

مقایسه باورهای فراشناختی و تحمل ابهام در افراد معتاد، سیگاری و عادی

تاریخ دریافت: ۹۰/۶/۱۹

تاریخ پذیرش: ۹۰/۹/۲۱

محسن احمدی طهورسلطانی*، محمود نجفی**

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه باورهای فراشناختی و تحمل ابهام در افراد معتاد، سیگاری و عادی انجام شد. **روش:** روش پژوهش حاضر پس رویدادی بود. نمونه‌ی پژوهش شامل ۱۲۰ آزمودنی (۴۰ نفر معتاد، ۴۰ نفر سیگاری و ۴۰ نفر عادی) بود که گروه معتاد آن افرادی بودند که طی بهار ۱۳۸۸ به مرکز معتادین خود معرف همدان مراجعه کردند و دو گروه افراد عادی و سیگاری نیز به صورت نمونه گیری در دسترس در سطح شهر انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات عبارت بود از پرسشنامه‌ی فراشناخت کارت رایت- هاتن و ولز و مقیاس تحمل ابهام ریدل- روزن. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس یک‌راهه تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین نمره کلی باورهای فراشناختی افراد معتاد با دو گروه دیگر تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میزان تحمل ابهام افراد معتاد نسبت به دو گروه دیگر پایین‌تر بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که باورهای فراشناختی مختل‌تر و تحمل ابهام پایین به عنوان دو عامل روان‌شناختی مهم در پیش بینی گرایش افراد به مصرف مواد عمل می‌کنند و توجه به آنها می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از سوء مصرف مواد داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: فراشناخت، باورهای فراشناختی، تحمل ابهام، معتاد، سیگاری

mahmadi_1362@yahoo.com

* نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران

najafy2001ir@yahoo.com

** استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

یکی از موضوع‌های اساسی در ارتباط با سلامت جوانان، مصرف مواد است. سوء مصرف مواد در جوانان مسائل چندی در سلامتی و بهزیستی آنان از قبیل آسیب و مرگ از طریق خشونت بین فردی، تصادفات جاده‌ای، رفتارهای پر خطر، ابتلا به بیماری‌هایی چون ایدز و مسائل و مشکلات تحصیلی را افزایش می‌دهد [۱، ۲]. علیرغم تلاش‌هایی که در مورد سبب شناسی مصرف مواد صورت گرفته است، باید متذکر شد افرادی که دچار سوء مصرف مواد هستند در یک الگوی خاص روانی و اجتماعی قرار نمی‌گیرند بلکه این پدیده نتیجه‌ی تعامل عوامل مختلف و متعدد است. از این رو هر یک از نظریه‌هایی که در این باره مطرح شده‌اند تنها بخشی از این پدیده را مورد بررسی قرار داده‌اند. در بین عوامل تعیین کننده گرایش به مصرف مواد، متغیرهای روان‌شناختی از اهمیت خاصی برخوردار است چرا که روان‌شناسان معتقدند تأثیر عوامل زیستی و اجتماعی باید از دریچه گرایش‌های روانی فرد به مصرف مواد بگذرد. به عنوان مثال در صورتی که خود فرد نسبت به مصرف مواد نگرش مثبتی نداشته باشد و آن را راه گشای مشکلات خود تلقی نکند، احتمال کمتری وجود دارد که فرد اقدام به مصرف مواد کند، یا در صورتی که فرد از اعتماد به نفس کافی برخوردار باشد در برابر فشار همسالان که یکی از عوامل مصرف مواد محسوب می‌شود تسلیم نخواهد شد [۳]. از بین عوامل روان‌شناختی مرتبط با مصرف مواد می‌توان به ساز و کارهای شناختی و فراشناختی که رفتار ما را تحت تأثیر قرار می‌دهند، اشاره نمود. انسان‌ها ارگانیسم‌های خود تنظیم کننده‌ای هستند که قادر به ارزیابی و بازبینی^۱ رفتار خود و دیگران هستند، اما چگونگی این بازبینی به تکلیف مورد نظر، نیازهای برآمده از تکلیف، دانش فرد در مورد آن تکلیف و انواع راهبردهای شناختی که فرد به کار می‌گیرد، بستگی دارد. ارزیابی فرد از حالات عاطفی خود اغلب به عنوان دروازه‌ای جهت ارزیابی‌های بیشتر در مورد آن تکلیف، نیازهای آن، دانش لازم برای انجام آن و راهبردهای لازم برای انجام آن عمل است [۴].

فراشناخت^۲ به عنوان هر دانش یا فرایند شناختی تعریف

می‌شود که در ارزیابی، بازبینی یا کنترل شناخت سهیم است. در یک سطح می‌توان فراشناخت را به عنوان یک جنبه عمومی شناخت در نظر گرفت که در همه امور شناختی دخالت دارد [۵]. فراشناخت یک مفهوم چند وجهی شامل دانش (باورها)، فرایند و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی و یا کنترل می‌کند [۶، ۷]. اکثر فعالیت‌های شناختی به عوامل فراشناختی وابسته‌اند. علاوه بر این، اطلاعاتی که از بازبینی فراشناختی پدید می‌آید اغلب به عنوان احساس‌های ذهنی تجربه می‌شوند که می‌توانند بر رفتار تأثیر گذارند. اکثر نظریه پردازان بین دو جنبه‌ی فراشناخت یعنی دانش فراشناختی و تنظیم فراشناختی تمایز قائل شده‌اند. دانش فراشناختی شامل اطلاعاتی است که افراد در مورد شناخت خود و در مورد عوامل مرتبط به تکلیف یا راهبردهای یادگیری که در آن تأثیر می‌گذارند، دارند. تنظیم فراشناختی به انواع اعمال اجرایی نظیر توجه، بازبینی، کنترل، برنامه ریزی و تشخیص خطاها در عملکرد، اشاره می‌کند [۸]. مطالعات صورت گرفته برای بررسی ویژگی‌های فراشناختی سوء مصرف کنندگان مواد نشان می‌دهد که دلیل اصلی مصرف الکل و مواد این است که از آنها برای تنظیم دامنه گسترده‌ای از حوادث شناختی^۳ استفاده می‌کنند [۹، ۱۰، ۱۱]. 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. تحلیل اثرات فراشناختی نشان می‌دهند که مواد روان گردان تمایل به تقلیل دادن حوادث شناختی ناخوشایند دارند. شکست در تنظیم حوادث شناختی با مواد روان گردان با باورهای ویژه درباره پیامدهای فراشناختی برای حوادث شناختی مرتبط است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که فراشناخت ممکن است مهمترین میانجی مصرف مواد روان گردان در مصرف کنندگانی که در جستجوی درمان هستند باشند [۱۱، ۱۲]. نتایج یک پژوهش نشان داد که افراد الکلی با افرادی که دارای مشکلاتی در ارتباط با نوشیدن الکل هستند به طور معناداری نمرات پایین تری در ابعاد فراشناخت نسبت به افراد عادی اجتماع کسب می‌کنند [۱۱]. از دیگر مفاهیم

1- monitoring

2- metacognition

3- cognitive events

(اجتناب از موقعیت مبهم) می‌باشد افراد دارای تحمل ابهام پایین در مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا به دلیل تحمل ابهام پایین به روش‌هایی از جمله سوء مصرف مواد و یا جرم روی بیاورند [۱۷]. عدم تحمل ابهام بالا با اختلالات اضطرابی از جمله وسواس فکری- عملی^۱، اختلال اضطراب اضطراب فراگیر مرتبط است و ممکن است مؤلفه زیربنایی تفکر و رفتار پاتولوژیک این افراد هنگامی که آنها تلاش می‌کنند روی شرایط آزارنده ادراک شده کنترل پیدا کنند، باشد [۱۸، ۱۹، ۲۰]. به نظر می‌رسد که افراد معتاد در مواجهه با مشکلات روزمره از عدم تحمل ابهام بالایی برخوردارند و برای اجتناب از این امر ممکن است به مصرف مواد روی بیاورند. تحمل ابهام یک متغیر شخصیتی است که در ادبیات روان‌شناسی جدید به واسطه استنباط‌های مختلف خود را به شکل‌های خاص نشان داده است. بر اساس پژوهش‌ها می‌توان گفت که افرادی که در باورهای فراشناختی و تحمل ابهام دچار مشکل هستند بیشتر گرایش به سوء مصرف مواد دارند و در نتیجه احتمال ارتکاب جرم نیز در آنها بالاتر است. اگر چه پژوهش‌های مختلفی در مورد سازه تحمل ابهام و فراشناخت صورت گرفته است، اما در کمتر تحقیقی به مقایسه این دو سازه روان‌شناختی در افراد وابسته به مواد، سیگاری و عادی پرداخته شده است. لذا بر اساس آنچه که گفته شد و با توجه به اینکه موضوع پژوهش حاضر، به ویژه رابطه تحمل ابهام و اعتیاد، از پیشینه اندکی در میان پژوهش‌های داخلی برخوردار می‌باشد، این پژوهش با هدف مقایسه‌ی باورهای فراشناختی و تحمل ابهام در افراد معتاد، سیگاری و عادی درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین باورهای فراشناختی و تحمل ابهام افراد معتاد، سیگاری و عادی تفاوت وجود دارد؟

روش

طرح پژوهش: این پژوهش توصیفی از نوع علی- مقایسه‌ای است و یک مطالعه پس رویدادی به شمار می‌رود.

آزمودنیها: نمونه آماری این پژوهش شامل ۴۰ نفر از معتادان (حداقل دارای سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری جسمانی یا روانی غیر از اعتیاد، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، جنسیت مرد) خود معرف از مراکز درمانی در سطح

مرتبط با مصرف مواد می‌توان به تحمل ابهام^۱ اشاره کرد. از آنجایی که ابهام وجود دارد و انسان باید با آن مقابله کند، افراد سطوح مختلفی از تحمل یا عدم تحمل ابهام نسبت به موقعیت‌های مختلف نشان می‌دهند. در روان‌شناسی، ابهام به هر وضعیتی که بیش از یک تعبیر، تفسیر و تلقی دارد، اطلاق می‌شود و یا اینکه برای ما موضوعی نامطمئن و غیر قطعی محسوب می‌شود [به نقل از ۱۳]، این مفهوم اولین بار در سال ۱۹۴۸ در نشریه انجمن روان‌شناسی آمریکا مطرح شد و در سال بعد یعنی ۱۹۴۹ در مقاله‌ای طولانی، مدل عدم تحمل ابهام به عنوان یک متغیر «عاطفی- شخصیتی» توسط برونزویک^۲ ارائه گردید. وی عدم تحمل ابهام را میل توسل به راه‌حل‌های سیاه و سفید^۳ تعریف می‌کند. عدم تحمل ابهام بالا با طرحواره‌های شناختی پیچیده و انعطاف ناپذیر جهت ارزیابی اطلاعات جدید یا غیر منتظره، ارتباط دارد [به نقل از ۱۴]. مک لاین^۴ [۱۵] ابهام را به عنوان نداشتن اطلاعات کافی درباره موقعیت تعریف کرده است. تحمل ابهام اشاره دارد به تمایل افراد برای تعبیر و تفسیر موقعیت‌های مبهم که منشأ ناراحتی و خطر هستند. باندن^۵ [۱۴] معتقد است که عدم تحمل برای موقعیت‌های مبهم معمولاً به عنوان منبعی از تهدید ادراک می‌شود. به اعتقاد جانسن و گرابوسکی^۶ [۱۶] افراد دارای تحمل ابهام در موقعیت‌های یادگیری جدید و پیچیده عملکرد بالایی دارند، در حالیکه یادگیرندگان بدون تحمل^۷ ابهام تمایل دارند که از موقعیت‌های مبهم و جدید اجتناب کنند. از سوی دیگر، افراد با تحمل ابهام پایین چون محرک‌ها یا موقعیت‌های مبهم از جمله محرک‌های جدید یا پیچیده را تهدید کننده می‌بینند، برای سؤالات گوناگون پاسخ‌های سریع در دسترس را به سرعت می‌پذیرند [۱۵]. واکنش‌های افراد به موقعیت‌های مبهم به صورت شناختی (تمایل فرد به ادراک یک موقعیت مبهم به صورت سیاه و سفید)، واکنش‌های هیجانی (رنج، تنفر، ناراحتی، خشم و اضطراب در یک موقعیت مبهم)، و پاسخ‌های رفتاری

1- ambiguity tolerance

2 Brunswik

3- black & white

4- Mclain

5- Budner

6- Jonassen & Grabowski

7- intolerant

8- obsessive compulsive disorder

مورد نیاز به کنترل افکار را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه و مؤلفه‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و ضریب اعتبار باز آزمایی ۰/۷۳ گزارش شده است [۲۱]. در ایران در پژوهشی ابوالقاسمی و همکاران [۲۲] ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. همچنین در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۳ به دست آمد.

۲- مقیاس تحمل ابهام: مقیاس تحمل ابهام ریدل-روزن^۴ روزن^۴ دارای ۴۱ ماده است که در این پژوهش از فرم کوتاه کوتاه ۲۲ ماده‌ای آن استفاده شده است که تحمل ابهام را با استفاده از یک مقیاس هفت درجه‌ای از (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) ارزیابی می‌کند و ده ماده آن به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود [به نقل از ۲]. مکلاین^۵ [۱۵] ضریب اعتبار آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۶ گزارش کرده است. همچنین هرمن^۶ و همکاران [۲۴] اعتبار و روایی این ابزار را مناسب گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: در ابتدا با همراه داشتن معرفی نامه سازمان بهزیستی به مراکز معتادین خود معرف سطح شهر همدان مراجعه شد و با روان‌شناسان موجود در این مراکز هماهنگی لازم به عمل آورده شد و هدف از انجام تحقیق برای آنها توضیح داده شد. آزمودنیها از بین افرادی انتخاب شدند که تازه به مراکز درمانی مراجعه می‌کردند و تا زمان مراجعه هیچ گونه مداخله درمانی برای مشکل اعتیاد خود دریافت نکرده بودند. پس از توضیح نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها و تبیین اهداف تحقیق از آنها خواسته شد که صادقانه به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. شرکت کنندگان سیگاری نیز از سطح شهر انتخاب شدند و سعی شد افرادی انتخاب شوند که حداقل ۴ سال سابقه مصرف سیگار داشتند.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای باورهای فراشناختی و تحمل ابهام در بین سه گروه ارائه شده است.

شهر همدان در سال ۱۳۸۸ بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه افراد سیگاری نیز شامل ۴۰ نفر از افراد سیگاری بود که حداقل ۴ سال سابقه مصرف سیگار داشتند و از سطح شهر به صورت در دسترس و از میان واجدین شرایط (همتا شده با گروه معتاد از لحاظ متغیرهای مؤثر از لحاظ شاخص‌های جمعیت شناختی) انتخاب شدند و گروه سوم نیز شامل ۴۰ فرد عادی بود که آنها نیز در سطح شهر انتخاب شدند و تا حد امکان با دو گروه دیگر همتا بودند. از نظر وضعیت تحصیلی گروه معتاد (۱۶/۷ درصد تحصیلات زیر دیپلم، ۴۰ درصد دیپلم، ۱۶/۷ درصد فوق دیپلم و ۲۶/۷ درصد لیسانس)، گروه سیگاری (۱۵/۵ درصد زیر دیپلم، ۴۵/۵ درصد دیپلم، ۱۸/۷ درصد فوق دیپلم، ۲۱/۳ درصد لیسانس)، گروه عادی (۲۰ درصد زیر دیپلم، ۳۷ درصد دیپلم، ۲۲/۸ درصد فوق دیپلم و ۲۰/۲ درصد لیسانس) بودند. از لحاظ وضعیت شغلی گروه معتاد (۲۱/۷ درصد بیکار، ۲۰ درصد کارمند، ۴۱/۷ درصد شغل آزاد و ۱۶/۲ درصد مشغول به تحصیل)، گروه سیگاری (۱۷/۵ درصد بیکار، ۳۲/۵ کارمند، ۲۸/۲ درصد آزاد و ۲۱/۲ درصد مشغول به تحصیل) و گروه عادی (۲۰ درصد بیکار، ۳۳ درصد کارمند، ۲۶/۷ درصد آزاد و ۲۰/۳ درصد مشغول به تحصیل) بودند، و از لحاظ وضعیت اقتصادی گروه معتاد (۳۳/۳ درصد وضعیت پایین، ۵۶/۷ درصد وضعیت متوسط، ۱۰ درصد وضعیت بالا)، گروه سیگاری (۳۰/۵ درصد وضعیت پایین، ۵۴/۵ درصد متوسط، ۱۵ درصد وضعیت بالا) و گروه عادی (۲۵/۸ درصد وضعیت پایین، ۴۵/۹ درصد متوسط، ۲۸/۳ درصد وضعیت بالا) داشتند.

ابزار:

۱- پرسشنامه فرا شناخت: فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت به منظور سنجش باورهای فراشناختی ساخته شده است. این پرسشنامه ۳۰ ماده دارد و هر آزمودنی به ماده‌ها به صورت چهار گزینه‌ای (موافق نیستم تا خیلی موافقم) پاسخ می‌دهد. این پرسشنامه پنج مؤلفه اعتماد شناختی^۱، باورهای مثبت در مورد نگرانی^۲، خود آگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطر^۳ و باورهایی در

1- cognitive confidence

2- positive worry beliefs

3- negative beliefs about thought uncontrollability and danger

4- Ridell & Rossen

5- Mclain

6- Herman

جدول (۱) آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مورد مطالعه در بین سه گروه

| کل | | نرمال | | سیگاری | | معتاد | | گروه‌ها متغیرها |
|------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|--------------------|
| SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | |
| ۴/۵۹ | ۱۱/۴۸ | ۳/۴۴ | ۱۰/۰۳ | ۳/۹۳ | ۱۰/۳۸ | ۵/۱۸ | ۱۴/۰۵ | اعتماد شناختی |
| ۴/۳۴ | ۱۳/۳۸ | ۳/۴۱ | ۱۱/۶ | ۴/۳ | ۱۳/۷۶ | ۴/۷ | ۱۴/۷۸ | باورهای مثبت |
| ۳/۲۲ | ۱۶/۹۸ | ۲/۹۷ | ۱۶/۰۵ | ۳/۴۸ | ۱۶/۰۸ | ۳/۰۱ | ۱۷/۸ | خودآگاهی شناختی |
| ۳/۴۹ | ۱۳/۸۴ | ۲/۶۲ | ۱۲/۸ | ۳/۶۳ | ۱۳/۷۸ | ۳/۸۳ | ۱۴/۹۵ | کنترل ناپذیری |
| ۳/۹۱ | ۱۵/۰۴ | ۳/۲ | ۱۴/۱۳ | ۳/۷۵ | ۱۳/۷۶ | ۳/۸۷ | ۱۸/۲۳ | کنترل افکار |
| ۱۳/۳ | ۷۰/۷۲ | ۸/۷ | ۶۷/۱ | ۱۲/۹۹ | ۶۶/۲۵ | ۱۳/۹۶ | ۷۸/۸ | فراشناخت |
| ۵/۱۴ | ۶۵/۲۸ | ۴/۳۴ | ۶۴/۷۶ | ۴/۹۷ | ۶۴/۴۵ | ۵/۷۳ | ۶۶/۹ | تحمل ابهام |

این روش آماری آزمون لون به عمل آمد. بر اساس آزمون لون و عدم معنی‌داری آن برای تمام متغیرها ($p > 0.05$)، $(F=1/55)$ ، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است.

به منظور بررسی تفاوت‌های سه گروه در متغیر فراشناخت و مؤلفه‌های آن از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آورده شده است. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، جهت رعایت پیش فرض

جدول (۲) خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه فراشناخت و مؤلفه‌های آن در گروه‌های معتاد، سیگاری و عادی

| معناداری | F | میانگین مجزورات | درجه آزادی | مجموع مجزورات | منبع تغییرات | شاخص مقیاس‌ها |
|----------|-------|-----------------|------------|---------------|--------------|---------------------|
| ۰/۰۰۱ | ۱۱/۰۳ | ۱۹۸/۸۶ | ۲ | ۳۹۷/۷۲ | بین گروهی | اعتماد شناختی |
| - | - | ۱۸/۰۴ | ۱۱۷ | ۲۱۱۰/۲۵ | درون گروهی | |
| - | - | - | ۱۱۹ | ۲۵۰/۹۷ | کل | |
| ۰/۰۰۳ | ۶/۰۲ | ۱۰۵/۰۳ | ۲ | ۲۱۰/۰۶ | بین گروهی | باورهای مثبت |
| - | - | ۱۷/۴۴ | ۱۱۷ | ۲۰۴۰/۰۸ | درون گروهی | |
| - | - | - | ۱۱۹ | ۲۲۵۰/۱۳ | کل | |
| ۰/۰۰۴ | ۳/۰۹ | ۳۰/۹۳ | ۲ | ۶۱/۸۵ | بین گروهی | خودآگاهی شناختی |
| - | - | ۱۰/۰۱ | ۱۱۷ | ۱۱۷۱/۰۸ | درون گروهی | |
| - | - | - | ۱۱۹ | ۱۲۳۲/۹۳ | کل | |
| ۰/۰۰۲ | ۴ | ۴۶/۳۶ | ۲ | ۹۲/۷۲ | بین گروهی | کنترل ناپذیری و خطر |
| - | - | ۱۱/۶ | ۱۱۷ | ۱۳۵۷/۲۸ | درون گروهی | |
| - | - | - | ۱۱۹ | ۱۴۴۹/۹۲ | کل | |
| ۰/۰۰۱ | ۱۱/۰۱ | ۱۴۴/۲۳ | ۲ | ۲۸۸/۴۷ | بین گروهی | کنترل افکار |
| - | - | ۱۳/۱۱ | ۱۱۷ | ۱۵۳۲/۳۳ | درون گروهی | |
| - | - | - | ۱۱۹ | ۱۸۲۰/۷۹ | کل | |
| ۰/۰۰۱ | ۱۳/۴۴ | ۱۹۶۷/۴۳ | ۲ | ۳۹۳۴/۹۷ | بین گروهی | فراشناخت |
| - | - | ۱۴۶/۴۲ | ۱۱۷ | ۱۷۱۳/۵ | درون گروهی | |
| - | - | - | ۱۱۹ | ۲۱۰۶۶/۳۸ | کل | |

تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است. که همان گونه که نتایج نشان می‌دهد در اعتماد شناختی گروه معتاد بطور معناداری نمرات بالاتری نسبت به

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که حداقل بین دو گروه از سه گروه در تمامی خرده مقیاس‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. برای مشخص شدن تفاوت دو به دو بین گروه‌ها از آزمون

مثبت گروه سیگاری نسبت به گروه عادی نمرات بالاتری گرفته‌اند.

دو گروه سیگاری و عادی گرفته‌اند. این الگوی تفاوت همچنین در باورهای مثبت، خود آگاهی، کنترل ناپذیری و خطر، و کنترل افکار دیده می‌شود. همچنین در باورهای

جدول ۳) نتایج آزمون تعقیبی توکی جهت مقایسه دو به دو نمرات گروه‌ها

| معناداری | خطای استاندارد | تفاوت میانگین‌ها | متغیرها | |
|----------|----------------|------------------|---------|--------|
| ۰/۰۱ | ۲/۵۱ | ۳/۶۷ | عادی | معتاد |
| | ۱/۴۴ | ۴/۰۲ | عادی | سیگاری |
| | ۰/۲۳ | ۲/۶۷ | عادی | سیگاری |
| ۰/۰۱ | ۳/۲۳ | ۱/۰۱ | عادی | معتاد |
| | ۱/۸۶ | ۳/۱۸ | عادی | سیگاری |
| | ۰/۰۲ | ۳/۴۴ | عادی | سیگاری |
| ۰/۰۵ | ۲/۰۱ | ۱/۷۲ | عادی | معتاد |
| | ۱/۱۵ | ۱/۷۵ | عادی | سیگاری |
| | ۰/۰۶ | ۲/۱۴ | عادی | سیگاری |
| ۰/۰۵ | ۲/۹۷ | ۱/۱۷ | عادی | معتاد |
| | ۱/۹۲ | ۲/۱۵ | عادی | سیگاری |
| | ۰/۲۵ | ۱/۰۴ | عادی | سیگاری |
| ۰/۰۱ | ۰/۴۱ | ۴/۴۷ | عادی | معتاد |
| | ۰/۶۰ | ۴/۱ | عادی | سیگاری |
| | ۰/۴۷ | ۰/۱۹ | عادی | سیگاری |

واریانس یک‌راهه عدم تحمل ابهام در آزمودنیهای معتاد، سیگاری و عادی در جدول ۴ ارائه شده است.

به منظور بررسی تفاوت‌های سه گروه در متغیر تحمل ابهام از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج تحلیل

جدول ۴) خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه عدم تحمل ابهام در آزمودنیهای معتاد، سیگاری و عادی

| معناداری | F | میانگین مجزورات | درجه آزادی | مجموع مجزورات | منبع تغییرات |
|----------|------|-----------------|------------|---------------|--------------|
| ۰/۰۰۱ | ۶/۰۲ | ۱۰۵/۰۳ | ۲ | ۲۳۰/۰۶ | بین گروهی |
| | | ۱۷/۴۴ | ۱۱۷ | ۲۰۸۰/۰۸ | درون گروهی |
| | | - | ۱۱۹ | ۲۲۷۰/۱۳ | کل |

توکی استفاده شد و نتایج نشان داد که میزان تحمل ابهام افراد معتاد نسبت به دو گروه دیگر پایین‌تر می‌باشد ($P < ۰/۰۱$) ولی بین دو گروه عادی و سیگاری تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه باورهای فراشناختی و عدم تحمل ابهام در سه گروه معتاد، سیگاری و عادی بود. نتایج نشان داد که بین گروه معتاد با سیگاری و عادی در

با توجه به داده‌های توصیفی مرتبط با میانگین در متغیر تحمل ابهام بیشترین میانگین متعلق به گروه معتاد بعد از گروه بهنجار و نهایتاً گروه سیگاری است. اما همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود مقایسه‌ی میانگین نمرات متغیر تحمل ابهام در آزمودنیها بیانگر آن است که بین میانگین نمرات تحمل ابهام این آزمودنیها تفاوت معناداری وجود دارد ($F=۶/۰۲, P<۰/۰۰۱$). برای مشخص شدن اینکه بین کدام گروه‌ها تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی

تفاوت معناداری دیده نشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افرادی که دارای تحمل ابهام پایین‌تری هستند، موقعیت مبهم را تهدید کننده می‌دانند و از آن رنج می‌برند و دچار اضطراب می‌شوند و افرادی که تحمل ابهام بالا دارند، ابهام را یک مزیت می‌دانند و باور دارند که هیچ جوابی قطعی نیست، بنابراین به دنبال جواب‌های بهتری برای حل مسأله خود می‌گردند [۲۶]. در تحقیق دیگری سریواستاوا^۳ [۲۷] نشان داد که تحمل ابهام در نقش یک متغیر تعدیل کننده بین ابهام در نقش و میزان استرس کاری مدیران می‌باشد. این مسأله درست همان مشکلی است که افراد معتاد با آن روبرو هستند و ممکن است بسیاری از آنها در هنگام مواجهه با مشکلات، تنها راه حلی که به ذهنشان می‌رسد مصرف مواد باشد و در نتیجه توان فکر کردن یا در نظر گرفتن سایر راه‌ها را نداشته باشند. مک‌دونالد^۴ [۲۳] نشان داد که افراد دارای میزان تحمل ابهام بالا چون این وضعیت را ناخوشایند می‌بینند درصددند که هر چه سریع‌تر راه حل مناسبی را برای رهایی از این شرایط پیدا کنند، ولی افراد دارای میزان تحمل ابهام پایین به دلیل معیوب بودن سیکل شناختی خود قادر نیستند راه حل مناسب را پیدا کنند. در نتیجه ممکن است از راهبردهایی سازش نایافته‌ای چون روی آوردن به مصرف مواد استفاده کنند. افراد بسیار ناامید که برای وقوع وقایع منفی در آینده قطعیت بالایی در نظر می‌گیرند در تحمل موقعیت مبهم از توانایی کمتری برخوردار هستند و دچار اضطراب بیشتری می‌شوند [به نقل از ۱۳]. در رابطه با عدم تفاوت تحمل ابهام افراد سیگاری و عادی می‌توان گفت هر چند که تحقیق اسپادا^۵ و همکاران [۱۱] حاکی از این است که فراشناخت رابطه بین هیجان و مصرف سیگار را تعدیل می‌کند ولی با این وجود سهم کمی از واریانس مصرف سیگار (حدود ۴ درصد) را تبیین می‌کند که سهم ناچیزی است و بر اساس آن نمی‌توان با قطعیت اعلام کرد که بین راهکارهای افراد سیگاری و عادی در مواقعی که دچار ابهام می‌شوند و باید تصمیمی اخذ کند تفاوت فاحشی وجود دارد، هر چند مطالعات انجام شده قبلی [به نقل از ۱۱] نشان داده‌اند که افراد سیگاری از در مواقعی که خشمگین، مضطرب، و یا تحت فشار هستند جهت

باورهای فراشناختی تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های قبلی [۷، ۱۱، ۱۲] همسو می‌باشد. این نتیجه بیانگر آن است که گروه معتاد در مواقعی که با شرایط دشوار روبرو می‌شوند از نظر تصمیم‌گیری و سطح عملکرد خیلی پایین‌تر از دو گروه دیگر عمل می‌کنند. مطالعات صورت گرفته برای بررسی ویژگی‌های فراشناختی سوء مصرف کنندگان مواد نشان می‌دهد که یکی از دلایل اصلی مصرف مواد و الکل این است که این افراد از مواد برای تنظیم دامنه گسترده‌ای از حوادث شناختی استفاده می‌کنند. تحلیل اثرات فراشناختی نشان می‌دهد که مواد روان گردان در تقلیل دادن حوادث شناختی ناشی از هیجان و برانگیختگی (از قبیل خشم، فشار روانی و اضطراب) نقش دارند. بدون شک، حالات عاطفی ناخوشایند (به ویژه اضطراب، افسردگی و فشار روانی) 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 پیش بینی کننده مصرف مواد یا الکل هستند. در شرایط استرس‌زا افراد مصرف کننده مواد قادر به تحمل این شرایط ناخوشایند نیستند و حساسیت آنها به ناراحتی روانی و عاطفی منجر به این می‌شود که آنها برای تنظیم تجربیات شناختی خود به داروهای روان گردان روی آورند. دانش فراشناختی در واقع به باورها و نظری اشاره دارد که افراد درباره شناخت‌ها و حالات هیجانی‌شان دارند. بر طبق نظریه خود تنظیمی کارکرد اجرایی^۱ ولز و متیو^۲ [۲۵] باورها و تجربیات (فراشناخت‌ها) در شکل دادن و پایدار کردن راهکارهای مقابله‌ای ناسازگارانه دخیل هستند. به عنوان مثال اگر چه ممکن است سیگار کشیدن در کوتاه مدت به عنوان یک راهبرد سازگارانه جهت تنظیم هیجان به کار برده شود اما در دراز مدت به خاطر وابستگی که ایجاد می‌کند و عاطفه منفی مرتبط با آن ناسازگارانه می‌باشد. بر طبق این نظریه همین پدیده در ارتباط با مصرف مواد مخدر یا الکل نیز می‌تواند اتفاق افتد. در پژوهش حاضر همچنین آشکار شد که میزان عدم تحمل ابهام افراد معتاد نسبت به سیگاری و عادی پایین‌تر است ولی بین میزان تحمل ابهام در افراد سیگاری و عادی

3- Srivastava
4- MacDonald
5- Spada

1- self-regulatory executive function
2- Matthews

and co-occurrence of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, alcohol and drug use disorders and Axis I and II disorders: United States, 2001 to 2002. *Compr Psychiatry*. 2006; (47): 252-257.

3- Davison GC and Neale GM. *Abnormal Psychology*. 8th Ed. New York: John Wiley & Sons Inc; 2001.

4- Borkowski JG, Carr M, Rellinger E, Pressley M. Self regulated cognition: interdependence of metacognition, attribution, and self-esteem. In B. F. London and L. Idol (Eds), *Dimensions of thinking and cognition instruction* (PP. 53-92). Hillsdal, Nj: Elbaum; 1990.

5- Moses LJ, Barid JA. Metacognition. In R. A. Wilson and F. C. Keil (Eds.), *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences*. Cambridge, MA: MIT press; 2002.

6- Spada MM, Wells A. Metacognitions, Emotion and Alcohol Use. *Clin Psychol and Psychother*. 2005; (12): 150-155.

7- Spada MM, Wells A. Metacognition, about alcohol use in problem drinking. *Clin Psychol and Psychother*. 2006; (13): 138-143.

8- Brown AL, Bransford JDC, Ferrara RA. Learning remembering and understanding. In J. Flavell and E. Markman (Eds). *Handbook of child psychology: vol.3, cognitive development*. New York: willey; 1983.

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

10- Spada MM, Zandvoot M, Wells A. Metacognition in problem drinkers. *Cogni Ther and Res*. 2007; 31(5): 709-716.

11- Spada MM, Nikcevic AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Addict Behav*. 2007; (32): 2120-2129.

12- Tonaetto T. Metacognition and substance use. *J Addict Behav*. 1999; 24(2): 167-174.

۱۳- زمانی طاهره، ذکریا امیر، باقری فریبرز، سهرابی فرامرز. مقایسه و رابطه میزان تحمل ابهام و سبک‌های پردازش حسی در زنان مبتلا به بیماری قلبی و زنان عادی. فصلنامه پژوهش در سلامت روان. ۱۳۸۸؛ ۶۱-۵۱(۲)۳

14- Budner S. Intolerance of ambiguity as a personality variable. *J personal*. 1962; 30(1): 29-50.

15- Mclain DL. The MSTAT-1: A new measure of individual's tolerance for ambiguity. *Educ and Psychol Meas*. 1993; (53): 183-189.

16- Jonassen DH, Grabowski BL. *Handbook of individual differences learning and instruction*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum & Associates, Publishers; 1993.

17- Grenier S, Barrette AM, Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and intolerance of

تنظیم هیجان‌اتشان از سیگار استفاده می‌کنند. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که ممکن است فراشناخت و تحمل ابهام نقش ویژه‌ای در جنبه شناختی سوء استفاده و وابستگی مواد و نیکوتین داشته باشند. از نقطه نظر فراشناختی، مواد به عنوان ابزاری در جهت تغییر سریع حوادث شناختی از قبیل احساسات، افکار یا قضاوت‌های ذهنی یا ادراک آزار دهنده و ناخوشایند مورد استفاده قرار می‌گیرند. همچنین ممکن است افراد با توانایی تحمل ابهام پایین از مواد به عنوان ابزاری در جهت حل موقعیت‌های مشکل و چالش برانگیز استفاده نمایند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که گرایش به مصرف مواد یک متغیر چند علّیتی می‌باشد و نیازمند شناسایی سایر عوامل و انجام پژوهش‌های بیشتر جهت تدوین یک الگو برای شناسایی عوامل خطر ساز گرایش به مواد و ارائه راهکارهای عملی جهت پیشگیری از شیوع مصرف مواد می‌باشد. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش استفاده از نمونه گیری در دسترس می‌باشد که این امر تعمیم پذیری یافته‌ها به دیگر جوامع را دچار مشکل می‌کند. با این وجود، انجام پژوهش‌های دیگر روی جمعیت‌های بهنجار و بالینی در سنین مختلف و جامعه‌های آماری گوناگون و در مقاطع زمانی مختلف ضروری می‌باشد. همچنین کمبود مطالعات خارجی و داخلی در زمینه تحمل ابهام نیز یک دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود، که همین محدودیت به عنوان نقطه قوت پژوهش حاضر به دلیل جنبه نوآورانه آن می‌باشد و پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در مطالعات بعدی بیشتر به بررسی نقش این متغیرها در ارتباط با مصرف مواد پردازند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه شرکت کنندگان محترم که وقت گرانبهای خود را جهت شرکت در پژوهش حاضر در اختیار پژوهشگران قرار دادند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1- Grekin ER, Sher KJ. Alcohol dependence symptoms among college freshmen: Prevalence, stability, and person-environment interactions experimental and clinical psychopharmacology. *Exper and Clin Psychopharm*. 2006; (14): 329-338.

2- Huang B, Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, et al. Race-ethnicity and the prevalence

- ambiguity: Similarities and differences. *J Pers Individ Differ.* 2005; (39): 593-600.
- 18- Buhr K, Dugas MJ. Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *J Anxiety Disord.* 2006; (20): 222-236.
- 19- Tolin DF, Abramowitz JS, Brigidi BD, Foa EB. Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disord.* 2003; (17): 233-242.
- 20- Simmons A, Matthews SC, Paulus MP, Stein MB. Intolerance of uncertainty correlates with insula activation during affective ambiguity. *Neurosis Lett.* 2008; (430): 92-97.
- 21- Wells A, Certwright-Hatton S. A short form of metacognitions questionnaire. *Behav Res and Ther.* 2004; 42(24): 385-396.
- ۲۲- ابوالقاسمی عباس، احمدی محسن، کیامرثی آذر. بررسی ارتباط فراشناخت و کمال گرایی با پیامدهای روان‌شناختی در افراد معتاد به مواد مخدر. فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری. ۱۳۸۶؛ ۵(۲): ۷۹-۷۳.
- 23- MacDonald AP. Revised scale for ambiguity tolerance: Reliability and validity. *Psychol Rep.* 1970; (26): 791-798.
- 24- Herman JL, Stevens MJ, Bird A, Mendenhall M, Oddou G. The Tolerance for Ambiguity Scale: towards a more refined measure for international management research. *Int J Intercult Relat.* 2009; (34): 58-65.
- 25- Wells A, Matthews G. Attention and emotion. A clinical perspective. Hove, UK: Erlbaum; 1994.
- 26- Brown C, Winne D. The adult sensory profile: measuring patterns of sensory processing. *American. J Occup ther.* 2002; 55(3): 75-82.
- 27- Srivastava S. Tolerance of ambiguity and locus of control as moderators for work stress among private sector managers. *Abhigyan.* 2007; 25(2): 48-53.

The Comparison of Metacognitive Beliefs and Ambiguity Tolerance among Addicted, Smokers and Normal Individuals

Ahmadi-Tahoorsoltani, M. *Ph.D., Najafy, M. Ph.D.

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to comparing the metacognitive beliefs and ambiguity tolerance among the addicted, smokers and normal individuals.

Method: The method of this study was ex-post facto. Subjects of the research included 120 (40 addicted, 40 smokers and 40 normal). The addicted group consists of those that had consulted whit Hamadan's addicted self-representing center during spring 2009. The other two groups (smoking and normal) were selected from among the people in the city based on accessible sampling method. The instruments were Wells and Cartwright-Hatton metacognition scale and Ridell and Rosen revised scale for ambiguity tolerance. Data was analyzed using the ANOVA method.

Results: The results of the study showed that there was a significant difference between addicted group and two other groups in metacognitive beliefs total score. Also the tolerance of ambiguity in addicted group is lower than two other groups.

Conclusion: Based on the result of this study and those of other studies we could claim that more impaired metacognitive beliefs and low ambiguity tolerance as 2 important psychological factors function in predicting people's inclinations toward drugs abuse.

Keywords: Metacognition, Metacognitive Beliefs, Ambiguity Tolerance, Addict, smoker

*Correspondence E-mail:
mahmadi_1362@yahoo.com