Journal of Cognitive psychology
March 2025, Volume 12, Issue 4

Comparative Effectiveness of Metacognitive Therapy and Time Perspective Therapy on Self-Efficacy of Quitting in Substance-Dependent Individuals

Hadis Valizadeh [1], Shahram Mami [2*], Homeira Soleimannejad [3] & Zeinab Mihandoost [4]

[1.] PhD Student of General Psychology, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

[2.] Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran. (Shahram.mami@yahoo.com)

[3.] Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

[3.] Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

Citation: Valizadeh, H., Mami, Sh., Soleimannejad, H. & Mihandoost, Z. Comparative Effectiveness of Metacognitive Therapy and Time Perspective Therapy on Self-Efficacy of Quitting in Substance-Dependent Individuals**. J**ournal of **C**ognitive **P**sychology. 2025; 12 (4):85-98 [Persian].

Article Info:

Received:
2024/12/29

Accepted:
2025/04/08

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of Metacognitive Therapy (MCT) and Time Perspective Therapy (TPT) self-Efficacy of quitting in individuals with substance dependence. This quasi-experimental research employed a pre-test, post-test, and two-month follow-up design. The statistical population included all individuals with substance dependence who referred to addiction treatment centers in Kermanshah in 2024. Based on inclusion and exclusion criteria, 60 eligible participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to three groups (two experimental and one control), each consisting of 20 individuals. The Self-Efficacy of Quitting Scale (Bramson, 1999) was administered during the pre-test, post-test, and follow-up phases. Data were analyzed using repeated measures and Bonferroni post-hoc tests at a significance level of 0.05 via SPSS-26. The findings revealed a significant difference between the control group and both treatment groups regarding self-Efficacy of quitting. Both metacognitive therapy and time perspective therapy significantly increased self-Efficacy of quitting, and these effects remained stable during the follow-up phase. Furthermore, metacognitive therapy proved to be more effective than time perspective therapy in enhancing self-Efficacy of quitting. Based on these results, although both treatments can be used to improve self-Efficacy of quitting in individuals with substance dependence, metacognitive therapy may offer greater practical implications for psychologists and psychiatrists due to its superior effectiveness.

Key words
Metacognitive Therapy, Time Perspective Therapy, Self-Efficacy of Quitting, Substance Dependence

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

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.4.7.6]

مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان چشم‌انداز زمان بر خودکارآمدی‌ترک افراد وابسته به مواد مخدر

حدیث ولی زاده [۱]، شهرام مامی [۲*]، حمیرا سلیمان نژاد [۳] و زینب میهن دوست [۴]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

۲. (نویسنده مسئول) استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران. Shahram.mami@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

تاریخ دریافت
1403/8/9
تاریخ پذیرش نهایی
1403/12/20

چکیده

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان چشم‌انداز زمان بر خودکارآمدی‌ترک افراد وابسته به مواد مخدر انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی، همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بودند که بر اساس ملاک‌های ورود و خروج ۶۰ نفر واجد شرایط ورود به مطالعه به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی به سه گروه ۲۰ نفری (دو آزمایش و یک کنترل) گمارده شدند. آزمودنی‌ها با استفاده از پرسشنامه خودکارآمدی‌ترک (برامسون، ۱۹۹۹) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ به کمک نرم‌افزار SPSS-26 تجزیه‌وتحلیل شدند. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه کنترل با درمان فراشناختی و درمان چشم‌انداز زمان در خودکارآمدی‌ترک افراد وابسته به مواد مخدر وجود دارد و درمان فراشناختی و درمان چشم‌انداز زمان منجر به افزایش خودکارآمدی‌ترک در افراد وابسته به مواد مخدر شده است، و این اثرات مثبت در دوره پی‌گیری پایدار ماند. همچنین درمان فراشناختی مؤثرتر از درمان چشم‌انداز زمان در افزایش خودکارآمدی‌ترک است. بر اساس نتایج، به نظر می‌رسد اگرچه هر دو درمان مذکور می‌توانند در افزایش خودکارآمدی‌ترک این افراد مورد استفاده قرار گیرند، اما درمان فراشناختی به دلیل اثربخشی بیشتر می‌تواند برای روان‌شناسان و روان‌پزشکان دارای تلویحات کاربردی‌تری باشد.

واژگان کلیدی
درمان فراشناختی، درمان چشم‌انداز زمان، خودکارآمدی‌ترک، وابستگی به مواد مخدر

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

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.4.7.6]

مقدمه

وابستگی به مواد مخدر یکی از چالش‌های اساسی در زندگی بشر به‌شمار می‌رود که با پیامدهای متعددی برای فرد و جامعه همراه بوده و روندی رو به افزایش دارد (ساسانی و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس گزارش جهانی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد ، در سال ۲۰۲۰ حدود ۲۷۵ میلیون نفر در بازه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال مواد مخدر مصرف کرده‌اند که نسبت به سال ۲۰۰۶ افزایشی ۳۲ درصدی را نشان می‌دهد. همچنین، میزان اعتیاد به مواد مخدر بین سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۸ حدود ۳۰ درصد افزایش یافته است (ما و همکاران، ۲۰۲۲). برآوردها نشان می‌دهد که حتی در خوش‌بینانه‌ترین حالت، حدود ۱۲/۱ درصد از جمعیت ایران به مواد مخدر وابسته‌اند، و این نرخ در میان جوانان به‌مراتب بالاتر است (بهرام‌آبادیان و همکاران، ۲۰۲۱ این واقعیت‌ها موجب توجه فزاینده روان‌شناسان و متخصصان علوم رفتاری به شناسایی عوامل مؤثر در بروز و تداوم اختلالات مصرف مواد، با هدف بهره‌گیری از آن‌ها در فرآیند پیشگیری و درمان شده است (قربانی و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از این عوامل، خودکارآمدی ترک است که نقش مهمی در مقابله با وابستگی ایفا می‌کند (فلیز و پولات، ۲۰۲۳). خودکارآمدی ترک به‌عنوان یک عامل محافظتی مؤثر در رفتارهای اعتیادی شناخته می‌شود و می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در جلوگیری از بازگشت به مصرف مواد ایفا کند (ارسی، ۲۰۲۱؛ دانکار و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس نظریه بندورا، خودکارآمدی به باور فرد نسبت به توانایی انجام موفق یک عمل اطلاق می‌شود (بندورا، ۱۹۹۷). در زمینه اعتیاد، این مفهوم به اطمینان فرد از توانایی پرهیز از مصرف مواد در شرایط مختلف اشاره دارد، که معمولاً از تجربیات موفق پیشین یا مشاهده موفقیت دیگران حاصل می‌شود (پورکرد و رضایی، ۲۰۲۲). این باور می‌تواند به‌عنوان عاملی کلیدی در فرایند درمان و پیشگیری از عود مصرف در نظر گرفته شود (فلیز و پولات، ۲۰۲۳).سوءمصرف مواد مخدر پیامدهای جدی برای سلامت جسمی و روانی دارد و خطراتی مانند تصادفات، خشونت، رفتارهای پرخطر جنسی، ابتلا به بیماری‌هایی چون ایدز را افزایش می‌دهد. این وضعیت با مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی همراه است و چالش‌های شناختی و رفتاری را در پی دارد (هوهانیان و همکاران، ۲۰۲۰). درمان این افراد باید متناسب با شرایط روانی و اجتماعی آن‌ها طراحی شود (اسمعیل‌فراهانی و همکاران، ۲۰۲۴). درمان‌های رایج شامل دارویی (مانند درمان نگهدارنده) و غیر دارویی (روان‌شناختی و مشاوره‌ای) هستند (اکبری و همکاران، ۲۰۲۲). هرچند درمان نگهدارنده رایج و تا حدی مؤثر است، اما در پاسخ‌گویی به ابعاد روانی و اجتماعی موفق نبوده و گاهی با عوارضی نظیر اختلالات خواب، خستگی، و مشکلات تنفسی و جنسی همراه است (حسینی و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، توجه به سایر رویکردهای درمانی از جمله درمان‌های روان‌شناختی ضروری به نظر می‌رسد (اسمعیل‌فراهانی و همکاران، ۲۰۲۴). در این میان، درمان فراشناختی یکی از رویکردهای نوآورانه‌ای است که در بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد وابسته به مواد نقش مؤثری ایفا کرده است (احمدی رق‌آبادی و همکاران، ۲۰۲۲). درمان فراشناختی، به‌عنوان یک الگوی درمانی فراتشخیصی نوآورانه، بر اساس مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی شکل گرفته است (ولز و متیوث، ۱۹۹۶). این رویکرد در ابتدا برای جبران نواقص درمان‌های شناختی-رفتاری توسعه یافت (باقری و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات نشان می‌دهد درمان‌هایی مانند درمان فراشناختی که بر تغییر رابطه فرد با افکار و هیجانات ناکارآمد متمرکز هستند، اثربخشی بیشتری نسبت به روش‌هایی دارند که صرفاً به تغییر محتوای افکار می‌پردازند (کیهانی‌فرد و همکاران، ۲۰۲۴؛ اسداللهی و همکاران، ۲۰۲۱). در این رویکرد، فرض بر آن است که افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی، کنترل بیش‌ازحد بر افکار و نشانه‌های درونی و بیرونی دارند که این کنترل مانع پردازش اطلاعات جدید و اصلاح باورهای منفی می‌شود (جانسون و همکاران، ۲۰۲۴). در این فرایند، افراد دچار سندرم شناختی-توجهی می‌شوند که شامل راهبردهای مقابله‌ای

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

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.4.7.6]

ناسازگارانه مانند اجتناب، نشخوار ذهنی و خلق منفی است (سان و همکاران، ۲۰۲۳). درمان فراشناختی با اصلاح این فرآیندهای شناختی به افراد کمک می‌کند تا بر افکار و رفتار خود نظارت داشته باشند، آن‌ها را تنظیم کنند و با بهره‌گیری از راهبردهای مؤثر، در راستای حل مسئله و دستیابی به اهداف اقدام نمایند (معینی و همکاران، ۲۰۲۱). این درمان با تقویت راهبردهای مقابله‌ای سازگار، تنظیم هیجان و شناخت و بازسازی الگوهای فکری، می‌تواند منجر به افزایش خودکارآمدی شود (باقری و همکاران، ۲۰۲۴؛ جویلامارل و همکاران، ۲۰۲۳؛ حسین‌خانی و همکاران، ۲۰۲۲؛ خسروشاهی و همکاران، ۲۰۱۹؛ خرازی‌نوتاش و همکاران، ۲۰۱۹؛ والنسیا-والجو و همکاران، ۲۰۱۹). علاوه بر این، درمان چشم‌انداز زمان نیز به‌عنوان یک مداخله مؤثر در افراد وابسته به مواد مطرح شده است (کائو و همکاران، ۲۰۱۹).از دیدگاه زیمباردو و بوید (۱۹۹۹)، چشم‌انداز زمانی فرآیندی شناختی است که طی آن افراد تجربه‌ی جاری زندگی را در قالب طبقه‌بندی‌های زمانی گذشته، حال و آینده سازمان‌دهی می‌کنند، و این امر به ایجاد معنا، انسجام و نظم در زندگی کمک می‌نماید (ابراهیمی و همکاران، ۲۰۲۳). درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان، در حوزه وابستگی به مواد مخدر کاربرد گسترده‌ای یافته است (سلیمانی و امیرمنش، ۲۰۲۴). تمرکز این درمان، دستیابی به تعادل میان ادراک گذشته، حال و آینده فرد است (لین، ۲۰۲۳). این درمان به افراد کمک می‌کند تا تجربیات خود را از منظرهای زمانی گوناگون بازنگری کرده و معناهای جدیدی از آن‌ها استخراج نمایند (فانک و ماجلیو، ۲۰۲۴). همچنین، تغییر جهت‌گیری فرد از گذشته و حال منفی به سوی حال مثبت و آینده مطلوب، با کاهش مشکلات روان‌شناختی همراه است (رید، ۲۰۲۲). در این فرآیند، افراد می‌آموزند خودگویی‌های منفی را شناسایی کرده و با تمرکز بر جنبه‌های مثبت تجارب زمانی، به بازسازی شناختی و تعادل زمانی دست یابند (فانک و ماجلیو، ۲۰۲۴). درمان چشم‌انداز زمان با تضعیف نگرش‌های منفی نسبت به گذشته و حال تقدیرگرایانه و تقویت مؤلفه‌هایی چون گذشته مثبت، حال لذت‌گرا و آینده متعالی، می‌تواند خودکارآمدی را در افراد وابسته به مواد افزایش دهد (اونگر و همکاران، ۲۰۲۲؛ دات و وال، ۲۰۱۹؛ علیزاده‌فرد و سرائی، ۲۰۱۹؛ شفیع‌خانی و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده، خودکارآمدی ترک یکی از سازه‌های کلیدی در فرآیند درمان افراد وابسته به مواد مخدر محسوب می‌شود (جعفری و همکاران، ۲۰۲۱). شناسایی این متغیر می‌تواند راهگشای درمانگران و متخصصان مراکز ترک اعتیاد در درک بهتر ماهیت وابستگی و تدوین مداخلات مؤثرتر باشد. از این رو، تقویت خودکارآمدی در این افراد می‌تواند در مسیر ترک و پیشگیری از عود نقش بسزایی ایفا کند. پژوهش حاضر با هدف عملیاتی‌سازی رویکردهای نوین و در پاسخ به خلأ موجود در ادبیات پژوهشی طراحی شده است. بررسی مطالعات پیشین نشان می‌دهد که تاکنون پژوهشی به‌طور خاص به مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان بر خودکارآمدی ترک در افراد وابسته به مواد نپرداخته است. این خلأ موجب شکل‌گیری دغدغه‌ای پژوهشی برای بررسی و مقایسه اثربخشی این دو رویکرد درمانی شده تا مشخص گردد کدام‌یک از مداخلات مذکور، اثربخشی و پایداری بیشتری در ارتقای خودکارآمدی ترک دارا هستند. بر این اساس، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان فراشناختی و درمان چشم‌انداز زمان تأثیر متفاوتی بر افزایش خودکارآمدی ترک افراد وابسته به مواد مخدر دارند؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از حیث اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه افراد وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بود. از میان آن‌ها، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود (مرد بودن، تشخیص قطعی اعتیاد، مصرف بیش از یک سال، سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال،

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

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.4.7.6]

خودکارآمدی ترک پایین (نمره زیر ۴۸ در پرسشنامه برامسون)، حداقل تحصیلات دیپلم، تمایل به مشارکت و امضای فرم رضایت‌نامه) و خروج (انصراف از شرکت، غیبت در دو جلسه درمان و خودداری از تکمیل پرسشنامه‌ها)، ۶۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. انتخاب حجم نمونه بر مبنای حداقل تعداد لازم در پژوهش‌های آزمایشی صورت گرفت (کوهن، ۲۰۰۰). در آغاز، ضمن ارائه توضیحات لازم، رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ شد. سپس پرسشنامه خودکارآمدی ترک در مرحله پیش‌آزمون اجرا گردید. گروه آزمایش اول درمان فراشناختی را در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، و گروه آزمایش دوم درمان چشم‌انداز زمان را طی ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هر دو به‌صورت هفتگی دریافت کردند. گروه کنترل در این دوره مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار داشت. پس از اتمام جلسات، مرحله پس‌آزمون و دو ماه بعد، مرحله پیگیری اجرا شد. در پایان، برای رعایت اصول اخلاقی، خلاصه‌ای از جلسات درمانی برای گروه کنترل ارائه گردید. در این پژوهش اصول اخلاقی شامل رضایت آگاهانه، رازداری و حفظ حریم خصوصی رعایت شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی) با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون[1]

برای سنجش خودکارآمدی ترک، از پرسشنامه‌ای استفاده شد که توسط برامسون (۱۹۹۹) برای ارزیابی افراد وابسته به مواد مخدر طراحی گردیده است. این ابزار شامل ۱۶ سؤال با مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای است و مهارت‌هایی همچون تصمیم‌گیری، حل مسئله، ارتباط مؤثر و ابراز وجود را بررسی می‌کند. نمرات این پرسشنامه در بازه ۱۶ تا ۱۱۲ قرار دارند و سؤالات ۲، ۵، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند؛ نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر خودکارآمدی ترک هستند. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران تأیید شده است (حبیبی و همکاران، ۲۰۲۱). همبستگی آن با پرسشنامه خودکارآمدی عمومی برابر با ۰/۶۱ گزارش شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس۰/۹۰ بود. همچنین، تحلیل عاملی چهار عامل اصلی (تصمیم‌گیری، حل مسئله، ارتباط و ابراز وجود) را مشخص کرد که آلفای آن‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (حبیبی و همکاران، ۲۰۲۱). در پژوهش حاضر نیز پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد که نشان‌دهنده اعتبار مناسب آن است.

پروتکل درمان فراشناختی

درمان فراشناختی در این پژوهش مبتنی بر بسته آموزشی ولز (۲۰۱۱) اجرا شد. این مداخله طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی برای شرکت‌کنندگان برگزار گردید. شاخص روایی محتوای این پروتکل بر اساس نظر متخصصان روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام ۰/۹۰ گزارش شده است که نشان‌دهنده روایی مناسب آن است. جزئیات جلسات درمانی در جدول (۱) ارائه شده است.

پروتکل درمان چشم‌انداز زمان

درمان چشم‌انداز زمانی در این پژوهش مبتنی بر بسته آموزشی زیمباردو (۲۰۱۲) اجرا شد. این مداخله طی ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی برای شرکت‌کنندگان برگزار گردید. شاخص روایی محتوای این پروتکل بر اساس نظر متخصصان روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام ۰/۹۱ گزارش شده است که نشان‌دهنده روایی مناسب آن است. جزئیات جلسات درمانی در جدول (۲) ارائه شده است.

[1] Bramson Addiction Quit Self-Efficacy Questionnaire (BQAS)

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

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.4.7.6]

جدول ۱. مراحل اجرای آموزش درمان فراشناختی اقتباس از ولز (۲۰۱۱)

جلسه	محتوای جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون، معرفی شرکت‌کنندگان، تعریف رویکرد فراشناختی و استفاده از استعاره التیام زخم، نیاز درمان، تمرین ذهن‌آگاهی انفصالی. تکلیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی انفصالی و به تعویق انداختن نگرانی. ارائه تکلیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی انفصالی.
دوم	مرور تکلیف خانگی، بررسی پیوند بین فراشناخت‌ها، احساسات و رفتار، تغییر فراشناخت‌های غیر مفید به فراشناخت‌های مفید، به تعویق انداختن نشخوار فکری و نگرانی. ارائه تکلیف خانگی: ثبت نشخوار فکری، تمرین به تعویق انداختن نگرانی.
سوم	مرور تکلیف خانگی، تمرین ذهن آگاهی، آموزش توجه انتخابی و به چالش کشیدن باورهای فراشناختی مثبت در مورد نشخوار فکری و نگرانی. ارائه تکلیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی.
چهارم	مرور تکلیف خانگی، تمرین آموزش توجه به چالش کشیدن فراشناخت‌های غیرقابل کنترل، بررسی متوقف کردن سرکوب فکر. ارائه تکلیف خانگی: به تعویق انداختن نگرانی و متوقف کردن تلاش برای سرکوب فکر منفی.
پنجم	مرور تکلیف خانگی، استراتژی‌های کنترل ذهن مانند سرکوب فکر، تشریح افکار و منافع اجرای تمرینات ذهن‌آگاهی انفصالی. ارائه تکلیف خانگی: شناسایی باورهای منفی و به چالش کشیدن باورهای فراشناختی منفی.
ششم	مرور تکلیف خانگی، ارزیابی باورهای منفی و استراتژی‌های بی‌فایده و همچنین بررسی ترس‌های مکرر افراد، تکنیک آموزش توجه برای تقویت حس انعطاف‌پذیری و کنترل بر تفکر. ارائه تکلیف خانگی: خودداری از نگرانی و نشخوار فکری، حذف افکار کنترل‌گر منفی.
هفتم	مرور تکلیف خانگی، بررسی تعصبات در برابر شواهد غیرقابل‌تأیید، خودداری از قضاوت‌هایی که شواهد کافی برای آن‌ها وجود ندارد، تمرین آگاهی از پایش تهدید و کنار گذاشتن آن. ارائه تکلیف خانگی: تمرین آگاهی از پایش تهدید و کنار گذاشتن آن
هشتم	مرور تکلیف خانگی، بررسی اجمالی جلسات، شناسایی موانع موجود در استفاده از روش‌ها، بحث درباره جلوگیری از عود و کار بر روی باورهای فراشناختی باقی‌مانده، اجرای پس‌آزمون برای ارزیابی اثربخشی مداخله.

جدول ۲. مراحل اجرای آموزش درمان چشم‌انداز زمان اقتباس از زیمباردو (۲۰۱۲)

جلسه	محتوای جلسات
اول	ایجاد فضای امن گروهی از طریق معرفی اعضا، شکل‌گیری مشارکت درمانی با انعقاد قرارداد همکاری، اجرای پیش‌آزمون و آشنایی اولیه شرکت‌کنندگان با چارچوب کلی و ضرورت درمان. ارائه تکلیف خانگی: نوشتن انتظارات از جلسات درمانی.
دوم	مرور تکلیف خانگی، آشنایی اعضای گروه با مفاهیم گذشته منفی و مثبت، آموزش نحوه جایگزین کردن گذشته مثبت ببا گذشته منفی. آموزش تکنیک‌های آرام‌سازی عضلانی. ارائه تکلیف خانگی: تعیین لیستی از آزار دهنده‌ترین خاطرات گذشته، تمرین ذهن‌آگاهی روزانه.
سوم	مرور تکلیف خانگی، شناخت تأثیر خاطرات مثبت، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و جایگزینی گذشته منفی با مثبت. . ارائه تکلیف خانگی: تمرین تکنیک‌های تنفس و آرام‌سازی، یادداشت حداقل یک خاطره مثبت برای جایگزینی با یک خاطره منفی.
چهارم	مرور تکلیف خانگی، آشنایی با مفهوم چشم‌انداز زمانی حال و ابعاد آن، کاهش تعلل‌ورزی و افزایش آگاهی از لحظه حال. ارائه تکلیف خانگی: ثبت روزانه رویدادهای مثبت همراه با احساس لحظه‌ای.
پنجم	مرور تکلیف خانگی، آشنایی با مفهوم چشم‌انداز زمانی آینده و ابعاد آن، تقویت تصمیم‌گیری. ارائه تکلیف خانگی: برنامه‌ریزی اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت برای روز، تکمیل کاربرگ مربوط به تغییرات ایجادشده در ابعاد چشم‌انداز زمان جهت بررسی نهایی
ششم	مرور تکلیف خانگی، متعادل‌سازی چشم‌انداز زمان اعضا و کمک به پذیرش سرنوشت، لذت‌جویی متعادل از حال و نگرش مثبت به آینده، بررسی پیشرفت افراد و رفع ابهامات و مشکلات درمان، اجرای پس‌آزمون برای ارزیابی اثربخشی مداخله.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۶۰ نفر از افراد وابسته به مواد مخدر به‌صورت تصادفی در سه گروه شامل درمان فراشناختی، درمان چشم‌انداز زمانی، و گروه کنترل جای داده شدند. میانگین سنی گروه درمان فراشناختی ۲۷/۶۵ سال

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

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.4.7.6]

(انحراف معیار ۴/۹۱)، گروه چشم‌انداز زمانی ۲۷/۹۵ سال (انحراف معیار ۳/۵۳) بود. از نظر سطح تحصیلات، ۹ نفر دارای دیپلم، ۲۴ نفر کاردانی، ۱۹ نفر کارشناسی و ۸ نفر کارشناسی ارشد بودند. از لحاظ سابقه مصرف مواد، ۲۲ نفر بین ۱ تا ۴ سال، ۲۶ نفر بین ۵ تا ۸ سال، و ۱۲ نفر (انحراف معیار ۴/۴۷)، و گروه کنترل ۲۷/۰۱ سال بین ۹ تا ۱۲ سال سابقه اعتیاد داشتند. جدول ۳ میانگین نمرات خودکارآمدی ترک را در مراحل پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری در هر سه گروه ارائه می‌دهد.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی خودکارآمدی‌ترک در مراحل مختلف اندازه‌گیری به تفکیک گروه‌ها

متغیر	زمان	گروه					
		فراشناختی		چشم‌انداز زمان		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی‌ترک	پیش‌آزمون	۳۰/۱۵۰	۲/۳۲۳	۳۰/۲۵۰	۲/۸۰۷	۳۰/۵۰۰	۳/۰۶۹
	پس‌آزمون	۹۳/۱۵۰	۳/۹۷۷	۹۰/۳۵۰	۴/۵۲۲	۳۰/۲۰۰	۲/۶۴۷
	پی‌گیری	۹۷/۷۰۰	۵/۲۸۲	۹۳/۶۰۰	۴/۲۸۴	۳۰/۶۰۰	۲/۴۷۹

در جدول ۳، میانگین نمرات خودکارآمدی ترک در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای گروه‌های درمان فراشناختی، درمان چشم‌انداز زمانی و گروه کنترل گزارش شده است. نتایج نشان داد که میانگین نمرات خودکارآمدی ترک در دو گروه درمانی پس از مداخله افزایش یافته و در مرحله پیگیری نیز از ثبات نسبی برخوردار بوده است. برای بررسی معناداری تفاوت بین گروه‌ها، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل، مفروضه‌های آماری بررسی گردید: آزمون کولموگروف–اسمیرنوف نشان داد توزیع نمرات در تمامی مراحل نرمال است (P>۰/۰۵)، آزمون لون همگنی واریانس‌ها را تأیید کرد (P>۰/۰۵)، و آزمون امباکس نیز حاکی از برقرار بودن فرض تساوی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بود (P=۰/۰۸۱). همچنین، آزمون کرویت موچلی نشان داد فرض کرویت رد نشده است (P=۰/۰۸۳). بنابراین، با توجه به تأیید پیش‌فرض‌ها، اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر موجه بوده و نتایج این تحلیل در ادامه ارائه می‌شود.

جدول ٤. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مبنی بر مقایسه اثر اجرای متغیرهای مستقل بر خودکارآمدی‌ترک

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	مقدار P	اندازه اثر	توان آزمون
خودکارآمدی‌ترک	اثر زمان	۷۲۱۹۱/۰۷	۲	۳۶۰۹۵/۵۳	۴۲۸۸/۲۸	۰/۰۰۰	۰/۹۸	۱
	اثر گروه	۷۱۰۵۰/۵۳	۲	۳۵۵۲۵/۲۶	۱۵۷۱/۵۸	۰/۰۰۰	۰/۹۸	۱
	اثر زمان*گروه	۳۵۷۳۴/۶۸	۴	۸۹۳۳/۶۷	۱۰۶۱/۳۵	۰/۰۰۰	۰/۹۷	۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر درون‌آمودنی (زمان) بر متغیر خودکارآمدی ترک معنادار بوده است، به این معنا که تغییراتی معنادار در سطوح زمانی مختلف (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) مشاهده شده است. همچنین اثر تعاملی زمان × گروه نیز معنادار گزارش شده، که نشان می‌دهد میزان تغییرات خودکارآمدی ترک در طول زمان بین گروه‌ها متفاوت بوده است. معناداری این اثرات نشان‌دهنده آن است که مداخلات انجام‌شده در دو گروه آزمایشی، در مقایسه با گروه کنترل، تأثیرات متفاوتی بر روند تغییر نمرات خودکارآمدی ترک داشته‌اند. در ادامه، عملکرد هر یک از گروه‌ها در سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) به‌صورت

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

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.4.7.6]

جداگانه تحلیل و مقایسه می‌شود تا الگوی دقیق تغییرات مشخص گردد.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه سه گروه پژوهش در سه زمان

متغیر	زمان	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار P
خودکارآمدی‌ترک	پیش‌آزمون	درمان فراشناختی	درمان چشم‌انداز زمان	-۰/۱۰۰	۰/۸۶۳	۱
			کنترل	-۰/۲۵۰	۰/۸۶۳	۱
		درمان چشم‌انداز زمان	کنترل	-۰/۱۵۰	۰/۸۶۳	۱
	پس‌آزمون	درمان فراشناختی	درمان چشم‌انداز زمان	۲/۸۰۰	۱/۲۰۱	<۰/۰۰۱
			کنترل	۶۲/۹۵۰	۱/۲۰۱	<۰/۰۰۱
		درمان چشم‌انداز زمان	کنترل	۶۰/۱۵۰	۱/۲۰۱	<۰/۰۰۱
	پی‌گیری	درمان فراشناختی	درمان چشم‌انداز زمان	۴/۱۰۰	۱/۳۲۱	<۰/۰۰۱
			کنترل	۶۷/۱۰۰	۱/۳۲۱	<۰/۰۰۱
		درمان چشم‌انداز زمان	کنترل	۶۳/۰۰۰	۱/۳۲۱	<۰/۰۰۱

بر اساس نتایج جدول ۵، در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری در نمرات خودکارآمدی ترک بین گروه‌ها مشاهده نشد، که نشان‌دهنده همگنی اولیه گروه‌ها است. اما در مرحله پس‌آزمون، هر دو مداخله درمانی (فراشناختی و چشم‌انداز زمان) منجر به افزایش معنادار خودکارآمدی ترک در مقایسه با گروه کنترل شدند. با این حال، درمان فراشناختی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان چشم‌انداز زمان نشان داد. همچنین در مرحله پیگیری، اثرات مثبت هر دو مداخله حفظ شده و در مقایسه با گروه کنترل معنادار بودند. در این مرحله نیز، گروه درمان فراشناختی همچنان عملکرد بهتری در افزایش نمرات خودکارآمدی ترک نسبت به گروه درمان چشم‌انداز زمان داشت. این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخله فراشناختی نه‌تنها اثربخش‌تر، بلکه پایدارتر نیز بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان چشم‌انداز زمان بر خودکارآمدی ترک در افراد وابسته به مواد مخدر بود. یافته‌ها نشان داد که هر دو رویکرد توانستند به‌طور معناداری موجب افزایش خودکارآمدی ترک در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شوند. با این حال، درمان فراشناختی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان چشم‌انداز زمان از خود نشان داد و عملکرد مطلوب‌تری در بهبود و حفظ خودکارآمدی ترک در طول زمان داشت . درمان فراشناختی به‌عنوان یکی از مداخلات مورد بررسی در این پژوهش، نقش مؤثری در ارتقاء خودکارآمدی ترک افراد وابسته به مواد مخدر ایفا کرد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های باقری و همکاران (۲۰۲۴)، جویلامارل و همکاران (۲۰۲۳)، حسین‌خانی و همکاران (۲۰۲۲)، خسروشاهی و همکارانش (۲۰۱۹) و والنسیا-والجو و همکاران (۲۰۱۹) همخوان است. تا جایی که بررسی‌های انجام‌شده توسط پژوهشگران این مطالعه نشان می‌دهد، داده یا نتیجه‌ای متناقض با این یافته‌ها مشاهده نشده است. یکی از تبیین‌های احتمالی برای اثربخشی درمان فراشناختی بر افزایش خودکارآمدی ترک افراد وابسته به مواد مخدر، بر مبنای نظریه تنظیم فراشناختی است. مطابق این نظریه، باورهای فراشناختی منفی درباره افکار، احساسات و نگرانی‌ها، موجب تداوم الگوهای ناکارآمد پردازش شناختی نظیر نشخوار ذهنی، اجتناب شناختی و کنترل‌گری ذهنی می‌شوند (جویلامارل و همکاران، ۲۰۲۳). افراد وابسته به مواد غالباً به‌منظور کاهش هیجانات منفی یا احساس بی‌کفایتی، به مصرف مواد به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای رجوع می‌کنند؛ در این زمینه، باورهای فراشناختی ناسازگار نقش تسهیل‌کننده‌ای در تداوم مصرف ایفا می‌نمایند (سان و همکاران، ۲۰۲۳).

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

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.4.7.6]

درمان فراشناختی با تمرکز بر اصلاح این باورها، به فرد کمک می‌کند تا الگوهای ناکارآمد شناختی را شناسایی کرده و از چرخه‌های مزمن نگرانی و تلاش‌های ناموثر برای کنترل ذهن خارج شود. این فرآیند، احساس تسلط فرد بر افکار و هیجانات را افزایش می‌دهد و در نهایت منجر به ارتقاء ادراک خودکارآمدی در ترک مواد می‌گردد (والنسیا-والجو و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس نظریه بندورا خودکارآمدی نقش کلیدی در پایداری رفتارهای خودتنظیمی و مقاومت در برابر وسوسه‌ها ایفا می‌کند (بندورا، ۱۹۹۷). از این رو، افزایش خودکارآمدی ناشی از درمان فراشناختی می‌تواند منجر به حفظ و تداوم پرهیز از مصرف مواد شود. از سوی دیگر، تمرین‌هایی مانند ذهن‌آگاهی انفصالی و توقف نگرانی که در جلسات درمان فراشناختی ارائه می‌شوند، به کاهش واکنش‌پذیری شناختی و هیجانی کمک کرده و منجر به تقویت کنترل اجرایی می‌شوند. این مهارت‌ها، فرد را قادر می‌سازند تا به‌جای بازگشت به مصرف مواد، از راهبردهای مقابله‌ای سازگار بهره گیرد و احساس توانمندی بیشتری در مدیریت موقعیت‌های پرخطر تجربه کند؛ مسئله‌ای که به‌طور مستقیم با افزایش خودکارآمدی ترک مرتبط است. از سویی دیگر، درمان چشم‌انداز زمان موجب افزایش خودکارآمدی‌ترک در افراد وابسته به مواد مخدر شده است، که با یافته‌های اونگر (۲۰۲۰)، دات و وال (۲۰۱۹) علیزاده‌فرد و سرائی (۲۰۱۹) همخوان است. نتیجه پژوهش شفیع‌خانی و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد درمان چشم‌انداز زمان بر خودکارآمدی اثربخش بوده است. مطابق جستجوهای انجام‌شده توسط محققان، نتیجه‌ای ناهمخوان با این یافته نیز گزارش نشده است. یکی از تبیین‌های علمی برای اثربخشی درمان چشم‌انداز زمانی بر افزایش خودکارآمدی ترک در افراد وابسته به مواد مخدر، مبتنی بر چارچوب نظری مدل چشم‌انداز زمانی زیمباردو و بوید (۱۹۹۹) است. بر اساس این نظریه، افراد گرایش دارند تجارب گذشته، حال و آینده خود را از طریق پنج چشم‌انداز اصلی گذشته منفی، گذشته مثبت، حال لذت‌طلب، حال تقدیرگرایانه، و آینده‌نگر سازمان‌دهی کنند (ابراهیمی و همکاران، ۲۰۲۳). درمان چشم‌انداز زمانی با هدف تعدیل این الگوهای زمانی ناسازگار و تقویت جهت‌گیری آینده‌نگر در افراد، به آنان کمک می‌کند تا تصویری هدفمند، سازنده و قابل‌کنترل از آینده خود شکل دهند. این تغییر ادراکی، یکی از پیش‌نیازهای اصلی در ارتقای باور به توانمندی شخصی یا همان خودکارآمدی است (اونگر، ۲۰۲۰). طبق نظریه بندورا (۱۹۹۷)، خودکارآمدی زمانی افزایش می‌یابد که فرد بتواند آینده را قابل‌پیش‌بینی، معنادار و تحت کنترل خود درک کند. افراد وابسته به مواد مخدر اغلب چشم‌انداز زمانی کوتاه‌مدت و حال‌محور دارند که مانع برنامه‌ریزی مؤثر برای ترک و تداوم آن می‌شود. درمان چشم‌انداز زمان با ایجاد جهت‌گیری بلندمدت، اصلاح باورهای ناکارآمد درباره آینده، و کمک به بازسازی هویت آینده‌نگر، احساس توانمندی در مواجهه با چالش‌های ترک و پرهیز از مصرف را افزایش می‌دهد (شفیع‌خانی و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این، این درمان از طریق تقویت مؤلفه‌هایی چون هدف‌گذاری، معناجویی و توجه به پیامدهای بلندمدت، موجب ارتقاء انگیزش درونی برای ترک و افزایش ادراک فرد از کنترل درونی بر رفتارهای مصرف می‌گردد. این فرایندها همگی از عوامل مؤثر در افزایش خودکارآمدی در ترک اعتیاد محسوب می‌شوند. در نهایت، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراشناختی در مقایسه با درمان چشم‌انداز زمان، اثربخشی بیشتری بر افزایش خودکارآمدی ترک افراد وابسته به مواد مخدر داشته است. اگرچه مطالعات متعددی اثربخشی هر یک از این دو رویکرد درمانی را به‌صورت مستقل مورد تأیید قرار داده‌اند، اما تاکنون پژوهشی به مقایسه مستقیم این دو رویکرد نپرداخته است. در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان اینگونه بیان نمود که، درمان فراشناختی بر این فرض استوار است که مشکلات روان‌شناختی از جمله وابستگی به مواد، بیش از آن‌که ناشی از محتوای افکار باشند، به شیوه پردازش شناختی و باورهای فراشناختی ناسازگار درباره افکار مرتبط‌اند (بیلی و ولز، ۲۰۲۴). به‌ویژه، افراد وابسته به مواد مخدر معمولاً دارای الگوهای پردازشی

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

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.4.7.6]

ناکارآمدی مانند نشخوار ذهنی، نگرانی مزمن و توجه تهدیدمحور هستند که موجب حفظ چرخه وابستگی می‌شود. در این چارچوب، درمان فراشناختی با هدف اصلاح باورهای تنظیمی ذهن و کنترل سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد مانند اجتناب ذهنی یا استفاده از مواد برای رهایی از افکار مزاحم، به فرد کمک می‌کند تا کنترل بیشتری بر فرآیندهای فکری و هیجانی خود پیدا کند (جویلامارل و همکاران، ۲۰۲۳). این فرایند، موجب افزایش درک فرد از توانایی‌اش برای مدیریت هیجانات، افکار مزاحم و امیال مرتبط با مصرف مواد می‌شود که از مؤلفه‌های محوری خودکارآمدی ترک محسوب می‌شود (بندورا، ۱۹۹۷). علاوه بر این، آموزش تکنیک‌هایی نظیر تفکیک خود از افکار، توقف نگرانی و کنترل انعطاف‌پذیر توجه، نه‌تنها موجب کاهش ولع مصرف می‌شود بلکه باعث پایداری اثربخشی درمان در دوره پیگیری نیز خواهد شد. فرد با بهره‌گیری از این مهارت‌ها، قادر است بدون بازگشت به رفتارهای قبلی، موقعیت‌های پرخطر را مدیریت کند (جانسون و همکاران، ۲۰۲۴). این ویژگی باعث می‌شود درمان فراشناختی نه‌تنها در ارتقاء اولیه خودکارآمدی ترک، بلکه در حفظ بلندمدت آن نیز اثربخشی بیشتری نسبت به درمان چشم‌انداز زمانی داشته باشد. به طور خلاصه، درمان فراشناختی با هدف‌گیری مستقیم سبک‌های پردازش شناختی و باورهای فراشناختی، به ساختارهای روان‌شناختی عمیق‌تری نفوذ می‌کند و از این طریق اثربخشی پایدارتر و معنادارتری را در ارتقاء خودکارآمدی ترک فراهم می‌سازد. با وجود نتایج قابل توجه این پژوهش، محدودیت‌هایی وجود دارد که باید در تفسیر و تعمیم یافته‌ها مدنظر قرار گیرد. نخست آن‌که استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و عدم تصادفی‌سازی، تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌سازد. همچنین علی‌رغم بهره‌گیری از ابزارهای استاندارد در سنجش خودکارآمدی ترک، استفاده صرف از روش‌های کمی و نبود داده‌های کیفی، امکان درک عمیق‌تر از فرآیندهای شناختی و رفتاری آزمودنی‌ها را کاهش داده است. محدود بودن حجم نمونه، عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر نظیر وضعیت خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی از دیگر محدودیت‌های پژوهش به شمار می‌آید. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی با حجم نمونه بزرگ‌تر و از طریق روش‌های نمونه‌گیری تصادفی (ساده یا خوشه‌ای) طراحی و اجرا شوند. همچنین، بهره‌گیری از رویکردهای ترکیبی (کمی-کیفی) و کنترل متغیرهای مداخله‌گر می‌تواند به دقت و اعتبار نتایج بیفزاید. پیشنهاد دیگر، اجرای پژوهش‌هایی مشابه بر روی جمعیت زنان وابسته به مواد و یا مقایسه اثربخشی این دو رویکرد با سایر درمان‌ها نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی، و رفتاردرمانی دیالکتیکی است. همچنین بررسی اثربخشی درمان فراشناختی و درمان چشم‌انداز زمانی در سایر اختلالات مصرفی از جمله اعتیاد به الکل، کافئین، مواد توهم‌زا، شبه‌افیونی، محرک‌ها، توتون و داروهای آرام‌بخش نیز توصیه می‌شود. در نهایت، رعایت اصول اخلاق پژوهش از جمله اخذ رضایت آگاهانه، حفظ محرمانگی اطلاعات، احترام به حقوق آزمودنی‌ها و فراهم‌سازی شرایط مشارکت برابر، الزامی است. همچنین باید از وارد آوردن هرگونه فشار روانی یا مالی به شرکت‌کنندگان جلوگیری شده و حق خروج از پژوهش در هر مرحله برای آنان محفوظ بماند.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش، تمامی اصول اخلاقی رعایت شد. پیش از مداخله، رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان اخذ و اطلاعات لازم درباره اهداف و مراحل اجرا به‌صورت مکتوب ارائه شد. مشارکت در پژوهش داوطلبانه بود و به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه و صرفاً برای اهداف علمی استفاده خواهد شد.

سپاسگزاری و حمایت مالی

پژوهش حاضر بخشی از رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی نویسنده اول است که با تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، با کد اخلاق IR.IAU.ILAM.REC.1403.095، به انجام رسیده است. این مطالعه از حمایت مالی هیچ سازمان یا نهادی برخوردار نبوده و کلیه هزینه‌ها توسط نویسندگان مقاله

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

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.4.7.6]

تأمین شده است. نویسندگان مقاله مراتب سپاس و قدردانی صمیمانه خود را از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و افرادی که در اجرای آن همکاری و یاری‌رسانی کردند، ابراز می‌دارند.

تعارض منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

References

Abbasi, M., Alizadehfard, S., & Ghaffari khalig, H. (2023). Comparison of Empathy and Emotion Recognition between Healthy and Substance-Dependent Individuals under Treatment after Two Months, Six Months, and One Year. *Etiadpajohi*, 17(68), 113-138. [persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-2869-fa.html

Ahmadi Roghabadi, A., Bagherzadeh Golmakani, Z., Akbarzade, M., Mansouri, A., & Khodabakhsh, M. (2022). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Metacognitive Therapy on Adaptive and Maladaptive Strategies of Cognitive Emotion Regulation in Patients with Substance Use Disorder undergoing Methadone Maintenance Treatment. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 12(1), 60-78. [persian] http://doi:%2010.22067/tpccp.2022.70654.1118

Akbari, M., Aryanpour, H., & Rezapoue Mirsaleh, Y. (2022). The Effectiveness of Group Reality Therapy Based on Choice Theory on Responsibility, Locus of Control, and Dose Reduction of Agonist Drugs in Substance-Dependent Individuals under Maintenance Treatment. *Etiadpajohi*, 16(65), 227-254. [persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-2713-fa.html

Alizadeh, E., mami, Sh., & Mohamadin, F. (2024). Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy and emotion regulation based on the Gross model on impulsivity and desire in substance abuse men treated with methadone in Ilam city. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 11(5), 35-40. [persian] http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2014-fa.html

Alizadehfard, S., & Saraei, M. A. (2019). The Effectiveness of Time Perspective Change Training on Anxiety and Self-Efficacy in Children Labors. Contemporary Psychology. *Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*, 14(1), 61-68. [persian] http://dx.doi.org/10.29252/bjcp.14.1.61

Asadollahi, P., Hosein Salarifar, M., & Shoshtari, L. T. (2021). The Effectiveness of Training Metacognitive Beliefs and State on Working Memory of Elementary School Students. *Journal of Cognitive Psychology*, 9(3). [persian] http://jcp.khu.ac.ir/article-1-3434-en.html

Bagheri, E., Goodarzi, K., Roozbahani, M., & Kakabraee, K. (2024). A comparison of the efficacy of metacognitive therapy, solution-focused therapy and endurance exercises on self-efficacy beliefs of female students with social phobia disorder. *Journal of Psychological Science*, 23(137), 1129-1149. [persian] http://jcp.khu.ac.ir/article-1-3819-en.html

Bahram Abadian, F., Mojtabaie, M., & Sabet, M. (2021). Comparison of the efficacy of acceptance and commitment-based therapy and schema therapy on self-efficacy and craving for change in addicts. *Journal of Psychological Science*, 20(106), 1849-1863. [persian] http://psychologicalscience.ir/article-1-1310-fa.html

Bailey, R., & Wells, A. (2024). Feasibility and preliminary efficacy of metacognitive therapy for health anxiety: A pilot RCT. *Journal of Affective Disorders Reports*, 16(1), 100-751. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100751

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. In Cognition and psychotherapy (pp. 81-99).

Bramson, J. H. (1999). The impact of peer mentoring on drug avoidance self-efficacy and substance use. University of Northern Colorado.

Cao, H., Yang, L., He, Y. Y., Su, H. T., Zhang, J. X., & Zhang, Y. (2019). The influence of time perspectives on addictive behavior

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

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.4.7.6]

and its mechanism. *Advances in Psychological Science*, 27(4), 666-678. https://doi.org/10.3724/SP.J.1042.2019.00666

Ceceli, A. O., Bradberry, C. W., & Goldstein, R. Z. (2022). The neurobiology of drug addiction: cross-species insights into the dysfunction and recovery of the prefrontal cortex. *Neuropsychopharmacology*, 47(1), 276-291. https://doi.org/10.1038/s41386-021-01153-9

Cohen, M. L. (2000). Changing patterns of infectious disease. *Nature*, 40(6),762-767. https://www.nature.com/articles/35021206

Dhankar, A., Kaur, N., Majumdar, O., & Gorver, S. (2021). Role of Self-Efficacy in dealing with drug use. *The International Journal of Indian Psychology*, 9(1), 1493-1505. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.032

Dutt, A. J., & Wahl, H. W. (2019). Future time perspective and general self-efficacy mediate the association between awareness of age-related losses and depressive symptoms. *European Journal of Ageing*, 16(1), 227-236. https://doi.org/10.1007/s10433-018-0482-3

Ebrahimi F, Kiamarsi A, Taklavi S. (2023). The effectiveness of time perspective therapy on physical self-concept and psychological helplessness in postmenopausal women. *Rooyesh*, 12(5), 109-118. [persian] http://frooyesh.ir/article-1-4564-fa.html

Erci, B. (2021). Effectiveness of gender and drug avoidance self-efficacy on beliefs and attitudes substance use in adolescence. *Journal of Substance Use*, 1(1), 1-6. https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1953166

Filiz, N., & Polat, S. (2023). The correlation between the addiction profile and general self-efficacy of patients receiving treatment for substance use disorder. *Journal of substance use*, 28(3), 360-366. https://doi.org/10.1080/14659891.2022.2047808

Ghorbani, M., Najafi, M., Nejati, V., & Mohammadyfar, M. A. (2024). The effectiveness of cognitive empowerment of mental states on the ability to read minds (theory of mind) of substance dependent people. *Journal of Cognitive Psychology*, 11(4), 17-30. [persian] http://jcp.khu.ac.ir/article-1-3746-en.html

Habibi, R., Karshky, H., Dashtgard, A., Heidary, A., & Talaei, A. (2012). *Validity the Reliability of the Bramson's Quit Addiction Self-Efficacy Questionnaire. Hakim*, 15(1), 53-59. [persian] http://hakim.tums.ac.ir/article-1-973-fa.html

Hoseinkhani, K., Ghasemi, M., & Hejazi, M. (2022). The effectiveness of educational package based on cognitive components of critical thinking, problem-solving, and metacognition on students' self-efficacy and academic vitality. *Advances in Cognitive Science*, 23(4), 48-60. [persian] http://icssjournal.ir/article-1-1331-en.html

Hovhannisyan, K., Rasmussen, M., Adami, J., Wikström, M., & Tønnesen, H. (2020). Evaluation of Very Integrated Program: Health Promotion for Patients with Alcohol and Drug Addiction Randomized Trial. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 44(7), 1456-1467. https://doi.org/10.1111/acer.14364

Hussin, H., Huzili, AI., Ismail, A., Ahmad, Y., Hamzah, MR., Afifi, H., & Manaf, AR. (2023). The effects of cognitive behavioural therapy group intervention on locus of control among drug abusers. *Conference Proceedings*, 25(1), 1-10. https://doi.org/10.1063/5.0117499

Ismaeil Farahani, T., Meschi, F., & Liyaghat, R. (2024). Effectiveness of schema therapy on brain-behavioral systems, emotional dysregulation and abstinence self-efficacy among women. IJNR, 19(5), 96-111. [Persian] http://ijnr.ir/article-1-2946-fa.html

Jafari, E., Haghighat, F., & Pourmohseni, F. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Psychotherapy on Treatment Motivation and Quit Self-efficacy in Addicts. *Clinical Psychology Studies*, 12(43), 1-23. [persian] http://doi.org/10.22054/jcps.2021.55359.2439

Johnson, S. U., Hagen, R., Dammen, T., & Papageorgiou, C. (2024). Videoconference-delivered metacognitive therapy for anxiety and depression in post-COVID-19 syndrome: A baseline-controlled single-arm pilot trial. *General hospital psychiatry*, 88(1), 77-78.

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

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.4.7.6]

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38365510/

Joie-La Marle, C., Parmentier, F., Weiss, P. L., Storme, M., Lubart, T., & Borteyrou, X. (2023). Effects of a new soft skills metacognition training program on self-efficacy and adaptive performance. *Behavioral Sciences*, 13(3), 202-210. https://doi.org/10.3390/bs13030202

Keihani Far, Y. & Sharei, A. (2023). Investigating the effectiveness of metacognitive interpersonal therapy on the cognitive regulation of emotion and emotional inhibition in adolescents with high-risk behaviors. *Journal of Cognitive Psychology*, 11(4), 1-12. [persian] http://jcp.khu.ac.ir/article-1-3767-en.html

Kharazi Nutash, H., Khademi, A., Babapour kheyradin, J., & Alivandi Vafa, M. (2019). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Pain Self-efficacy and Fear of Migraine Progression among Female Nurses in Tabriz in 2019. *Community Health Journal*, 13(2), 23-32. [persian] https://doi.org/10.22123/chj.2019.168055.1222

Khosroshahi, H., Mirzaian, B., & Hassanzadeh, R. (2019). Metacognitive Therapy on Mental Health, Selfefficacy and Illness Perception in Coronary Heart Disease. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 9(1), 62-73. [persian] http://jdisabilstud.org/article-1-1075-en.html

Lin, C. (2023). The influence of parenting on gratitude during emerging adulthood: the mediating effect of time perspective. *Current Psychology*, 42(1), 174-184. https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s12144-020-01312-z

Ma, Z., Liu, Y., Wan, C., li, X., & Zhang, Y. (2022). Health-related quality of life and influencing factors in drug addicts based on the scale QLICD- DA: A cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 20(1), 101-109. .https://doi.org/10.1186/s12955-022-02012-x

Moeini, P., Malihi Alzakerini, S., Asadi, J., & Khajvand Khosheli, A. (2021). The Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Education and Treatment and Cognitive-Behavioral Stress Management on Feeling of Cohesion and Depression in the Spouses of Substance-Dependent Men. *Etiadpajohi*, 15(59), 173-204. [persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-2485-fa.html

Pourkord, M., & Rezaei, F. (2022). Comparing the Effectiveness of Adlerian Lifestyle-Based Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, and Compassion Therapy on Substance Abstinence Self-Efficacy and Quality of Life in Opioid-Dependent Individuals. *Scientific Quarterly Research on Addiction*, 16(64), 145-176. [persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-2631-fa.html

Reed, M. K., Salcedo, V. J., Guth, A., & Rising, K. L. (2022). If I had them, I would use them every time": perspectives on fentanyl test strip use from people who use drugs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 140(1), 108-790. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108790

Sasani, B., Moazami Goudarzi, S., & Ebrahimi moghadam, H. (2020). The Effect of Transcranial Electrical Simulation on the Temptation of Drug Abuse in Adult Males with Substance Abuse Disorder in Safadasht. *Journal of Cognitive Psychology*, 8(2), 58-69. [persian] http://jcp.khu.ac.ir/article-1-3316-en.html

Shafikhani, M., Bagherian, F., & Shokri, O. (2018). The mediating role of time perspective in the relationship between general self-efficacy and the tendency toward substance abuse in female adolescents. *International Journal of Psychology*, 12(1), 208-231. http://dx.doi.org/10.24200/ijpb.2018.58149

Smit, K., De Brabander, J., Boekaerts, M., & Martens, R. L. (2017). The selfregulation of motivation: Motivational strategies as mediator between motivational beliefs and engagement for learning. International Journal of Educational Research, 82(1), 124-134. https://doi.org/10.1016/j.ijer.2017.01.006Soleimani, E., & Amirimanesh, M. (2024). The Effectiveness of Time Perspective Therapy on Anxiety Symptoms and Co-Rumination in Adolescent Girls with Body Dissatisfaction. *Psychological Achievements*, 31(1), 1-10. [persian] https://doi.org/2010.22055/psy.2024.46727.3251

Sun, S., Cao, X., Li, X., Nyeong, Y., Zhang, X., & Wang, Z. (2023). Avoiding threats, but not

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

[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.4.7.6]

acquiring benefits, explains the effect of future time perspective on promoting health behavior. *Heliyon*, 9(9), 1-18. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19842

Taherifard, M., Basharpoor, S., Hajloo, N., & Narimani, M. (2021). The Role of Withdrawal Self-efficacy, Craving and Attention Bias in Predicting of Relapse in Individuals with Methamphetamine Abuse. *J Police Med*, 10(4), 1-10. [persian] http://jpmed.ir/article-1-973-en.html

Unger, A., Papastamatelou, J., Vowinckel, J., Klamut, O., & Heger, A. (2022). Time is the fire in which we burn (out): how time perspectives affect burnout tendencies in health care professionals via perceived stress and self-efficacy. *Psychological Studies*, 67(2), 150-163. https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s12646-022-00640-3

Valencia-Vallejo, N., López-Vargas, O., & Sanabria-Rodríguez, L. (2019). Effect of a Metacognitive Scaffolding on Self-Efficacy, Metacognition, and Achievement in E-Learning Environments. *Knowledge Management & E-Learning*, 11(1), 1-19. https://doi.org/10.34105/j.kmel.2019.11.001

Wells, A. (2011). Metacognitive therapy for anxiety and depression. Guilford press.

Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour research and therapy*, 34(11), 881-888. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8990539/

Wells, A., Reeves, D., Heal, C., Fisher, P., Doherty, P., Davies, L., & Capobianco, L. (2023). Metacognitive therapy home-based self-help for anxiety and depression in cardiovascular disease patients in the UK: A single-blind randomised controlled trial. *PLoS medicine*, 20(1), 10041-61. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004161

Zimbardo, P., Sword, R., & Sword, R. (2012). The time cure: Overcoming PTSD with the new psychology of time perspective therapy. San Francisco: Wiley.

Zimbardo, P.G., & Boyd, J.N. (1999). Putting Time in Perspective: A Valid, Relibe Individual Defferences Metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271 - 1288. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.77.6.1271

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1403.12.4.7.6]