۲	۱۳	۱/۰۰۰	-۰/۶۹۲
۴۰	۱/۰۰۰	-۰/۶۸۹	۱۴	۱/۰۰۰	-۰/۵۴۹
۴۱	۱/۰۰۰	-۰/۷۳۷	۱۵	۱/۰۰۰	-۰/۵۶۰
۴۲	۱/۰۰۰	-۰/۶۸۷	۱۶	۱/۰۰۰	-۰/۷۲۰
۴۳	۱/۰۰۰	-۰/۵۹۸	۱۷	۱/۰۰۰	-۰/۷۰۰
۴۴	۱/۰۰۰	-۰/۶۷۱	۱۸	۱/۰۰۰	-۰/۶۰۵
۴۵	۱/۰۰۰	-۰/۷۱۷	۱۹	۱/۰۰۰	-۰/۶۹۵
۴۶	۱/۰۰۰	-۰/۶۶۰	۲۰	۱/۰۰۰	-۰/۸۱۰
۴۷	۱/۰۰۰	-۰/۵۷۵	۲۱	۱/۰۰۰	-۰/۶۷۰
۴۸	۱/۰۰۰	-۰/۷۳۷	۲۲	۱/۰۰۰	-۰/۵۷۴
۴۹	۱/۰۰۰	-۰/۷۵۰	۲۳	۱/۰۰۰	-۰/۶۸۴
۵۰	۱/۰۰۰	-۰/۷۴۷	۲۴	۱/۰۰۰	-۰/۶۸۶
۵۱	۱/۰۰۰	-۰/۶۳۵	۲۵	۱/۰۰۰	-۰/۶۸۲
۵۲	۱/۰۰۰	-۰/۷۳۰	۲۶	۱/۰۰۰	-۰/۶۷۱

بر اساس آزمون اسکری برای نمودار ویژه ارزش‌ها مقادیر ارزش ویژه عامل‌های ۱ تا ۱۱ در بالای خط و مقادیر ۱۲ تا ۵۲ در زیر خط قرار گرفتند (نمودار ۱).



نمودار ۱: نمودار اسکری جهت تعیین عوامل احتمال استخراج شده

در ادامه به دلیل نمره بالای آلفای کرونباخ (۰/۹۶) و اینکه عملاً امکان حذف سؤال ممکن نبود، برای هر سؤال، توزیع فراوانی، درصد فراوانی هر سؤال در گزینه‌های جواب بر اساس مقیاس لیکرتی، میانگین و انحراف استاندارد هر سؤال، ضریب کشیدگی و چولگی، همبستگی هر سؤال با عامل و مؤلفه‌های مورد نظر محاسبه شدند. در نهایت با توجه به تحلیل گزینه‌ها بر اساس ملاک شهودی و صرفاً از روی محاسبه بالا یا پایین بودن همبستگی سؤالات با عامل‌های موردنظر (۰/۶۰)، ۲۳ سؤال برای ادامه محاسبه روایی و پایایی باقی ماندند. در ادامه با استفاده از نرم افزار لیزرل، تحلیل عاملی تأییدی برای روایی این سؤالات و محاسبه آلفای کرونباخ برای پایایی انجام شد.

استخراج مدل ۲ عاملی برای نهایی کردن سؤالات مقیاس بر اساس تحلیل عاملی تأییدی:

بر اساس شاخص‌های اصلاحی مورد استفاده با لیزرل، از بین سؤالات باقی مانده (۲۳ سؤال)، ۴ مدل (سه مدل تک عاملی و یک مدل دو عاملی) به دست آمد. مدل اول: بر اساس سؤالات انتخابی برای باقی ماندن در مقیاس با ۹ سؤال؛ مدل دوم: بر اساس سؤالات انتخابی برای حذف از طریق لیزرل با ۹ سؤال؛ مدل سوم: از ترکیب مدل اول و دوم بر اساس محاسبات خود لیزرل با ۱۴ سؤال؛ و مدل چهارم: مدلی ۲ عاملی که عامل اول از بین سؤالات با همبستگی بالا با عامل مورد نظر که در مدل ۱ استخراج شدند (با

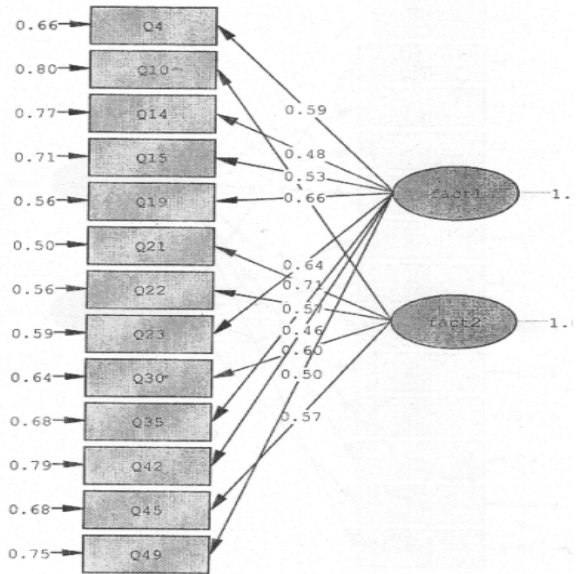
ساخت و اعتباریابی مقیاس خودکارآمدی پرهیز از سیگار

۸ سؤال) و عامل دوم از بین سؤالات انتخاب شده برای حذف که در مدل ۲ استخراج شدند (با ۵ سؤال).
نتایج ماتریس کوواریانس برای مدل ۲ در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: ماتریس کوواریانس سؤالات برای مدل ۲ عاملی

	۴	۱۰	۱۴	۱۵	۱۹	۲۱	۲۲	۲۳	۳۰	۳۵	۴۲	۴۵	۴۹
۴	۱/۴۵												
۱۰	-۱/۳۶	۱/۳۴											
۱۴	-۱/۴۴	-۱/۴۴	۱/۴۴										
۱۵	-۱/۵۲	-۱/۴۹	-۱/۴۵	۱/۵۲									
۱۹	-۱/۵۹	-۱/۲۹	-۱/۴۰	-۱/۵۷	۱/۴۱								
۲۱	-۱/۵۶	-۱/۳۵	-۱/۳۳	-۱/۳۸	-۱/۶۱	۱/۲۲							
۲۲	-۱/۶۴	-۱/۴۱	-۱/۲۸	-۱/۵۴	-۱/۵۹	-۱/۶۵	۱/۵۴						
۲۳	-۱/۴۸	-۱/۴۳	-۱/۴۹	-۱/۵۱	-۱/۶۳	-۱/۴۸	-۱/۵۹	۱/۳۹					
۳۰	-۱/۳۷	-۱/۳۸	-۱/۴۳	-۱/۳۹	-۱/۴۶	-۱/۵۰	-۱/۵۸	-۱/۴۳	۱/۳۰				
۳۵	-۱/۴۹	-۱/۲۲	-۱/۳۶	-۱/۳۴	-۱/۵۵	-۱/۵۳	-۱/۵۹	-۱/۶۳	-۱/۳۸	۱/۶۰			
۴۲	-۱/۲۵	-۱/۲۰	-۱/۲۹	-۱/۳۶	-۱/۴۲	-۱/۴۳	-۱/۳۱	-۱/۳۷	-۱/۳۹	-۱/۴۲	۱/۳۱		
۴۵	-۱/۳۷	-۱/۳۹	-۱/۴۸	-۱/۳۱	-۱/۳۳	-۱/۵۷	-۱/۵۴	-۱/۳۴	-۱/۵۳	-۱/۵۰	-۱/۳۱	۱/۴۰	
۴۹	-۱/۳۶	-۱/۲۷	-۱/۲۴	-۱/۳۰	-۱/۴۲	-۱/۵۱	-۱/۳۴	-۱/۳۹	-۱/۴۵	-۱/۴۵	-۱/۴۴	-۱/۳۹	۱/۳۵

اطلاعات نمودار ۲ نشان می‌دهد که مدل با داده‌ها، برازش کامل دارد و لیزرل هیچ‌گونه شاخص اصلاحی دیگری را نشان نداده است.



Chi-Square=82.82, df=64, P-value=0.05687, RMSEA=0.038

نمودار ۲: مدل دو عاملی: راه حل استاندارد شده (بتا)

ضرایب مسیر از عامل خودکارآمدی پرهیز به هر کدام از سوالات این مقیاس همراه با ارزش‌های تی و ضرایب تعیین در جدول ۴ نشان داده شده است.

ساخت و اعتباریابی مقیاس خودکارآمدی پرهیز از سیگار

جدول ۴: تفسیر مدل دو عاملی

سؤال	(R ²)	ارزش‌های تی	ارزش‌های بتا	خطای استاندارد
۴	۰/۳۴	۸/۳۷	۰/۵۹	۰/۶۶
۱۰	۰/۲۰	۵/۹۵	۰/۶۶	۰/۸۰
۱۴	۰/۲۳	۶/۵۸	۰/۴۸	۰/۷۷
۱۵	۰/۲۹	۷/۵۱	۰/۵۳	۰/۷۱
۱۹	۰/۴۴	۹/۷۸	۰/۶۶	۰/۵۶
۲۱	۰/۵۰	۱۰/۴۷	۰/۷۱	۰/۵۰
۲۲	۰/۴۴	۹/۶۰	۰/۵۷	۰/۵۶
۲۳	۰/۴۱	۹/۳۳	۰/۶۴	۰/۵۹
۳۰	۰/۳۶	۸/۵۳	۰/۶۰	۰/۶۴
۳۵	۰/۳۲	۷/۹۸	۰/۵۱	۰/۶۸
۴۲	۰/۲۱	۶/۳۲	۰/۴۶	۰/۷۹
۴۵	۰/۳۲	۷/۹۲	۰/۵۷	۰/۶۸
۴۹	۰/۲۵	۶/۸۶	۰/۵۰	۰/۷۵

اطلاعات این جدول نشان می‌دهد که بالاترین R² (۰/۵۰)، بیشترین ارزش بتا (۰/۷۱) و کمترین میزان خطا (۰/۵۰) مربوط به سؤال ۲۱ می‌باشد. از سوی دیگر، مقدار RMSEA (p=۰/۰۵، df=۶۴، Ch-Square=۸۲/۸۲، RMSEA=۰/۰۳۸) نشان داد مدل چهارم از برازش مناسبی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ بین سوالات عامل اول این مدل (۸ سؤال) نیز ضریب ۰/۷۸۴ را نشان می‌دهد. همبستگی هر یک از سوالات انتخابی برای عامل اول با نمره کل نیز در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵: همبستگی هر یک از سوالات انتخابی عامل اول با نمره کل

سوالات	میانگین مقیاس با حذف		همبستگی با نمره کل	
	سؤال	سؤال	سؤال	سؤال
۴	۱۹/۲۶	۲۸/۴۶	۰/۵۱۰	۰/۷۵۷
۱۴	۱۹/۱۰	۲۹/۵۲	۰/۴۳۱	۰/۷۷۰
۱۵	۱۹/۰۶	۲۸/۹۲	۰/۴۶۹	۰/۷۶۴
۱۹	۱۹/۶۲	۲۷/۹۸	۰/۵۸۳	۰/۷۴۵
۲۳	۱۹/۱۸	۲۷/۹۰	۰/۵۸۳	۰/۷۴۵
۳۵	۱۹/۰۴	۲۸/۴۴	۰/۴۸۶	۰/۷۶۱
۴۲	۱۹/۳۲	۳۰/۰۷	۰/۴۱۶	۰/۷۷۲
۴۹	۱۹/۱۵	۲۹/۸۶	۰/۴۲۷	۰/۷۷۰

ضریب آلفای کرونباخ برای ۵ سؤال عامل دوم نیز ۰/۷۳ به دست آمد که نشان می‌دهد پایایی عامل دوم در حد مطلوبی است. همبستگی هر یک از سوالات انتخابی برای عامل دوم با نمره کل نیز در جدول

۶ نشان داده شده است. اطلاعات این جدول نشان می‌دهد که ضریب آلفای کرونباخ برای ۵ سؤال (۰/۷۸) بوده و ضریب پایایی آلفای کرونباخ در صورت حذف سؤال نیز در حد مطلوبی می‌باشد.

جدول ۶: همبستگی هر یک از سؤالات انتخابی عامل دوم با نمره کل

سؤالات	میانگین مقیاس با حذف سؤال	واریانس مقیاس با حذف سؤال	همبستگی با نمره کل	آلفای کرونباخ با حذف سؤال
۱۰	۱۰/۶۷	۱۲/۰۱	-۰/۳۷۳	۰/۷۲۸
۲۱	۱۰/۷۹	۱۱/۰۴	-۰/۵۴۸	۰/۶۶۳
۲۲	۱۰/۸۴	۱۰/۵۳	-۰/۵۳۴	۰/۶۶۷
۳۰	۱۰/۶۸	۱۱/۱۰	-۰/۵۰۸	۰/۶۷۸
۴۵	۱۰/۷۵	۱۱/۰۲	-۰/۴۹۷	۰/۶۸۲

روایی همزمان. برای بررسی روایی همزمان، همبستگی مقیاس ۱۳ سؤالی خودکارآمدی پرهیز از سیگار با پرسشنامه باورهای خودکارآمدی عمومی محاسبه، و نتایج نشان داد بین پرسشنامه خودکارآمدی پرهیز از سیگار ($M=۰/۷۱۴$ و $SD=۰/۲۷۲$) و پرسشنامه باورهای خودکارآمدی عمومی برابر ($M=۰/۶۶۸$ و $SD=۰/۰۰۰۱$) رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ($r=۰/۲۷۸$ ، $t=۱۷۳$ ، $p=۰/۰۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف ساخت و اعتباریابی مقیاس خودکارآمدی پرهیز از سیگار انجام شد. برای این منظور، بر اساس مطالعه منابع و پیشینه مورد نیاز، ابتدا موقعیت‌هایی را که امکان مصرف سیگار برای افراد وجود دارد، شناسایی و با الگوبرداری از ۴ پرسشنامه مرتبط، ابعاد و مؤلفه‌هایی برای مقیاس طراحی شد. ۲ بعد درونی و بیرونی و ۸ مؤلفه مرتبط با هر بعد سؤالاتی را به خود اختصاص دادند که در نهایت ۵۲ سؤال را در بر گرفت. در جریان بررسی روایی مقیاس با روش بررسی اعتبار همزمان، ارتباط بین مقیاس خودکارآمدی پرهیز از سیگار با پرسشنامه باورهای خودکارآمدی عمومی مثبت و معنی‌دار بود، اما شدت این ارتباط کم بود. شاید بتوان یکی از دلایل این مسئله را این دانست که در پرسشنامه باورهای خودکارآمدی عمومی جملات، مثبت و نشان دهنده توانمندی افراد در هر گویه بوده، در حالی که در پرسشنامه خودکارآمدی پرهیز از سیگار سؤالات با پیش فرض سیگاری بودن افراد و با مطرح کردن این سؤال که چقدر مطمئن هستم که می‌توانم در مقابل وسوسه کشیدن سیگار مقاومت کنم، وقتی که...؟، ذهنیت منفی را به‌طور ناخودآگاه در پاسخ‌دهنده ایجاد می‌کرد که در مقابل هر سؤال خودکارآمدی خود را بیش از آنچه هست، ارزیابی کند. پس از محاسبه آلفای کرونباخ (۰/۹۶) که بالا بود و امکان حذف سؤال وجود نداشت، روش تحلیل گزینه‌ها انتخاب شد. به دلیل همبستگی معنی‌دار همه سؤالات با نمره کل مؤلفه‌ها - درونی و بیرونی - برای حذف سؤالات از ملاک شهودی استفاده شد (همبستگی‌های زیر ۰/۶۸

برای حذف سؤال در نظر گرفته شد) و بر این اساس ۲۳ سؤال شناسایی شد. همین تعداد سؤال وقتی با تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد، به حدود ۹ سؤال کاهش یافته و سه مدل بعدی صرفاً جنبه اکتشافی داشته و برای شناسایی آنها حتی از سؤالاتی استفاده شده که در مرحله اول کنار گذاشته شده‌اند. در نهایت یک مقیاس دو عاملی با ۱۳ سؤال استخراج شد، که از نظر پایایی و روایی مطلوب گزارش شده است. در ادامه بررسی روایی سؤالات بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی نیز، ابتدا ۱۱ عامل که بیشترین ارزش ویژه را روی عامل ۱ داشتند، استخراج شد که نشان داد گویه‌ها از ۱۱ عامل با ارزش ویژه بالاتر از ۱ اشباع شده‌اند که بیشترین بار عاملی روی عامل یک بود. این مسئله روند کار تجزیه و تحلیل را به طرف انجام محاسبه با نرم افزار لیزرل جهت داد. بر این اساس ۴ مدل استخراج شد؛ مدل اول: سؤالات انتخابی برای باقی‌ماندن در پرسشنامه، مدل دوم: سؤالات انتخابی برای حذف، مدل سوم: ترکیبی از سؤالات انتخابی و سؤالات حذفی، و مدل چهارم که مناسب‌ترین سؤالات در مدل چهارم ۱۳ سؤال بود که گزینشی از تمام ابعاد و مؤلفه‌های موردنظر بودند. سؤال شماره ۴ (در بعد درونی و مؤلفه عواطف مثبت)، سؤال شماره ۱۰، ۱۴، ۱۵، ۱۹ و ۲۱ (در بعد درونی و مؤلفه عواطف منفی)، سؤال شماره ۲۲ و ۲۳ (در بعد درونی و مؤلفه آرمیدگی)، سؤال شماره ۳۰ (در بعد درونی و مؤلفه هیجانات)، سؤال شماره ۳۵ و ۴۲ (در بعد بیرونی و مؤلفه بین فردی) و نهایتاً سؤال شماره ۴۵ و ۴۹ (در بعد بیرونی و مؤلفه موقعیت مکانی) سؤالات نهایی مقیاس خودکارآمدی پرهیز از سیگار بودند که پایایی و روایی آن در این پژوهش مناسب ارزیابی شد. امروزه نقش و اهمیت باورها و تصورات افراد از توانایی‌های خود در جنبه‌های مختلف زندگی بیش از پیش روشن گردیده است. لذا با توجه به اهمیت این مسئله و در راستای این طرح پژوهشی پیشنهادات کاربردی و پژوهشی زیر ارائه می‌شود:

۱. بررسی روایی همزمان این مقیاس با مقیاس‌های دیگر
۲. بررسی اعتبار پرسشنامه در گروه‌های غیر دانشجویی
۳. وارد کردن متغیر جنسیت برای کارهای آتی مشابه این پژوهش

منابع

- آریان پور، م.، بهادری، م.، امامی، ح.، حیدری، غ.، آریان، م. ر. و مسجدی، م. ر. (۱۳۸۶). پیش بینی ترک سیگار بر اساس آزمون فاگشتروم. *مجله پزشکی هرمزگان*، ۱۱(۴)، ۲۹۵-۲۵۳.
- جعفری، م.، شهیدی، ش. و عابدین، ع. (۱۳۸۸). مقایسه اثر بخشی درمان های فرا نظری و شناختی - رفتاری بر بهبود خودکارآمدی پرهیز در نوجوانان پسر وابسته به مواد. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۷(۱)، ۱۲-۱.
- حاجیان، ک. ا.، خیرخواه، ف. و حبیبی، م. (۱۳۹۰). فراوانی رفتارهای پرخطر سلامتی در دانشجویان دانشگاه های بابل طی سال ۱۳۸۸. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۳(۲)، ۶۱-۵۳.
- فکوری، ز. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین باورهای خودکارآمدی عمومی و مهارت‌های مقابله‌ای با سلامت روان دانشجویان معلمان زن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد برنامه ریزی آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی بوشهر.

رجبی، غ. (۱۳۸۵). بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی در دانشجویان روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی شهید چمران اهواز و دانشگاه آزاد مرودشت. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۳(۲ و ۱)، ۱۲۲-۱۱۱. کان، و. و دوبلاش، ج. (۲۰۰۱). الکل، دارو و وابستگی (اعتیاد). ترجمه: نصرت‌الله پورافکاری، ۱۳۸۵. تبریز: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز.

مجیدپور، ع، حمیلزاده اربابی، ی، عباس‌قلی‌زاده، ن. و صالحی، ا. (۱۳۸۴). میزان شیوع و علل گرایش به مصرف سیگار در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۵(۱۷)، ۲۶۶-۲۷۱.

نورانی پور، ر. ا. (۱۳۸۳). بررسی علل اعتیاد به مواد تغییر دهنده خلق و رفتار و روشهای مؤثر و کارآمد مشاوره اعتیاد. *فصلنامه سوء مصرف مواد*، ۳(۶).

Reference

- Badr, H.E., & Moody, P. M. (2005). Self-Efficacy : A Predictor for Smoking Cessation Contemplators in Kuwaiti Adults. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 273-277.
- Boardman, T., Catley, D., Mayo, M. S., & Alhuwalia, J. S. (2005). Self-Efficacy and Motivation to Quit During Participation in a Smoking Cessation Program. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 266-272.
- Chang, F. C., Lee, C. M., Lai, H. R., Chiang, J. T. Lee, P. H., & Chen, W. J. (2006). Social influences and self- efficacy as predictors of youth smoking initiation and cessation : a 3-year longitudinal study of vocational high school students in Taiwan. *Addiction*, 101, 1645-1655.
- Copeland, A., & Branden, T. H. (2000). Testing the causal role of the expectancies in smoking motivation and behavior. *Journal of Addictive Behaviors*, 25 (V), 3, 445-449.
- Etter, J., Bergman, M. M., Humair, J., & Perneger, T. V. (2000). Development and validation of a scale measuring self-efficacy of current and former smokers. *Addiction*, 95, 901-913.
- Gwaltney, C. H., Shiffman, S., & Norman, G. J. (2001). Does Smoking Abstinence Self-Efficacy Vary Across Situation? Identifying Context-Specificity Within the Relapse Situation Efficacy Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 516-627.
- Lawrance, L. (1989). Validation of a Self-Efficacy Scale to Predict Adolescent Smoking. *Health Education Research*, 14, 351-360.
- Leung, Y.P., Chon, S.C., Lau, C.P., Wong, V., & Lam, T.H. (2008). An evaluation of the psychometric properties of the smoking self-efficacy questionnaire (SEQ-12) among Chinese cardiac patients who smoke. *Nicotine & Tobacco Research*, 10, 1311-1318.
- Momoh, S.O., Imhond, H.O., & Omagbe, E. (2008). The role of Gender, self- Studi-efficacy, Age and Extroversion on Smoking Behaviour among Ambrose Alli University Students, Ekpoma, Nigeria. *Journal of International Womens Studi- Es*, 10, 134-140.
- Wong, C. J., Anthony, S., Sigmon, S. C., Mongeon, J. A., Badger, G. G., & Higgins, S. T. (2004). Examining Interrelationships Between Abstinence and Coping Self-Efficacy in Cocaine-Dependent Outpatients. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 21, 190-199.