http://jcp.khu.ac.ir

فصلنامه روانشناسی شناختی دوره ۲، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۳ مقاله علمی- پژوهشی

اثر برنامه‌ی مداخله‌ای فراشناختی ولز بر راهبردهای کنترل فکر در معتادین با سوءمصرف مواد

حسین زارع: استاد دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران.

* **شیدا شریفی ساکی**: (نویسنده مسئول)، دانشجوی دکتری دانشگاه پیام نور تهران، sheidasharifi1348@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۵/۲۲ پذیرش اولیه: ۱۳۹۴/۳/۱۰ پذیرش نهایی: ۱۳۹۴/۳/۱۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان فراشناخت به شیوه‌ی گروهی بر راهبردهای کنترل فکر در معتادین مرد تحت درمان با متادون بود. جامعه‌ی هدف این مطالعه مراجعین تحت درمان با متادون در ماه‌های بهمن تا اردیبهشت ۱۳۹۳ مرکز متادون درمانی طریقت نو شهر تهران بود که از بین آن‌ها ۳۰ نفر انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) منتسب شدند. شرکت کنندگان به پرسشنامه‌ی راهبردهای کنترل فکر ولز و دیویس قبل از آموزش به شیوه‌ی فراشناختی و بعد از آن پاسخ دادند. برای بررسی تأثیر آموزش به شیوه‌ی فراشناختی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون از یکدیگر کسر و میانگین دو گروه آزمایش و کنترل با آزمون t مستقل مقایسه شدند. نتایج نشان داد بین دو گروه در راهبردهای کنترل فکر تفاوت معناداری وجود دارد، و میانگین گروه آزمایش در راهبردهای کنترل فکر پایین‌تر بود. با توجه به نتایج به‌دست آمده در رابطه با تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در دریافت آموزش مداخله‌ای فراشناختی بر کنترل فکر معتادین، به نظر می‌رسد این آموزش می‌تواند بر فراشناخت معتادین و در نتیجه اصلاح راهبردهای کنترل فکر آن‌ها تأثیر گذار باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی- رفتاری، درمان فراشناختی، سوءمصرف مواد، راهبردهای کنترل فکر.

Journal of Cognitive Psychology, Vol. 2, No. 3, Fall 2014

The Effect of Wells' Metacognitive Therapy on Thought Control Strategies in Individuals with Substance Abuse

Zare, H. Professor of Payame Noor University, Tehran, Iran.

***Sharifisaki, Sh.** (Corresponding author) PhD student of Payame Noor University, Tehran, Iran.
sheidasharifi1348@gmail.com

Abstract

This study examined the mediating effect of positive and negative achievement emotions on the relationship between causal attributions and academic self-regulation among university students. On a sample consisting of 270 students (93 male 177 female) were administrated the achievement emotion questionnaire (Pekrun, Goetz & Perry, 2005).), attributin style questionnaire (Peterson, Semel, Beayer, Abramson, Metalsky & Seligman, 1982) and academic self-regulation scale (Ryan & Connell, 1989). Structural equation modeling was used to assess the mediating effects model of achievement emotions on the relationship between causal attributions and academic self-regulation. Results showed that there is a positive significant correlation between adaptive attribution style with positive achievement emotions and a positive significant correlation between nonadaptive attribution style with negative achievement emotions and positive significant correlation between positive achievement emotions with self-regulation and negative correlation between negative emotions and academic self-regulation. Results also indicated that the relationship between adaptive and non-adaptive attribution styles and academic self-regulation by positive and negative achievement emotions is mediated. All of the regression weights in the both models were statistically significant and in the the mediating model of positive and negative achievement emotions, models' predictors accounted for 25 and 21 of the variance in academic self-regulation, respectively. In sum, the results emphysising on the mediating role of achievement emotions, provide further support for the attribution theory.

Keywords: Causal attributions, Academic self-regulation, Attribution theory, Control-value theory of achievement emotions.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.3.6.3]

مقدمه

امروزه سوءمصرف مواد و پیامدهای ناشی از آن یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌رود (دالی و مارلات[1]، ۲۰۰۵). دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل[2] (۲۰۰۵) شمار سوءمصرف کنندگان مواد در بین جمعیت ۶۴-۱۵ ساله سراسر جهان را ۲۰۰ میلیون نفر (یا ۵ درصد کل جمعیت) برآورد نموده است. در ایران نیز شمار سوءمصرف کنندگان مواد نزدیک به ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر برآورد شده است (مکری[3]، ۲۰۰۲).

براساس چهارمین ویراست تجدید نظر شده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[4]، وابستگی به مواد، الگوی ناسازگارانه مصرف مواد است که به اختلال قابل توجه بالینی منجر شده و با نشانه‌هایی نظیر بروز تغییرات رفتاری ناسازگار، توأم با عارضه‌های جسمانی و شناختی، عدم موفقیت برای قطع یا کنترل مصرف ماده، صرف زمان زیاد برای به دست آوردن ماده مورد نظر، جهت مصرف و رهایی از عوارض آن است که با کاهش فعالیت‌های اجتماعی، شغلی و تفریحی همراه بوده و علی‌رغم وجود مشکلات قابل توجه ناشی از مواد، فرد به مصرف آن ادامه می‌دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا[5]، ۲۰۰۰).

کشور ما به دلایل متعدد فرهنگی از قبیل برخی باورهای غلط و سنتی برخی مردم و یا موقعیت جغرافیایی و همجواری با دو کشور بزرگ تولید کننده، دارای شرایط کاملاً بحرانی و حساس می‌باشد و مبتلایان به اعتیاد همه روزه باعث ایجاد خسارت سنگین اقتصادی و فرهنگی به جامعه می‌شوند (مناجاتی، فرنام و محمدی، ۱۳۸۲). اعتیاد با صدمه‌های جسمانی، مالی و خانوادگی متعددی نیز همراه است که در صورت تداوم این مشکل و عودهای مکرر در این بیماران، منجر به افت جدی در عملکرد فردی و اجتماعی آن‌ها می‌گردد (پیرجلیان، ۱۳۸۰). لذا درمان آن از اهمیت بالایی برخوردار است.

راهبردهای درمانی مختلفی در حوزه‌ی اعتیاد صورت می‌گیرد. در طی سال‌های گذشته شیوه‌های مختلف درمانی جهت کنترل اعتیاد شکل گرفته که یکی از آن‌ها برنامه‌ی دارویی درمان نگهدارنده با متادون[6] است. یافته‌های این روش نشان داده است که این دارو، جایگزین مناسبی به‌خصوص برای مواد افیونی[7] همچون تریاک، کراک و هروئین است و تأثیر مطلوبی بر کاهش سوءمصرف مواد، نشانه‌های ترک، نشانه‌های روان‌پزشکی و رفتارهای خطرناک این بیماران در دوره‌ی درمان داشته است (لشنر[8]، ۱۹۹۹). با این حال برخی بیماران سوءمصرف کننده مواد افیونی در درمان نگهدارنده متادون، با گذشت مدت زمانی از درمان، لغزش‌های متعددی را تجربه کرده و حتی ممکن است سراغ مواد دیگری همچون محرک‌ها بروند و زمینه‌ی عود در آن‌ها رفته رفته فراهم شود (کوران، بولتون، وانیگرانت، و اسمیت[9]، ۱۹۹۹).

به نظر می‌رسد اثربخش نبودن درمان نگهدارنده در میان این افراد تنها ناشی از تداوم مصرف داروی متادون طی زمان نیست، بلکه عوامل مختلفی وجود دارند که اثربخشی این روش درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. از آنجایی که اعتیاد نیز همانند دیگر بیماری‌های روانی، از چندین علت مؤثر نشأت می‌گیرد اگر در درمان آن تنها یکی از عامل‌ها (درمان دارویی) مد نظر قرار گیرد، به فرض تأثیر مثبت آن، عامل‌های دیگر می‌توانند تأثیر عامل مورد نظر را کاهش دهند (برین و مک لان[10]، ۱۹۹۶). به عنوان نمونه، در نظریات سبب شناسی همچون نظریه‌ی شناختی، فرض عمده این است که وابستگی به مواد، به علت واسطه‌های شناختی کسب می‌شود (گرمن، اسپیر، گرونوالد، و لابووی[11]، ۲۰۰۱) و برخی از مطالعه‌ها نیز نشان می‌دهند که نگرش افراد، با پاسخ‌های شناختی و عاطفی آن‌ها مطابقت دارد (فرهودیان، ۱۳۸۱).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که فرایند اعتیاد تحت تأثیر باورها و نگرش‌های فرد قرار دارد (هولمن[12]، ۲۰۰۴؛ روهنسو، سیروتا، مارتین، مونتی[13]، ۲۰۰۴؛ اسکینر و آبین[14]، ۲۰۱۰) و معمولاً افراد به صورت ناگهانی و بی دلیل به مصرف مجدد روی نمی‌آورند، بلکه به طور فعال درگیر مواد می‌شوند و نگرش‌ها و باورها و هدف‌های‌شان در این زمینه نقش مهمی را ایفا می‌کنند (بک، رایت، نیومن و لیس[15]، ۱۹۹۳). بر اساس مدل

1. Dalley & Marlatt
2. United Nations Office for Drug Control and Crime (UNODCCP)
3. Mokri
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th edition-text revised (DSM- IV- TR)
5. American Psychological Association
6. Methadone
7. Opioids
8. Leshner
9. Curran, Bolton, Wanigaratne & Smyth
10. Brien & McLellan
11. Gorman, Speer, Gruenewald & Labouvie
12. Holman
13. Rohsenow, Sirota, Martin & Monti
14. Skinner & Aubin
15. Beck, Wright, Newman & Liese

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.3.6.3]

شناختی بک و همکاران (۱۹۹۳)، باورهـای مـرتبط بـا مـواد، ناگهانی و بلافاصله فعال نمی‌شوند، مگر این‌که افراد افسـرده شده و هیجان منفی را تجربه کنند. بدین ترتیب افـرادی کـه هیجان‌های منفی را به شکل اض طراب و افسـردگی تجربـه می‌کنند ممکن است انتظارهایی از سوءمصـرف مـواد داشـته باشند مبنی بر این‌که مصرف مـواد مـی‌توانـد باعـث کـاهش نگرانی‌های آن‌هـا شـود (گلداسـمیت، تـران، اسـمیت، هـاو[1]، ۲۰۰۹).

از این رو سوءمصرف مواد باعث اختلال در نظـام شـناختی و ایجاد یک سبک تفکـر تکـرار شـونده بـه صـورت نگرانـی و نشخوار فکری[2] متمرکز بـر تهدیـد، یـک توجـه سـوگیرانه و استفاده از راهبردهای کنترل فکر[3] (ماننـد سـرکوب افکـار) و رفتارهای ناسازگارانه (مانند اجتناب و استفاده از مواد) می‌شود که مجموع ایـن عامـل‌هـا بـه تشـکیل نشـانگان شـناختی- توجهی[4] می انجامد و این نشانگان، باعث شکست در اصـلاح باورهای ناسازگار فرد با خود مـی‌شـود (ولـز[5]، ۲۰۰۹؛ ترجمـه اکبری، محمدی و اندوز، ۱۳۹۱). بدین ترتیب با فعـال شـدن نشانگان شناختی تـوجهی کـه خـود از باورهـای فراشـناختی ناشی می‌شود، افراد راهبردهای ناکارآمدی را نیز برای تنظـیم فکر و هیجان خود استفاده می‌کنند که در نهایـت منجـر بـه سوءمصرف مواد می‌شود.

آبراموویتز و شویگر[6] (۲۰۰۹) نشان داده اند افکار ناخوانـده[7] و به لحاظ ذهنی غیرقابل کنترل، ویژگی اصلی اختلالاتی مانند اختلال خوردن، سوءمصرف مـواد و اخـتلال بـیش فعـالی - نقص توجه در بزرگسالان مـی‌باشـند. بـه گفتـه‌ی راچمـن و سیلوا[8] (۱۹۷۸) افکار ناراحت کننده و سرزده، که ممکن اسـت به شکل تصاویر، ناخواسته یـا ناخوشـایند و چرخشـی ظـاهر شوند، غالباً تجربه‌ی طبیعی و جهانی افراد هستند. آنچـه کـه باعث مشکل و آسیب روانی افراد می‌گردد راه‌های برخورد بـا افکارسـت. تحقیقـات نشـان داده کـه افـراد بـا اسـتفاده از راهبردهای مختلفی برای کنترل افکار سرزده خود که به طور معمول اتفاق می‌افتد اسـتفاده مـی‌کننـد، کـه برخـی از ایـن راهبردها با پریشـانی عـاطفی آن‌هـا ارتبـاط دارد (کـلارک[9]، ۲۰۰۴؛ ولز و دیویس[10]، ۱۹۹۴).

ولز و دیویس (۱۹۹۴) تلاش کردند فنون مقابلـه‌ای شـناختی افراد در برابر افکار ناخواسته را، که راهبردهای کنتـرل تفکـر نامیدند، به شکل تجربی مورد بررسی قرار دهنـد. آن‌هـا پـنج راهبرد کنترل فکر شامل نگران کـردن، خـودتنبیهی، حـواس پرتـی، ارزیـابی مجـدد و کنتـرل اجتمـاعی را بـر اسـاس مطالعه‌های خود معرفی کردند. این راهبردهـا سـبب محـدود شدن توجه به محرک‌هـای تهدیـدآمیز و مقابلـه بـه صـورت تلاش برای اجتناب از افکـار مـی‌شـود و بـه ایـن ترتیـب، از پردازش سـازگارانه طبیعـی و اصـلاح راهبردهـای مقابلـه‌ای ناسازگار جلـوگیری مـی‌نماینـد و چرخـه‌ی معیـوبی را ظـاهر می‌کند. پژوهش‌های مختلف انجام یافته در خصوص رابطه‌ی ایـن راهبردهـا بـا مشـکلات روان‌شـناختی، نشـان داده انـد بهره‌گیری از دو راهبرد نگرانی و خودتنبیهی از پیشایندها و یا همبسته‌های برخی از مشکلات روان‌شناختی هسـتند (ولـز و دیویس، ۱۹۹۴).

راهبرد حواس‌پرتـی بـه معنـای تغییـر عمـدی توجـه از فکـر ناراحت کننده بـه فکـری دیگـر اسـت. کنتـرل اجتمـاعی یـا راهبردهای اجتماعی بـه مفهـوم بهـره گیـری از شـگردها و روش‌هایی مبتنی بـر اسـتفاده از حمایـت و کمـک اطرافیـان ماننـد صـحبت کـردن در مـورد فکرآزاردهنـده و مـزاحم بـا دیگران) است. منظور از راهبرد نگران کردن، تمرکز بـر فکـر ناراحت کننده و درجازدن روی آن است. در حقیقـت، در ایـن راهبرد، فرد درگیری و اشتغال ذهنـی قابـل تـوجهی بـا فکـر ناراحت کننده دارد. خودتنبیهی، به معنـای خشـم گـرفتن بـر خود به خاطر اندیشیدن به موضوع ناراحت کننده و استفاده از روش‌هایی مانند نیشگون گرفتن خود یا سیلی زدن بـه خـود برای کنترل تفکر می‌باشد. به هنگام بهـره گیـری از راهبـرد ارزیابی مجدد تفکر، فرد تلاش می‌نماید تا فکر را بـا بهـره از روش‌هایی مانند به چـالش کشـیدن اعتبـار فکـر آزارنـده یـا بررسی روش‌های دیگر اندیشیدن درباره‌ی آن باز تفسیر کنـد (موریسون[11] و ولز، ۲۰۰۰ ؛ کمپل[12] و موریسون، ۲۰۰۷).

مدلی که بخواهد کنترل ذهن را تبیین کند بایـد دو بخـش را در بر بگیرد: فعالیت شناختی و عاملی که تعـدیل و ارزشـیابی این فعالیت شناختی را بر عهده دارد یعنی فراشناخت. بر ایـن اساس فراشناخت از دانش‌ها و باورهای فـرد دربـاره‌ی خـود، تجربه‌های فراشناختی (مثل نگرانی از نگرانی) و راهبردهـای

1. Goldsmit, Tran, Smith & Howe
2. Rumination
3. Thought control strategies
4. Cognitive attentional syndrome (CAS)
5. Wells
6. Abramowitz & Schweigwer
7. Intrusive
8. Rachman & Silva
9. Clark
10. Davies
11. Morrison
12. Campbell

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.3.6.3]

فراشناختی (مثل سرکوب افکار یا استفاده از روش‌های حواس‌پرتی) تشکیل شده است (ولز، ۲۰۰۹). بر اساس نظریه‌ی فراشناختی آسیب پذیری هیجانی، الگوی پاسخ‌هایی که نظام شناختی برای مقابله از خود نشان می‌دهد و از آن‌ها تعبیر به نشانگان شناختی توجهی می‌شود در نشانه شناسی و ضابطه مندی اختلال‌های هیجانی اعم از افسردگی و اختلال‌های اضطرابی نقش اصلی را دارد (ولز، ۲۰۰۹). بنابراین، درمان فراشناختی[1] می‌تواند بر کنترل ذهن تأثیر داشته باشد.

پیدایش درمان فراشناختی در اصل برای رفع نقص‌های درمان شناختی بوده است (ولز، ۲۰۰۰). لذا این روش درمانی از روش استاندارد CBT متفاوت است و به جای چالش با افکار و باورها سعی در ارائه‌ی مدل‌هایی جهت ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و فرد بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و همچنین نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد. رویکرد فراشناختی با آموزش راهبردهای منعطف کنترل توجه و تغییر در نشخوارهای ذهنی، به تغییر در خلق می‌پردازد و به بیمار فرصت می‌دهد تا به جای تمرکز بر افکار خودآیند منفی، فرایند اندیشناکی را مورد آماج قرار داده و بر سبک‌های تکرار شونده تفکر غلبه و رابطه‌ی جدیدی با افکار و باورهایش برقرار کند (ولز، ۲۰۰۹؛ ترجمه اکبری، و همکاران، ۱۳۹۱).

بنابر آنچه بیان شد و از آنجا که درمان فراشناختی به فرایند افکار (چگونگی اندیشیدن) می‌پردازد، در صورتی‌که در پژوهش‌های حوزه‌ی اعتیاد از جمله شناختی رفتاری به دلیل پرداختن به محتوای فکر، توجهی به راهبردهای کنترل فکر نشده است (ولز ۲۰۰۹؛ ترجمه اکبری و همکاران، ۱۳۹۱)، این پژوهش در نظر دارد تأثیر درمان فراشناختی بر راهبردهای کنترل فکر را مورد بررسی قرار دهد.

روش

روش پژوهش در این مطالعه نیمه آزمایشی است. طرح پژوهش، طرح پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل است که گروه آزمایشی تحت درمان گروهی فراشناختی قرار گرفته و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نمی‌کند. جامعه‌ی آماری این مطالعه شامل کلیه‌ی مراجعین ماه‌های بهمن تا اردیبهشت ۱۳۹۳ مرکز متادون درمانی طریقت نو شهر تهران بود که تحت درمان با متادون بودند. تعداد افراد این مرکز ۱۰۰ نفر بود. در پژوهش حاضر ۳۰ نفر از این افراد که با توجه به معیارهای ورود و به روش یکسان سازی ۱) مصرف تریاک، شیره، هروئین؛ ۲) طول اعتیاد حداقل ۱ و حداکثر ۵ سال؛ ۳) داشتن سن بین ۲۵ تا ۴۰ سال؛ ۴) جنسیت مرد؛ و ۵) نداشتن بیماری‌های مهم جسمانی و روانی، انتخاب شدند. سپس آن‌ها به روش تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند.

بین دانشگاه و مرکز متادون درمانی طریقت نو شهر تهران هماهنگی‌های لازم انجام شد. از بین ۱۰۰ نفر مراجع مرکز با در نظر گرفتن معیارهای ورود، ۳۰ نفر از افرادی که جهت شرکت در طرح اعلام آمادگی نمودند، انتخاب و سپس افراد به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری مجزای آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس هر دو گروه به مقیاس راهبردهای کنترل فکر پاسخ دادند.

برای گروه آزمایش درمان فراشناختی و آموزش تکنیک‌های آن به صورت گروهی طی ۸ جلسه و هر جلسه ۱ ساعت اجرا گردید. اساس روش درمان فراشناختی، پیاده سازی الگوی گام به گام فراشناختی ولز بود که شرح هر جلسه در جدول ۱ گزارش شده است. یک هفته پس از اتمام جلسه‌ها برای هر دو گروه پرسشنامه‌های مذکور اجرا شد.

ابزار

۱. مقیاس راهبردهای کنترل فکر: ولز و دیویس (۱۹۹۴) برای ارزیابی تفاوت‌های فردی در بهره‌گیری از راهبردهای گوناگون کنترل فکر و رابطه‌ی آن با آسیب پذیری هیجانی، مقیاسی ۳۰ گویه‌ای تهیه کردند که بر اساس یک مقیاس ۴ نمره‌ای به شیوه‌ی لیکرتی نمره‌گذاری می‌شود (از ۰= هرگز تا ۳=تقریباً همیشه). نمره بالاتر به معنای بیشتر بودن سطح آن متغیر است. گودرزی و اسماعیلی ترکانبوری (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش مقدار آلفای کرونباخ در پیش آزمون ۰/۸۷ و در پس آزمون ۰/۸۱ به‌دست آمد.

برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد، از آنجایی‌که مفروضه‌ی همگنی شیب رگرسیون در دو گروه رعایت نشد، به همین دلیل پیش‌آزمون از پس‌آزمون کم، و باقی مانده از طریق آزمون t مستقل آزمون شد (دلاور، ۱۳۹۰).

[1]. Metacognitive therapy (MCT)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.3.6.3]

جدول ۱. شرح الگوی فراشناختی ولز

جلسه	شرح
۱	خوش آمدگویی، ارائه خلاصه‌ای از مدل درمان و اهداف جلسه‌ها، انجام پیش‌آزمون.
۲	آشنایی با درمان فراشناختی، آشنا کردن بیماران با دو راهبرد نگرانی و نشخوار فکری به عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد با افکار مزاحم، تحلیل سود و زیان نگرانی و نشخوار ذهنی.
۳	تحلیل فرآیند سرکوب افکار و آشنایی گروه با سندرم توجهی– شناختی.
۴	آزمایش فرونشانی افکار و تمرین هشیاری فراگیر بیطرفانه (ذهن آگاهی انفصالی) هنگام مواجهه با افکار مزاحم و مشاهده‌ی جریان فکر بدون تفسیر، تعبیر و کنترل آن‌ها.
۵	آموزش فن مواجهه و پاسخ دادن و به تعویق انداختن نگرانی و هرگونه عملی به منظور فاصله گرفتن از فکر و پردازش فراشناختی افکار مزاحم و به تعویق انداختن نگرانی و انجام هر گونه رفتاری.
۶	بحث در مورد باورهای فراشناختی مثبت و منفی ناکارآمد و چالش‌های کلامی با آن‌ها.
۷	آموزش تکنیک آموزش توجه به عنوان یک راهبرد فراشناختی کارآمد.
۸	مرور نقش راهبردهای ناکارآمد در حفظ اختلال‌ها و نقش تکنیک‌ها و مراحل درمانی سپری شده در رفع اختلال

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی کنترل فکر

	گروه آزمایش		گروه کنترل	
مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	۲/۳۹	۰/۳۰	۲/۳۶	۰/۲۹
پس آزمون	۱/۹۸	۰/۲۴	۲/۱۳	۰/۲۵

حجم هر گروه ۱۵ نفر.

جدول ۳. آزمون تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر کنترل فکر

	گروه آزمایش		گروه کنترل				
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	df	مقدار t	سطح معناداری
نگرش ناکارآمد	۰/۲۱	۰/۱۶	۰/۴۰	۰/۲۴	۲۸	۲/۳۵	۰/۰۲P<

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ گزارش شده است.

آزمون همگنی واریانس‌ها (لوین) نشان داد گروه‌ها از نظر واریانس همگن می‌باشند. پس از کسر پیش‌آزمون از پس-آزمون، میانگین و انحراف استاندارد به‌دست آمده به ترتیب در گروه آزمایش برابر با ۰/۲۱ و ۰/۱۶؛ و در گروه کنترل برابر با ۰/۴۰ و ۰/۲۴ بود. توزیع متغیر راهبردهای کنترل فکر پس از کسر پیش‌آزمون از پس‌آزمون، بررسی شد که آزمون نرمال بودن فرض صفر را تأیید کرد. آزمون t مستقل (جدول ۳) برای بررسی تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد بین دو گروه با درجه‌ی آزادی ۲۸ و مقدار t= ۲/۳۵ تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین گروه آزمایش پس از اجرای آموزش فراشناخت به طور معناداری کاهش یافته بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان فراشناخت به شیوه‌ی گروهی بر راهبردهای کنترل فکر در معتادین مرد تحت درمان با متادون بود. یافته‌ها نشان داد در میانگین راهبردهای کنترل فکر بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری‌که میانگین گروه آزمایش که این روش درمانی را دریافت کرده بود پس از درمان کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل داشت. نتایج این پژوهش با پژوهش-های دباغی (۱۳۸۷)، طباطبایی چهر، ابراهیمی ثانی و مرتضوی (۱۳۹۱)، کیانی، قاسمی و پور عباس (۱۳۹۱)، ساعد، یعقوبی، روشن و سلطانی (۱۳۹۰)، یعقوبی عسگر آباد، بساک نژاد، مهرابی زاده هنرمند و ضمیری نژاد (۱۳۹۲) همسو است.

فراشناخت، ساختارهای روان‌شناختی، دانش، افکار، تجربه‌ها و راهبردهایی هستند که به کنترل، تعدیل و تفسیر فرایند تفکر می‌پردازند (ولز[1] و کارت رایت هاتون[2]، ۲۰۰۴). به‌ویژه، مدل کارکرد اجرایی خودنظم بخش توضیح می‌دهد که چگونه فراشناخت‌ها به عنوان یکی از عناصر پردازش داده‌ها باعث آغاز و تداوم مشکلات روان‌شناختی می‌شوند. در این مدل

[1]. Wells
[2]. Cartwright-Hatton

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.3.6.3]

فرض بر این است که در اختلالات روانی، باورها و دانش‌هایی که دارای ماهیت فراشناختی هستند، نحوه‌ی تفکر و راهبردهای مقابله‌ای فرد را هدایت می‌کنند (ولز، ۲۰۰۸). پژوهش‌های ابولقاسمی و همکاران (۱۳۸۶)، مارلات[1] (۱۹۸۵)؛ توناتو[2] (۱۹۹۹) نشان دادند که فراشناخت در جریان سوءمصرف مواد مخدر مختل می‌گردد و با پیامدهای روان‌شناختی افراد معتاد همبستگی مثبت معناداری دارد. در مجموع، باورهای فراشناختی مختل، مهارت‌های مقابله‌ای را تضعیف می‌کند، تعاملات شناختی (باورهای غیر منطقی مبارزه جویانه) و رفتاری (رفتارهای غیر مؤثر) ویژه شکل می‌گیرد و زمینه‌ی استفاده از مواد مخدر فراهم می‌شود. مواد مخدر و داروهای روان گردان ممکن است رویدادهای شناختی را مستقیماً (برای مثال، ایجاد آرامش، ایجاد اجتناب، گریز از شناخت‌های دردناک و ایجاد آگاهی و توجه) و یا به‌طور غیرمستقیم (برای مثال، احساس دلبستگی، بهت زدگی و ارزیابی‌های سرکوب شده) با تغییر باورها و نگرش‌ها در مورد اجتناب از رویدادهای شناختی تحت تأثیر قرار دهد (توناتو، ۱۹۹۹؛ به نقل از ابولقاسمی، ۱۳۸۶).

مطابق مدل فراشناختی، فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد، موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به عنوان نشانه‌ی تهدید می‌شود. این ارزیابی در جای خود باعث تشدید هیجان‌های منفی می‌شود که عمدتاً به صورت اضطراب هستند. در نتیجه فرد برای کاهش اضطراب خود و کنترل نظام شناختی خود به راهبردهای کنترل فکر متوسل می‌شود (ولز، ۲۰۰۹؛ واگنر، اشنایدر، کارتر، و وایت[3]، ۱۹۸۷). پژوهش‌ها نیز نشان دادند که رابطه‌ی معناداری بین باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر وجود دارد. به عنوان نمونه، در پژوهش محمدخانی و فرجاد (۱۳۸۸) خرده مقیاس‌های کنترل فکر، تنبیه، نگرانی و ارزیابی مجدد به ترتیب بیشترین همبستگی را با باورهای فراشناختی کلی نشان دادند. هر چه باورهای فراشناختی قوی‌تر باشد، فرد بیشتر از راهبردهای کنترل فکر استفاده می‌کند.

با توجه به همبستگی بالای کنترل فکر و مؤلفه‌های آن با باورهای فراشناختی، به نظر می‌رسد یکی از روش‌های تأثیرگذار بر کنترل فکر درمان فراشناختی باشد. ولز با استفاده از آموزش و تمرین تکنیک‌های کنترل توجه و فنون ذهن آگاهی انفصالی سعی در تعدیل نشانگان شناختی توجهی بیماران کرده است (ولز، ۲۰۰۶). فراشناخت درمانی را می‌توان درمانی تلقی کرد که بیماران را در شناسایی الگوهای فکری و مقابله‌ای ناکارآمد که باعث آشفتگی‌های هیجانی مزمن می‌شوند، توانمند می‌سازد. همچنین فراشناخت درمانی به بیماران کمک می‌کند تا این الگوها را تغییر دهند و به اصلاح فراباورها درباره‌ی فکرها و احساس‌هایشان بپردازند. در فراشناخت درمانی این گونه فرض می‌شود که باورهای فراشناختی تأثیری محوری بر روی شیوه‌ی پاسخگویی به افکار، باورها، علائم و هیجان‌های منفی دارند. این باورهای فراشناختی آب در آسیاب سبک تفکر زهرآگین می‌ریزند که خود این عوامل منجر به رنج هیجانی پایدار می‌شود (ولز، ۲۰۰۹).

این رویکرد بالینی موجب تعمیق درمان شده و به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا به بیماران‌شان آموزش دهند که بتوانند افکارشان را با شیوه‌ای متفاوت شکل دهند و به جای چالش با باورهای ناکارآمد، فراشناخت‌های ناسازگار را که باعث افزایش این باورها می‌شود، تغییر دهند (فیشر[4] و ولز، ۲۰۰۸).

در ارتباط با اثربخشی درمان فراشناختی می‌توان این‌گونه بیان نمود که معتادان با استفاده از فنونی مثل ذهن آگاهی، در برخورد با فکرها و احساس‌های منفی و نگران ساز به جای چالش با محتوای شناخت‌ها، روش غیرقضاوتی بودن را با کمک تصویر سازی ذهنی آموزش می‌بینند و با گسیختن نشخوارهای ذهنی، و کاهش تمایلات خود نظارتی غیرسودمند، سبک‌های سازگارانه تر تفکر را ایجاد می‌کنند. این درمان می‌تواند اثرات سودمند بر تمرکز و توجه معتادان داشته باشد و همچنین تأثیر تکنیک آموزش توجه بر باورهای فراشناختی مثبت و منفی به طور واضحی همخوان با این عقیده است که اصلاح مستقیم پردازش‌های توجهی می‌توانند منجر به تغییرات همزمان در نگرش‌های ناکارآمد شوند. این اثربخشی به طور آشکار به دیدگاه پویای شناخت در اختلال‌های روان‌شناختی مربوط می‌شود. چندین مکانیسم می‌تواند زیربنایی اثربخشی بالینی فراشناختی شود که شامل کمرنگ شدن توجه متمرکز بر خود، قطع راهبردهای پردازشی مبتنی بر نگرانی و نشخوار فکری، افزایش کنترل اجرایی بر پردازش و توجه و تقویت شیوه‌ی پردازش فراشناختی هستند (ولز، ۲۰۰۹).

در تبیینی دیگر از اثربخشی الگوی فراشناختی می‌توان گفت

1. Marlatt
2. Toneatto
3. Wegner, Schneider, Carter & White
4. Fisher

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.3.6.3]

که به جای چالش با افکار مزاحم، نگرش‌های منفی و کنترل آن‌ها، معتادان را به این سمت هدایت می‌کند که افکار مزاحم، الزاماً به عمل ختم نمی‌شود و صرفاً یک فکر مزاحم است که باید به حال خودش رها شده و درگیر آن نشد، و در نتیجه به سوءمصرف مواد برای فرار از افکار مزاحم، کمتر روی بیاورند. به عبارت دیگر؛ معتادان می‌آموزند که رویدادهای استرس‌زای زندگی را فاجعه آمیز تلقی نکنند و در مقابل آن‌ها هیچگونه پاسخدهی تلاشگرانه شناختی یا رفتاری نشان ندهند که این خود باعث تعدیل دیدگاه‌های منفی آنان نسبت به خود و جهان اطراف و رویدادها در این افراد می‌گردد، که این آموزش‌ها با استفاده از تکنیک‌های تکلیف ببر، تصویرسازی ابرهای گذرا، تمثیل ایستگاه قطار، جاده و اتوبوس، غول و گودال فراهم می‌شود (ولز، ۲۰۰۹).

منابع

Abolghasem, A., Ahmadi, M., & Kyamrsy, A. (2007). Investigate the relationship between

Abramowitz, J. S., & Schweigwer, A. (2009). Unwanted intrusive and worrisome in adults with attention deficit/ hyperactivity disorder. Psychiatry Research, 168, 230- 233.

Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1993). Cognitive Therapy of Substance Abuse. New York: Guildford Press.

Brien, C. P. O., & McLellan, A. T. (1996). Myths about the treatment of addiction. Lancet, 347, 237-240.

Campbell, M. L. C., & Morrison, A. P. (2007). The role of unhelpful appraisals and behaviors in vulnerability to psychotic-like phenomena. Behavioural & Cognitive Psychotherapy, 35, 555-567.

Clark, D. A. (2004). Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York: Guilford Press.

Curran, V. H., Bolton, J., Wanigaratne, S. D. & Smyth, C. (1999). Increased Methadone Dosage Increases Craving for Opiates but has no Cognitive or Sedative effects: a double blind, placebo-controlled study in methadone maintenance patients. Addiction, 94 (5), 666- 674.

Dabaghi, P. (2008). The efficacy of mindfulness-based relapse prevention in the treatment of opiate dependence and mental health. Journal of Addiction Research, 2 (7), 22-44. [Persian]

Daley, D. C., & Marlatt, G. A. (2005). Relapse prevention. In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman, & J. G. Langrod (Eds.), Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 772-785.

Delaware, AS. (2011). Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. Tehran: Publication of growth. [Persian]

Fisher, P.L., Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. J Behav Ther. Exp. Psychiatry, 39(2), 117-32.

Goldsmith, A. A., Tran, G. Q., Smith, J. P., & Howe, S. R. (2009). Alcohol expectancies and drinking motives in college drinkers: Mediating effects on the relationship between generalized anxiety and heavy drinking in negative-affect situations. Addictive Behaviours, 34, 505-513.

Gorman, D. M., Speer, P. W., Gruenewald, P. J., & Labouvie, E. W. (2001). Spatial dynamics of alcohol availability, neighborhood structure and violent crime. Journal of Studies on Alcohol, 62, 628-636.

Goudarzi, M., Esmaeili Trkanbvry, T. (2005). Control strategies, the relationship between intrusive thoughts and compulsive symptoms. Wise Journal, 4, 41-45. [Persian]

Holman, R. C. (2004). Emotion and motive Effects on Drug Related cognition. In Handbook of addictive disorders a practical Guide to diagnosis and treatment. Newjersey: John wiley & sons.

Kiani, A., Ghasemi, N. & M. Abbas, A. (2012). Journal of Substance Abuse Addiction Studies, 24, 36-27. [Persian]

Leshner, A. (1999). Principles of drug addiction treatment: a research-based guide. National Institute of health (NIH) publication, 9, 3-33.

Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1985). Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors, New York: GuilfordPress.

Mohammadkhani, S., & erudite, M. (2009). Examine the relationship between metacognitive beliefs and thought control strategies with obsessive-compulsive symptoms in nonclinical populations. Journal of Clinical Psychology, 1 (3), 35-51. [Persian]

Mokri, A. (2002). Brief overview of the status of drug abuse in Iran. Archives of Iranian

Monajati, A., &, Farnam, B., & Mohammadi, M. (2003). Addiction treatment. Light Sea Press.

Morrison, A. P., & Wells, A. (2000). Thought control strategies in schizophrenia: A comparison with non-patients. Behavior Research and Therapy, 38, 1205-1209.

Psychiatric Society of America. (2000). Text revised Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, the translator. Nykkhv, and e. Vadysyans (2002). Speaking Publications, Tehran. [Persian]

Pyrjlyyan, M.. (2001). Drug abuse and its relationship with self-esteem and self-concept. MA thesis, University of Azad Rudhen. [Persian]

Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. Behavior Research and Therapy, 16, 233–248.

Rohsenow, D. J., Sirota, A. D., Martin, R. A., & Monti, P. M. (2004). The Cocaine Effects

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.3.6.3]

Questionnaire for Patient Populations: Development and Psychometric Properties, Addictive Behaviors, 29, 537-553.

Saed, A., Yaghobi, H., Rotion, R., & Soltani, M. (2011). Comparison of dysfunctional metacognitive beliefs among members and non-drug-dependent. Journal of Addiction Research, 5 (17), 75-90. [Persian]

Skinner, M., & Aubin, H. J. (2010). Craving's Place in Addiction Theory: Contributions of the Major Models, Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 34, 606-23.

Tabatabai chehr, M., Ibrahim Sani, A., & Mortazavi, H. (2012). The effectiveness of group psychotherapy, cognitive - behavioral change irrational beliefs addicts. North Khorasan University of Medical Sciences, 3, 430-419. [Persian]

United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. (2005). Global illicit drug trends, New York: United Nations.

Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., III &White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. Journal of Personality and Social Psychology, 53, 5-13.

Wells, A. (2000). Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. UK: Wiley.

Wells, A. (2009). Meta Cognitive Therapy for Anxiety and depression. The Guilford press.

Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The Thought Control Questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. Behaviour Research and Therapy, 32, 871–878.

Wells, A., (2006). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. Journal of Rational- Emotional & Cognitive- Behavioral Therapy, 23, 337-35.

Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the Metacognitions Questionnaire: properties of the MCQ-30. Behaviour Research and Therapy, 42: 385–396.

Yaghobie Asgrabad, A., Basak Nejad, S, Mehrabi Zade Honarmand, M., & Zamiri Negad, S. (2013). The effectiveness of group cognitive therapy for depression Brlaym addicts treated with methadone in Mashhad, Khorasan University of Medical Sciences, 5, 174-167. [Persian]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.3.6.3]

http://jcp.khu.ac.ir

فصلنامه روانشناسی شناختی دوره ۲، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۳ مقاله علمی- پژوهشی

فرایندهای ارزیابی شناختی و استرس تحصیلی: نقش تعدیل کننده‌ی جنس و فرهنگ

* **امید شکری**: (نویسنده مسئول)، استادیار دانشگاه شهید بهشتی تهران، oshokri@yahoo.com

محمدنقی فراهانی: استاد گروه روانشناسی دانشگاه خوارزمی تهران.

رضا کُرمی نوری: دانشیار دانشگاه اربرو سوئد.

علیرضا مرادی: استاد گروه روانشناسی دانشگاه خوارزمی تهران.

* مقاله‌ی حاضر برگرفته از رساله‌ی دکتری نویسنده اول است.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۲/۵ پذیرش اولیه: ۱۳۹۳/۷/۲۱ پذیرش نهایی: ۱۳۹۳/۸/۲۴

چکیده

مطالعه‌ی حاضر با هدف آزمون نقش تعدیل کننده‌ی فرهنگ و جنس در رابطه‌ی ارزیابی‌های شناختی و استرس تحصیلی در دانشجویان ایرانی و سوئدی انجام شد. ۲۱۲ دانشجو [۱۱۲ ایرانی (۳۴ پسر و ۷۸ دختر) و ۱۰۰ سوئدی (۲۹ پسر و ۷۱ دختر)] به فرایندهای ارزیابی شناختی اولیه و ثانویه و پرسشنامه‌ی استرس تحصیلی پاسخ دادند. نتایج تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی نشان داد که رابطی بین ارزیابی‌های شناختی اولیه و استرس تحصیلی در دانشجویان ایرانی، مثبت و معنادار و در دانشجویان سوئدی مثبت و غیرمعنادار بود. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی نشان داد که رابطه‌ی ارزیابی‌های شناختی ثانویه و استرس تحصیلی در دانشجویان ایرانی و سوئدی، منفی و معنادار بود. علاوه بر این، نتایج نشان داد که در دو جنس رابطه‌ی بین ارزیابی‌های شناختی اولیه و استرس تحصیلی، مثبت و غیرمعنادار و رابطه‌ی ارزیابی‌های شناختی ثانویه و استرس تحصیلی، منفی و معنادار بود. در مجموع، نتایج مطالعه‌ی حاضر در پیش‌بینی تجارب تحصیلی استرس‌زا، بر عدم تشابه ویژگی‌های کارکردی ارزیابی‌های شناختی اولیه و تشابه ویژگی‌های کارکردی ارزیابی‌های ثانویه در دو فرهنگ و در مقابل، بر تشابه ویژگی‌های کارکردی ارزیابی‌های اولیه و ثانویه در دو جنس تأکید کرد.

کلیدواژه‌ها: ارزیابی‌های شناختی اولیه و ثانویه، استرس تحصیلی، تفاوت‌های جنسی، تفاوت‌های فرهنگی، الگوی اثرات تعدیل کننده.

Journal of Cognitive Psychology, Vol. 2, No. 3, Fall 2014

Cognitive Appraisal Processes and Academic Stress: Moderating role of Sex and Culture

***Shokri, O.** (Corresponding author) Assistant Professor, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. oshokri@yahoo.com
Farahani, M.N. Professor, Kharazmi University, Tehran, Iran.
Kormi Nouri, R. Associate Professor, Örebro University, Örebro, Sweden.
Moradi, A.R. Professor, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Abstract

This study examined the moderating effect of cultural and sex differences on the relationship between appraisal processes and academic stress among male and female Iranian and Swedish university students. In a sample consisted of 212 students [112 Iranian (32 male and 78 female students) 100 Swedish (29 male and 71 female students)] the primary and secondary appraisal processes and Academic Stress Questionnaire were administrated. The results of multiple regression analysis showed significant positive relationship between the primary appraisal and academic stress among the Iranian students and non-significant positive relationship between the primary appraisal and academic stress among the Swedish students. Results also indicated that there was a significant negative correlation between the secondary appraisal and academic stress among the Iranian and Swedish students. Results also showed that there was a non-significant positive relationship between the primary appraisal and academic stress and a significant negative relationship between the secondary appraisal and academic stress among both sexes. In sum, these findings emphasized that for the purpose of predicting academic stress the functional properties of the primary appraisal were dissimilar and the functional properties of the secondary appraisal were similar in two cultural contexts and the functional properties of the primary and secondary appraisals were similar in tow sex groups.

Keywords: Primary and Secondary Appraisals, Academic Stress, Sexual Differences, Cultural Differences, Moderating Effects Model.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.3.6.3]

مقدمه

در سال‌های اخیر، همسو با طیف وسیعی از مطالعات انجام شده در خارج از کشور درباره‌ی موضوع محوری استرس تحصیلی دانشجویان (چانگ، چی، هوان و آنگ، ۲۰۱۴؛ گلاگر، متا، سیلوان، میرزا، رادیا، بارادیا و هیتچ، ۲۰۱۴؛ وتا و بینا، ۲۰۱۴؛ تروبا، اسمیت، آساچ و ریتز، ۲۰۱۲؛ حمدان ـ منصور و داوانی[1]، ۲۰۰۸؛ ویلکس[2]، ۲۰۰۸؛ ویلکس و اسپیوی[3]، ۲۰۰۹؛ هیستاد، اید، لابرگ، جانسون و بارتون[4]، ۲۰۰۹)، در ایران نیز محققان از طریق تأکید بر مطالعه‌ی این سازه، علاقه فزاینده‌ای به بررسی کیفیت زندگی تحصیلی دانشجویان نشان داده‌اند (شکری، کدیور، نقش و دانشورپور، ۱۳۸۵؛ شکری، کدیور و دانشورپور، ۱۳۸۶الف؛ شکری، کدیور و دانشورپور، ۱۳۸۶ب؛ شکری، کدیور، نقش، غنایی و دانشورپور، ۱۳۸۶؛ فراهانی، شکری، گراوند و دانشورپور، ۱۳۸۷؛ گراوند و شکری، ۱۳۸۷؛ عبدالخالقی، سقراطی، شکری، گراوند و طولابی، ۱۳۸۷؛ شکری، کدیور، زین‌آبادی، غنایی، نقش و طرخان، ۱۳۸۸؛ شکری، کُرمی نوری، فراهانی و مرادی، ۱۳۸۹). در همین راستا، مرور شواهد تجربی مختلف نشان می‌دهد که محققان علاقه‌مند به مطالعه‌ی موضوع محوری تجارب تحصیلی استرس‌زا در بین دانشجویان به منظور تبیین تمایز در سطوح این تجارب بر نقش محافظتی برخی کیفیت‌های روان‌شناختی مانند حمایت اجتماعی ادراک شده (گلاژه و پیوالین، ۲۰۱۴؛ بالگر و آمارل[5]، ۲۰۰۷؛ ویلکز، ۲۰۰۸؛ ویلکز و اسپیوی، ۲۰۰۹؛ هیمان[6]، ۲۰۰۶؛ نگا، آپلیوایت و لوینگسون[7]، ۲۰۰۷؛ مک‌گورگ، اسمتر و گلیهان[8]، ۲۰۰۵؛ میسرا، کریست و برانت[9]، ۲۰۰۳؛ تورشیم و ولد[10]، ۲۰۰۱) و سبک‌های مقابله با استرس (سافلسکی، آستین، مستوراس، بیتان و آسبورس، ۲۰۱۲؛ ال ـ سوق، ۲۰۱۳؛ لازاروس[11]، ۲۰۰۱؛ استراترز، پری و مینس[12]، ۲۰۰۰؛ کاراتزیاس، پاور، فلیمینگ، لنان و سوانسون[13]، ۲۰۰۲؛ بکر[14]، ۲۰۰۳؛ ساراید، آنسون، یاری و مارگالیت[15]، ۲۰۰۳؛ آیسان، تامپسون و هامارات[16]، ۲۰۰۱) تأکید کرده‌اند. بنابراین، همسو با آموزه‌های نظری الگوی تبادلی استرس[17] (لازاروس، ۲۰۰۶)، به منظور پیش‌بینی تجارب تحصیلی استرس‌زا در بین دانشجویان، تمرکز بر نقش مهم ارزیابی‌های شناختی اولیه و ثانویه یک ضرورت پژوهشی غیرقابل انکار تلقی می‌شود. علاوه بر این، به منظور تأکید بر نقش قلمروهای مفهومی مختلف در الگوی فرایندی استرس، همسو با برخی شواهد تجربی نقش تعدیل کننده‌ی[18] تفاوت‌های جنسی (متیود[19]، ۲۰۰۴؛ درس، مون و اوفوگبو[20]، ۲۰۰۱؛ ویکیس، مک لین و برگر[21]، ۲۰۰۵) و فرهنگی (انگ، کلاسن، چانگ، هوان، وانگ، یئو و کروچاک[22]، ۲۰۰۹؛ انگ، هوان و برامان[23]، ۲۰۰۷) در رابطه‌ی بین فرایندهای ارزیابی شناختی و استرس تحصیلی در کانون توجه محققان پژوهش حاضر قرار دارد.

برای غالب دانشجویان، تعاقب تحصیلات دانشگاهی به مثابه دوره‌ای از تغییر است، که از طریق مجموعه‌ای از مطالبات وابسته به آن زمینه‌ی تحصیلی مشخص می‌شود. انجمن استرس آمریکا[24] (۲۰۰۷) تأکید می‌کند که به پاسخ غیرویژه بدن نسبت به هر مطالبه مبتنی بر تغییر، استرس اطلاق می‌شود. به بیان دیگر، استرس بیانگر شناختارها و هیجانات ادراک شده درونی و عوامل استرس‌زا نشان دهنده‌ی برخی مطالبات موقعیتی نظیر رخداد شدید یا درد مداوم می‌باشند (لازاروس، ۲۰۰۶). کلینگ، بایرس ـ وینستون و باکن[25] (۲۰۰۸) در تعریف استرس تحصیلی، بر ارزیابی فرد مبنی بر تجربه‌ی ناهماهنگی بین مطالبات موقعیتی و منابع درون‌فردی خود اشاره کردند.

همسو با نتایج مطالعات اسلاتری، گریوی، آمس، آرسترانگ و ایساکس (۲۰۱۳)، بوریک و سوریک (۲۰۱۲)، جاکوبی، توسیتو و فری[26] (۲۰۰۷)، حجت، گونلا، اردمن و وگل[27] (۲۰۰۳)، گوائرتز و گریگوایر[28] (۲۰۰۴)، ریچاردز و پیهت[1]

1. Hamdan-Mansour & Dawani
2. Wilks
3. ***Spivey***
4. Hysta, Eid, Laberg, Johnsen & Bartone,
5. Bolger & Amarel
6. Heiman
7. Negga, Applewhite & Livingston
8. MacGeorge, Smater & Gillihan
9. Crist & Burant
10. Torsheim & Wold
11. Lazarus
12. Struthers, Perry & Menec
13. Karatzias, Power, Fleming, Lennan & Swanson
14. Baker
15. Sarid, Anson, Yaari & Margalith
16. Aysan, Thompson & Hamarat
17. Transactional theory of stress
18. Moderating
19. Matud
20. Drs, Mon & Ofoegbu
21. Weekes, MacLean & Berger
22. Ang, Klassen, Chong, Huan, Wong, Yeo & Krawchuk,
23. Braman
24. American Institute of Stress
25. Klink, Byars-Winston & Bakken
26. Giacobbi, Tuccitto & Frye
27. Hojat, Gonnella, Erdmann & Vogel
28. Govaerts & Gregoire

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1393.2.3.6.3]