

## نقش خودکنترلی شناختی و دلسوزی به خود در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد

سجاد بشریور<sup>۱\*</sup>، اکبر عطادخت<sup>۱</sup>، دیبا خسروی‌نیا<sup>۲</sup>، محمد نریمانی<sup>۳</sup>

۱. استادیار روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۲. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۳. استاد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

\* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۴۵۱ ۵۵۱۶۶۸۶. ایمیل: basharpoor\_sajjad@yahoo.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** انگیزش درمان با تأثیر بر جستجو، تکمیل و پذیرش درمان و ایجاد تغییرات بلند مدت در رفتار عنصری کلیدی در درمان و بهبودی از اختلالات سوء مصرف مواد می‌باشد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش خودکنترلی شناختی و دلسوزی به خود در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد انجام گرفت.

**روش کار:** طرح این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. کلیه افراد دارای وابستگی به مواد که در نیمه اول سال ۱۳۹۲ به مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز مراجعه کرده و تحت درمان بودند، جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند. تعداد ۱۵۰ نفر از این افراد به شیوه نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شده و بعد از مصاحبه بالینی به پرسشنامه‌های خودکنترلی شناختی، دلسوزی به خود و انگیزش درمان پاسخ دادند. داده‌های به‌دست آمده نیز با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با استفاده از نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که انگیزش درمان با خودکنترلی شناختی ارتباط منفی و با مؤلفه‌های مهربانی به خود، خوددآوری، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن‌آگاهی و همدردی بیش از حد ارتباط مثبت داشت.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد که خودکنترلی شناختی و دلسوزی به خود در پیش‌بینی انگیزش درمان و آمادگی برای تغییر در افراد وابسته به مواد نقش دارند.

**واژه‌های کلیدی:** خودکنترلی شناختی، دلسوزی به خود، انگیزش درمان، وابستگی به مواد

پذیرش: ۹۲/۱۱/۲۸

دریافت: ۹۲/۸/۱۸

### مقدمه

وابستگی به مواد یک اختلال مزمن، عودکننده و پیچیده است که طی آن، مصرف مواد با وجود پیامدهای منفی فاجعه‌آمیز ادامه می‌یابد (۱). وابستگی به مواد از مشکلات عمده در سطح جهانی می‌باشد، زیرا از یک سو سلامت جامعه را مورد تهدید قرار داده و از سوی دیگر با بسیاری از جرائم و جنایت‌ها و بیماری‌ها ارتباط داشته (۲) و پیامدهای روانی رفتاری و اجتماعی زیادی به‌دنبال دارد (۳). بر اساس برآوردهای موجود فقط در ایالات متحده، ۲۲/۶

میلیون نفر وابسته به مواد محرک هستند (۴). تعداد مصرف‌کنندگان مواد در سطح جهان به ۱۹۰ میلیون نفر می‌رسد و در ایران نیز آمار رسمی معتادان کشور را دو میلیون نفر اعلام کرده‌اند که میانگین سنی این افراد ۱۸ سال می‌باشد (۵). بررسی آمارهای اخیر و مقایسه آن با آمارهای گذشته نشان می‌دهد در طی ۴۰ سال گذشته روند کلی اعتیاد رو به افزایش بوده است (۶). با توجه به آمارهای موجود، برنامه‌های پیشگیری و بازتوانی زیادی هم برای اعتیاد طراحی و اجرا شده ولی متأسفانه آمار اعتیاد خصوصاً

در افرادی که سابقه ترک دارند، همچنان بالاست (۷)، با توجه به میزان بالای عود، به نظر می‌رسد که عوامل تأثیرگذار بر انگیزه ترک و ادامه پرهیز به‌طور دقیق شناسایی نشده و روش‌های درمانی و برنامه‌های کنترل از اثربخشی خیلی بالایی برخوردار نیستند (۸). بر اساس آمارهای موجود، افراد معتاد بیش از ۲ الی ۳ بار به مراکز بازپروری مراجعه می‌کنند، این امر نشان می‌دهد که میزان عود اعتیاد به‌طور چشمگیری بالاست (۹). بررسی‌ها نشان می‌دهند ۲۰ تا ۹۰ درصد معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند دچار عود می‌شوند (۱۰). در اغلب موارد، آنها در باره ترک اعتیاد خود تردید دارند، این تردید و احساس دودلی باعث می‌شود آنها به سرعت در صدد درمان نباشند یا حتی هرگز به درمان خود نیندیشند (۱۱). انگیزش تغییر و درمان که به‌عنوان مسئولیت‌پذیری و وظیفه‌شناسی درمان‌جو توصیف شده، یک پیش‌نیاز عمده برای درمان به حساب می‌آید که بدون آن درمانگر نمی‌تواند در درمان موفق باشد (۱۲). اصغری و همکاران نشان دادند که انگیزه ترک در عود اعتیاد نقش دارد (۱۳). ویلیام<sup>۱</sup> و همکاران نیز نشان دادند که سطح انگیزه هر فرد یک عامل پیش‌بین بسیار قوی در افزایش مشارکت در درمان و نتایج مثبت درمان، کاهش در مصرف مواد، نرخ پرهیز بالاتر، تنظیم اجتماعی بهتر و ارجاع موفق در درمان است (۱۴).

مطالعات نشان می‌دهند که ویژگی‌های شخصیتی می‌توانند تفاوت‌های افراد معتاد از نظر پیش‌آیندها و پیامدهای درمانی را توجیه کنند (۱۵). کلونینگر<sup>۲</sup> نشان داد که عوامل شخصیتی می‌توانند سوء مصرف‌کنندگان مواد را بر اساس نیمرخ بالینی<sup>۳</sup> (ویژگی‌های شخصیتی شاخص که متمایزکننده فرد از

دیگری می‌باشند) متمایز سازد (۱۶). مورگنسترن<sup>۴</sup> و همکاران نیز نشان دادند که صفات شخصیتی می‌توانند چگونگی پاسخ‌دهی افراد وابسته به مواد را نسبت به درمان پیش‌بینی کنند (۱۷). یکی از ویژگی‌های شخصیتی که با رفتارهای اعتیادی ارتباط داشته و به‌عنوان یک عامل شخصیتی حفاظتی در برابر گرایش به مصرف مواد عمل نماید، دلسوزی به خود<sup>۵</sup> است. دلسوزی به خود یک شکل سالم خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی‌مان می‌باشد. گیلبرت<sup>۶</sup> پیشنهاد کرد که دلسوزی به خود به‌دلیل اینکه به افراد کمک می‌کند تا احساس امنیت، پیوستگی و آرامش هیجانی داشته باشند، می‌تواند به‌زیستی فرد را ارتقا دهد (۱۸). همچنین مطالعه نف نشان داد که دلسوزی به خود یک عامل پیش‌بینی‌کننده قدرتمند سلامت روانی می‌باشد. برای مثال دلسوزی به خود با خودانتقادی، افسردگی، اضطراب، نشخوارگری<sup>۷</sup>، سرکوب افکار و کمال‌گرایی نوروپیک رابطه منفی داشته است (۱۹). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که دلسوزی به خود، با حس انسانیت مشترک و ذهن‌آگاهی (یک نوع آگاهی پیش‌ادراکی که اجازه پذیرش و تصدیق دردناک‌ترین هیجان‌ها را می‌دهد بدون اینکه اسیر آنها بشویم) به‌طور منفی و با خودداوری، انزوا و همدردی بیش از حد به‌طور مثبت مرتبط می‌باشند (۲۰). شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که تفاوت‌های فردی در خودکنترلی شناختی<sup>۸</sup> نیز می‌تواند در پیامدهای درمانی اختلالات مرتبط با مواد نقش داشته باشد. خودکنترلی عبارت است از تعارض درون فردی بین منطق و هوس، شناخت و انگیزه و برنامه‌ریزی و اقدام درونی که نتیجه آن غلبه قسمت اول هر کدام از این زوج‌ها بر قسمت

<sup>4</sup> Morgenstern

<sup>5</sup> Self Compassion

<sup>6</sup> Gilbert

<sup>7</sup> Rumination

<sup>8</sup> Cognitive Self-Control

<sup>1</sup> William

<sup>2</sup> Cloninger

<sup>3</sup> The Clinical Profile

دوم است (۲۱). تقویت سیستم اعتقادی خودکنترلی باعث افزایش آمادگی فرد برای اجتناب از وسوسه سیگارکشیدن می‌شود، در نتیجه موفقیت در کاهش مصرف سیگار، با اعتقاد به توانایی خودکنترلی تقویت می‌گردد (۲۲). از این رو افراد با خودکنترلی پایین، در معرض روی آوردن به مصرف مواد و مشکلات ناشی از آن می‌باشند (۲۳). در این رابطه، مطالعه‌ای نشان داد که بین استعمال سیگار، مصرف الکل، ماری‌جوانا و دیگر مواد مخدر با خودکنترلی پایین رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد (۲۴). کوچارد<sup>۱</sup> و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که خودشناسی، خودکنترلی، نگرانی در مورد سلامتی، روابط بین فردی، پذیرش اجتماعی به احتمال زیاد در پرهیز افراد بعد از ترک مواد دخیل می‌باشند (۲۵). لذا با توجه به اینکه مسئله وابستگی به مواد به صورت یک مشکل جهانی درآمده است (۲۶) و عوارض بسیار جدی اعتیاد بر سلامت فرد، زندگی خانواده، اقتصاد، امنیت و رشد فرهنگی جامعه بسیار گسترده و عمیق است (۲۷)، از طرفی میزان انگیزه اکثر معتادان به ترک پایین بوده و این امر از دلایل اصلی عود اعتیاد به حساب می‌آید (۲۸). از طرفی شناسایی عوامل مؤثر بر میزان انگیزش درمان افراد معتاد می‌تواند گام مهمی در جهت ارتقای دانش نظری و طراحی روش‌های مداخله مبتنی بر انگیزش در حوزه درمان اعتیاد به حساب آید. لذا با توجه به این موضوع، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش خودکنترلی شناختی و دلسوزی به خود در پیش‌بینی انگیزش درمان سوء مصرف مواد انجام گرفت.

### روش کار

روش مطالعه حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه افراد وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مراکز سرپایی ترک اعتیاد شهر

شیراز در نیمه اول سال ۱۳۹۲ تشکیل دادند. با توجه به اینکه در مطالعاتی که حجم جامعه آماری نامشخص و وسیع می‌باشد، برای انتخاب حجم نمونه به روش پژوهش استناد می‌شود، معمولاً در تحقیقات همبستگی حداقل ۱۰۰ نمونه باید انتخاب شود. و نیز برای انتخاب نمونه تعداد متغیر پیش‌بین هم مؤثر است، یعنی به ازای هر متغیر پیش‌بین باید ۳۰ نمونه انتخاب شود. در این مطالعه دو متغیر پیش‌بین وجود داشته که تعداد ۶۰ نمونه کفایت می‌کرد، ولی با توجه به اینکه هر چه حجم نمونه بالاتر باشد، اعتبار نتایج بیشتر می‌شود، در این پژوهش تعداد ۱۵۰ نفر نمونه در نظر گرفته شد. جهت ورود آزمودنی‌ها به مطالعه، با مراجعه به سازمان بهداشتی و دانشگاه علوم پزشکی شهر شیراز و تهیه لیست تمامی مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز، به صورت تصادفی ۵ مرکز انتخاب و پس از مراجعه به مراکز مربوطه از هر مرکز به تصادف تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و از آنها درخواست شد به صورت انفرادی و با حضور پژوهشگر در محل مرکز به پرسشنامه‌های خودکنترلی شناختی، دلسوزی به خود و انگیزش درمان پاسخ دهند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات نیز عبارت بودند از:

مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان این مقیاس یک ابزار تجربی است که توسط میلر<sup>۲</sup> و همکاران برای ارزیابی آمادگی برای تغییر در سوء مصرف‌کنندگان مواد طراحی شده است. این ابزار ۱۹ سوال دارد و انگیزش درمان را در یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) در سه خرده مقیاس بازشناسی<sup>۳</sup> (شناخت اینکه در فرد رفتار مشکل‌زایی وجود دارد)، احساس دوگانه<sup>۴</sup> (مرحله انگیزش درمان بعد از بازشناسی مشکل که هنوز فرد در ترک‌کردن یا نکردن آن رفتار مردد

<sup>2</sup> Miller

<sup>3</sup> Recognition

<sup>4</sup> Ambivalence

<sup>1</sup> Chauchard

مقیاس مهربانی به خود (۵ گزینه)، خوددآوری (۵ گزینه)، انسانیت مشترک (۴ گزینه)، انزوا (۴ گزینه)، ذهن آگاهی (۴ گزینه) و همدردی بیش از حد (۴ گزینه) را در بر می‌گیرد. آزمودنی‌ها به سوالات این مقیاس در مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از تقریباً هرگز (صفر) تا تقریباً همیشه (۴) پاسخ می‌دهند. میانگین نمرات این ۶ مقیاس نیز (با احتساب نمرات معکوس) نمره کلی دلسوزی به خود را به دست می‌دهد (۲۰). پژوهش‌های مربوط به اعتباریابی مقدماتی این پرسشنامه نشان داده‌اند همه این ۶ مقیاس همبستگی درونی بالایی دارند و تحلیل‌های عاملی تأییدی نیز نشان داده‌اند که یک عامل مجزای دلسوزی به خود این همبستگی درونی را تبیین می‌نماید. ثبات درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در تحقیقات گذشته ۰/۹۲ و آزمون مجدد آن نیز ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۰). ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بر روی یک نمونه ایرانی نیز در دامنه ۰/۶۱ برای همدردی بیش از حد تا ۰/۸۹ برای ذهن آگاهی گزارش شده است (۴۲).

داده‌های به دست آمده نیز با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با کاربرد نرم افزار SPSS-16 تحلیل شد. در تمام مراحل جمع‌آوری داده‌ها، آزمودنی‌ها از حق انتخاب آزادانه برای شرکت در پژوهش و خروج از آن برخوردار بودند. جمع‌آوری داده‌ها نیز بعد از اخذ رضایت کتبی از آنها شروع شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی‌شان محرمانه خواهد ماند.

#### یافته‌ها

چون تعداد زنان وابسته به مواد در مراکز ترک اعتیاد خیلی کمتر بود، تمام اعضای نمونه به صورت تصادفی از بین مردان انتخاب شدند. بنابراین تعداد ۱۵۰ آزمودنی مرد با میانگین سنی ۲۸/۹۲ و انحراف معیار ۸/۰۱ در این پژوهش شرکت داشتند و تعداد ۱۲۲ نفر

است) و گام‌برداری<sup>۱</sup> (مرحله سوم انگیزش درمان که در آن فرد اقدام عملی برای ترک رفتار مشکل‌زای خود انجام می‌دهد) را اندازه می‌گیرد. نمرات آزمودنی‌ها در سه مؤلفه بازشناسی (۰/۹۶/۲=)، گام‌برداری (۰/۹۴/۲=) و احساس دوگانه (۰/۸۸/۲=) در این آزمون همبستگی بالایی با نمرات نسخه ۳۹ سوالی این مقیاس نشان داده است (۴۰). ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس بازشناسی در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۵، احساس دوگانه در دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۸۸ و گام‌برداری در دامنه ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ به دست آمده است (۴۰). این ضریب در نمونه مطالعه حاضر نیز به ترتیب ۰/۷۶ برای بازشناسی، ۰/۷۱ برای احساس دوگانه و ۰/۸۵ برای گام‌برداری به دست آمد.

#### مقیاس خودکنترلی شناختی

مقیاس خود کنترلی شناختی یک ابزار ۲۳ سوالی است که توسط گراسمیک<sup>۲</sup> و همکاران برای ارزیابی میزان کنترل شناختی افراد نسبت به خود ساخته شده است. آزمودنی‌ها به سوالات این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای، از به شدت مخالفم (۱) تا به شدت موافقم (۵) پاسخ می‌دهند که نمره پایین نشان‌دهنده خودکنترلی شناختی بالاست و بالعکس. مطابق با پژوهش‌های قبلی، تحلیل عاملی سوال‌های این مقیاس تنها یک عامل را منعکس می‌کند. نمرات آزمودنی‌ها در این مقیاس همبستگی معنی‌داری با سایر سنج‌های شناختی خودکنترلی نشان داده و ضریب پایایی این آزمون نیز ۰/۸۱ گزارش شده است (۴۱). ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در مطالعه حاضر نیز ۰/۸۶ بدست آمد.

#### مقیاس دلسوزی به خود

این ابزار یک مقیاس خود گزارشی ۲۶ سوالی است که توسط نف<sup>۳</sup> ساخته شد. این مقیاس ۶ خرده

<sup>1</sup> Footstep

<sup>2</sup> Grasmick

<sup>3</sup> Neff

درمان از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که  
خودکنترلی شناختی و دلسوزی به خود با انگیزش

جدول ۱. ضرایب همبستگی نمرات آزمودنیها در مؤلفه‌های انگیزش به درمان، دلسوزی به خود و خودکنترلی شناختی

متغیر ملاک	مؤلفه‌ها	مهربانی به خود	خودداوری	حس انسانیت مشترک	انزوا	ذهن آگاهی	همدردی بیش از حد	خودکنترلی شناختی
بازشناسی		۰/۳۴**	۰/۳۸**	۰/۳۱**	۰/۲۹**	۰/۴۱**	۰/۳۴**	-۰/۴۱**
انگیزش درمان	احساس دوگانه	۰/۳۴**	۰/۳۲**	۰/۲۸**	۰/۲۷**	۰/۳۸**	۰/۳۳**	-۰/۴۲**
گام برداری		۰/۳۲**	۰/۲۴**	۰/۳۴**	۰/۳۱**	۰/۳۶**	۰/۳۰**	-۰/۳۳**

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بازشناسی (مؤلفه اول انگیزش درمان) با خودکنترلی شناختی ( $r = -0.41$ ;  $p < 0.001$ ) رابطه معنادار و معکوس، ولی با مهربانی به خود ( $r = 0.34$ ;  $p < 0.001$ )، خود داوری ( $r = 0.38$ ;  $p < 0.001$ )، حس انسانیت مشترک ( $r = 0.307$ ;  $p < 0.001$ )، انزوا ( $r = 0.29$ ;  $p < 0.001$ )، ذهن آگاهی ( $r = 0.41$ ;  $p < 0.001$ ) و همدردی بیش از حد ( $r = 0.34$ ;  $p < 0.001$ ) رابطه معنادار و مستقیم داشت. احساس دوگانه (مؤلفه دوم انگیزش درمان) با خودکنترلی شناختی پایین ( $r = -0.42$ ;  $p < 0.001$ ) رابطه معنادار و معکوس، ولی با مهربانی به خود ( $r = 0.32$ ;  $p < 0.001$ )، خودداوری ( $r = 0.32$ ;  $p < 0.001$ )، حس انسانیت مشترک ( $r = 0.34$ ;  $p < 0.001$ )، انزوا ( $r = 0.31$ ;  $p < 0.001$ )، ذهن آگاهی ( $r = 0.36$ ;  $p < 0.001$ ) و همدردی بیش از حد ( $r = 0.30$ ;  $p < 0.001$ ) رابطه معنادار و مستقیم داشت. برای تعیین نقش هر یک از متغیرهای مستقل در پیش‌بینی انگیزش درمان از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بازشناسی (مؤلفه اول انگیزش درمان) با خودکنترلی شناختی ( $r = -0.41$ ;  $p < 0.001$ ) رابطه معنادار و معکوس، ولی با مهربانی به خود ( $r = 0.34$ ;  $p < 0.001$ )، خود داوری ( $r = 0.38$ ;  $p < 0.001$ )، حس انسانیت مشترک ( $r = 0.307$ ;  $p < 0.001$ )، انزوا ( $r = 0.29$ ;  $p < 0.001$ )، ذهن آگاهی ( $r = 0.41$ ;  $p < 0.001$ ) و همدردی بیش از حد ( $r = 0.34$ ;  $p < 0.001$ ) رابطه معنادار و مستقیم داشت. احساس دوگانه (مؤلفه دوم انگیزش درمان) با خودکنترلی شناختی پایین ( $r = -0.42$ ;  $p < 0.001$ ) رابطه معنادار و معکوس، ولی با مهربانی به خود ( $r = 0.32$ ;  $p < 0.001$ )، خودداوری ( $r = 0.32$ ;  $p < 0.001$ )، حس انسانیت مشترک ( $r = 0.28$ ;  $p < 0.001$ )، انزوا ( $r = 0.27$ ;  $p < 0.001$ )، ذهن آگاهی ( $r = 0.36$ ;  $p < 0.001$ ) و همدردی بیش از حد ( $r = 0.30$ ;  $p < 0.001$ ) رابطه معنادار و مستقیم داشت.

جدول ۲. نتایج ضرایب رگرسیون انگیزش درمان بر اساس خودکنترلی شناختی و مؤلفه‌های دلسوزی به خود

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R <sup>2</sup>	f	p
انگیزش درمان	دلسوزی به خود خودکنترلی شناختی	۰/۳۰	۷/۸۵	۰/۰۰۱
بازشناسی	دلسوزی به خود خودکنترلی شناختی	۰/۳۰	۷/۸۷	۰/۰۰۱
احساس دوگانه	دلسوزی به خود خودکنترلی شناختی	۰/۲۸	۷/۱۸	۰/۰۰۱
گام برداری	دلسوزی به خود خودکنترلی شناختی پایین	۰/۲۴	۶/۰۱	۰/۰۰۱

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که ۳۰ درصد از کل واریانس انگیزش درمان، به‌وسیله مؤلفه‌های

دلسوزی به خود و خودکنترلی شناختی تبیین می‌شود. نتایج آزمون تعقیبی برای بررسی معنی‌داری

با مهربانی به خود، خودداوری، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن آگاهی و همدردی بیش از حد دارد. این نتایج همخوان با نتایج نف، گیلبرت، شاپیر<sup>۱</sup> و همکاران و ایسکیندر و همکاران مبنی بر ارتباط دلسوزی به خود با مؤلفه های سلامت روان شناختی و اعتیاد، و همچنین نتایج بلیتنر<sup>۲</sup> و همکاران، لجویز<sup>۳</sup> و همکاران، ساسمن<sup>۴</sup> و همکاران، سوادی، و بشرپور و همکاران مبنی بر ارتباط مثبت خودکنترلی با انگیزش درمان و ترک موفقیت آمیز اعتیاد می باشد (۲۶،۲۹،۳۵-۲۴،۲۲،۲۰،۹). افرادی که خودکنترلی پایینی دارند، در پیش بینی پیامدهای منفی بلندمدت رفتار خود مشکل دارند، بدین ترتیب پیامدهای رفتار اعتیادی خود را به میزان کمتری مورد بازبینی قرار می دهند، برعکس افراد دارای خودکنترلی بالا به دلیل اینکه به آسانی می توانند آینده سوء رفتارهای خود را خطرآفرین و هزینه بر تشخیص دهند، به میزان بیشتری احساس گناه کرده و برای درمان با انگیزه می شوند (۲۵). از طرف دیگر خودداوری، انزوا و همدردی بیش از حد با تقویت نگرش انتقادی نسبت به رفتار خود و ویژگی های مهربان بودن به خود، ذهن آگاهی و حس انسانیت مشترک با تقویت خودپذیری و قبول جنبه های نامطلوب رفتار شخصی باعث می شوند فرد به میزان بیشتری انگیزه ترک رفتارهای خود تخریبی داشته و برای تغییر رفتار اعتیادی آمادگی و انگیزه بالایی داشته باشد (۲۰).

بازشناسی به طور مثبت با مهربانی به خود، خودداوری، حس انسانیت مشترک، انزوا، ذهن آگاهی و همدردی بیش از حد و به طور منفی با خودکنترلی شناختی پایین ارتباط داشت. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که بازشناسی به طور مثبت به وسیله ذهن آگاهی و به طور منفی خودکنترلی

مدل رگرسیون نشانگر معنی دار بودن مدل می باشد ( $F=7/85$ ;  $p<0/001$ ). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان داد که از بین مولفه های دلسوزی به خود، ذهن آگاهی ( $t=2/28$ ;  $p<0/01$ ) و خودکنترلی شناختی ( $t=3/28$ ;  $p<0/01$ ) پیش بینی کننده های معناداری بودند. ۳۰ درصد از کل واریانس بازشناسی به وسیله مولفه های دلسوزی به خود و خودکنترلی شناختی تبیین می شود. نتایج آزمون والد نشانگر معنی دار بودن مدل رگرسیون بود ( $F=7/87$ ;  $p<0/001$ ). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان داد که از بین مولفه های دلسوزی به خود، ذهن آگاهی ( $t=2/61$ ;  $p<0/01$ ) و خودکنترلی شناختی پایین ( $t=3/02$ ;  $p<0/01$ ) پیش بینی کننده های معناداری برای بازشناسی هستند. ۲۸ درصد از کل واریانس احساس دوگانه به وسیله مولفه های دلسوزی به خود و خودکنترلی شناختی تبیین می شود. نتایج آزمون تعقیبی نشانگر معنی داری مدل رگرسیون بود ( $F=7/18$ ;  $p<0/001$ ). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان داد که از بین مولفه های دلسوزی به خود، ذهن آگاهی ( $p<0/05$ ) و خودکنترلی شناختی ( $p<0/001$ ) پیش بینی کننده های معناداری برای احساس دوگانه هستند. ۲۴ درصد از کل واریانس گام برداری به وسیله مولفه های دلسوزی به خود و خودکنترلی شناختی تبیین می شود. آزمون والد هم معنی دار بودن مدل رگرسیون را تأیید می کند ( $p<0/001$ ). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان داد خودکنترلی شناختی ( $t=-2/92$ ;  $p<0/004$ ) پیش بینی کننده معناداری برای گام برداری است.

### بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش خودکنترلی شناختی و دلسوزی به خود در انگیزش درمان افراد وابسته به مواد انجام گرفت. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که انگیزش درمان رابطه معنادار و معکوس با خودکنترلی شناختی پایین و رابطه معنادار و مستقیم

<sup>1</sup> Shapir

<sup>2</sup> Blittner

<sup>3</sup> Lejuez

<sup>4</sup> Sussman

شناختی پایین پیش‌بینی می‌شود. این نتایج همخوان با نتایج نف، گیلبرت، شاپیرو و همکاران، ایسکیندر و همکاران، بلیتنر و همکاران، لجویز و همکاران، ساسمن و همکاران و سواد می‌باشد (۲۹-۲۴، ۲۰-۱).  
 بازنشاسی یک رفتار مشکل‌زا را می‌توان اولین گام عملیاتی برای ترک آن به حساب آورد. مطابق نتایج مطالعه حاضر زمانی که فرد مهربانی به خود بالایی دارد سعی می‌کند نسبت به همه جنبه‌های منفی زندگی خود از جمله رفتارهای اعتیادی خود پذیرا بوده و به وجود آنها در خود اعتراف نماید. در مطالعه بشرپور (۴۳) در خصوص خودداوری، این متغیر با مؤلفه‌های سلامت روان ارتباط منفی داشته است، ولی مطابق نتایج مطالعه حاضر افراد معتاد که رفتارهای خود را مورد ارزیابی قرار داده و دید انتقادی نسبت به خود دارند، بازنشاسی زیادی از مشکل خود دارند. داشتن حس انسانیت مشترک بالا موجب می‌گردد فرد معتاد مشکلات بوجود آمده را جزء تجربیاتی بداند که برای هر کس دیگری ممکن است پیش بیاید؛ در نتیجه به جای اجتناب از آن در صدد پذیرش آن باشد. افراد معتاد که به دلیل اعتیاد خود احساس انزوای بیشتری دارند، بیشتر به بازنشاسی مشکلات خود و ترک اعتیادشان می‌پردازند. افراد معتادی که ذهن آگاهی بالایی دارند، بدون قضاوت بر افکار و احساسات و رفتار ناسازگار خود متمرکز می‌شوند و نسبت به آنها آگاهی پیدا می‌کنند که این خود نشانه پذیرش تغییر است. همدردی بیش از حد نیز می‌تواند با ایجاد احساس گناه زیاد درباره اعتیاد، انگیزه درمان فرد را افزایش دهد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بازنشاسی با خود کنترلی شناختی پایین، رابطه منفی دارد، در این خصوص مطالعات مختلف نشان می‌دهد که خودکنترلی شناختی پایین نقش مهمی در گرایش افراد به مصرف مواد مخدر دارد، به طوری که افرادی که از سطح خود کنترلی بالایی برخوردارند می‌توانند احساسات، رفتار و افکار خود را تحت کنترل

در آورده و از علل رفتار مشکل‌زای خود آگاه شده و به راحتی آنها را بازنشاسی کنند. اگر افراد معتاد از خود کنترلی بالایی برخوردار باشند می‌توانند آمادگی بیشتری برای اجتناب از اقدامات وسوسه‌انگیز اعتیاد داشته باشند (۲۵). مطابق نتایج تحلیل رگرسیون، ذهن آگاهی و خود کنترلی شناختی دو عامل مهم در پیش‌بینی بازنشاسی مشکل به عنوان اولین گام برای ترک اعتیاد به حساب می‌آیند. دومین گام مهم در انگیزش درمان بعد از بازنشاسی مشکل، احساس دوگانه ذهنی فرد برای کنار گذاشتن رفتار مشکل‌زا است. افراد معتادی که از احساس دوگانه بالایی برخوردار هستند نسبت به رفتارهای خود دچار شک و تردید می‌شوند و جوانب مثبت و منفی آن را مورد ارزیابی قرار می‌دهند، و در برابر افکار مزاحم در تصمیم‌گیری برای ترک مقاومت می‌کنند و پذیرای تغییر رفتار خود می‌شوند. در واقع زمانی که افراد افکاری در رابطه با پذیرش رفتاری که انجام داده‌اند داشته باشند سعی می‌کنند پیامدهای آن رفتار را قبول کرده و تلنگرهای ذهنی برای تجدید نظر در آن رفتار را داشته باشند. مطابق مدل ۵ مرحله‌ای تغییر رفتار، مرحله دوم دوره‌ای است که احساس دوگانه در ترک یا عدم ترک رفتار نامیده می‌شود، مطابق نتایج این پژوهش هم جنبه‌های مثبت دلسوزی به خود چون مهربانی به خود، حس انسانیت مشترک و ذهن آگاهی به صورت خدمت به خود و هم جنبه‌های منفی آن به طریق سخت‌گیری و انتقاد از خود می‌توانند احساس دوگانه را در فرد تقویت نمایند (۲۰). خودکنترلی شناختی نیز می‌تواند عامل مهمی در هدایت فرد به تفکر درباره جنبه‌های مثبت و منفی رفتار باشد (۲۵). نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که گام‌برداری به عنوان مرحله نهایی انگیزش درمان به طور مثبت با مهربانی به خود، خودداوری، انسانیت مشترک، همدردی بیش از حد و به طور منفی با خودکنترلی شناختی پایین ارتباط داشت. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که گام‌برداری به‌طور

### نتیجه‌گیری

در کل، نتایج این مطالعه نشان داد که مهربانی به خود، حس انسانیت مشترک و ذهن‌آگاهی با ایجاد نوعی نگرش دلسوزانه نسبت به خود و خودداوری، انزوا و همدری بیش از حد نیز با ایجاد احساس گناه عمیق می‌توانند با به ایجاد انگیزش در ترک مواد در فرد موثر باشند. با توجه به اهمیت خودکنترلی شناختی و دلسوزی به خود در انگیزش درمان افراد معتاد، آموزش مهارت‌های خودکنترلی به‌عنوان یک عامل مهم و کلیدی در ایجاد انگیزش در کنار سایر روش‌های درمانی سوء مصرف و وابستگی به مواد به افراد معتاد پیشنهاد می‌شود.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسئولین مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز و تمامی مراجعین این مراکز که در اجرای این پژوهش صمیمانه ما را یاری کردند اعلام می‌دارند.

مثبت به‌وسیله خودکنترلی شناختی پیش‌بینی می‌شود. این نتایج نیز همخوان با نتایج نف، کیلبرت، شاپیرو و همکاران، ایسکیندر و همکاران، بلیتنر و همکاران، لجویز و همکاران، ساسمن و همکاران، و سواد می‌باشد (۲۴-۲۰، ۲۹-۲۶). گام‌برداری مرحله سوم و آخرین مرحله برای ترک هر نوع رفتار و در واقع مرحله عملیاتی برای شروع ترک رفتار می‌باشد. نتایج این مطالعه نشان داد که داشتن نگرش‌های دلسوزانه می‌تواند عامل مهمی در فرایند گام‌برداری برای ترک اعتیاد در افراد باشد. اما مطابق تحلیل رگرسیون فقط خودکنترلی شناختی در این مرحله می‌تواند گام عملیاتی فرد برای ترک را پیش‌بینی نماید. استفاده از طرح تحقیق همبستگی، عدم توانایی در کنترل متغیرهایی چون نوع ماده مصرفی از جمله محدودیت‌های مهم این پژوهش می‌باشند. لذا پیشنهاد می‌شود تحقیقات آتی با کنترل این متغیرها به‌ویژه نوع ماده مصرفی و همچنین با استفاده از طرح علی-مقایسه‌ای انجام گیرند تا نقش این عوامل به روشنی مشخص گردد.

### References

1. Jiloha RC. Biological basis of tobacco addiction: Implications for smoking-cessation treatment. *Indian Journal of Psychiatry*. 2012; 5(2): 301- 307.
2. Madani SG, Emadi SF. Effect of individual, familial and social parameters on drug withdrawal in quit addicts referring to Narcotics Anonymous in Isfahan, Iranian Congress of Health Strategies to Deal with Drug Dependency Disorder. *Zanjan University of Medical Sciences and Health Services: Tabib-E-Shargh*. 2003; 55-56. [Persian]
3. Ahmadi J, Motamed F. Treatment success rate among Iranian opioid dependents. *Addictive Disorders and Their Treatment*. 2002; 1(3): 99-103. [Persian]
4. Substance abuse and mental health services administration. Substance abuse and mental health services administration, results from the 2010 national survey on drug Use and health: national findings, summary of national findings, NSDUH Series H-41, Health and Human Services Publication No. (SMA), 2011; 11-4658.
5. Momtazi S. Family and Addiction. Zanjan: Mahdis Publication; 2002. [Persian]
6. Vassileva J. Psychopathic heroin addicts are not uniformly impaired across neurocognitive domains of impulsivity. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011; 114(6): 194-200.
7. Nielsen DA. Former heroin addicts with or without a history of cocaine dependence are more impulsive than controls. *Drug and Alcohol Dependence Journal*. 2012; 124 (6): 113-120.
8. Nastyzayy N. Factors affecting relapse in drug addicts referred to addiction treatment centers in Zahedan. *Journal of Nursing and Midwifery Faculty, Urmia University of Medical Sciences*. 2010; 8(3): 169-174. [Persian]



9. Hodjati HALvstanyS, Akhundzadeh G, Heydari B, Sharifnia SM. Study of Mental Health and its relationship with quality of life in addicted peoples. *Journal of Yazd University of Medical Sciences*. 2010; 18(3): 207-21. [Persian]
10. Rozen HG, Waart RD, Windt D, Brink W, Yong CA, Kerkbof AFM. A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*. 2006; 16(5): 311-323.
11. Thomb DL. *Introduction to Addictive Behavior*. 2<sup>nd</sup> ed; New York: the Guilford Press, 1999.
12. Beckman LJ. An attribution analysis of Alcoholics Anonymous. *Journal of Studies on Alcohol*. 1980; 41: 714-726.
13. Asghari E, Ebrahimi H, chehreh-Barghi V, Molaee F. Comparing the related socio-demographical factors in the first and recurrent quitting of drug addiction. 2012; 14(1-2): 23-29. [Persian].
14. William R, Miller D. *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*. Dana Hills High School Publications. 1999; Publication Number: (SMA) 99-3354.
15. Joe GW, Knight DK, Becan J E, Flynn PM. Recovery among adolescents: Models for post-treatment gains in drug abuse treatments. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2014; 46(3): 362-373.
16. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of General Psychiatry*. 1987; 44(6): 573-588.
17. Morgenstern J, Kahler CW, Epstein E. Do treatment process factors mediate the relationship between type A-type B and outcome in 12-step oriented substance abuse treatment? *Addiction*. 1998; 93(12): 1765-1776.
18. Comeau N, Stewart SH, Loba P. The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette and marijuana use. *Addictive Behaviors*. 2001; 26(6): 803-825.
19. Neff KD. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*. 2003; 2(2): 85-102.
20. Iskender M, Akin A. Self-compassion and internet addiction. *TOJET: The Turkish Online Journal of Educational Technology*. 2011; 10(3): 215-221.
21. Gilbert P. Compassion and cruelty: a bio psychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp: 9-74). London: Rutledge, 2005.
22. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova MJ. Mindfulness- based stress reduction for health care professionals: results from a randomized controlled trial. *International Journal of Stress Management*. 2005; 12(2): 164-176.
23. Gilbert P, Irons C. Therapies for shame and self-attacking, using cognitive, behavioral, emotional imagery and compassionate mind training. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: conceptualizations, research and use in psychotherapy* London: Rutledge; 2005:263-325.
24. Sussman S, Dent CW, Leu L. The one year prospective prediction of substance abuse and dependence among high risk adolescents. *Journal of Substance Abuse*. 2003; 12: 373-386.
25. Chauchard E, Levin KH, Copersino M L, Heshman SJ, Gorelick DA. Motivations to quit cannabis use in an adult non-treatment sample: are they related to relapse? *Addictive Behaviors*. 2013; 38(9): 2422-2427.
26. Blittner M, Goldberg J, Meraum M. Cognitive self -control factors in the reduction of smoking behavior. *Behavior Therapy*. 1978; 9(4): 553-561.
27. Lejuez CW, Magidson JF, Mitchell SH, Sinha R, Stevens MC, Wit HD. Behavioral and biological indicators of impulsivity in the development of alcohol use, problems and disorders. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 2010; 34(8): 1334-1345.
28. Sawadi H. Individual risk factors for adolescence substance use. *Drug and Alcohol Dependence*. 1999; 55(3): 209-224.
29. Basharpour S, Issazadegan A. Role of self-compassion and forgiveness in prediction of depression severity among university students. *Behavioral Sciences Research*. 2012; 10(6): 452-461. [Persian]
30. Grasmick HG, Tittle CR, Bursik RJ, Arneklev BK. Testing the core empirical implications of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime. *J. Res. Crime and Delinquency*. 1993; 30: 5-29.

31. Bashirian S, Heidarnia AG, Verdi MH, HajiZadeh E. Examine the relationship between self-control and desire to drug use in adolescents. Hamadan Journal of Nursing and Midwifery. 2012; 37 (1): 45-53. [Persian]
32. Basharpour S, Jafartabar A, Narimani M, Massah O. The role of risk perception and self-reflection in prediction of motivation for substance dependence treatment. Quarterly Journal of Rehabilitation. 2014; 14(5): 21-29. [Persian]

# The Role of Cognitive Self-Control and Self-Compassion on Prediction of Treatment Motivation in People with Substance Dependence

Basharpour S\*<sup>1</sup>, Atadokht A<sup>2</sup>, Khosravinia D<sup>3</sup>, Narimani M<sup>4</sup>

1. Assistant Professor of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
2. Assistant Professor of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
3. MA in Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
4. Professor of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

\* *Corresponding author.* Tel: +984515516686 E-mail: basharpour\_sajjad@yahoo.com

Received: 9 Nov 2013 Accepted: 17 Feb 2014

## ABSTRACT

**Background & Objectives:** Motivation is a key element in treatment and recovery of substance use disorders by influencing patients to seek, complete, and acceptance of treatment and making successful long-term changes; so the current study was conducted to investigate the role of cognitive self-control and self-compassion on prediction of treatment motivation in people with substance dependency.

**Methods:** The method of this research was descriptive-correlational. The whole people with substance dependency were referring to Shiraz centers of addiction treatment in the second half of 2013, comprised statistical society of this research. One hundred and fifty people of this society were selected by multi-stage random cluster sampling method for this study. Having conducting clinical interview, they were being asked to respond to questionnaires of cognitive self-control, self-compassion and treatment motivation. Collected data were analyzed by tests of Pearson correlation and multivariate regression using SPSS<sub>16</sub>.

**Results:** The results showed that treatment motivation negatively related to low self-control, and positively related to self-kindness, self-judgment, common humanity isolation, mindfulness, and over-identification. The results of multiple regression showed that 30% of variance of motivation, 30% variance of problem recognition, 28% variance of ambivalence and 24% variance taking steps explained by self-compassion and cognitive self-control.

**Conclusion:** The results of this study demonstrated that cognitive self-control and self-compassion play role in predicting treatment motivation and readiness to change in drug-dependent peoples.

**Keywords:** Cognitive Self-Control, Self-Compassion, Treatment Motivation, Substance Dependency