

## تأثیر درمان مبتنی بر مدل فرانظری بر خودکارآمدی پرهیز از مواد و چگونگی به کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان معنادین

مهناز مهرابی زاده هنرمند<sup>۱</sup>، فرزاد کریم نژاد\*<sup>۲</sup>، دکتر نیلوفر خواجه‌الدین<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت 1392/09/09 تاریخ پذیرش 1392/11/12

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر مدل فرانظری بر خودکارآمدی پرهیز از مواد و چگونگی به کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان معنادین مرد مقیم مراکز میان مدت بهزیستی شهر اهواز انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه می‌باشد. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی معنادین ۳۰-۱۵ سال مرد مقیم در مراکز میان مدت بهزیستی شهر اهواز بود که از میان آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند، به این صورت که از میان مراکز میان مدت، ۵ مرکز و از هر مرکز شش نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. از این ۳۰ نفر به شکل تصادفی، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل گماشته شدند. درمان مبتنی بر مدل فرانظری به شیوه‌ی گروهی طی ۱۵ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شد و افراد گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند و هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار استفاده شده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه‌ی خودکارآمدی پرهیز از مواد مارتین گلمن و پرسش‌نامه‌ی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان گرنفسکی و همکاران می‌باشد که شرکت کنندگان در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون به سوالات آن پاسخ دادند. جهت تجزیه و تحلیل نتایج از روش‌های آماری توصیفی و تحلیل کواریانس استفاده شده است.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش بیانگر آن است که میان گروه آزمایش و کنترل از لحاظ خودکارآمدی پرهیز از مواد و میزان به کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). همچنین میزان خودکارآمدی پرهیز از مواد و میزان به کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون به طور معنی‌داری بیش از گروه کنترل بود.

**نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر مدل فرانظری یکی از درمان‌های گروه شناختی - رفتاری است که توانسته است خودکارآمدی اختصاصی و همچنین نوع به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجانی سوء مصرف کنندگان مواد را ارتقا بخشد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر مدل فرانظری، خودکارآمدی پرهیز از مواد، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اعتیاد

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و پنجم، شماره اول، ص ۴۲-۳۲، فروردین ۱۳۹۳

آدرس مکاتبه: خوزستان، اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز، گروه روانشناسی بالینی، تلفن: ۰۹۳۶۴۱۳۶۸۹۰

Email: farzad.k110@yahoo.com

### مقدمه

موجب انحطاط روانی و اخلاقی فردی می‌شود (۱). بر اساس آخرین گزارشات از سوی دبیرخانه‌ی ستاد مبارزه با مواد مخدر دفتر برنامه‌ریزی (۲) در ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر در ایران، تعداد معنادین کشور در سال ۱۳۸۶ برابر ۱۲۰۰۰۰۰ نفر تخمین زده شده است. از طرفی آمارها نشان‌گر این هستند که میزان مصرف مواد در بین جوامع مختلف به‌ویژه در میان نوجوانان و جوانان افزایش چشم‌گیری داشته است (۳).

سوء مصرف مواد و اعتیاد که به حق در میان مردم به بلای خانمان‌سوز شهرت یافته است، امروزه به یکی از دغدغه‌های بزرگ جوامع بشری تبدیل شده است. حتی با وجود عدم مقبولیت مصرف مواد افیونی از نظر اجتماعی، طبقات مختلف افراد با این مسئله به‌صورت جدی درگیر می‌باشند، به‌طوری‌که سلامت فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد و همچنین

<sup>۱</sup> استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استادیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه جندی شاپور اهواز

خودکارآمدی، مفهومی است که به احساس شایستگی و کفایت شخص در مورد انجام اعمالی که توان آن را در خود می‌بیند، اشاره دارد (۱۴). خودکارآمدی اختصاصی یا موقعیتی، به پافشاری برای انجام یک تکلیف ویژه در دست اجرا گفته می‌شود. فرض بر این است که خودکارآمدی اختصاصی بالا در موقعیت‌های پرخطر، بهتر از خودکارآمدی کلی، پیش‌بینی کننده‌ی پرهیز از مصرف مواد خواهد بود (۱۵). در این رابطه، مطالعه‌ی دولان، مارتین و روحنوسو<sup>۱</sup> (۱۵) نشان داد که خودکارآمدی بالای بیماران در موقعیت‌های پرخطر مصرف کوکائین بیشتر از خودکارآمدی کلی با نتایج درمانی همبسته بود. بنابراین، خودکارآمدی برای موقعیت‌های اختصاصی و سوسه‌ی مصرف (همچون هیجان منفی، و سوسه‌های درونی و موقعیت‌های بین‌فردی همچون تعارضات بین‌فردی، فشار اجتماعی برای مصرف و ناتوانی در ابراز وجود)، برای برنامه‌ریزی درمان بهتر خواهد بود و از طریق هدف قرار دادن موقعیت‌های اختصاصی می‌توان نتایج مطلوب‌تری به دست آورد (۱۵). روش‌های درمانی مختلفی تاکنون جهت درمان اعتیاد مطرح شده است که در مرحله‌ی اول، بیشتر بر ترک جسمی استوارند؛ و پس از آن، روش‌های مختلف، پیشگیری از بازگشت مجدد را مدنظر دارند. از جمله‌ی این روش‌ها می‌توان به گروه‌درمانی اشاره کرد. مدت زمان طولانی است که کفایت گروه‌درمانی در درمان اختلال وابستگی به مواد به اثبات رسیده است. در واقع بسیاری از برنامه‌های درمانی برای این بیماران، در مراحل اولیه شامل گروه‌درمانی نیز می‌باشد (۱۶). رویکردهای گروهی، دارای توان پنهانی برای حمایت و مواجهه‌ی بیمار، ایجاد چالش و درگیر کردن اعضاء با آگاهی‌های آنان از مسایل فردی و شخصیتی خود می‌باشد (۱۷). گروه می‌تواند یک محیط امن برای ایجاد تعادل در عوامل خطرزا و جهت‌دهی به احساسات فراهم کند که منجر به تغییر در رفتار گردد. بر این اساس است که گروه‌درمانی، به‌عنوان درمان انتخابی وابستگی به مواد مطرح شده است (۱۸-۱۶). یکی از این گروه‌درمانی‌ها، گروه‌درمانی مبتنی بر مدل ترانس‌تئوریک (فرانتری<sup>۲</sup>) می‌باشد که بر این فرض استوار است که تغییر رفتار در طول زمان و با طی مراحل متوالی فکر میسر می‌شود. این مراحل عبارتند از: ۱- مرحله‌ی پیش از تفکر<sup>۳</sup>، ۲- مرحله‌ی تفکر برای تغییر<sup>۴</sup>، ۳- مرحله‌ی آمادگی<sup>۵</sup>، ۴- مرحله‌ی عمل (اقدام به ترک)<sup>۶</sup> و ۵- مرحله‌ی نگهداری<sup>۷</sup> که در آن مراجع برای نگهداری

یکی از عوامل مهم و مؤثر در سوء مصرف کنندگان مواد، تحریک‌پذیری و واکنش‌پذیری افراطی است که این واکنش‌پذیری بالا منجر به استفاده نامناسب از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان شده و در نتیجه استفاده از مواد مخدر را افزایش می‌دهد. افرادی که نمی‌توانند برانگیختگی‌های خود را کنترل کنند، احتمالاً در معرض خطر سوء مصرف مواد بیشتری قرار دارند (۴). از طرف دیگر در زندگی انسان، تجربه‌ی هیجان‌های منفی گریزناپذیر است. استرس روان‌شناختی که به‌طور معمول با هیجان‌های منفی مرتبط است، با تحریک نمودن غدد و ترشح هورمون‌هایی که سیستم ایمنی را تضعیف می‌کند، موجب بروز آثار گسترده‌ای بر جسم می‌شود. تجربه‌ی هیجان‌های منفی، علاوه بر تضعیف سیستم ایمنی، می‌تواند از طریق افزایش رفتارهای ناسالمی مثل نوشیدن الکل، استفاده از مواد مخدر، سیگار کشیدن و بیش‌ازحد غذا خوردن، موجب بیماری گردد. از این‌رو، تجربه‌ی استرس، به زیاده‌روی در رفتارهای پرخطر منجر می‌شود (۵، ۶).

تنظیم هیجان به‌عنوان یکی از عوامل روان‌شناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است (۷). تنظیم هیجان یک انگیزه‌ی اساسی و مهم برای مصرف مواد است. در واقع مصرف‌کنندگان مواد، اغلب مصرف خود را به مسکن بودن مواد نسبت می‌دهند (۸). همچنین تحقیقات بیانگر آن است که مصرف دخانیات موقعی بیشتر می‌شود که افراد عصبانی، مضطرب، غمگین یا پریشان‌تر می‌شوند (۹). هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر سوء مصرف را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای تنظیم هیجان شناختی مناسب استفاده نماید. افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته‌ی دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (۱۰). در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی پایین‌تری دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (۱۱). همچنین باورهای خودکارآمدی بر طرز تفکر افراد، چگونگی رویارویی با مشکلات، سلامت هیجانی، تصمیم‌گیری، مقابله با استرس و افسردگی تأثیر می‌گذارد (۱۲). خودکارآمدی، به باورهای افراد درباره‌ی توانایی‌هایشان در سامان دادن انگیزه‌ها، منابع شناختی و اعمال کنترل بر یک رخداد معین اشاره دارد. اصطلاح خودکارآمدی که بر نظریه‌ی شناختی- اجتماعی آلبرت بندورا (۱۳) مبتنی است، به باور شخص در مورد این که چگونه به خوبی می‌تواند در تغییر موفق باشد، دلالت دارد. در نظام شناختی- اجتماعی، منظور از

<sup>1</sup> Dolan, Martin & Rohsenow

<sup>2</sup> Transtheoretical model

<sup>3</sup> pre contemplation

<sup>4</sup> contemplation

<sup>5</sup> preparation

<sup>6</sup> action

<sup>7</sup> maintenance phase



حکایت از پایایی مناسب این پرسشنامه است. میزان همبستگی این پرسشنامه با سؤال کلی برای تعیین روایی  $r=0/35$  به دست آمد که در سطح  $p<0/001$  معنی دار است.

پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان توسط گرنفسکی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۲) ساخته شده است و ۳۶ آیتم دارد. پاسخ‌گویی به هر یک از آیتم‌های آن به صورت مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۱= تقریباً هرگز تا ۵= همیشه) می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۹ زیرمقیاس است. پنج زیرمقیاس این پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار و چهار زیرمقیاس دیگر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار هستند. الف) سبک‌های تنظیم شناختی هیجان سازگار عبارتند از: ۱) پذیرش<sup>۳</sup>؛ تفکر با محتوای پذیرش و تسلیم رخداد، ۲) تمرکز مجدد مثبت<sup>۴</sup>؛ فکر کردن به موضوع لذت‌بخش و شاد به جای تفکر درباره‌ی حادثه‌ی واقعی، ۳) تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی<sup>۵</sup>؛ فکر کردن درباره‌ی مراحل فائق آمدن بر واقعه‌ی منفی یا تغییر آن، ۴) ارزیابی مجدد مثبت<sup>۶</sup>؛ تفکر درباره‌ی جنبه‌های مثبت واقعه یا ارتقای شخصی و ۵) کنار آمدن با دیدگاه<sup>۷</sup>؛ تفکرات مربوط به کم اهمیت بودن واقعه یا تأکید بر نسبت آن در مقایسه با سایر وقایع. ب) راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار که از راهبردهای مقابله‌ای نابهنجار محسوب می‌شوند، عبارتند از: ۱) سرزنش خود<sup>۸</sup>؛ تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش خود، ۲) نشخوار فکری<sup>۹</sup>؛ اشتغال ذهنی درباره‌ی احساسات و تفکرات مرتبط با واقعه‌ی منفی، ۳) فاجعه‌انگاری<sup>۱۰</sup>؛ تفکر با محتوای وحشت از حادثه، ۴) سرزنش دیگری<sup>۱۱</sup>؛ تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش دیگران به خاطر آن‌چه اتفاق افتاده است (۲۴). از جمع کل نمرات ۳۶ عبارت نیز یک نمره کلی به دست می‌آید که بیانگر «استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان» است و می‌تواند در دامنه‌ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار بگیرد. در بررسی مشخصات روان‌سنجی آزمون، گرنفسکی و همکاران (۲۴)، پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۸۷، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ به دست آوردند و روایی آن با توجه به تحلیل عاملی معتبر بوده است. روایی ساختاری و پایایی این مقیاس در ایران با استفاده از تحلیل عامل تأییدی، مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی آن با

افزایش آگاهی پرداخته شد در جلسه دوم به شناسایی ماشه‌چکان‌ها، توصیف و تفسیر ماشه‌چکان‌ها، توزیع رونوشت‌هایی از دست‌نویس (زمان‌های وسوسه شدید برای من کدامند) و توزیع آن بین هر یک از اعضای گروه، بحث در مورد شیوه‌های اجتناب یا تغییر ماشه‌چکان پرداخته شد. در جلسه سوم آموزش مدیریت (کنترل) استرس، توضیح و تفسیر اینکه چگونه موقعیت‌های استرس‌آمیز می‌توانند بر بدن و رفتار آن‌ها تأثیر بگذارند، پرداخته شد در مرحله چهارم به پاداش‌دهی در مراحل تغییر، بازخورد موفقیت‌های اخیر به گروه، شناساندن ایده‌هایی جهت خلق پاداش برای پاداش‌دهی خودکار به گروه، پرداخته شد در جلسه پنجم به توضیح و تفسیر ارتباط مؤثر، مشخص نمودن راه‌های ویژه‌ای که افراد گروه از طریق آن با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند، ارائه‌ی ابزارهایی که افراد گروه بتوانند برای برقراری ارتباط با قاطعیت (جرات‌مندی) از آن استفاده کنند، پرداخته شد. در جلسه ششم شروع به کارگیری تکنیک امتناع مؤثر، مشخص کردن مصرف‌کنندگان در حال حاضر، ارائه‌ی الگوی تمرینی برای امتناع از پیشنهادات مصرف مواد، بحث و تفسیر در مورد بازی با نقش‌ها، پرداخته شد. پس از این مراحل روش‌های مختلفی دیگر برای کنترل افکار و شناخت‌های بیماران به کار برده شد.

پس از ۱۵ جلسه‌ی درمان، همه‌ی افراد نمونه (گروه مورد و شاهد) در یک جلسه‌ی پس‌آزمون مجدداً به سؤالات پرسشنامه‌های خودکارآمدی پرهیز از مواد و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گرنفسکی و همکاران پاسخ دادند. پرسشنامه خودکارآمدی پرهیز از مواد توسط مارتین گلمن<sup>۱</sup> در سال ۱۹۹۲ برای سنجش کارایی شخصی در سنین ۱۶ تا ۳۰ سالگی ساخته شد و ۲۰ آیتم دارد که توانایی اجتناب از موقعیت‌های هیجانی، اجتماعی و سوگ برانگیزاننده‌ی مصرف را می‌سنجد. پاسخ‌گویی به هر یک از آیتم‌های آن به صورت مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۱=تقریباً هرگز تا ۵= همیشه) می‌باشد (۲۱). گلمن پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در سال ۱۹۹۵ در حدود ۰/۹۱ گزارش داده و روایی آن را در ارتباط با زیرگروه‌های مورد مطالعه ارزیابی کرده و آن را معتبر گزارش نموده است (۲۳). جعفری و همکاران (۲۱) پایایی این ابزار را در ایران با استفاده از روش دومین‌کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۵۴ و ۰/۷۸ گزارش کردند. روایی مقیاس با استفاده از تحلیل عامل تأییدی برای مؤلفه‌ی موقعیت هیجانی، اجتماعی و سوگ به ترتیب ۰/۵۲، ۰/۶۱ و ۰/۴۹ درصد به دست آمده است (۲۱). همچنین پایایی آن در پژوهش حاضر به شیوه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد که

<sup>2</sup> Garnefski

<sup>3</sup> acceptance

<sup>4</sup> positive refocusing

<sup>5</sup> planning

<sup>6</sup> positive reappraisal

<sup>7</sup> putting into perspective

<sup>8</sup> self-blame

<sup>9</sup> blame

<sup>10</sup> rumination

<sup>11</sup> catastrophising

<sup>12</sup> blaming others

<sup>1</sup> Golman

پیش‌آزمون به عنوان متغیر همگام شناخته شد و تأثیر آن بر روی نمرات پس‌آزمون با استفاده از روش تحلیل کوواریانس کنترل گردید.

### یافته‌ها

جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار، نمره‌های خودکارآمدی پرهیز از مواد را در گروه‌های آزمایش و کنترل، به تفکیک در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها ما بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۵). همچنین پایایی آن در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۵۲ به دست آمد که حکایت از پایایی مناسب این پرسش‌نامه دارد. میزان همبستگی این پرسش‌نامه با سؤال کلی برای تعیین روایی  $r=0/45$  برای زیر مقیاس تنظیم هیجان مثبت و  $r=0/53$  برای زیر مقیاس تنظیم هیجان منفی به دست آمد که در سطح  $p<0/01$  معنی‌دار است. پس از پایان داده‌های این پژوهش با نرم‌افزار SPSS16 و به روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نمرات

**جدول (۱): میانگین و انحراف معیار نمره‌های خودکارآمدی پرهیز از مواد و تنظیم شناختی هیجان گروه‌های آزمایش و کنترل**

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی پرهیز از مواد	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۹/۹۳	۱۷/۸۳
		کنترل	۵۱	۱۳/۰۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۸۳/۵۳	۹/۹۱
		کنترل	۴۹/۱۳	۱۴/۲۲
تنظیم شناختی هیجانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۰۳/۶	۱۱/۵۱
		کنترل	۱۰۲/۸۶	۱۲/۱۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۳۰	۹/۶۵
		کنترل	۱۰۹/۴۶	۹/۷۵

برای گروه کنترل، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برابر است با ۱۰۲/۸۶ و ۱۰۹/۴۶ (۱۲/۱۸) و ۱۰۹/۴۶ و ۹/۷۵ است.

جهت تأثیر درمان مبتنی بر مدل فرانظری بر خودکارآمدی پرهیز از مواد و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد که در جدول ۳ آورده شده است. همچنین برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، دو مفروضه تحلیل کوواریانس شامل، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند، که در جدول ۲ آمده است.

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است، میانگین و (انحراف معیار) نمرات خودکارآمدی پرهیز از مواد گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون برابر ۴۹/۹۳ (۱۷/۸۳) و ۸۳/۵۳ (۹/۹۱) است. این شاخص‌های آماری برای گروه کنترل، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برابر است با ۵۱ (۱۳/۰۶) و ۴۹/۱۳ (۱۴/۲۲) است. همچنین میانگین و (انحراف معیار) نمرات تنظیم شناختی هیجان گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون برابر ۱۰۳/۶ (۱۱/۵۱) و ۱۳۰ (۹/۶۵) است. این شاخص‌های آماری

**جدول (۲): خلاصه پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس در متغیرهای پژوهش مربوط به پیش فرض تحلیل کواریانس**

متغیرها		همگنی شیبها		برابری واریانس‌ها	
	سطح معنی‌داری	F	سطح معنی‌داری	F	سطح معنی‌داری
خودکارآمدی پرهیز از مواد	۰/۵۱۵	۰/۴۳۵	۰/۱۷۸	۱/۹۰۵	
راهبردهای تنظیم شناختی					
هیجان	۰/۵۱۸	۱۰	۰/۶۰۳	۰/۲۷۶	

با توجه به جدول شماره ۲ مشخص می‌شود که هر ۲ جدول شماره ۳ نشان‌دهنده خلاصه‌ی نتایج تحلیل پیش فرض تحلیل کوواریانس محقق است و می‌توان برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده کرد. و راهبردهای تنظیم شناختی گروه‌های آزمایش و کنترل است.

**جدول (۳): خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی نمره‌های خودکارآمدی پرهیز از مواد و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان گروه‌های آزمایش و کنترل**

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	اندازه‌ی اثر	توان آماری	سطح معنی‌داری
اثر پیلای <sup>۱</sup>	۰/۷۷۱	۴۲/۰۸	۲	۲۵	۰/۷۷۱	۱	P<۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز <sup>۲</sup>	۰/۲۲۹	۴۲/۰۸	۲	۲۵	۰/۷۷۱	۱	P<۰/۰۰۱
اثر هتلینگ <sup>۳</sup>	۳/۳۶۷	۴۲/۰۸	۳	۲۵	۰/۷۷۱	۱	P<۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی <sup>۴</sup>	۳/۳۶۷	۴۲/۰۸	۳	۲۵	۰/۷۷۱	۱	P<۰/۰۰۱

مندرجات جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح  $p < 0/001$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (خودکارآمدی پرهیز از مواد و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه‌ی اثربخشی برابر با ۰/۷۷ و توان آماری آزمون برابر ۱ می‌باشد. برای بررسی نقطه‌ی تفاوت، دو تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متن مانکوا را بر روی میانگین (خودکارآمدی پرهیز از مواد) و میانگین (راهبردهای تنظیم شناختی هیجان) با کنترل پیش‌آزمون‌ها، در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۵ نشان داده شده است.

<sup>1</sup> Pillai Trace<sup>2</sup> Wilks' lambda<sup>3</sup> Hotelling's Trace<sup>4</sup> Roy's Largest Root

**جدول (۴):** حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون خودکارآمدی پرهیز از مواد و راهبردهای تنظیم هیجان

متغیر	مجموع مجدورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجدورات	F	اندازه‌ی اثر	توان آماری	سطح معنی‌داری
خودکارآمدی پرهیز از مواد	۸۹۵۱/۶۴۸	۱	۸۹۵۱/۶۴۸	۵۶/۹۶۵	۰/۶۸۷	۱	$P < ۰/۰۰۱$
راهبردهای تنظیم شناختی هیجان	۳۱۰۷/۶۱۸	۱	۳۱۰۷/۶۱۸	۳۲/۶۴۵	۰/۵۵۷	۱	$P < ۰/۰۰۱$

الگوهای روان‌شناختی در نتیجه سبب افزایش خودکارآمدی اختصاصی بیماران تحت درمان خواهند شد. هر چه بیماران تحت درمان بتوانند بینشی روشن از چگونگی تغییر پیدا کنند، آمادگی این را کسب می‌کنند که بتوانند با تکیه بر آموخته‌های درمانی در طی جلسات، طرح‌واره‌های معیوب خود را بهبود بخشیده و به خودکارآمدی مطلوب نزدیک‌تر شوند و هر چه بیماران به مراحل اتمام طرح درمانی خود نزدیک‌تر می‌شوند، در کنترل خود نسبت به وسوسه و اغوا کارآمدتر می‌شوند و خودکارآمدی مطلوب را کسب می‌کنند.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص تأثیر درمان TTM بر چگونگی به‌کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با تحقیقات قاسم‌زاده و همکاران (۲۶)، قربانی، محمدخانی و صرامی (۲۷) و ترینداد، آنگر، کو و جانسون<sup>۱</sup> (۱۱) همسو است. با توجه به تحقیقات انجام شده می‌توان به این موضوع اشاره کرد که واکنش‌پذیری بالاتر و راهبردهای تنظیم هیجان منفی بالاتر، احتمال سوء مصرف مواد را بالا می‌برد (۱۹). به علاوه دشواری در بازشناسی هیجان‌ها و نارسایی در برقراری رابطه‌ی عاطفی با دیگران منجر به سوء مصرف مواد در افراد می‌شود. هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند (۱۹). افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته‌ی دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. همچنین افرادی که تنظیم هیجانی پایین‌تری دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (۱۱، ۱۰). در درمان مبتنی بر مدل فرا نظری از گام‌هایی استفاده می‌شود که میزان استفاده افراد را از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت را افزایش می‌دهد. از جمله این گام‌ها افزایش آگاهی و مدیریت استرس بوده

نتایج مندرج در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متغیرهای خودکارآمدی پرهیز از مواد ( $F=۵۶/۹۶۵$  و  $p < ۰/۰۰۱$ ) و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ( $F=۳۲/۶۴۵$  و  $p < ۰/۰۰۱$ ) معنی‌دار می‌باشند. به علاوه ضریب اندازه‌ی اثر نشان می‌دهد که ۶۸ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون از نظر متغیر خودکارآمدی پرهیز از مواد، ۵۵ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون از نظر متغیر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مربوط به مداخله‌ی آزمایشی است و توان آماری برابر ۱ می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان مبتنی بر مدل فرانظری بر خودکارآمدی پرهیز از مواد و چگونگی به‌کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان معتادین مرد مقیم مراکز میان‌مدت بهزیستی شهر اهواز بوده است. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر مدل فرانظری (TTM)، خودکارآمدی اختصاصی سوء مصرف‌کنندگان مواد را افزایش داده است. همچنین این درمان راهبردهای به‌کارگیری تنظیم شناختی هیجان معتادین را در نمونه‌ی بالینی پژوهش در مقایسه با گروه کنترل افزایش داده است. یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص تأثیر درمان TTM بر روی خودکارآمدی پرهیز از مواد با نتایج تحقیقات جعفری و همکاران (۲۱)، دولان و همکاران (۱۵)، دولان و روحنسو (۱۵)، خانتازیان (۱۷) و عبدی (۲۵) همسو است. با توجه به تحقیقات انجام شده می‌توان گفت که خودکارآمدی بالای پرهیز از مواد، به منظور برنامه‌ریزی درمان از نظر موقعیت‌های مصرف، وسوسه‌های منفی درونی و موقعیت‌های اختصاصی مصرف، بهتر خواهد بود و نتایج مطلوب‌تری را فراهم خواهد ساخت. به علاوه، درمان‌هایی که بتوانند این الگو را افزایش دهند، نتایج کارآمدتری در پیشگیری از عود خواهند داشت. از طرف دیگر می‌توان به این موضوع اشاره داشت که الگوی اساسی درمانی TTM که بر ۱۰ الگو استوار است، می‌تواند در مراحل و جلسات درمانی باعث افزایش آگاهی، ارزیابی مجدد محیط، تسکین عاطفی و کنترل محرک شود (۱۹) که این

<sup>1</sup> Trinidad, Unger, Chou & Johnson

به کارگیری راهبردهای بهتر در تنظیم شناختی هیجان خواهد شد (۱۹). از سوی دیگر، تفسیر مجدد رویدادها با توجه به شرایط اصلاح شده سبب افزایش خودکارآمدی اختصاصی معتادین در طی گذراندن درمان می‌شود. در اینجا منظور از خودکارآمدی اختصاصی همان خودکارآمدی پرهیز از مصرف مواد است که پس از طی ۱۵ جلسه‌ی درمانی، معتادین توانستند آن را افزایش دهند. از آن‌جا که اصلاح هیجان‌ها و خودکارآمدی‌های اختصاصی در سوء مصرف کنندگان مواد باعث بهبود روند درمانی این بیماران می‌شود، توصیه می‌شود درمان‌هایی برای بهبود نشانه‌های این بیماران استفاده شود که در محتوای درمانی خود به این دو متغیر توجه خاصی را نشان دهند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر الگوی ترانس تئوریک (فرانظری) تأثیر مثبت و قابل تأملی بر سوء مصرف کنندگان مواد داشته است، بنابراین به نظر می‌رسد نیاز است که این برنامه‌ی درمانی به صورت یک پروتکل درمانی رسمی در مراکز بازتوانی سوء مصرف کنندگان مواد توسط درمان‌گرانی که آموزش‌های لازم را دیده‌اند، در تمام کشور به کار برده شود. همچنین برنامه‌های درمانی مبتنی بر الگوی ترانس تئوریک (فرانظری) باید ویژه‌ی هر دوره درمانی چه کوتاه و چه بلند مدت باشد، از نظر ساختاری و از نظر فرهنگی حساس و ظریف تهیه شوند تا نتایج این درمان در کشور ما نیز رضایت بخش باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد که با توجه به اینکه پژوهش حاضر مردان سوء مصرف کننده مواد را تحت بررسی قرار داده است لذا نتایج این پژوهش قابل تعمیم به زنان نیست. همچنین از آنجا که این پژوهش در شهر اهواز انجام شده پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌هایی با این محتوا در شهرهای بزرگ کشور به منظور تعمیم بهتر یافته‌ها انجام شود.

### تقدیر و تشکر

از کلیه مراکز درمانی معتادین و معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد و نیز مسئولین این مراکز که پژوهشگران را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد؛ بدون همکاری آنان انجام این پژوهش ممکن نبود.

است. گام افزایش آگاهی منجر به افزایش آگاهی افراد از هیجان‌ها خود می‌شود و آن‌ها را نسبت به هیجان‌ها خود واقف می‌سازد. از طرف دیگر در گام مدیریت استرس به آزمودنی‌ها آموزش داده می‌شود که چگونه منابع استرس خود را مدیریت کنند و با آن‌ها مقابله نمایند. استرس‌های محیطی منجر به حالات هیجانی منفی شده و در نتیجه احتمال کشش معتادین به سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهد. معتادین با یادگیری اصول کنترل استرس می‌توانند با شیوه‌های مقابله‌ای کارآمدتر به مدیریت استرس خود و در نتیجه مدیریت هیجان‌ها خود بپردازند.

نتیجه‌ی این پژوهش بیان می‌کند که درمان مبتنی بر مدل فرانظری (TTM) که توسط پروچاسکا و دایکلننته در سال ۱۹۸۴ بنیان گذاشته شد بر پایه‌ی دو فرآیند اصلی بنیان نهاده شد. اولین فرآیند به تمامی فرآیندهای تجربی اشاره دارد که شامل افزایش آگاهی، تسکین عاطفی، ارزیابی مجدد خود، ارزیابی مجدد محیط و آزادی اجتماعی است. همچنین فرآیندهای رفتاری این مدل شامل شرطی‌زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری‌رسان است. فرآیندهای تجربی این مدل مرتبط با سازه‌ی موازنه‌ی تصمیمی سوء مصرف کنندگان مواد است. این موازنه‌ی تصمیمی اشاره بر این دارد که یک شخص جنبه‌های مثبت و منفی رفتار خاص خود را سبک و سنگین می‌کند. این موازنه‌ی تصمیمی سوء مصرف کنندگان مواد، در خلال مراحل درمانی تغییر چشمگیری می‌کند. سوء مصرف کنندگان مواد با عبور از خلال مراحل تغییر راهبردهایی را فرا می‌گیرند که با سازه‌ی موازنه‌ی تصمیمی مدل TTM هماهنگ است. با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، افراد گروه آزمایش پس از برخورداری از ۱۵ جلسه‌ی درمانی مدل TTM الگوی به کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در مرحله‌ی پس‌آزمون ارتقاء یافته نشان دادند. این موضوع بیانگر آن است که سوء مصرف کنندگان مواد مخدر با گذراندن مدل درمانی TTM آگاهی نسبت به وضعیت خود را در طی مراحل تغییر می‌آموزند و توانایی ارزیابی مجدد خود را در مواجهه با استرس‌های سوق‌دهنده به سوی اعتیاد افزایش می‌دهند و در نتیجه قادر به کنترل محرک‌های محیطی در حین عبور از مراحل تغییر خواهند بود. این افزایش آگاهی و توانایی در ارزیابی مجدد خود و کنترل بر محیط پیرامونی خود سبب تغییر

### References

1. Karimnejhad F, Maktabi Gh, Vatankhah M, Firouzi A & Rahimi H. Compare of agreeableness trait of personality traits and spiritual health of the addicts living in a community treatment center

circuit (TC) and addicts under methadone treatment in Ahvaz. Hormozgan Med J 2012. (Persian)



2. The secretariat of Iran Drug Control Headquarters, Office of planning 2008; Book of Iran Drug Control Headquarters in 2007. (Persian)
3. Melchior M, Chastang J, Guldborg P. Highprevalence rates of the GAZEL Youth study. *Addictive Beh* 2007; 33: 122-33.
4. Doran N, Mc Charque D, Cohen L. Impulsivity and the Reinforcing Value of Cigarette Smoking . *Addictive Beh* 2007; 32: 90-8.
5. Isen AM. Toward understanding the role of affect in cognition. *Handbook of social cognition*; 1984.
6. Cialdini RB, Darby BL, Vincent JE. Transgression and ahedonism. *J Exp Soc Psychol* 1973; 9: 502-16.
7. Mayer JD, Caruso DR, Salovey P. Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence* 2007; 27(2): 267-98.
8. Frith CD. Smoking behavior and its relation to the smoker's immediate experience. *Br J Soc Clin Psychol* 1971; 1091: 73-8.
9. Shiffman S. Assessing smoking patterns and motives. *J Consulting Clin Psychol* 1993; 61: 732-42.
10. Trinidad DR, Johnson CA. The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Difference* 2002; 32(1): 95-105.
11. Trinidad DR, Unger JB, Chou CO, Johnson A. The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescent. *Personality and Individual Differences* 2004; 36: 945-54.
12. Bandura A, Locke EA. Negative self-efficacy and goal revisited. *J Appl Psychol* 2003; 88(1): 87-9.
13. Bandura A. *Social learning theory*. Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1997.
14. Bandura A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educ Psychol* 1993; 28(2): 117-48.
15. Dolan SL, Martin RA, Rohsenow DJ. Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addict Beh* 2008; 33(5): 675-88.
16. Miller NS, Smith DE. *Manual of theraputic for addictions*. New York: John Wiley Publication; 1997.
17. Khantazian EJ. *Addiction and the vulnerable self-modified: Dynamic group psychotherapy for substance abusers*. New York: Guildford Press; 1990.
18. Mccrady H, Epstein E. *Addictions: A comprehensive guide book*. New York: Oxford University Press; 2000.
19. Velasquez M, Maor G, Crouch K, Dyklemente C. *Group treatment for substance abuse*. 2001; Translated by Ziaudini H, Hosseini M, Nocani M, Tofani Kh. Tehran: Arjmand Publication; 2010. (Persian)
20. Earle S, Lioyd CE, Sidell M, Spurr S. *Theory and research in promoting public health*. London: Sage Publications; 2007.
21. Jafari M, Shahidi Sh & Abedin A. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and trans-theoretical model on improving abstinence self-efficacy in substance dependent adolescents. *J Res Behav Sci* 2009; 7(1): 151-8. (Persian)
22. Rezvan Sh, Bahrami F, Abedi M. Effect of emotion regulation on student's happiness and rumination. *J Psychiatry Clin Psychol* 2005; 12(3): 251-7. (Persian)
23. Golman MW, Wilkinson DA, Poulos CX. The Drug Avoidance Self-efficacy scale. *J Substance Abuse* 1995; 7(2): 151-63.
24. D' Acremont M, Van der Linden M. How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *J Adolesc* 2007;30(2):271-82.

25. Abdi S. Causal relationship between emotional Comparison, sex role orientation, self-monitoring and emotion regulation with social empathy in students. (Dissertation). Tabriz: University of Tabriz; 2007. (Persian)
26. Ghasemzade Nassaji S, Peyvastegar M, Hosseinian S, Mutabi F, Banihashemi S. Effectiveness of cognitive- behavioral intervention on coping responses and cognitive emotion regulation strategies in women. J Behav Sci 2010; 4(1): 35-43. (Persian)
27. Ghorbani T, Mohammad Khani Sh, Sarrami G. Compare the effectiveness of group cognitive-behavioral therapy based on coping skills and emotion regulation strategies for improving methadone maintenance treatment and prevention of recurrence. J Addiction Res 2011; 5(17): 59-74. (Persian)

## THE EFFECT OF TRANSE THEORETICAL MODEL ON SELF-EFFICACY OF ABSTINENCE AND STRATEGIES OF COGNITIVE EMOTION REGULATION INHABITANT ADDICTS

Mahnaz Mehrabizade Honarmand<sup>1</sup>, Farzad Karimnejhad<sup>2</sup>, Niloofar Khajedin<sup>3</sup>

Received: 30 Nov , 2013; Accepted: 1 Feb , 2014

### Abstract

**Background & Aims:** The purpose of this study was to investigate the efficacy of trans-theoretical model on drug abstinence self efficacy and how to use cognitive emotion regulation strategies among male addicts.

**Materials & Methods:** This study was designed by a pretest-posttest with control and experimental groups. The population of the study included all male addicts 15-30 years old selected by cluster multistage sampling method. For this purpose, 5 centers from State Welfare Organization of Ahwaz and from each center 6 ones were selected randomly and allocated to an experimental and a control group (each group including 15). The experimental group received 15 sessions training trans-theoretical model group therapy and the control group did not receive any intervention. The instruments used in this study were questionnaires of Drug Abstinence self efficacy of Martin Golman and questionnaire of cognitive emotion regulation strategies of Garnefski that participants answered them in pre-test and post-test. In order to analyze the results, descriptive statistical methods and covariance analysis were used.

**Results:** The result showed that there is a significant difference ( $p < 0.0001$ ) between experimental group and control group in terms of Drug Abstinence self efficacy and the cognitive emotion regulation strategies used at groups Also the level of Drug Abstinence self efficacy and how to use the cognitive emotion regulation strategies in the experimental group was significantly more than the control group.

**Conclusion:** Trans-theoretical Model is one of the cognitive-behavioral therapies that can promote Drug Abstinence self efficacy and kind of using the cognitive emotion regulation strategies in substance abusers.

**Keywords:** Trans-theoretical model, Drug Abstinence self efficacy, Cognitive emotion regulation strategies, Addiction

**Address:** School of Psychology and Education, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran.

**Email:** farzad.k110@yahoo.com Tel:+98 9364136890

SOURCE: URMIA MED J 2014; 25(42): 20 ISSN: 1027-3727

<sup>1</sup> Professor of Clinical Psychology, School of Psychology and Education, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran

<sup>2</sup> Master of Clinical Psychology, School of Psychology and Education, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran