

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

مهناز مهربابی زاده هنرمند^۱، فرزاد کریم نژاد^{۲*}، دکتر نیلوفر خواجه الدین^۳

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 روش ها: طرح پژوهش از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه آزمایش و گواه می باشد. جامعه ی آماری پژوهش شامل کلیه ی معنادین ۳۰-۱۵ سال مرد مقیم در مراکز میان مدت بهزیستی شهر اهواز بود که از میان آن ها ۳۰ نفر به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای 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 شیوه ی گروهی طی ۱۵ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شد و افراد گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند و هیچ مداخله ای دریافت نکردند. ابزار استفاده شده در این پژوهش شامل پرسش نامه ی خودکارآمدی پرهیز از مواد مارتین گلمن و پرسش نامه ی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان گرنفسکی و همکاران می باشد که شرکت کنندگان در مرحله ی پیش آزمون و پس آزمون به سؤالات آن پاسخ دادند. جهت تجزیه و تحلیل نتایج از روش های آماری توصیفی و تحلیل کواریانس استفاده شده است.

یافته ها: 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 معنی داری وجود دارد ($P < 0.001$). همچنین میزان خودکارآمدی پرهیز از مواد و میزان به کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش در مرحله ی پس آزمون به طور معنی داری بیش از گروه کنترل بود.

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

واژه های 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: اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز، گروه روانشناسی بالینی، تلفن: ۰۹۳۶۴۱۳۶۸۹۰

Email: farzad.k110@yahoo.com

مقدمه

موجب انحطاط روانی و اخلاقی فردی می شود (۱). بر اساس آخرین گزارشات از سوی دبیرخانه ی ستاد مبارزه با مواد مخدر دفتر برنامه ریزی (۲) در ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر در ایران، تعداد معنادین کشور در سال ۱۳۸۶ برابر ۱۲۰۰۰۰ نفر تخمین زده شده است. از طرفی آمارها نشان گر این هستند که میزان مصرف مواد در بین جوامع مختلف به ویژه در میان نوجوانان و جوانان افزایش چشم گیری داشته است (۳).

سوء مصرف مواد و اعتیاد که به حق در میان مردم به بلای خانمان سوز شهرت یافته است، امروزه به یکی از دغدغه های بزرگ جوامع بشری تبدیل شده است. حتی با وجود عدم مقبولیت مصرف مواد افیونی از نظر اجتماعی، طبقات مختلف افراد با این مسئله به صورت جدی درگیر می باشند، به طوری که سلامت فرد، خانواده و جامعه را به خطر می اندازد و همچنین

^۱ استاد گروه روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

^۲ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه روان پزشکی دانشگاه جندی شاپور اهواز

یکی از عوامل مهم و مؤثر در سوء مصرف کنندگان مواد، تحریک پذیری و واکنش پذیری افراطی است که این واکنش پذیری بالا منجر به استفاده نامناسب از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان شده و در نتیجه استفاده از مواد مخدر را افزایش می دهد. افرادی که نمی توانند برانگیختگی های خود را کنترل کنند، احتمالاً در معرض خطر سوء مصرف مواد بیشتری قرار دارند (۴). از طرف دیگر در زندگی انسان، تجربه هیجان های منفی گریزناپذیر است. استرس روان شناختی که به طور معمول با هیجان های منفی مرتبط است، با تحریک نمودن غدد و ترشح هورمون هایی که سیستم ایمنی را تضعیف می کند، موجب بروز آثار گسترده ای بر جسم می شود. تجربه هیجان های منفی، علاوه بر تضعیف سیستم ایمنی، می تواند از طریق افزایش رفتارهای ناسالمی مثل نوشیدن الکل، استفاده از مواد مخدر، سیگار کشیدن و بیش از حد غذا خوردن، موجب بیماری گردد. از این رو، تجربه استرس، به زیاده روی در رفتارهای پرخطر منجر می شود (۵، ۶).

تنظیم هیجان به عنوان یکی از عوامل روان شناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است (۷). تنظیم هیجان یک انگیزه ای اساسی و مهم برای مصرف مواد است. در واقع مصرف کنندگان مواد، اغلب مصرف خود را به مسکن بودن مواد نسبت می دهند (۸). همچنین تحقیقات بیانگر آن است که مصرف دخانیات موقعی بیشتر می شود که افراد عصبانی، مضطرب، غمگین یا پریشان تر می شوند (۹). هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می گیرد، مدیریت مؤثر هیجان ها خطر سوء مصرف را کاهش می دهد. توانایی مدیریت هیجان ها باعث می شود که فرد در موقعیت هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای تنظیم هیجان شناختی مناسب استفاده نماید. افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش بینی خواسته های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن ها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان های خود را بهتر مهار می کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می دهند (۱۰). در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی پایین تری دارند، برای مقابله با هیجان های منفی خود، اغلب به سوی مصرف مواد کشیده می شوند (۱۱). همچنین باورهای خودکارآمدی بر طرز تفکر افراد، چگونگی رویارویی با مشکلات، سلامت هیجانی، تصمیم گیری، مقابله با استرس و افسردگی تأثیر می گذارد (۱۲). خودکارآمدی، به باورهای افراد درباره ی توانایی هایشان در سامان دادن انگیزه ها، منابع شناختی و اعمال کنترل بر یک رخداد معین اشاره دارد. اصطلاح خودکارآمدی که بر نظریه ی شناختی - اجتماعی آلبرت بندورا (۱۳) مبتنی است، به باور شخص در مورد این که چگونه به خوبی می تواند در تغییر موفق باشد، دلالت دارد. در نظام شناختی - اجتماعی، منظور از

خودکارآمدی، مفهومی است که به احساس شایستگی و کفایت شخص در مورد انجام اعمالی که توان آن را در خود می بیند، اشاره دارد (۱۴). خودکارآمدی اختصاصی یا موقعیتی، به پافشاری برای انجام یک تکلیف ویژه در دست اجرا گفته می شود. فرض بر این است که خودکارآمدی اختصاصی بالا در موقعیت های پرخطر، بهتر از خودکارآمدی کلی، پیش بینی کننده ی پرهیز از مصرف مواد خواهد بود (۱۵). در این رابطه، مطالعه ی دولان، مارتین و روحنسو^۱ (۱۵) نشان داد که خودکارآمدی بالای بیماران در موقعیت های پرخطر مصرف کوکائین بیشتر از خودکارآمدی کلی با نتایج درمانی همبسته بود. بنابراین، خودکارآمدی برای موقعیت های اختصاصی و سوسه ی مصرف (همچون هیجانات منفی، و سوسه های درونی و موقعیت های بین فردی همچون تعارضات بین فردی، فشار اجتماعی برای مصرف و ناتوانی در ابراز وجود)، برای برنامه ریزی درمان بهتر خواهد بود و از طریق هدف قرار دادن موقعیت های اختصاصی می توان نتایج مطلوب تری به دست آورد (۱۵). روش های درمانی مختلفی تاکنون جهت درمان اعتیاد مطرح شده است که در مرحله ی اول، بیشتر بر ترک جسمی استوارند؛ و پس از آن، روش های مختلف، پیشگیری از بازگشت مجدد را مدنظر دارند. از جمله ی این روش ها می توان به گروه درمانی اشاره کرد. مدت زمان طولانی است که کفایت گروه درمانی در درمان اختلال وابستگی به مواد به اثبات رسیده است. در واقع بسیاری از برنامه های درمانی برای این بیماران، در مراحل اولیه شامل گروه درمانی نیز می باشد (۱۶). رویکردهای گروهی، دارای توان پنهانی برای حمایت و مواجهه ی بیمار، ایجاد چالش و درگیر کردن اعضا با آگاهی های آنان از مسائل فردی و شخصیتی خود می باشد (۱۷). گروه می تواند یک محیط امن برای ایجاد تعادل در عوامل خطرزا و جهت دهی به احساسات فراهم کند که منجر به تغییر در رفتار گردد. بر این اساس است که گروه درمانی، به عنوان درمان انتخابی وابستگی به مواد مطرح شده است (۱۸-۱۶). یکی از این گروه درمانی ها، گروه درمانی مبتنی بر مدل ترانس تئوریک (فرانتری^۲) می باشد که بر این فرض استوار است که تغییر رفتار در طول زمان و با طی مراحل متوالی فکر میسر می شود. این مراحل عبارتند از: ۱- مرحله ی پیش از تفکر^۳، ۲- مرحله ی تفکر برای تغییر^۴، ۳- مرحله ی آمادگی^۵، ۴- مرحله ی عمل (اقدام به ترک)^۶ و ۵- مرحله ی نگهداری^۷ که در آن مراجع برای نگهداری

¹ Dolan, Martin & Rohsenow

² Transtheoretical model

³ pre contemplation

⁴ contemplation

⁵ preparation

⁶ action

⁷ maintenance phase

درمان‌های سنتی مطلوب‌تر باشد زیرا در درمان‌های سنتی بیشتر به بهبود علائم و نشانه‌های بیماری پرداخته می‌شود، حال آن‌که درمان فرانظری مبتنی بر مدل تغییر رفتار است و این مدل مبتنی بر مدل شناختی- رفتاری است (۱۸). لذا هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان مبتنی بر مدل فرانظری بر خودکارآمدی پرهیز از مواد و چگونگی به‌کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان معتادین مرد است. با توجه به پیشینه و هدف پژوهش این سؤال پیش می‌آید که به‌کارگیری الگوی فرانظری بر خودکارآمدی پرهیز از مواد و چگونگی به‌کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان معتادین تأثیر دارد؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش، در گروه پژوهش‌های نیمه تجربی (میدانی) قرار می‌گیرد. طرح تحقیق آن به صورت دو گروهی (گروه مورد و شاهد) و شامل دو مرحله پیش آزمون، پس آزمون است. متغیر مستقل، درمان مبتنی بر مدل فرانظری می‌باشد که فقط در گروه مورد، اعمال شد و تأثیر آن بر نمرات پس آزمون افراد گروه مورد نسبت به گروه شاهد، مورد مقایسه قرار گرفت. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی معتادین مرد ۳۰-۱۵ سال مقیم در مراکز میان‌مدت بهزیستی شهر اهواز بود که از میان آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند، به این صورت که از میان مراکز میان‌مدت، ۵ مرکز و از هر مرکز ۶ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس این ۳۰ نفر به شکل تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری، آزمایش و گواه تقسیم شدند. و به پرسش نامه خودکارآمدی پرهیز از مواد و تنظیم شناختی هیجان گرنفسکی و همکاران پاسخ دادند. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل فرار از مرکز، ابتلا به بیماری‌های حاد پزشکی و غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات آموزشی برای گروه آزمایش بود. گروه درمان ترانس تئوریک (فرانظری) قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. جلسات درمانی به صورت گروهی و به مدت ۹۰ دقیقه در محل بازتوانی چند منظوره بهزیستی شهر اهواز برگزار شد. محتوای جلسات در این پژوهش با هدف تغییر و کنترل خودکارآمدی، هیجانات و شناخت‌های منفی اعضای گروه طراحی شد، در نخستین مرحله به معرفی افراد گروه به یکدیگر و با درمانگر، هدف تشکیل گروه، اهمیت مسئله، تعریف و شناسایی خودکارآمدی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، آشنایی با مدل فرانظری و مدل تغییر رفتار و همچنین تشریح مراحل تغییر، یادگیری مدل مراحل تغییر، اجرای تمرین با عنوان مرحله (من در کجا قرار دارم)، جهت تعیین مرحله‌ی مراجعان برای رسیدن به

دراز مدت تغییر به وجود آمده، تلاش می‌کند (۱۹). در رویکرد تغییر مرحله‌ای فرانظری، دو ساختار توازن تصمیم‌گیری^۱ و خودکارآمدی^۲، عوامل اصلی تأثیرگذار بر ترک و ماندن در ترک محسوب می‌شوند و خودکارآمدی (یعنی اعتماد مراجعان به توانایی خود در ایجاد تغییر)، عاملی کلیدی در تغییر موفقیت‌آمیز و نتیجه‌گیری از درمان، به‌شمار می‌رود (۱۹). الگوی فرانظری در سال ۱۹۷۴ توسط دایکلمنت پایه‌گذاری شد. این الگو حاصل ترکیب نظریه‌های گوناگون رفتارمحور است و به همین جهت، کلیه‌ی جنبه‌های رفتار فرد را به‌طور جامع پوشش می‌دهد (۲۰). از طرفی با توجه به پیشینه‌ی پژوهش، الگوی فرانظری به عنوان مداخله‌ای جدید در درمان اعتیاد به کار گرفته شده است (۲۱).

با توجه به مطالب ذکر شده، تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی پرهیز از مواد به عنوان دو متغیر مهم در پیشرفت درمان به حساب می‌آیند (۲۲، ۲۱). همچنین اهمیت تنظیم شناختی هیجان در بهبود وضعیت روانی افراد و ارتقای شادکامی، سلامت روان شناختی، کاهش نشخوار فکری و فاجعه‌انگاری (۲۲) و خودکارآمدی پرهیز از مواد، به عنوان متغیری که نشان‌دهنده‌ی پیشرفت در فرآیند بهبودی معتادین در مداخلات درمانی می‌باشد (۲۱)، مورد تأیید قرار گرفته است. از سوی دیگر در ۳۰ سال گذشته، درمان اعتیاد گسترش یافته است و اسامی مختلفی را به خود اختصاص داده است. هر نظام درمانی ادعا می‌کند که اثربخشی متفاوتی دارد و از قابلیت منحصر به فردی برخوردار است. به هر حال اگر چه اکثریت معتادان با این درمان‌ها کمک دریافت می‌کنند، اما میزان عود یک سال پس از درمان حدود ۷۰ درصد است؛ لذا درمان مناسب اعتیاد از اهمیت بالایی برخوردار است. بنابراین با توجه به هزینه‌ها و آسیب‌های جدی فردی، اجتماعی و اقتصادی سوء مصرف مواد در سراسر دنیا، لازم است درمان‌های مقرون به صرفه را مورد ارزیابی قرار داد تا بتوان آن را در جهت درمان سوء مصرف مواد و اعتیاد به‌کار برد در مطالعات انجام شده، مفید بودن مدل فرانظری در مورد رفتارهای مختلف همچون درمان مصرف‌کنندگان مشروبات و استعمال دخانیات و مواد مخدر مورد تأیید قرار گرفته است (۱۹). بنابراین، تحقیقی لازم است که این الگوی درمانی را در جامعه‌ی ایرانی بررسی و تحلیل کند. بدیهی است یافته‌های این تحقیق می‌تواند بر دانش و نگرش روان‌شناسان، روان‌پزشکان و دیگر درمان‌گران برای انجام مداخلات کارا تر، تأثیر بگذارد، تا بدین طریق به نتایج بهتری دست یابند از این رو انتظار می‌رود که درمان فرانظری بر خودکارآمدی پرهیز از مواد و تنظیم شناختی هیجان معتادین در مقایسه با سایر

¹ decision making

² self-efficacy

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^۲ و همکاران (۲۲) ساخته شده است و ۳۶ آیت 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^۳، تفکر با محتوای پذیرش و تسلیم رخداد، ۲) تمرکز مجدد مثبت^۴، فکر کردن به موضوع لذت‌بخش و شاد به جای تفکر درباره‌ی حادثه‌ی واقعی، ۳) تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^۵، فکر کردن درباره‌ی مراحل فائق آمدن بر واقعه‌ی منفی یا تغییر آن، ۴) ارزیابی مجدد مثبت^۶، تفکر درباره‌ی جنبه‌های مثبت واقعه یا ارتقای شخصی و ۵) کنار آمدن با دیدگاه^۷، 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 ناهنجار محسوب می‌شوند، عبارتند از: ۱) سرزنش خود^۸، تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش خود، ۲) نشخوار فکری^۹، اشتغال ذهنی درباره‌ی احساسات و تفکرات مرتبط با واقعه‌ی منفی، ۳) فاجعه‌انگاری^{۱۰}، تفکر با محتوای وحشت از حادثه، ۴) سرزنش دیگری^{۱۱}، 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 بیماربان 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 گلن^۱ در سال ۱۹۹۲ برای سنجش کارایی شخصی در سنین ۱۶ تا ۳۰ سالگی ساخته شد و ۲۰ آیت 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). گلن 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 دونیمه‌کردن 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

² Garnefski

³ acceptance

⁴ positive refocusing

⁵ planning

⁶ positive reappraisal

⁷ putting into perspective

⁸ self-blame

⁹ blame

¹⁰ rumination

¹¹ catastrophising

¹² blaming others

¹ 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 (۱۲/۱۸) و ۱۰۹/۴۶ (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 ۴ 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	F
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 هیجان 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 ^۱	۰/۷۷۱	۴۲/۰۸	۲	۲۵	۰/۷۷۱	۱	$P < ۰/۰۰۱$
لامبدای ویلکز ^۲	۰/۲۲۹	۴۲/۰۸	۲	۲۵	۰/۷۷۱	۱	$P < ۰/۰۰۱$
اثر هتلینگ ^۳	۳/۳۶۷	۴۲/۰۸	۳	۲۵	۰/۷۷۱	۱	$P < ۰/۰۰۱$
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی ^۴	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 $P < ۰/۰۰۱$ 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.

¹ Pillai Trace² Wilks' lambda³ Hotelling's Trace⁴ Roy's Largest Rot

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

متغیر	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	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	$P < ۰/۰۰۱$

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

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^۱ (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

¹ Trinidad, Unger, Chou & Johnson

است. گام افزایش آگاهی منجر به افزایش آگاهی افراد از هیجانات خود می‌شود و آن‌ها را نسبت به هیجانات 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 هیجانات 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 به‌کارگیری 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

به‌کارگیری راهبردهای بهتر در تنظیم شناختی هیجان خواهد شد (۱۹). از سوی دیگر، تفسیر مجدد رویدادها با توجه به شرایط اصلاح‌شده 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 هیجانات 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

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, Guldberg 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 Honarmand¹, Farzad Karimnejhad², Niloofar Khajedin³

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

¹ Professor of Clinical Psychology, School of Psychology and Education, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran

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

³ Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran