

اثربخشی فراشناخت درمانی بر میزان اعتیادپذیری دانشجویان

حسین فرخی: کارشناس ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران- نویسنده رابط:
hossein.farrokhi110@gmail.com

فرامرز سهرابی: استاد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

علی دلاور: استاد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۷/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۵/۱

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اینکه باورهای فراشناختی، نقش بسیار مهمی در ابتلا، حفظ و تداوم به اعتیاد دارد، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی فراشناخت درمانی به شیوه گروهی بر میزان اعتیادپذیری دانشجویان پسر انجام پذیرفت.

روش کار: این مطالعه یک طرح تحقیقی نیمه آزمایشی شامل پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری می‌شد. جامعه آماری پژوهش شامل همه دانشجویان پسر دوره کارشناسی دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ است. با روش نمونه‌گیری، ۳۰ آزمودنی انتخاب شدند و بطور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. در این پژوهش از پرسشنامه فراشناختی (MCQ-30) و مقیاس آمادگی به اعتیاد (APS) استفاده شد.

نتایج: داده‌های بدست آمده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و T هم بسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نمرات کوواریانس پس‌آزمون آمادگی به اعتیاد نشان داد که اثربخشی فراشناخت درمانی بر میزان اعتیادپذیری دانشجویان پسر معنی‌دار ($p < 0/01$) بود.

نتیجه‌گیری: به‌طورکلی نتایج پژوهش حاکی از آن است که درمان فراشناختی، اعتیادپذیری دانشجویان را کاهش داده و تأثیر اثر فراشناخت درمانی بر میزان اعتیادپذیری دانشجویان در مرحله پیگیری بعد از ۳ ماه ماندگار هست. بنابراین به افراد مشغول در حوزه بهداشت پیشنهاد می‌گردد از درمان فراشناخت برای پیشگیری و عدم بازگشت فرد به اعتیاد بهره ببرند.

واژگان کلیدی: فراشناخت درمانی، اعتیادپذیری، دانشجویان

مقدمه

(UNODC) مسئله مواد مخدر اعم از تولید، انتقال، توزیع و مصرف را در کنار سه مسئله جهانی دیگر یعنی تولید و انباشت سلاح‌های کشتار جمعی، آلودگی محیط‌زیست، فقر و شکاف طبقاتی، از جمله مسائل اساسی شمرده است که حیات بشری را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در عرصه جهانی مورد تهدید و چالش جدی قرار می‌دهد (Drugs and Crime 2010). یافته‌های جدید بالینی نشان می‌دهد که در شکل‌گیری اعتیاد، زمینه‌های رشدی ناسالم و استعداد و آمادگی برای اعتیاد، نقش اساسی ایفا می‌کند. نظریه استعداد اعتیاد بیان می‌کند برخی از افراد مستعد اعتیاد هستند و اگر در معرض آن قرار بگیرند، مبتلا می‌شوند (در حالی که اگر کسی استعداد نداشته باشد، معتاد

امروزه اعتیاد یک بیماری زیستی-روانی-اجتماعی-معنوی قلمداد می‌شود و عوامل متعددی در گرایش به سوءمصرف مواد مخدر مؤثر است. این عوامل در تعامل با یکدیگر منجر به سوءمصرف و سپس وابستگی به مواد می‌شوند، زیرا به‌صورت درهم‌تنیده‌ای در پیدایش اعتیاد مؤثرند (MacKillop et al. 2017). اختلالات اعتیادی و مصرف مواد، در جایگاه دومین اختلالات روان‌پزشکی بعد از اختلال افسردگی اساسی قرار گرفته است که از نظر اندازه شیوع بسیار حائز اهمیت است و تاکنون این اختلال، از معضلات جهان امروز بوده است (Sadock et al. 2015). دفتر مواد مخدر و جرائم سازمان ملل متحد

تفکرات ناکارآمد را برجسته می‌سازد تلاشی صورت نگرفته است. لذا برای فهم فرآیندهای تفکر لازم است که بر باورهای فرد درباره تفکر، راهبردهای فردی در مورد کنترل توجه و همچنین نوع باورهای فراشناختی او تأکید نماییم. آنچه در درمان فراشناختی مورد تأکید قرار می‌گیرد عواملی است که تفکر را کنترل می‌کند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد نه چالش با افکار و خطاهای شناختی یا مواجه طولانی مدت و مکرر با باورها در مورد تروما یا نشانه‌های بدنی (Wells and Fisher 2015).

باورهای فراشناختی، کلید و راهنمایی است که شیوه پاسخ‌دهی افراد به افکار منفی، باورها، علائم و هیجان‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نیروی محرکه‌ای در پس‌الگوی تفکر مسموم است که به رنج روانی و هیجانی می‌انجامد. باورهای فراشناختی عوامل میانجی‌گر رابطه بین هیجان‌ها و وابستگی به مواد هستند (Spada et al. 2013). طبق رویکرد فراشناختی، وابستگی به مواد در کوتاه‌مدت به‌عنوان یک استراتژی مقابله‌ای سازگارانه برای تنظیم هیجان‌ها منفی عمل می‌کند ولی در بلندمدت ناسازگارانه محسوب می‌شود، زیرا باعث ایجاد وابستگی و تولید هیجان‌ها منفی می‌گردد (Caselli et al. 2016). در زمینه سوء‌مصرف مواد، مانند تمام اختلالات روانی، نظریات سبب‌شناسی اولیه از مدل‌های روان‌پویشی مایه گرفته‌اند و مدل‌های بعد از تبیین‌های رفتاری، ژنتیک و شناختی استفاده کرده‌اند (Sadock et al. 2015). ولی این دیدگاه‌ها محدودیت‌هایی دارد و باورهای فراشناختی را نادیده می‌گیرد. در این چارچوب باید گفت یکی از مهم‌ترین متغیرهای پیش‌بین اختلال سوء‌مصرف مواد، فراشناخت است که شامل باورهای فرد در مورد افکارش است (Spada et al. 2015). نتایج مطالعات اخیر حاکی از آن است که بین باورهای فراشناختی و گرایش به مواد رابطه وجود دارد. با توجه به اینکه تاکنون پژوهش‌های خیلی کمی در جهان در ارتباط با نقش باورهای فراشناختی در گرایش به اعتیاد انجام شده است و تا آنجایی که محقق در منابع اطلاعاتی و پژوهشی جستجو کرده‌ام، تاکنون تحقیقی در مراکز بالینی کشور در این رابطه صورت نگرفته است،

نمی‌شود) بر اساس اطلاعات موجود ۵ تا ۱۰ درصد افراد جامعه، مستعد اعتیاد هستند (Askari et al. 2011). با توجه به مشکلات زیاد و گسترده حاصل شده از اعتیاد، پیشگیری از این معضل الزامی می‌نماید و باید گفت پیشگیری از این مشکل مستلزم شناسایی عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده در برابر وابستگی به مواد است. همچنین آمارها بیانگر افزایش مصرف مواد در میان نوجوانان و جوانان است. پژوهش‌ها حاکی از نگران‌کننده بودن خطر اعتیاد در میان نوجوانان ایرانی است (Sarrami et al. 2013). درمان فراشناختی رویکرد نوظهوری است که در سال‌های اخیر در زمینه درک و درمان اختلال‌های عاطفی مطرح شده است. طی این سال‌ها چند مطالعه در زمینه اثربخشی درمان فراشناختی در مورد اعتیاد انجام شده است. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد مداخلاتی همچون درمان فراشناختی که بر تغییر ارتباط بیمار با افکار و احساسات ناکارآمد تمرکز می‌کند به مراتب مفیدتر از تلاش برای تغییر محتوای فکر و باور است. بنابراین، به نظر می‌رسد این رویکرد می‌تواند نقص‌ها و کاستی‌های نظریه‌های شناختی را جبران کند و تا حد زیادی مانع عود این بیماری پس از درمان اعتیاد و همچنین نقش بسزایی در اقدامات پیشگیرانه داشته باشد (Spada et al. 2015). با این حال، در زمینه اثربخشی مدل فراشناختی در مورد انواع اختلال‌های هیجانی در شروع راه هستیم و به جز چند مطالعه کنترل‌شده، مطالعات زیادی انجام نشده است و بیشتر این بررسی‌ها اثر فن‌های خاص درمان فراشناختی (مانند آموزش توجه، ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نشخوار فکری) را به‌طور مجزا مورد ارزیابی قرار داده‌اند (Wells et al. 2009).

درمان فراشناختی به‌ویژه به‌منظور رفع نواقص شناختی-رفتاری ظهور پیدا کرد. به عقیده ولز، شناخت درمانی با توجه به این نظر که افکار منفی در اختلال‌های هیجانی از فعالیت باورهای ناکارآمد منتج می‌شوند، بیشتر روی منشأ محتوای افکار تأکید دارد، ولی در مورد این‌که چگونه این افکار شکل می‌گیرد و یا چه سازوکاری این

اطلاعات کسب شده به صورت محرمانه نزد محقق حفظ خواهد شد.

ملاک‌های ورود افراد در طرح شامل داشتن نمره بالاتر از معیار در آزمون اعتیاد پذیری، سنین ۱۸ تا ۲۴ سال، تحصیلات کارشناسی، دارای آگاهی و شناخت لازم برای درک جلسات درمانی و انجام تکالیف و ملاک‌های خروج افراد داشتن هم‌زمان سایر بیماری‌های مزمن و اختلالات روانی، تحت درمان روان‌شناختی دیگر، سوء مصرف اعتیاد، استفاده از دارو.

ابزارهای پژوهش: ۱. پرسشنامه اعتیاد پذیری (APS): این پرسشنامه از پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا (MMPI) استخراج شده است. این پرسشنامه شامل ۹۰ سؤال است که در آن آزمودنی پاسخ خود را به صورت بله و خیر معین می‌کند، سپس پرسشنامه بر اساس کلید نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه از سه خرده مقیاس آمادگی اعتیاد (APS)، تجربه مواد (AAS) و مقیاس تجدیدنظر شده وابستگی دارو مک اندرو (MAC.R) تشکیل شده است. این سه خرده مقیاس مجموعاً مقیاس پتانسیل به اعتیاد (APS) نیز نامیده می‌شود. این پرسشنامه در سال ۱۳۷۹ توسط کرد میرزا بر روی دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده است، آلفای به دست آمده در مقیاس‌ها به این شرح است: (MAC.R:48%, APS:29% AAS:75%). مقیاس MAC.R (اعتیاد به الکلیسم): این مقیاس توسط کریک مک اندرو و در اصل برای تفکیک بیماران روانی سرپایی مرد که دچار سوء مصرف الکل نیستند از افراد تحت درمان برای سوء مصرف الکل ساخته شده است. این خرده مقیاس شامل ۴۹ سؤال است. مقیاس AAS (اعتراف به اعتیاد): این مقیاس پذیرش یا اعتراف به اعتیاد را می‌سنجد توسط وید و همکاران برای اندازه‌گیری تمایل پذیرش مشکلات مرتبط به الکل یا دارو ساخته شده است (Weed et al. 1992)

انجام این پژوهش ضروری و مهم به نظر می‌رسد و این می‌تواند موجب تقویت و افزایش علم آسیب‌شناسی روانی اعتیاد گردد. همچنین با توجه به اینکه باورهای فراشناختی، نقش بسیار مهمی در ابتلا، حفظ و تداوم به اعتیاد دارد، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی فراشناخت درمانی بر کاهش سطح آمادگی به اعتیاد دانشجویان می‌باشد.

روش کار

طرح پژوهش این مطالعه، کار آزمایشی بالینی به روش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون، پیگیری و با دو گروه آزمایشی و کنترل است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل مقطع کارشناسی به تعداد ۱۱۰۴۴ نفر در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ دانشگاه فردوسی مشهد است. در این پژوهش برای نمونه-گیری از بین دانشکده‌های دانشگاه فردوسی یک دانشکده و از بین کلاس‌های آن دانشکده ۳ کلاس انتخاب شدند که جمعاً ۹۴ نفر بودند. بعد از آن آزمون سطح اعتیادپذیری بر روی ۳ کلاس به صورت جداگانه اجرا گردید و بعد از بررسی نتایج آزمون کسانی که در خرده مقیاس آزمون نمره بالاتر از معیار داشتند انتخاب شدند و به صورت تصادفی ۱۵ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۵ نفر به عنوان گروه کنترل گمارده شدند. با هماهنگی دانشگاه و مرکز مشاوره دانشگاه فردوسی ۱۵ نفر گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت آموزش درمان فراشناختی قرار گرفتند. جلسات ۲ ساعته بود و در یکی از کلاس‌های دانشکده انجام گرفت و بعد ۸ جلسه آزمون اعتیاد پذیری (APS) بررسی هر دو گروه آزمایش و کنترل به صورت هم‌زمان انجام شد. همچنین از کلیه مشارکت‌کنندگان در پژوهش رضایت‌نامه کتبی دریافت شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اختیار ادامه مشارکت در طرح درمان را دارند. به مشارکت‌کنندگان در طرح پژوهشی اطمینان داده شد که هویت آن‌ها و کلیه

نتایج

داده‌های حاصل با استفاده از روش تجزیه و تحلیل آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس و تی هم بسته مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده، در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام شد. از آماره‌های توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد برای توصیف مشخصات دموگرافیک و متغیرهای پژوهش استفاده شد. در بخش آمار استنباطی نیز از آزمون t همبسته و تحلیل کوواریانس (ANCOVA) برای به آزمون گذاشتن فرضیه‌های پژوهش در سطح معنی داری ۰/۰۰۰۱ استفاده شد. داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS-۲۰ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌های توصیفی: تعداد ۱۵ نوجوان پسر با میانگین سنی ۲۰/۴۰ سال و انحراف معیار ۲/۴۱ در گروه آزمایش و تعداد ۱۵ نوجوان پسر با میانگین سنی ۲۰/۶۰ سال و انحراف معیار ۲/۱۲ در گروه کنترل در این پژوهش شرکت داشتند. در جدول ۱-۴ میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس استعداد به اعتیاد افراد در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها و مراحل گزارش شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین آمادگی به اعتیاد گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۲۰/۶۳ و در پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب برابر با ۱۱/۵ و ۱۱/۸ است؛ همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است که نشان می‌دهد مداخلات صورت گرفته (فراشناخت درمانی) تأثیرگذار بوده است. این در حالی است که میانگین آمادگی به اعتیاد در گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برابر ۲۰/۰۲ و ۲۰/۸۰ است که نشان می‌دهد آن‌چنان تفاوتی بین مراحل ایجاد نشده است.

یافته‌های استنباطی: پیش فرض های آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA): پیش فرض اول: نرمال بودن توزیع نمرات: یکی از پیش‌فرض‌های انجام تحلیل

این مقیاس شامل ۱۴ سؤال است. مقیاس APS (آمادگی به اعتیاد): این مقیاس آمادگی به اعتیاد را می‌سنجد که به‌عنوان شاخصی از عوامل شخصیتی هم بسته با اختلال‌های اعتیادی توسط وید و همکاران ساخته شده است. این مقیاسی ۳۹ سؤال دارد (Kordmirza et al. 2003). برای سنجش اعتبار پرسشنامه از آزمون کودر ریچاردسون استفاده شده است که در اجرای مقدماتی، آلفای به‌دست‌آمده برای ۳ مقیاس به این ترتیب است: (MAC.R:55%, APS:62% AAS:78%).

۲. پرسشنامه فراشناخت (MCQ-30): این پرسشنامه ۳۰ ماده دارد و هر آزمودنی به ماده‌ها به‌صورت چهارگزینه‌ای (۱=موافق نیستم تا ۴=خیلی زیاد موافقم) پاسخ می‌دهد. این پرسشنامه، پنج مؤلفه‌ی اعتماد شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطر و باورهای در مورد نیاز به کنترل افکار را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه و مؤلفه‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و ضریب اعتبار باز آزمایی ۰/۷۳ گزارش شده است (Wells and Cartwright-Hatton 2004). ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است و برای خرده مقیاس‌های کنترل ناپذیری، باورهای مثبت، آگاهی شناختی، اعتماد شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب در نمونه ایرانی ۰/۷۱، ۰/۸۰، ۰/۸۱، ۰/۸۶، ۰/۸۷ گزارش شده است (Shirinzadeh et al. 2008). همچنین آلفای به‌دست‌آمده توسط پژوهشگر عبارت است از: ۰/۸۴.

فرآیند اجرای پژوهش: روش درمان فراشناختی گروهی بر اساس مدل درمانی فراشناختی ولز به‌صورت گروهی و در ۸ جلسه دو ساعته بر اساس الگوی فراشناختی ولز مبتنی بر نقایص فراشناختی به شرح زیر صورت گرفت.

در هر دو گروه شبیه باشد (مفروضه همگنی رگرسیون‌ها) می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد. مقدار مجذور R نشان‌دهنده درجه و شدت ارتباط بین متغیر وابسته و متغیر تصادفی کمکی است. با توجه به نمودار پراکنش ۱ و خطوط رگرسیون، مشاهده می‌گردد که رابطه خطی بین متغیر استعداد به اعتیاد در دو گروه برقرار است.

پیش فرض چهارم: همگنی واریانس‌ها: مفروضه دیگری که برای اجرای تحلیل کوواریانس باید رعایت شود همگنی واریانس‌ها است که به وسیله آزمون لوین بررسی می‌شود. برای اینکه این پیش فرض هم رعایت شده باشد بایستی نمرات F به دست آمده در سطح $0/05$ معنی دار نباشند.

نتایج نشان می‌دهد که در متغیر آمادگی به اعتیاد ($F = 14/43, p > 0/05$) سطح معنی داری به دست آمده بزرگتر از $0/05$ است، بنابراین پیش فرض همگنی واریانس‌ها در هر دو متغیر پژوهش رعایت شده است. با توجه به اینکه هر چهار پیش فرض انجام تحلیل کوواریانس تأیید شدند، در ادامه از تحلیل کوواریانس استفاده می‌شود.

نتایج تحلیل کوواریانس: جهت تعیین اثربخشی فراشناخت درمانی در کاهش اعتیاد پذیری دانشجویان از آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمرات پیش آزمون، پس آزمون بین دو گروه و برای مقایسه نمرات پیش آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش از آزمون T هم بسته استفاده شده است. فرضیه: مداخله فراشناخت درمانی آمادگی به اعتیاد را کاهش می‌دهد.

نتایج جدول تحلیل کوواریانس (جدول ۶) نمرات پس آزمون آمادگی به اعتیاد نشان می‌دهد که پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی‌های ($\text{Partial } \eta^2 = 0/80, p < 0/001, F_{(1,27)} = 107/05$) گروه وجود داشت. نمرات میانگین تعدیل شده آمادگی به اعتیاد پیشنهاد می‌کند، گروهی که در گروه درمانی فراشناختی شرکت کردند در مقایسه با گروه گواه که تحت هیچ درمانی

کوواریانس نرمال بودن توزیع نمرات است که برای سنجیدن آن از آزمون کلموگروف-اسمیرنف استفاده شد. برای اینکه این پیش فرضی رعایت شود باید آماره کلموگروف-اسمیرنف در سطح $0/05$ معنی دار نباشد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد آماره‌های Z حاصل از آزمون نا پارامتریک کلموگروف-اسمیرنف متغیر استعداد به اعتیاد در هر یک از مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح $0/05$ معنی دار نیست، بنابراین فرضیه صفر یعنی پیروی داده از توزیع نرمال تأیید می‌شود. پس پیش فرض اول تحلیل کوواریانس یعنی طبیعی بودن توزیع نمرات رعایت شده است.

پیش فرض دوم: همگنی رگرسیون، یکی دیگر از پیش فرض‌های اجرای تحلیل کوواریانس، همگنی ضرایب رگرسیون است. که خطوط رگرسیون هر دو گروه موازی باشد. نتیجه بررسی پیش فرض دوم در جداول ۳-۴ زیر ارائه می‌شود.

در جدول ۴ نتایج آزمون همگنی ضرایب رگرسیون مفروضه استعداد به اعتیاد ارائه شده است و چون F محاسبه شده برای تعامل گروه و پیش آزمون در سطح کم‌تر از $0/05$ معنی دار نیست ($F = 0/556, p > 0/05$)، بنابراین نمرات استعداد به اعتیاد از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیونی حمایت می‌کنند و این پیش فرض رعایت شده است.

پیش فرض سوم: خطی بودن، در این مرحله نمودار پراکنش متغیرها به تفکیک گروه‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد تا مشخص شود آیا بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته ارتباط خطی وجود دارد؟ اگر رابطه خطی وجود نداشت دلیلی برای اجرای تحلیل کوواریانس وجود ندارد اما اگر نوعی رابطه خطی بین آن‌ها وجود داشته باشد یا به عبارت دیگر شیب‌های خطوط رگرسیون تقریباً موازی باشند یعنی ارتباط بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته

کردند در مقایسه با گروه گواه که تحت هیچ درمانی قرار نگرفتند، دارای آمادگی به اعتیاد پایین تری بودند. به بیان دیگر درمان فراساختی بر روی گروه آزمایش ۸۰٪ مؤثر بوده و توانسته است آمادگی به اعتیاد گروه هدف را کاهش دهد. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. این یافته تحقیق حاضر با سایر یافته‌های محققان دیگر که حاکی از پیشگیری و کاهش اعتیاد در اثر مداخلات فراساختی می‌باشند، مطابقت دارد (Spada et al. 2015; Spada and Wells 2008; Bowen et al. 2011; Clark et al. 2012; Hamonniere and Varescon 2018; Spada and Wells 2010; Spada and Wells 2009; Spada et al. 2007; Spada et al. 2013; Abou et al. 2007; Caselli et al. 2016; Alghosi and Zarbakhsh 2015; Bahamin et al. 2016; Farokhi et al. 2018; Ghadimi et al. 2015; !!! Invalid Citation !!! {}, Zare and Sharifi 2014; Wasmuth et al. 2015; Nikčević and Spada 2010). در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که: درمان فراساختی گروهی بر نگرش نسبت به اعتیاد، تمایل به تغییر و پایداری اثر آن در افراد مستعد به اعتیاد تأثیر معنی داری دارد. این نتایج با پژوهش‌های فوق همسو است. در پژوهشی Spada نشان داد که درمان فراساختی تأثیر معنی داری بر کاهش گرایش به مصرف مواد دارد (Spada et al. 2015). انتظارات فرد در مورد اثرات پاداش‌دهنده‌ی مواد، باور و نگرش در مورد مسئولیت رفتار و تقویت رفتاری از جمله عواملی هستند که موجب گرایش به مصرف و همچنین مصرف مجدد علی‌رغم بروز مشکلات می‌شوند. مصرف‌کنندگان مواد مخدر میزان بالایی از تحریف‌های شناختی و تفکرات ناکارآمد را به کار می‌برند. در این میان راهبردهای کنترل فراساختی پاسخ‌هایی هستند که افراد در کنترل فعالیت‌های سیستم شناختی خود دارند. این راهبردها ممکن است راهبردهای تفکر را تشدید یا سرکوب کند و ممکن است به سمت افزایش فرآیندهای بازبینی جهت دهند. این فرآیندهای بازبینی می‌تواند شامل دوری از مصرف،

قرار نگرفتن، دارای آمادگی به اعتیاد پایین تری بودند و میزان تأثیر آن ۸۰٪ برآورد شده است. به عبارت دیگر مداخلات صورت گرفته بر روی گروه آزمایش به میزان ۸۰٪ توانسته است آمادگی به اعتیاد گروه هدف را کاهش دهد. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود. فرضیه: اثربخشی فراساختی درمانی در کاهش اعتیاد پذیری دانشجویان به مدت ۳ ماه ماندگار است.

نتایج جدول آزمون t هم بسته نشان می‌دهد که درمان فراساختی در کاهش اعتیادپذیری دانشجویان بعد از ۳ ماه همچنان معنادار بوده است (آمادگی به اعتیاد) $(p < 0/0001)$ ، $t(14) = 8/91$. این نتایج بیانگر تداوم تأثیر درمان فراساختی به استثناء اعتراف به اعتیاد است. بنابراین فرضیه دوم نیز تأیید می‌شود.

بحث

با توجه به مسائل و مشکلات مختلفی که دانشجویان در رابطه با اعتیاد در زندگی با آن روبه‌رو هستند و با در نظر گرفتن اینکه درمان‌های رفتاری شناختی در درمان اختلالات اعتیادی در بعضی از مراجعین نتوانسته مؤثر واقع شود و اینکه باورهای فراساختی مثبت و منفی و سندرم شناختی و توجهی نقش مهم و مؤثری در پیشگیری از اعتیاد و کاهش آمادگی به اعتیاد دارد، هدف این پژوهش آن بود که میزان اثربخشی درمان فراساختی به شیوه گروهی بر کاهش آمادگی به اعتیاد دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد مورد بررسی قرار گیرد.

نتایج جدول تحلیل کوواریانس، نمرات پس‌آزمون آمادگی به اعتیاد نشان می‌دهد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌دار عامل بین آزمودنی‌های $(\eta^2 = 0/80)$ Partial $p < 0/0001$ ، $F(1,27) = 107/05$ گروه وجود داشت. نمرات میانگین تعدیل‌شده آمادگی به اعتیاد پیشنهاد می‌کند، گروهی که در گروه درمانی فراساختی شرکت

سمت هدایت می‌کند که افکار مزاحم، الزاماً به عمل ختم نمی‌شود و صرفاً یک فکر مزاحم است که باید به حال خودش رهاشده و درگیر آن نشد و در نتیجه به سوء مصرف مواد برای فرار از افکار مزاحم، کمتر روی بیاورند. به عبارت دیگر، معتادان می‌آموزند که رویدادهای استرس‌زای زندگی را فاجعه‌آمیز 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 فن‌های تکلیف‌ببر، تصویرسازی ابرهای گذرا، تمثیل ایستگاه قطار، جاده و اتوبوس، غول و گودال فراهم می‌شود. در آخر به پژوهشگرانی که در این حوزه کار می‌کنند پیشنهاد می‌شود در انجام این روش نمونه‌های خود را از مردان و زنان به‌طور هم‌زمان انتخاب کنند تا امکان مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی بین دو جنس فراهم شود. چون پژوهش حاضر به‌صورت گروهی اجرا گردید، احتمال دارد در صورت اجرا به شیوه انفرادی نتایج متفاوتی حاصل گردد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی فراشناخت درمانی به‌صورت انفرادی اجرا شود. همچنین درمان فراشناختی بر دانشجویان سایر مقاطع نیز به کار گرفته شود تا امکان مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی بین سطوح تحصیلات مختلف و سنین گوناگون فراهم شود.

نتیجه‌گیری

در تبیین این نتیجه، می‌توان بیان کرد که با توجه به ماهیت هر یک از اختلالات روان‌شناختی، نواقص فراشناخت و افکار ناکارآمد در هر اختلال حاصل می‌شود و به عنوان شیوه‌ای برای مقابله و عملکرد اجرایی خود تنظیمی در بیماران عمل می‌کند. با این که این افکار همیشه به طور داوطلبانه به وجود نمی‌آیند، ادامه آن‌ها تابع کنترل

کاهش تمایل به مصرف باشد. علاوه بر این راهبردهای درمان فراشناختی تحت عنوان پاسخ‌های رفتاری و راهبردهای کنترل فکر مشخص شده‌اند. پویایی راهبردهای کنترل فکر به‌کاربرده شده توسط افراد، فرآیند بررسی دقیق و موشکافانه پیامدهای نگرانی و اضطراب را تشدید می‌کند. رفتارهای مقابله‌ای، شامل اجتناب، جستجوی اطلاعات، توجه برگردانی، استفاده از الکل، مصرف مواد و غیره است. این رفتارها موجب تداوم ارزیابی‌ها و باورهای منفی درباره نگرانی می‌شوند، زیرا با سپردن کنترل به دست عوامل خارجی، فرآیند خودگردانی را مختل می‌کنند (Spada et al. 2013). در این میان، اصل بنیادین درمان فراشناختی آن است که اختلالات (گرایش به مصرف مواد و عود) با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه، موسوم به سندرم شناختی-توجهی، مرتبط است. این سبک پیامدهایی دارد که به حفظ و تداوم هیجان‌ها و تقویت افکار منفی منجر می‌شود. یک فرآیند مهم در درمان فراشناختی، ناتوانی فرد در درگیر نشدن در فرآیند نگرانی به هنگام فعال شدن آن است. این ناتوانی به‌صورت تفکر مداوم درباره نگرانی از مصرف مواد، به‌منظور مقابله با آن یا تلاش برای اطمینان دادن به خود از طریق خود‌گویی آشکار می‌شود (Zare and Sharifi 2014). درمان فراشناختی با به‌کارگیری فنون آموزش توجه و فنون ذهن آگاهی گسلیده موجب تغییر در نگرش‌های افراد می‌شود. نمونه بارز این وضعیت تصمیم‌گیری به استفاده از راهبردهایی مانند نگران نشدن در پاسخ دادن به یک فکر (مانند ترس از برگشت به مصرف مواد) و در عوض، اجازه دادن به آن فکر است تا فضای ذهنی خاص خود را بدون انجام هرگونه تفسیر یا اقدام دیگر اشغال کند (Normann et al. 2014). در تبیینی دیگر از اثربخشی الگوی فراشناختی می‌توان گفت که به‌جای چالش با افکار مزاحم، نگرش‌های منفی و کنترل آن‌ها، معتادان را به این

داوطلبانه است و با باورهای مثبت درباره مفید بودن راهبردهای فراشناختی ارتباط دارد. اما این افکار ناکارآمد، خود تمرکزی، نشخوار و کنترل ناپذیری آن ها، نه تنها باعث منحرف کردن توجه از راهبردهای مقابله ای سازگار می شود، بلکه در عدم کارآمدی فراشناخت ها نیز سهم هستند و باعث می شوند که افراد انعطاف خود را در پردازش مؤثر و کارا از دست بدهند. باورهای مرتبط با مواد (برای مثال: بدون مصرف مواد، نمی توانم اجتماعی باشم و یا مصرف مواد، تنها راه بالا بردن خلاقیت و باروری من است) از جمله باورهای ناکارآمد هستند که می توانند به عنوان تعاملات شناختی ناشی از نواقص فراشناختی و حتی به دنبال مصرف مواد، به عنوان یک نقص فراشناختی مثبت ایجاد شوند. این باورها چون باعث تداوم مصرف به عنوان یک رفتار مقابله ای ناسازگار می-شوند، به عنوان یک عامل مهم در عدم موفقیت درمان و بازگشت به شمار می آیند. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی همچنان که در پژوهش حاضر مشخص شد، موجب آگاهی بیماران از فرآیند سیستم پردازش فراشناختی می شود، وضعیت ذهن را تغییر می-دهد و تفکر را کنترل می کند و می تواند در تداوم درمان و برگشت ناپذیری اعتیاد موثر باشد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد گروه روانشناسی بالینی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی با کد کارآزمایی بالینی ۲۳۸۸۶۲ می باشد و بدین وسیله از کلیه کسانی که انجام این مطالعه را تحقق بخشیدند، تشکر و قدردانی می نماید.

جدول ۱ - خلاصه جلسات درمان فراشناختی گروهی (Wells et al. 2009): مطالعه اثربخشی فراشناخت درمانی بر میزان اعتبار

پذیری دانشجویان

جلسه	عنوان
اول	تدوین مفهوم‌سازی موردی، ارائه منطق درمان، آماده‌سازی بیماران برای درمان، اجرای فن توجه. تکلیف خانگی: تمرین فن توجه، پذیرایی از بیماران.
دوم	مرور تکلیف خانگی تمرین فن توجه، ادامه آماده‌سازی بیماران در صورت نیاز، اجرای آزمایش ذهن آگاهی گسلیده و آزمایش سرکوب عدم سرکوب. تکلیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی گسلیده و آزمایش سرکوب عدم سرکوب، پذیرایی از بیماران.
سوم	مرور تکلیف خانگی، تمرین ذهن آگاهی گسلیده و آزمایش سرکوب عدم سرکوب، چالش با باورهای مربوط به سرکوب و عدم سرکوب، اجرای آزمایش به تعویق انداختن توجه متمرکز با باورهای کنترل ناپذیری. تکلیف خانگی: تمرین به تعویق انداختن توجه متمرکز با باورهای کنترل ناپذیری.
چهارم	مرور تکلیف خانگی تمرین به‌ویژه توجه متمرکز بر باورهای کنترل ناپذیری، چالش با باورهای مربوط به باورهای کنترل ناپذیری، اجرای آزمایش متمرکز کردن مجدد توجه نشانه‌های ایمنی. تکلیف خانگی: تمرین متمرکز کردن مجدد توجه بر نشانه‌های ایمنی، پذیرایی از بیماران.
پنجم	مرور تکلیف خانگی تمرین توجه بر نشانه‌های ایمنی، چالش با باور مربوط به توجه بر نشانه‌های ایمنی، اجرای آزمایش استفاده از فن رویارویی و جلوگیری از پاسخ متمرکز بر باورهای اطمینان بخشی. تکلیف خانگی: تمرین رویارویی و جلوگیری از پاسخ متمرکز بر باورهای اطمینان بخشی.
ششم	مرور تکلیف خانگی تمرین به‌ویژه باورهای مربوط به اطمینان بخشی، چالش با باورهای مربوط به اطمینان بخشی، اجرای آزمایش ایجاد تغییر در پایش تهدید متمرکز بر باورهای خودآگاهی. تکلیف خانگی: تمرین پایش تهدید متمرکز بر باورهای خودآگاهی.
هفتم	مرور تکلیف خانگی تمرین به‌ویژه باورهای مربوط به خودآگاهی، چالش با باورهای مربوط به خودآگاهی، اجرای آزمایش استفاده از رفتارهای متمرکز بر باورهای خطر. تکلیف خانگی: تمرین رفتارهای متمرکز بر باورهای خطر.
هشتم	مرور تکلیف خانگی تمرین، چالش با باورهای مربوط به خطر، اجرای فن بررسی شواهد مخالف و آماده کردن اعضا برای شناسایی موانع موجود در به‌کارگیری فن‌ها. نتیجه‌گیری

جدول ۲ - میانگین و انحراف معیار نمرات خرده مقیاس استعداد به اعتیاد افراد در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری: مطالعه اثربخشی فراشناخت درمانی بر میزان اعتبار پذیری دانشجویان

متغیرها	مراحل	گروه آزمایش		گروه کنترل		تعداد
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آمادگی به اعتیاد (APS)	پیش‌آزمون	۲۰/۶۳	۲/۳۴۴۹	۲۰/۰۲	۳/۳۹	۱۵
	پس‌آزمون	۱۱/۵	۲/۶۵۵۶	۲۰/۸۰	۳/۰۰	۱۵
	پیگیری	۱۱/۸	۲/۳۲۲۳	۲۰/۰۳	۲/۸۹	۱۵

جدول ۳ - آزمون کلموگروف-اسمیرنف برای متغیرها: مطالعه اثربخشی فراشناخت درمانی بر میزان اعتبار پذیری دانشجویان

متغیرها	مراحل	آماره کلموگروف-اسمیرنف	معنی‌داری
آمادگی به اعتیاد (APS)	پیش‌آزمون	۰/۶۴۳	۰/۸۳
	پس‌آزمون	۰/۶۵۲	۰/۷۸
	پیگیری	۰/۶۸۲	۰/۷۴

جدول ۴ - آزمون پیش‌فرض همگنی ضرایب رگرسیون در متغیر استعداد به اعتیاد: مطالعه اثربخشی فراشناخت درمانی بر میزان اعتبار پذیری دانشجویان

منبع تغییر	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	سطح معنی‌داری
گروه	۷۳/۷۳	۱	۷۳/۷۳	۴/۸۸۰	۰/۰۳۵
پیش‌آزمون	۱۳۸۱/۳۰۰	۱	۱۳۸۱/۳۰۰	۹۸/۶۲۲	۰/۰۰۱
تعامل گروه و پیش‌آزمون	۸/۷۳۰	۱	۸/۷۳۰	۰/۵۵۶	۰/۴۳۳
خطا	۴۱۲/۰۴۴	۲۶	۱۵/۸۷۷		

جدول ۵ - نتایج آزمون لوین به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها: مطالعه اثربخشی فراشناخت درمانی بر میزان اعتبار پذیری دانشجویان

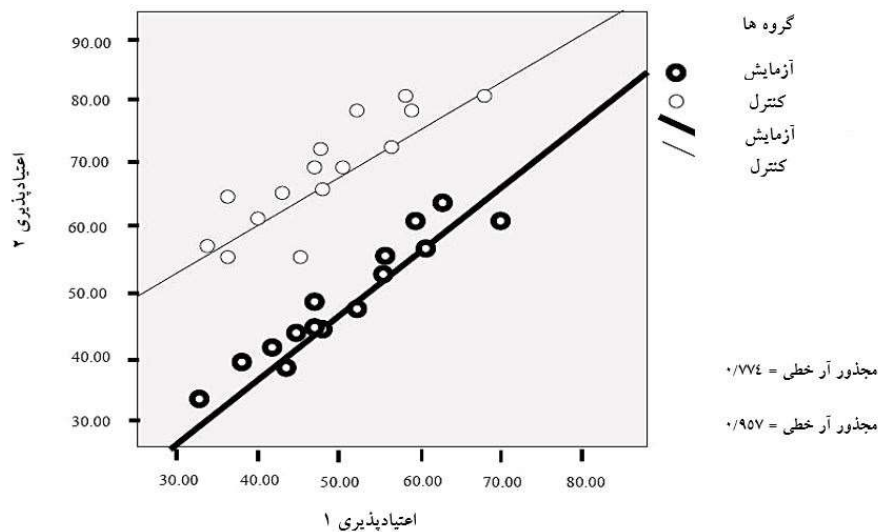
متغیرها	F	درجه آزادی	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
آمادگی به اعتیاد (APS)	۱۴/۴۳	۱	۲۸	۰/۰۸

جدول ۶ - نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پس‌آزمون متغیر آمادگی به اعتیاد: مطالعه اثربخشی فراشناخت درمانی بر میزان اعتبار پذیری دانشجویان

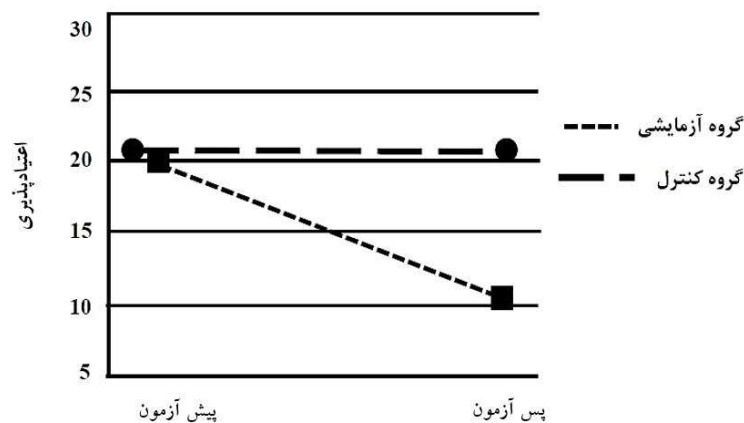
متغیرها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر (مجذورات)	اثر توان آماری
آمادگی به اعتیاد (APS)	پیش‌آزمون	۱۸۲۱/۳۳	۱	۱۸۲۱/۳۳	۱۲۲/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
	گروه آزمایش	۱۶۰۲/۱۹	۱	۱۶۰۲/۱۹	۱۰۷/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱

جدول ۷ - آزمون t همبسته برای مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پیگیری متغیر گروه آزمایش: مطالعه اثربخشی فراشناخت درمانی بر میزان اعتبار پذیری دانشجویان

متغیر	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
آمادگی به اعتیاد (APS)	۴/۲۲	۱/۵۶	۸/۹۱	۱۴	۰/۰۰۱



نمودار ۱ - نمودار پراکنش متغیر استعداد به اعتیاد به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل: مطالعه اثربخشی فراشناخت درمانی بر میزان اعتبار پذیری دانشجویان



نمودار ۲- روند تغییرات میانگین نمرات آمادگی به اعتیاد در مرحله پس آزمون: مطالعه اثربخشی فراشناخت درمانی بر میزان اعتبار پذیری دانشجویان

Reference

- Abou, A.A., Ahmadi, M. and Kiamarsi, A., 2007. The relationship of metacognition and perfectionism with psychological consequences in the addicts. [In Persian]
- Alghosi, H. and Zarbakhsh, M., 2015. Introducing the role of metacognitive beliefs and emotion regulation strategies in prediction of social anxiety in drug addicted individuals referring to drug addiction centers in the west of Mazandaran. *Advances in Environmental Biology*, 9, pp. 237-244. [In Persian]
- Askari, S., Zakie, A. and Alikhani, M., 2011. The relationship between personality characteristics and locus of control preparations for abuse among male students. *Psychological Science* 1, pp. 485-498. [In Persian]
- Bahamin, G., Fard, F.D., Malekshahi, M., Abi, R. and Dousti, R., 2016. Enquiring the effect of metacognitive beliefs and religious attitude on the tendency to cigarette use in adolescents. *Journal of Research on Religion and Health*, P. 2. [In Persian]
- Bowen, S., Chawla, N. and Marlatt, G., 2011. *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors*. A clinician guide New York. London, The Guilford press.
- Caselli, G., Gemelli, A., Spada, M.M. and Wells, A., 2016. Experimental modification of perspective on thoughts and metacognitive beliefs in alcohol use disorder. *Psychiatry research*, 244, pp. 57-61.
- Clark, A., Tran, C., Weiss, A., Caselli, G., Nikcevic, A.V. and Spada, M.M., 2012. Personality and alcohol metacognitions as predictors of weekly levels of alcohol use in binge drinking university students. *Addictive behaviors*, 37, pp. 537-540.
- DRUGS, U.N.O.O. and CRIME., 2010. *World drug report, 2010*. United Nations Publications.
- Farokhi, H., Karami, A. and Mirdrikvand, F., 2018. The Effect of Teaching Metacognitive Strategies on Improving Academic Achievement and Reducing Test Anxiety in Nursing Students. *The Journal of Medical Education and Development*, 13, pp. 31-42. [In Persian]
- Ghadimi, A., Karami, J. and Yazdanbakhsh, K., 2015. The relationship between primary maladaptive schemas and meta-cognitive beliefs with addiction potential. *Journal of*

- Fundamentals of Mental Health*, 17, pp. 67-73. [In Persian]
- Hamonniere, T. and Varescon, I., 2018. *Metacognitive beliefs in addictive behaviours: A systematic review*. *Addictive behaviors*.
- Kordmirza, E., Azad, H. and Eskandari, H., 2003. Normalization of addiction potential scale for spotting individuals exposed to drug abuse among students of Tehran universities. *Research on Addiction*, 1, pp. 47-80. [In Persian]
- Mackillop, J., Kenna, G.A., Leggio, L. and Ray, L.A., 2017. *Integrating Psychological and Pharmacological Treatments for Addictive Disorders: An Evidence-based Guide*, Taylor and Francis.
- Nikcevic, A.V. and Spada, M.M., 2010. Metacognitions about smoking: a preliminary investigation. *Clinical psychology and psychotherapy*, 17, pp. 536-542.
- Normann, N., Van Emmerik, A.A. and Morina, N., 2014. The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review. *Depress Anxiety*, 31, pp. 402-411.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. and Ruiz, P., 2015. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry*, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.
- Sarrami, H., Ghorbami, M. and Taghavi, M., 2013. The Survey Two Decades of Prevalence Studies among Iran University Students. *Research on Addiction*, 7, pp. 9-36. [In Persian]
- Shirinzadeh, D.S., Goodarzi, M.A., Ghanizadeh, A. and Naghavi, M.R., 2008. Investigating the Factor Structure, Validity and Reliability of the Meta-Cognition Questionnaire-30. *Journal of psychology*, 48, pp. 445-461. [In Persian]
- Spada, M.M., Caselli, G., Nikcevic, A.V. and Wells, A., 2015. Metacognition in addictive behaviors. *Addictive behaviors*, 44, pp. 9-15.
- Spada, M.M., Caselli, G. and Wells, A., 2013. A triphasic metacognitive formulation of problem drinking. *Clinical psychology and psychotherapy*, 20, pp. 494-500.
- Spada, M.M., Moneta, G.B. and Wells, A., 2007. The relative contribution of metacognitive beliefs and expectancies to drinking behaviour. *Alcohol and Alcoholism*, 42, pp. 567-574.
- Spada, M.M. and Wells, A., 2008. Metacognitive beliefs about alcohol use: Development and validation of two self-report scales. *Addictive Behaviors*, 33, pp. 515-527.
- Spada, M.M. and Wells, A., 2009. A metacognitive model of problem drinking. *Clinical psychology and psychotherapy*, 16, pp. 383-393.
- Spada, M.M. and Wells, A., 2010. Metacognitions across the continuum of drinking behaviour. *Personality and Individual Differences*, 49, pp. 425-429.
- Weed, N.C., Butcher, J. N., McKenna, T. and Ben-Porath, Y.S., 1992. New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of personality assessment*, 58(2), pp. 389-404.
- Wasmuth, S.L., Outcalt, J., Buck, K., Leonhardt, B.L., Vohs, J. and Lysaker, P.H., 2015. Metacognition in persons with substance abuse: Findings and implications for occupational therapists: La métacognition chez les personnes toxicomanes: Résultats et conséquences pour les ergothérapeutes. *Canadian*

- Journal of Occupational Therapy*, 82, pp. 150-159.
- Wells, A. and Cartwright-Hatton, S., 2004. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*, 42, pp. 385-396.
- Wells, A. and Fisher, P., 2015. *Treating Depression: MCT, CBT, and Third Wave Therapies*, Wiley.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. and Brewin, C.R., 2009. Metacognitive Therapy in Recurrent and Persistent Depression: A Multiple-Baseline Study of a New Treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33, pp. 291-300.
- Zare, H. and Sharifi, S., 2014. The Effect of Wells' Metacognitive Therapy on thought control strategies Addicts of with Drug Abuse. *Cognitive Psychology Journal*, 2, pp. 49-58. [In Persian]

The Effectiveness of Meta-Cognitive Therapy on the Extent of Addiction-Proneness in University Students

Farrokhi, H., MSc. Faculty of Psychology and Education, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran- Corresponding Author: Hossein.farrokhi110@gmail.com

Sohrabi, F., Ph.D. Profesor, Faculty of Psychology and Education, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran

Delavar, A., Ph.D. Profesor, Faculty of Psychology and Education, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran

Received: Oct 15, 2017

Accepted: Jul 23, 2018

ABSTRACT

Background and Aim: Considering that meta-cognitive beliefs play a very important role in the prevention, preservation and continuity of addiction, this study aimed to determine the effectiveness of meta-cognitive group therapy (MCT) on the extent of addiction-proneness in male university students.

Materials and Methods: This study was a quasi-experimental project with pretest-posttest, a control group and follow-up. The statistic population consisted of all the male Bachelor's students of the Mashhad Ferdowsi University, Iran in the academic year 2016-17. The sample was 30 students selected and assigned randomly to an experimental or control group. Data were collected using a meta-cognition questionnaire (MCQ-30) and the addiction potential scale (APS). Statistical tests included analysis of covariance and the dependent t-test.

Results: Covariance and post-test addictive potential scores showed that MCT could desirably affect the addiction-proneness of university male students ($p < 0.01$).

Conclusion: Based on the findings it can be concluded that metacognitive therapy can reduce the addiction proneness of male university student, the effect lasting for three months. Therefore, it is recommended that responsible authorities in the health sector use meta-cognitive therapy for addiction prevention and resumption.

Keywords: Meta-Cognitive Therapy, Addiction-proneness, University Students