رویش روان شناسی، سال۹ ، شماره ۱۰، شماره پیاپی ۵۵، دی ۱۳۹۹
Rooyesh-e-Ravanshenasi,9(10), 2021

اثربخشی درمان شناختی – رفتاری گروهی بر خودکنترلی، خودبازداری و نگرش‌های ناکارآمد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy on Self-control, Self-estraint, and Dysfunctional Attitudes in Individuals with Substance Abuse

دکتر مسعود صادقی
استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.
هادی سارانی (نویسنده مسئول)
دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.
عباس صنوبر
دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.
مرتضی عسگری
کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

Dr. Masoud Sadeghi
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of lorestan, Khorramabad, Iran.
Hadi Sarani*
Ph.D. Student in Educational Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities,University of lorestan, Khorramabad, Iran.
hadisarani@yahoo.com
Abas Senobar
Ph.D. Student in Educational Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of lorestan, Khorramabad, Iran.
Morteza Asgari
MSc in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational sciences and Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودکنترلی، خودبازداری و نگرش‌های ناکارآمد در سوءمصرف‌کنندگان مواد انجام گرفت. روش پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون – پس-آزمون، پیگیری و گروه کنترل بود. تعداد ۳۴ مراجعه‌کننده به مرکز درمانی طلوع واقع در استان لرستان در سال ۱۳۹۸ با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خودکنترلی تانجی، بامیستر و بون (SCS)، خودبازداری وینبرگر و شوارتز (SRS) و نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک (DAS) استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس نشان داد که بین نمره پس‌آزمون خودکنترلی، خودبازداری و نگرش‌های ناکارآمد در گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد. ۱۸٪ خودکنترلی، ۳۹٪ خودبازداری و ۷۵٪ نگرش-های ناکارآمد بوسیله روش شناختی رفتاری قابل تبیین است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند سبب افزایش خودکنترلی و خودبازداری و کاهش نگرش‌های ناکارآمد در سوءمصرف-کنندگان مواد شود. بنابراین درمانگران می‌توانند از این درمان به عنوان روش مداخله‌ای استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: *درمان شناختی رفتاری، خودبازداری، خودکنترلی، نگرش‌های ناکارآمد.*

Abstract

The current research attempts to study the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on self-control, self-Restraint, and Dysfunctional Attitude in individuals with substance abuse. The research method was quasi-experimental with pretest-posttest, follow-up, and control group design. 34 patients referring to Tolou Medical Center which is located in Lorestan Province were selected in 1398 based on the Convenience Sampling and were randomly divided into the experimental and control groups. In data collecting, Tanji, Banister, and Bon Self-Control Questionnaire (SCS), Weinberger & Schwartz self-Restraint Scale (SRS), and Weissman and Beck's Dysfunctional Attitude Scale (DAS) were used. Data analysis based on Covariance Analysis demonstrated that there are significant differences between the post-test scores of self-control, self-restraint, and dysfunctional attitude between the control and experimental group. 18% self-control, 39% self-restraint, and 75% dysfunctional attitude can be interpreted by the cognitive-behavioral method. These findings show that cognitive-behavioral therapy can lead to an increase in self-control and self-restraint and a decrease in dysfunctional attitudes in drug abusers. Therefore, therapists can use this therapy as an interventional method.

Keywords: *Cognitive Behavioral Therapy (CBT), self-control, self-Restraint, dysfunctional attitudes.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : بهمن ۹۸** **پذیرش: اردیبهشت ۹۹** **ویرایش نهایی : دی ۹۹**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.2.3]

مقدمه

مطابق آمارهای موجود، برنامه‌های پیشگیری و بازتوانی زیادی برای اعتیاد طراحی و اجراشده ولی متأسفانه میزان عود همچنان بالا است (نیلسون[۱]، ۲۰۱۲). چنین به نظر می‌رسد که عوامل تأثیرگذار بر انگیزه ترک و پرهیز از مواد به طور دقیق شناسایی نشده و روش‌های درمانی و برنامه‌های کنترل از اثربخشی لازم برخوردار نیستند (بشرپور، عطا دخت، خسروی نیا و نریمانی، ۱۳۹۲). شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که تفاوت‌های فردی در خودکنترلی[۲] می‌تواند در پیامدهای درمانی اختلالات مرتبط با مواد نقش داشته باشد (گلیبرت[۳]، ۲۰۰۵). در واقع هسته اصلی اعتیاد از دست دادن خودکنترلی است (وینبرگ[۴]، ۲۰۱۳). خودکنترلی مجموعه‌ای از فرایندهای توجه، انگیزه و رفتار است که بوسیله افراد تنظیم می‌شود تا هدف‌های بالاتر را با وجود موانع آنی و خواسته‌های درازمدت به انجام برساند (داک ورث، گندلر و گراس[۵]، ۲۰۱۴). خودکنترلی یعنی فرد توانایی کنترل رفتارها، احساسات و غرایز خود را با وجود برانگیختگی برای عمل داشته باشد (جانسون، لین و لی[۶]، ۲۰۱۸). خودکنترلی، با مهارت هدایت توجه رابطه دارد و احتمالا یکی از راه‌های مقاومت در برابر وسوسه و دوری از وسوسه است (شیخ الاسلامی، قمری کیوی و اشرفی ورجوی، ۱۳۹۶). نیاز به خودکنترلی با اختلال انگیزشی (کوتب و هافمن[۷]، ۲۰۱۵) و تعارض بین دو گرایش، لذت‌های آنی و لذت‌های درازمدت (براون، جیمی و وانگا[۸]، ۲۰۱۸) شروع می‌شود. به عبارت دیگر افراد وقتی خودکنترلی را به کار می‌گیرند که بخواهند به اهداف بلندمدتی دست یابند. خودکنترلی ضعیف شامل ریسک‌پذیری، تکانشگری، خستگی و خودمحوری است. همچنین افرادی که دارای خودکنترلی ضعیف هستند مزایای آنی را بر مزایای درازمدت ترجیح می‌دهند و این واقعیت موجب ارتکاب جنایات فراوان می‌شود (هلموت و بایر[۹]، ۲۰۱۹). نتایج تحقیقات حاکی است که بین مشکلات روانی و خودکنترلی رابطه منفی وجود دارد، در واقع افرادی که دارای مشکلات روانی هستند سطح خودکنترلی پایینی دارند و بیشتر در معرض رفتارهای پرخطر قرار می‌گیرند (ساسمن، دنت و لیو[۱۰]، ۲۰۰۰).

یکی از مفاهیمی که برای اشاره به جنبه‌های متمایز خودکنترلی به‌کار رفته است، خودبازداری[۱۱] است که میزان بازداری هیجانی و خشم را ارزیابی می‌کند (آدامز[۱۲]، ۲۰۰۰). خودبازداری به توانایی مدیریت و اداره هیجانات و کنترل تکانه‌های خود اشاره دارد (بونابو[۱۳]، ۲۰۰۴). خودبازداری به معنای سرکوب تمایلات خودخواهانه (وینبرگر[۱۴]، ۱۹۹۸، به نقل از سامتر و بوخارست و وستنبرگ[۱۵]، ۲۰۰۸)، به ویژگی روانشناختی مرتبط با کنترل و نظارت شخصی اشاره داشته و نشانه آن است که شخص قادر به تعویق انداختن رفتار خویش و هدایت دوباره آن به شیوه‌ای روشن و هدایتگر است (سامتر و همکاران، ۲۰۰۸). پایین بودن خودبازداری در فرد باعث رفتار مبتنی بر تکانش و لذت‌طلبی شده و فرد به سختی می‌تواند تکانه‌های خود را به تأخیر اندازد (مهرام و ساکتی، ۱۳۸۷). اساس خودبازداری توانایی فرد در کنترل ارادی فرایندهای درونی و برون‌دادهای رفتاری است. از این‌رو خودبازداری می‌تواند عاملی برای کاهش اثرات وسوسه مواد باشد (مغانلو و کولیوند، ۱۳۹۷). همچنین شواهد نشان داده که کمبود دوراندیشی، خودبازداری و کنترل تکانه‌های رفتاری بر دائمی شدن مصرف مواد مؤثر است (لابمن، یوسل و پانتلیس[۱۶]، ۲۰۰۴ و داو، گالو و لاکستون[۱۷]، ۲۰۰۴). چندین پژوهش دیگر نیز بر وجود رابطه بین

1 . Nielsen
2 . Self-Control
3 . Gilbert
4 . Weinberg
5 . Duckworth, Gendler& Gross
6 . Johnson, Lin &. Lee
7 . Kotabe, & Hofmann
8 . Brian, Jamie & Wanga
9 . Helmut & Baier
10 . sussman, dent & leu
11. Self Restraint
12. Adams
13 . Bonanno
14 . Weinberger
15 . Sumter, Bokhorst &Westerberg
16 . Lubman, Yucel, & Pantelis
17 . Dawe, Gullo, & Loxton

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.2.3]

خودکنترلی و خودبازداری با اعتیاد به مواد تأکید کرده‌اند (شیرازی و جانفزا، ۱۳۹۴؛ بشرپور و همکاران، ۱۳۹۲؛ بشریان، حیدرنیا، اله-وردی‌پور و حاجی‌زاده، ۱۳۹۱؛ بالر و ولکو[1]، ۲۰۰۶ و جکسون[2]، ۲۰۰۰). در این پژوهش هدف از کاربرد خودبازداری تأکید بر چهار مؤلفه‌ی فرونشاندن خشم، کنترل تکانه، مراعات دیگران و مسؤلیت‌پذیری است.

یکی دیگر از عوامل مؤثر در اعتیاد باورها و نگرش‌های افراد است. نگرش افراد نسبت به مصرف مواد مخدر از مهم‌ترین عوامل همبسته با مصرف و یا عدم مصرف مواد به حساب می‌آید (کروگلانسکی و هیگینز[3]، ۲۰۰۷). نگرش‌های ناکارآمد[4] فرض‌ها و بنیان‌های سوگیرانه‌ای هستند که فرد نسبت به خود، جهان، اهداف و آینده دارد. این نگرش‌ها موجب سوگیری ادراک فرد از رویدادها شده و احساسات و رفتارهای افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند و فرد را مستعد افسردگی و سایر آشفتگی‌های روانشناختی می‌کند (گلد اسمیت، ترن، اسمیت و هاو[5]، ۲۰۰۹). اگر فرد دیدگاه‌های کمال‌گرایانه و غیرقابل‌انعطاف از جهان داشته باشد به هنگام مواجهه با یک موقعیت استرس‌زا که مختل‌کننده دیدگاه‌های پیشین اوست، از راهبردهای غیرانطباقی نظیر انکار یا اجتناب استفاده می‌کند. پس می‌توان گفت افرادی که به صورت غیرانطباقی این عقاید خشک را نگهداری می‌کنند به هنگام مواجهه با موقعیت استرس‌زا بیشتر در معرض آسیب‌های روانشناختی از جمله اعتیاد قرار می‌گیرند (براون، هاممن، کراسک و ویکنس[6]، ۱۹۹۵). چندین پژوهش به رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد با اعتیاد اشاره داشته‌اند (سهرابی، اعظمی و دوستیان، ۱۳۹۳؛ حسن‌آبادی، عسگرآباد و خوش‌کنش، ۱۳۹۶؛ کارول و انکن[7]، ۲۰۰۹؛ جستاد، فرانک، هاگتوت و هاور[8]، ۲۰۱۱).

پژوهش‌ها نشان داده است که روش شناختی رفتاری بر بهبود خودکنترلی و خودبازداری مؤثر است. نتایج پژوهش‌های مختلف بیان می‌کنند که روش شناختی رفتاری با تأکید بر مؤلفه‌های تعهد، کنترل، مبارزه‌جویی، خودکارآمدی، مسئولیت‌پذیری و عزت‌نفس سبب افزایش سرسختی و حس بالای کنترل در افراد می‌شود (آب‌نیکی، ابوالقاسمی، عباسی، معزز و جلالی، ۱۳۹۴؛ هیون، چونگ، کانگ و گاگن[9]، ۲۰۱۳؛، هنیشو، هنکر و والن[10]، ۱۹۸۴؛ صدری دمیرچی و آقازاده اصل، ۱۳۹۶؛ اتشیدت[11]، ۱۹۹۱؛ تقوی، ۱۳۹۰؛ روح‌الامین، ۱۳۹۸؛ رضایی و جایروند، ۱۳۹۵؛ نجفی، مرادزاده خراسانی، ۱۳۹۴؛ حدادی، رستمی، رحیمی‌نژاد، اکبری، ۱۳۸۸؛ حسینی فرد و تبرایی، ۱۳۹۴؛ شیخ الاسلامی و همکاران، ۱۳۹۶). همچنین نتایج پژوهش‌های مختلف بیانگر اثربخشی روش شناختی رفتاری در بهبود نگرش‌های ناکارآمد است (تیمور[12]، ۲۰۱۶؛ کریستیا[13] و همکاران، ۲۰۱۵؛ نجفی، ۱۳۹۵؛ صالح‌زاده، نجفی و ابراهیمی، ۱۳۹۰؛ خاکپور و مهرآفرید، ۱۳۹۱).

گزارش شده است که اکثر افرادی که برای سوء مصرف مواد مراجعه کرده‌اند، پس از ترخیص دچار عود شده‌اند. این امر می‌تواند بیانگر مؤثر و جامع نبودن روش‌های درمانی باشد. لذا در پژوهش حاضر با توجه به پروتکل درمانی به آموزش مفاهیم خودکنترلی، خودبازداری و شناسایی نگرش‌ها ناکارآمد و اصلاح آنان اقدام شده است زیرا اعتقاد بر این است که می‌توان با استفاده از روش‌های مناسب، خودکنترلی و خودبازداری افراد معتاد را افزایش داد و نگرش‌های ناکارآمد آنان را اصلاح کرد. بنابراین با توجه به شواهد ارائه شده و اهمیت مفهوم خودکنترلی، خودبازداری و نگرش‌ها در اداره موقعیت‌های پرخطر و جلوگیری از عود، ضرورت انجام پژوهش در افراد در معرض خطر اعتیاد واضح است. پژوهش حاضر با اتکاء به راهنمای درمانی، با قصد فراهم آوردن پاسخ علمی به این سؤالات انجام شد که آیا درمان شناختی رفتاری در خودکنترلی و خودبازداری و همچنین در بهبود نگرش‌های ناکارآمد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تأثیر دارد یا خیر؟

---

1. Baler & Volkow
2. Jackson
3. Kruglanski & Higgins
4. dysfunctional attitudes
5. Goldsmith, Tran, Smith, Howe
6. Brown, Hammen, Craske, Wickense
7. Carrol & Onken
8. Gjestad, Franck, Hagtvet, & Haver
9. Hyun, Chung, Gagne & Kang
10. Hinshaw, Henker & Whalen
11. Etscheidt
12. Taymur
13. Crestea

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.2.3]

روش

طرح این پژوهش از نوع شبه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری و گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (نوع ماده مصرفی افراد متفاوت) بود که برای درمان به مرکز درمانی طلوع لرستان مراجعه کرده بودند. برای این منظور با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۳۴ نفر انتخاب شدند، سپس نیمی از آن‌ها در گروه آزمایش و نیم دیگر در گروه کنترل به طور تصادفی جایگزین شدند. ملاک شرکت در پژوهش شامل عدم مصرف هرگونه مواد یا دارو حداقل دو هفته قبل شروع آزمایش، سواد خواندن و نوشتن و شرکت داوطلبانه در جلسات بود. در ضمن افراد گروه آزمایش و گروه کنترل تا پایان آزمایش هیچ‌گونه دارو یا موادی مصرف نکردند. علت انتخاب ملاک‌های پژوهش حاضر این است که افراد مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی میان‌مدتی مانند مرکز طلوع حداقل باید چند روزی از قطع مصرفشان سپری شده باشد. در این پژوهش به خاطر اینکه افراد شرکت‌کننده از لحاظ ذهنی و جسمی آمادگی شرکت در جلسات را داشته باشند و احتمال انصراف از برنامه و درمان کاهش یابد این ملاک لحاظ شده است. از طرف دیگر چون افراد بصورت داوطلبانه به مرکز مراجعه کرده‌اند و ارتباط فیزیکی کمی با محیط بیرون دارند از عدم مصرف آنان اطمینان حاصل شده است. علاوه بر آن برای اطمینان از عدم مصرف مواد از انجام آزمایش‌های تست نواری و یا کیت تست هم استفاده شد. همچنین یکی دیگر از ملاک‌های این پژوهش عدم مصرف هرگونه دارو یا مواد تا پایان آزمایش ذکر شده است. بنابراین افرادی که بنا به تشخیص پزشک یا روانپزشک به خاطر مسائل جسمی یا روحی روانی دارو مصرف می‌کردند و یا در ادامه به دارو نیاز پیدا می‌کردند از فرایند پژوهش کنار گذاشته شدند. به این ترتیب دو گروه مشابه، در شرایط مساوی به پیش‌آزمون جواب دادند. سپس بعد از آموزشِ گروه آزمایش، پس‌آزمون هم برگزار شد و در نهایت یک ماه بعد از اتمام آزمایش، پیگیری انجام گرفت. همچنین افرادی که به صورت نامنظم در جلسات شرکت می‌کردند، یا تمایلی به ادامه مشارکت نداشتند از پژوهش کنار گذاشته شدند. شایان ذکر است طی روند آزمایش ۳ نفر از گروه آزمایش به دلیل عدم همکاری کنار گذاشته شدند. همچنین در زمان اجرای پس‌آزمون و پیگیری به ۴ نفر از گروه کنترل و ۲ نفر از گروه آزمایش امکان دسترسی وجود نداشت. بنابراین گروه آزمایش ۱۲ و گروه کنترل ۱۳ نفر مبنای تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم به ذکر است که میانگین سنی گروه آزمایش ۳۲ و گروه کنترل ۳۱ سال و انحراف استاندارد گروه آزمایش ۴/۰۵ و انحراف استاندارد گروه کنترل ۵/۵۱ بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه خودکنترلی (SCS)[1]: یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی است که توسط تانجی، بامیستر و بون[2] (۲۰۰۴) ساخته شده است و از ۳۶ عبارت تشکیل شده است. این جملات در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز تا همیشه در نظر گرفته شده است. این پرسشنامه یک نمره کلی دارد و برخی آیتم‌های آن نمره وارونه دارد. سوالات ۱، ۵، ۷، ۱۳، ۱۵، ۱۸، ۲۲، ۲۴، ۲۶، ۲۷، ۳۰ و ۳۶ به صورت مستقیم نمره‌گذاری شده‌اند (هرگز نمره ۱ و همیشه نمره ۵) و بقیه سوالات هم به صورت معکوس نمره‌گذاری شده‌اند. نمره کل افراد در آزمون در کمترین حالت ۳۶ و در بیشترین حالت ۱۸۰ خواهد بود. تانجی و همکاران (۲۰۰۴) در برآورد همسانی درونی فرم بلند مقیاس خودکنترلی (۳۶ عبارتی) میزان آلفای کرونباخ را ۸۹٪ گزارش کردند. در ایران نیز چشمه سنگی، کرد تمینی و کهرزایی (۱۳۹۵) اعتبار پرسشنامه فوق را ۷۹٪ گزارش نمودند. همچنین در پژوهش حاضر اعتبار پرسشنامه مذکور ۷۲٪ محاسبه گردید.

پرسشنامه خودبازداری (SRS[3]): مقیاس خودبازداری، دارای ۳۰ گویه است که میزان بازداری هیجانی و توانایی فرونشانی خشم را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این آزمون در سال ۱۹۹۰ توسط وینبرگر و شوارتز[4] تهیه شده است و یکی از مقیاس‌های سازگاری وینبرگ به شمار می‌رود. مقیاس خودبازداری دارای یک مقیاس کلی و ۴ زیر مقیاس، فرونشاندن خشم، کنترل تکانه، مراعات دیگران و مسئولیت‌پذیری است (سامتر و همکاران، ۲۰۰۸). روش نمره‌گذاری سؤالات به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (۱ برای هرگز تا ۵ برای همیشه) است. سؤالات ۵، ۲۱، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۷، ۱۱، ۱۶، ۱۹ به صورت مستقیم و بقیه سؤالات به صورت معکوس نمره‌گذاری شده‌اند. بالاترین امتیاز در این آزمون ۱۵۰ و نشانگر بازداری هیجانی شدید و کمترین امتیاز ۳۰ است که بیانگر بازداری هیجانی ضعیف است. سامتر و همکاران (۲۰۰۸) همسانی درونی کل آزمون را برابر با ۰/۸۵ تا ۰/۸۸ ذکر کرده‌اند. در ایران نیز رستمی (۱۳۹۲) روایی محتوایی و صوری این

[1] . Self-Control Scale
[2] . Tangney, Baumeister & Boone
[3] . The self restraint scale
[4] . Weinberger& Schwartz

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.2.3]

پرسشنامه را ۸۲/ و پایایی آن را به روش بازآزمایی در بین ۳۵ نفر ۰/۸۶ گزارش نمود. همچنین در پژوهش حاضر میزان اعتبار ۷۸٪ درصد برای پرسشنامه فوق بدست آمد.

پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد (DSS)[1]: مقیاس نگرش‌های ناکارآمد یک ابزار خودگزارش‌دهی است که برای سنجش نگرش‌ها و طرحواره‌ها و عقاید منفی، توسط وایزمن و بک[2] (۱۹۷۸) ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ خرده مقیاس کمال‌طلبی، نیاز به تأیید، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری است. شیوه نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت ۷ گزینه‌ای است (از ۱ برای کاملا موافقم تا ۷ برای کاملا مخالفم). سؤالات ۱۳، ۱۹، ۲۰ و ۲۶ به صورت مستقیم و بقیه سؤالات برعکس نمره‌گذاری شده‌اند. در این پرسشنامه بالاترین نمره ۱۸۲ و پایین‌ترین نمره ۲۶ است، هرچه فرد نمره پایین‌تری کسب کند به معنی آن است که وی نگرش ناکارآمدتری دارد. چیکوتا و استیلز[3] (۲۰۰۴) همسانی درونی پرسشنامه فوق را ۸۵٪ ذکر کردند. همچنین ابراهیمی و موسوی (۱۳۹۱) ضریب پایایی این ابزار را ۹۲٪ و روایی ملاکی همزمان را بوسیله همبستگی با کل آزمون ۴۵٪ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز اعتبار پرسشنامه ذکر شده برابر ۸۴٪ درصد محاسبه گردید.

بعد از انتخاب نمونه و گروه‌بندی، مداخله شناختی رفتاری گروهی مشتمل بر ۹ جلسه درمانی (هر جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه) به صورت هفتگی در چارچوب طرح درمانی ویلدرموت[4] (۲۰۰۸) اجرا گردید. همچنین لازم به ذکر است که همراه با پروتکل شناختی رفتاری ویلدرموت از منابع دیگری مانند کتاب درمان شناختی رفتاری اعتیاد (کوایمتسیدیس، درامموند و تاریر[5]، ۲۰۱۳) استفاده گردید. به منظور ارزیابی میزان پایداری تأثیرات درمانی در طول زمان جلسه پیگیری یک ماه بعد از پایان جلسات آموزشی تشکیل شد. شرکت‌کنندگان درپژوهش مجددا پرسشنامه‌های استفاده شده در طرح را تکمیل کردند. در پایان داده‌های جمع‌آوری شده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس و به کمک نرم افزار spss نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول شماره (۱) خلاصه جلسات پروتکل درمانی شناختی – رفتاری

جلسات	خلاصه جلسات درمانی
۱.	آماده‌سازی، تعین هدف‌ها، اطلاعات پایه‌ای در مورد روش شناختی رفتاری، بیان علت برگزاری این جلسات، بیان و شرح اطمینان از رازداری، بیان قوانین جلسات درمان، انجام تکلیف به صورت تمرینی برای آشنایی بیشتر با تکلیف و گرفتن پیش‌آزمون.
۲.	توضیح ارتباط افکار، احساس و رفتار، بیان تفاوت افکار، احساسات و رفتار، توضیح در مورد سبک‌های ناکارآمد تفکر، بیان خطاهای شناختی و توزیع کاربرگ بازسازی افکار
۳.	بررسی و توضیح تکلیف جلسه قبل، توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده)، توزیع مجدد کاربرگ بازسازی افکار.
۴.	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی زنجیره‌ی علت، پاسخ، پیامد، توضیح اینکه پیامدها چگونه خود در زنجیره رفتاری بزرگتر قرار می‌گیرد، بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب و روش‌های ایجاد رفتار تازه.
۵.	بررسی تکلیف جلسه قبل، تعریف رفتار جرأت‌مندانه، تصور موقعیتی که در آن رفتار جرأت‌مندانه داشتن مشکل است، خودگویی پیشنهادی برای افزایش جرأت‌ورزی، فرق بین رفتار منفعل، پرخاشگرانه و جرأت‌مندانه و نمونه‌ای از افکار و خودگویی‌های منفی که مانع جرأت‌مندی می‌شود.
۶.	تعریف تکانه و بحث در مورد مدیریت تکانش‌ها و راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر، تعریف خودکنترلی، راهکارهایی در مورد بالا بردن خلق و افزایش رویدادهای خوشایند، تنظیم خلق، تعریف خودبازداری، توضیح در مورد ابعاد خودبازداری، عواقب خودبازداری و خودکنترلی پایین و توزیع کاربرگ فعالیت‌های خوشایند
۷.	بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح در مورد استرس و مدیریت استرس، راهکارهای حل‌مسأله، آموزش عضلانی، انواع رفتارهای مقابله‌ای و رفتار هیجان‌مدار
۸.	بررسی تکلیف جلسه قبل، تعریف عزت‌نفس، بیان این نکته که چگونه خودارزیابی‌های منفی موجب عدم عزت‌نفس می‌شود، عزت‌نفس مشروط و غیرمشروط، ارکان عزت‌نفس، راهبردهایی برای بهبود عزت‌نفس و توزیع کاربرگ خودانگاره

[1] . Dysfunctional Attitude Scale
[2] . Weissman & Beck
[3] . Chioqueta & Stiles
[4] . Wildermuth
[5] . Kuimetsides, Drummond & Tarir

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.2.3]

۹.	بررسی تکلیف جلسه قبل، برنامه‌ریزی برای پیشگیری از عود، توضیح مدل پیشگیری از عود مارلات، بیان ضرورت تمرین مهارت‌های کسب شده در طول جلسات و ارزیابی پیشرفت کار و مهارت‌های کسب شده

یافته‌های پژوهش

میانگین سنی گروه آزمایش ۳۲ سال و گروه کنترل ۳۱ سال، میانگین سابقه مصرف در گروه آزمایش ۱۳ سال و در گروه کنترل ۱۲ سال بود. همچنین ۱۱ نفر از گروه آزمایش دیپلم یا زیر دیپلم و یک نفر بالای دیپلم و در گروه کنترل ۲ نفر بالای دیپلم و مابقی دیپلم یا زیر دیپلم بودند. آماره‌های توصیفی هر یک از متغیرهای مورد مطالعه در جدول شماره (۲) ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

		پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
متغیر پژوهش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودکنترلی	آزمایش	۱۸/۰۰	۶/۳۹	۱۹/۸۳	۶/۱۷	۱۸/۵۸	۵/۹۳
	کنترل	۱۴/۱۵	۴/۳۳	۲۳/۶۱	۷/۰۵	۱۸/۰۰	۶/۰۴
خودبازداری	آزمایش	۱۴/۹۱	۳/۶۷	۱۶/۲۵	۴/۸۴	۲۰/۹۱	۲/۱۵
	کنترل	۲۰/۷۶	۳/۶۰	۲۲/۹۲	۴/۱۷	۲۳/۲۴	۳/۲۱
نگرش‌های ناکارامد	آزمایش	۳۹/۰۰	۳/۷۶	۲۱/۲۳	۴/۲۷	۱۹/۴۶	۴/۰۸
	کنترل	۳۴/۲۵	۷/۲۶	۳۷/۶۶	۸/۴۲	۳۸/۸۳	۷/۳۰

چنانکه در جدول بالا مشاهده می‌شود، میانگین نمرات متغیر خودکنترلی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون بیشتر از سایر مراحل است. همچنین در مرحله پیش‌آزمون و مرحله پیگیری، میانگین نمرات گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بوده و در مرحله پس‌آزمون برعکس است. در خصوص متغیر خودبازداری میانگین نمرات در گروه آزمایش با پیشرفت مراحل نیز افزایش یافته و مرحله پیگیری بیشترین میانگین را به خود اختصاص داده است. علاوه بر این در کلیه مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر خودبازداری، میانگین نمرات گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل است. در نهایت در مورد نگرش‌های ناکارآمد مشخص است که میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله‌ی پیش‌آزمون کمتر است. این روند در گروه کنترل برعکس رخ داده است.

حال جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش ابتدا اقدام به بررسی مفروضه‌های تحلیل کواریانس می‌گردد که نتایج آن در ادامه ارائه شده است. نتایج آزمون کولموگراف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون نرمال بودن توزیع داده‌ها

		پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
متغیر پژوهش	گروه	Z	Sig	Z	Sig	Z	Sig
خودکنترلی	آزمایش	۰/۶۲	۰/۸۳	۰/۴۱	۰/۹۹	۰/۹۴	۰/۳۴
	کنترل	۰/۴۷	۰/۹۸	۰/۴۳	۰/۹۹	۰/۷۳	۰/۶۶
خودبازداری	آزمایش	۰/۸۴	۰/۴۸	۰/۸۶	۰/۴۵	۰/۸۶	۰/۴۵
	کنترل	۰/۴۰	۰/۹۹	۰/۵۶	۰/۹۱	۰/۶۸	۰/۷۳
نگرش‌های ناکارامد	آزمایش	۰/۸۸	۰/۴۵	۰/۵۰	۰/۹۶	۰/۵۵	۰/۹۲
	کنترل	۰/۸۹	۰/۴۰	۰/۳۹	۰/۹۹	۰/۵۳	۰/۹۴

چنانچه نتایج این آزمون در تمامی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و در دو گروه کنترل و آزمایش نشان می‌دهد، مقدار سطح معناداری تمامی متغیرها (خودکنترلی، خودبازداری و نگرش‌های ناکارآمد) بالاتر از سطح خطای ۵ درصد ($P>0.05$) قرار دارد که نشان

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.2.3]

از معنادار نبودن مقادیر Z برای این آزمون دارد و می‌توان گفت که توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال هستند. بدین طریق فرض نرمال بودن داده‌ها رد نشده و اولین پیش‌فرض آزمون تحلیل واریانس مورد تأیید قرار می‌گیرد. همچنین به منظور بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده می‌شود که نتایج این آزمون به همراه نتایج تحلیل کواریانس در جدول۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون لون و تحلیل کواریانس برای تعیین اثر بخشی درمانی شناختی - رفتاری بر متغیرهای پژوهش

متغیر	شاخص	آزمون لون		مجموع	درجه	F	معنی داری	اندازه اثر
		F	Sig	مجذورات	آزادی			
خودکنترلی	پیش آزمون	۰/۴۵	۰/۵۱	۱۸۹/۴۳	۱	۵/۰۴	۰/۰۳۵	۰/۱۹
	عضویت گروه			۱۸۵/۸۶	۱	۴/۹۴	۰/۰۳۷	۰/۱۸
خودبازداری	پیش آزمون	۱/۳۳	۰/۲۶	۳۶/۷۹	۱	۱/۸۸	۰/۱۸۴	۰/۰۷۹
	عضویت گروه			۲۷۸/۱۲	۱	۱۴/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹
نگرش‌های	پیش آزمون	۱/۹۱	۰/۲۲	۳۸۶/۹۷	۱	۱۲/۸۲	۰/۰۰۲	۰/۳۷
ناکارامد	عضویت گروه			۲۰۶۷/۹۸	۱	۶۸/۵۲	۰/۰۰۰	۰/۷۵

همان‌طور که مشاهده می‌شود، مقادیر سطح معناداری بدست آمده از آزمون لون برای کلیه مقادیر F لون معنادار نیست ($P>0.05$). بنابراین با توجه به عدم معناداری این آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در مورد متغیرهای پژوهش برقرار است. به عبارت دیگر فرض تساوی واریانس نمرات متغیرها در دو گروه کنترل و آزمایش مورد تأیید قرار می‌گیرد. پس نمونه دلیلی برای رد برابری واریانس‌ها ارائه نمی‌دهد.

همچنین نتایج تحلیل کواریانس که در بخش دوم جدول بالا ارائه شده، نشان می‌دهد که مقدار آماره آزمون F برای متغیر خودکنترلی برابر با ۴/۹۴ و سطح معناداری ۰/۰۳۷ است ($P<0.05$). از این‌رو می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین نمره خودکنترلی در گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، این نتیجه موجب تأیید فرضیه اول پژوهش مبنی بر اثربخشی روش شناختی رفتاری بر خودکنترلی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد شده و مقدار این اثرگذاری برابر با ۰/۱۸ است. بدین معنی که ۱۸ درصد کل واریانس خودکنترلی افراد به طریق مداخله (روش شناختی رفتاری) قابل تبیین است.

این نتیجه درخصوص سایر فرضیه‌های پژوهش نیز صدق می‌کند و موجب تأیید آن‌ها می‌گردد. سطح معناداری بدست آمده برای متغیرهای خودبازداری و نگرش‌های ناکارآمد در کمتر از سطح خطا ($P<0.05$) قرار دارد که نشان می‌دهد مقادیر آماره F معنادار بوده و بین میانگین نمرات گروه کنترل و آزمایش تفاوت وجود دارد. از این‌رو، فرضیه‌های دوم و سوم پژوهش مبنی بر تأثیر روش شناختی رفتاری بر خودبازداری و نگرش‌های ناکارآمد افراد مبتلا به سوءمصرف مواد نیز تأیید شده است. اندازه اثر روش شناختی رفتاری بر خودبازداری و نگرش‌های ناکارآمد به ترتیب برابر با ۰/۳۹ و ۰/۷۵ است که نشان می‌دهد روش شناختی رفتاری به خوبی می‌تواند این متغیرها را تبیین نماید. حال به منظور شناخت اینکه مداخله باعث کاهش یا افزایش متغیرهای پژوهش شده است، به مقایسه میانگین نمرات در دو گروه آزمایش و کنترل در سطح اطمینان ۹۵ درصد پرداخته می‌شود (جدول ۵).

جدول ۵. برآورد میانگین در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر (گروه)	خودکنترلی		خودبازداری		نگرش‌های ناکارامد	
	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش
میانگین	۱۸/۷۷	۲۴/۵۹	۱۵/۱۹	۲۳/۸۹	۳۹/۴۰	۱۹/۶۳

چنانچه مشاهده می‌شود، میانگین نمرات گروه آزمایش در خودکنترلی و خودبازداری بیشتر از گروه کنترل است. بدین معنی که علاوه بر تأثیرگذاری مداخله، این مهم باعث افزایش خودکنترلی و خودبازداری افراد مبتلا به سوء مصرف مواد شده است. در خصوص نگرش‌های ناکارآمد این اتفاق کاملا بالعکس است. نگرش‌های ناکارآمد افراد با مداخله کاهش یافته است؛ به عبارت دیگر، روش شناختی رفتاری بر نگرش‌های ناکارآمد افراد تأثیر گذاشته و باعث کاهش آن‌ها شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.2.3]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر خودکنترلی، خودبازداری و نگرش‌های ناکارآمد افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بود. یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر خودکنترلی، خودبازداری و نگرش‌های ناکارآمد مؤثر بوده و باعث افزایش خودکنترلی و خودبازداری وکاهش نگرش‌های ناکارآمد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد شده است. یافته‌های حاصل از این پژوهش در مورد متغیر خودکنترلی با نتایج تحقیقات پیشین همسو است (آب‌نیکی و همکاران، ۱۳۹۴؛ صدری دمیرچی و آقازاده اصل، ۱۳۹۶؛ شیخ الاسلامی و همکاران، ۱۳۹۶؛ تقوی، ۱۳۹۰؛ هنیشو و همکاران، ۱۹۸۴؛ هیون و همکاران، ۲۰۱۳ و اتشیدت، ۱۹۹۱). همچنین نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر در مورد متغیر خودبازداری نیز با نتایج پژوهش روح‌الامین (۱۳۹۸) و رضایی و جایروند (۱۳۹۵) همسو است. از طرف دیگر روش شناختی رفتاری در مورد بعضی از جنبه‌های خودبازداری از جمله پرخاشگری، کنترل تکانه و مسؤلیت‌پذیری در تحقیقات مختلف به کار رفته که می‌توان نتایج پژوهش حاضر را با نتایج آن پژوهش‌ها همسو دانست (نجفی و مرادزاده خراسانی، ۱۳۹۴؛ حدادی و همکاران، ۱۳۸۸؛ حسینی و تبرایی، ۱۳۹۴ و اتشیدت، ۱۹۹۱). در نهایت این نتایج در مورد نگرش‌های ناکارآمد با نتایج پژوهش پیشین همسو است (ابراهیم تیمور، ۲۰۱۶؛ کریستیا و همکاران، ۲۰۱۵؛ نجفی، ۱۳۹۵؛ خاکپور و مهرآفرید، ۱۳۹۰).

خودکنترلی بالا آمادگی بیشتری برای اجتناب از اقدامات وسوسه انگیز اعتیاد و سایر رفتارهای انحرافی در افراد ایجاد می‌کند. بنابراین موفقیت در کنترل رفتارها و هیجانات انحرافی و مدیریت موقعیت‌های پرخطر باعث افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی افراد شده و انگیزه آن‌ها را برای اجتناب از رفتارهای انحرافی افزایش می‌دهد. از طرف دیگر نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین خودکنترلی و مسؤلیت پذیری رابطه مثبتی وجود دارد (احمدی جویبار، ۱۳۹۶). بنابراین با تقویت خودکنترلی حس مسؤلیت‌پذیری هم تقویت می‌گردد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که روش شناختی رفتاری با تأکید بر مؤلفه‌های تعهد، کنترل، مبارزه‌جویی، خودکارآمدی، مسؤلیت‌پذیری، عزت‌نفس و ایجاد انگیزه سبب افزایش سرسختی و حس بالای کنترل در افراد شود.

در رابطه با متغیر خودبازداری می‌توان گفت که افرادی که خودبازداری پایینی دارند، در پیش‌بینی پیامدهای بلند مدت رفتار خود مشکل دارند. بدین ترتیب پیامدهای رفتار اعتیادی خود را به میزان کمتری بازبینی می‌کنند. برعکس افرادی که دارای خودکنترلی بالایی هستند به آسانی می‌توانند آینده‌ی سوء رفتار خود را تشخیص دهند و جلوی پیامدهای منفی را بگیرند. لذا روش شناختی رفتاری با تأکید بر به تأخیر انداختن نیازها و خواسته‌های آنی، توجه به پیامدها و تأکید بر پاداش‌های درازمدت سبب افزایش خودبازداری در افراد می‌گردد. همچنین افرادی که قادر به مدیریت خشم هستند در کنترل هیجان‌های منفی خود موفق‌تر عمل می‌کنند و این مسأله به برقراری روابط بین فردی آنان کمک می‌کند. بنابراین خودبازداری به عنوان توانایی پیروی از درخواست‌های معقول، تعدیل رفتارها مطابق با موقعیت، به تأخیر انداختن ارضاء یک خواسته در چارچوب پذیرفته شده اجتماعی به افراد کمک می‌کند (عابدی و شاکر، ۱۳۹۵). از طرف دیگر در بسیاری از موارد تلاش برای مهار رفتارهای تکانه‌ای و عدم توفیق در کنترل آن‌ها به احساس شرم و سرزنش خود و افسردگی و ارتکاب جرم منجر می‌شود. در این مورد نیز روش شناختی رفتاری با ارائه راهکارهای مناسب خلق و روحیه افراد را بهبود می‌بخشد و خودبازداری را افزایش می‌دهد. بنابراین بطور کلی روش شناختی رفتاری با تأکید بر مدیریت و اداره هیجانات از جمله خشم و کنترل تکانه‌ها، مسؤلیت‌پذیری، حس خودارزشمندی، خویشتن‌داری، مراعات دیگران و جلوگیری از رفتارهای انحرافی سبب تقویت سیستم خودبازداری در افراد می‌شود و از این طریق باعث افزایش میزان آمادگی فرد برای مقابله و اجتناب از رفتارهای پرخطر می‌گردد.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که روش شناختی رفتاری بر نگرش‌های ناکارآمد افراد مؤثر است. ریشه بسیاری از ناراحتی‌ها و اختلالات رفتاری و روانی انسان در انواع عقاید و باورهای غیرمنطقی نهفته است. باورهای غیرمنطقی عامل اصلی مشکلات انسانی است. این باورها بر روان فرد تأثیر گذاشته و عامل تعیین‌کننده چگونگی تعبیر و تفسیر رویدادها و تنظیم کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف‌اند. این نگرش‌ها مطابق با واقعیت نیستند و تعادل فرد را بر هم زده و مانع ایجاد نظم شده و از مواجهه موفقیت‌آمیز با شرایط و موقعیت‌ها جلوگیری می‌کنند (فلدرمن[1]، ۱۹۷۹ به نقل از کاویانی، حمید و عنایتی، ۱۳۹۲). روش شناختی رفتاری با شناسایی نگرش‌های ناکارآمد و افکار غیرمنطقی و کمال‌گرایانه به اصلاح و بازسازی و تغییر آن‌ها اقدام می‌کند و از این طریق سبب کاهش نگرش‌های ناکارآمد در افراد می‌شود. از طرف دیگر هرچه فرد دارای دیدگاه‌های ناکارآمد و ناسازگارانه بیشتری باشد منفعلانه‌تر عمل کرده و کمتر در پی اصلاح سبک زندگی خود بر می‌آید. در نتیجه می‌توان انتظار داشت که روش شناختی رفتاری با شناسایی و اصلاح افکار ناسازگاز مانع انفعال بیشتر افراد

[1]. feldman

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.2.3]

شده از این رو به احتمال بیشتری به اصلاح سبک زندگی خویش اقدام می‌کنند و در پی اصلاح انواع کژ فکری‌ها و درمان افسردگی، ناامیدی و غیره بر می‌آیند. در نتیجه روش شناختی رفتاری با کاهش نگرش‌های ناکارآمد می‌تواند مانع انواع رفتارهای پرخطر از جمله اعتیاد شود.

از جمله محدودیت پژوهش حاضر می‌توان به حجم پایین نمونه، امکان سوگیری به خاطر ابزارهای خودگزارشی به کار رفته در پژوهش و کوتاه بودن زمان جمع‌آوری داده‌ها و پیگیری اشاره کرد. بنابراین با توجه به اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودکنترلی و خودبازداری و با توجه به نقشی که خودکنترلی و خودبازداری در جلوگیری از عود دارند، پیشنهاد می‌شود که درمان شناختی - رفتاری با سایر متغیرهای مهار از جمله خود انضباط دهی، مدیریت خود، کنش اجرایی خود و خود نظم دهی به کار گرفته شود و اثر احتمالی آن‌ها بر جلوگیری از عود سنجیده شود. روش شناختی رفتاری علاوه بر شناسایی و ارزیابی افکار و باورهای منفی در خود، جهان و آینده و کاستی‌های درون‌فردی به ایجاد رفتارها و نگرش‌های مناسب و جایگزینی نگرش‌ها و طرحواره‌های ناسازگار با رفتار مناسب و ایجاد مهارت‌های ارتباطی و افزایش احساس مسئولیت به افراد معتاد کمک می‌کند. بنابراین با توجه به نقش نگرش‌ها و باورهای مخرب در اعتیاد و عود پیشنهاد می‌شود، که از این روش در مراکز مختلفی که با اعتیاد سروکار دارند، استفاده گردد.

منابع

آب‌نیکی، الهام؛ ابوالقاسمی، عباس؛ عباسی، معصومه؛ معزز، رقیه و جلالی، راضیه (۱۳۹۴). اثر بخشی مداخله گروهی شناختی رفتاری مدیریت استرس بر افزایش سرسختی و خودکنترلی زنان افسرده. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۱۹ (۵)*، ۱۸۸- ۹۹.

احمدی جویبار، مریم (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین خودکنترلی و مسؤلیت‌پذیری در دانش آموزان پایه ششم. *فصلنامه تخصصی روانشناسی، علوم اجتماعی و تربیتی*، ۱ (۲)، ۷۰-۶۳.

ابراهیمی، امراله؛ موسوی، سید غفور (۱۳۹۱). ویژگی روانسنجی مقیاس نگرش¬های ناکارآمد (DAS- 26) در بیماران مبتلا به اختلال خلقی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱ (۵)، ۲۸-۲۰.

بشرپور، سجاد؛ عطا دخت، اکبر؛ خسروی‌نیا، دیبا؛ نریمانی، محمد (۱۳۹۲). نقش خودکنترلی و دلسوزی به خود در پیش¬بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد. *مجله سلامت و مراقبت، ۱۵ (۴)، ۷۰-۶۰.*

بشریان، سعید؛ حیدرنیا، علیرضا؛ اله وردی، حمید؛ حاجی زاده، ابراهیم (۱۳۹۱). بررسی رابطه خودکنترلی با تمایل نوجوانان به مصرف مواد مخدر. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۲۰ (۱)، ۴۵-۵۳.

حدادی، روح‌اله؛ رستمی، رضا؛ رحیمی‌نژاد، عباس و اکبری زردخانه، سعید (۱۳۸۸). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری ولع مصرف و شدت اعتیاد. *اعتیاد پژوهی، ۳ (۱۰)، ۵۱-۲۹.*

حسن آباد، فاطمه؛ حبیبی عسگر اباد، مجتبی؛ خوش کنش، ابوالقاسم (۱۳۹۶). مقایسه نگرش¬های ناکارآمد، اهمال کاری و سبک¬های تصمیم‌گیری در معتادان، با و بدون سابقه عود. *سلامت اجتماعی*، ۴ (۲)، ۱۵۵- ۱۴۷.

حسینی فرد، علی و تبرایی، فاطمه (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش گروهی شناختی رفتاری مسؤلیت‌پذیری و کفایت اجتماعی و پرخاشگری دانش‌آموزان دبیرستان شهر بهشهر. *کنفرانس بین المللی پژوهش در علوم رفتاری و اجتماعی*. ترکیه، استانبول: مؤسسه ایده پزداز پایتخت ایلیا.

تقوی، زهره (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم و افزایش خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی. *اولین همایش ملی یافته‌های علوم شناختی در تعلیم و تربیت*، دانشگاه فردوسی مشهد، ۲۲۳- ۲۰۶.

جانفزا، منور؛ شیرازی، محمود (۱۳۹۴). نقش پیش بینی کنندگی دشواری‌های تنظیم هیجانی و خودکنترلی با استعداد به اعتیاد در افراد وابسته به مواد. *اعتیاد پژوهی، ۹ (۳۳)، ۶۹- ۵۸.*

خاکپور، مسعود؛ مهر آفرید، معصومه (۱۳۹۱). تأثیر مداخله شناختی رفتاری گروهی بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد، ناامیدی و افکار خودکشی در زندانیان جوان. *مجله مطالعات پیشگیری از جرم، ۷ (۲۵)، ۱۵۴-۱۳۹.*

چشمه سنگی، زهرا؛ کرد تمینی، بهمن؛ کهرازیی، فرهاد (۱۳۹۵). نقش رفتار جرأت‌مندانه در خودتاب‌آوری و خودکنترلی زنان معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی*، ۱۰ (38)، ۱۶۴-۱۸۲.

رستمی، صادق.(۱۳۹۲). بررسی رابطه بین خودبازداری و اضطراب اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه ولیعصر .پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی انار.

رضایی، سعیده؛ جایروند، حمداله (۱۳۹۵). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر خودبازداری معتادان نگهداری در مراکز کمپ‌های ترک اعتیاد .*چهارمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، مؤسسه آموزش عالی مهر اروند*

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.2.3]

روح‌الامین، مریم (۱۳۹۸). بررسی خودبازداری و نظام باورها در افراد مصرف‌کننده مت‌آمفتامین در شروع و پایان جلسه درمانی ماتریکس در مراکز ترک اعتیاد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۳ (۵۱)، ۱۰۶-۸۹.

سهرابی، فرامرز؛ اعظمی،یوسف؛ دوستیان، یونس (۱۳۹۳). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد در افراد وابسته به مواد و افراد عادی. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۵ (۱)، ۷۲-۵۹.

شیخ السلام، علی؛ قمری کیوی، حسین؛ اشرفی ورجوی، صبا (۱۳۹۶). تأثیر روش آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکنترلی دانش‌آموزان دختر. *پژوهش در نظام‌های آموزشی، ۹ (۲۸)، ۱۰۴-۸۷.*

صالح‌زاده، مریم؛ نجفی، محمد رضا؛ ابراهیمی، امراله (۱۳۹۰). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر نگرش‌های ناکارامد در بیماران مبتلا به صرع. *مجله علمی پژوهشی دانشکده علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۹ (۳)، ۳۸۷- ۳۷۷ .*

صدری دمیرچی، اسماعیل؛ آقازاده اصل، مهناز (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوهی گروهی بر مؤلفه‌های خودکنترلی و راهبردهای مقابله‌ای بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *ارمغان دانش، ۲۲ (۶)، ۸۰۳- ۷۹۱.*

عابدی، زیبا؛ شاکر دلق، علی (۱۳۹۵). مقایسه خودبازداری، بنیان¬های اخلاقی و جهت‌گیری زندگی در والدین سازگار و ناسازگار کودکان آموزش‌پذیر کم‌توان ذهنی. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۶ (۱)، ۳۰-۱۷.

کاویانی، زینب؛ حمید، نجمه و؛ عنایتی، میرصلاح الدین (۱۳۹۲). بررسی تأثیر روش شناختی رفتاری مذهب محور بر تاب آوری و نگرش‌های ناکارآمد زوجیین. *فصلنامه پژوهش‌های روانشناختی*، ۳ (۳۲)، ۲۰۵- ۱۹۱.

کوایمتسیدیس، ک؛ دراموند، ک و؛ تارير، ن (2013). *درمان شناختی رفتاری اعتیاد*. (مترجم شهرام محمدخانی و قدرت عابدی). تهران: انتشارات دانژه.

مغانلو، مهناز و کولیوند، زهرا (۱۳۹۷). مقایسه تمایز یافتگی خود و خودکنترلی شناختی معتادان موفق به ترک و مبتلایان به وابستگی مواد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۲ (۴۶)، ۱۲۰-۱۰۱.

مهرام، بهروز؛ ساکتی، پرویز (۱۳۸۷). نقش مولفه¬های برنامه درسی در خودکنترلی دانشجویان (مطالعه موردی دانشگاه فردوسی مشهد). مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان(۱۰۰۰-۹۹۷)، دانشگاه شیراز.

نجفی، محمود و مرادزاده خراسانی، سهیلا (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر پرخاشگری افراد معتاد. *اعتیاد پژوهی*، ۹ (۳۶)، ۹۴- ۸۱.

نجفی، ندا (۱۳۹۵). تعین میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی -رفتاری بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد و میزان استرس در نوجوانان مبتلا به بیماری کرونر قلبی. *مجله پژشکی رازی*، ۲۱ (۱۲۸)، ۱۷-۷.

Adams, G. (2000). *Adolescent development :the essential readings* Oxford, United Kingdom: John Wiley and Sons Ltd.

Balagoy, J., & Singer Pavel, S. (2004). Four Dimensions of Self-Defining Memories (Specificity, Meaning, Content, and Affect) and Their Relationships to Self-Restraint, Distress, and Repressive Defensiveness. *Journal Of Personality*, 72 (3), 481-512.

Baler, Ruben D., &, Volkow, Nora D. (2006). Drug addiction: the neurobiology of disrupted self-control. *Trends in Molecular Medicine*, 12 (12), 559- 566.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59 (1),20-28.

Bowlin, S., & Baer, R. (2012). Relationships between mindfulness, selfcontrol, and psychological functioning. *Personality And Individual Differences*, 52 (3),411- 415.

Brian, M., Jamie., A., & Ming, T. (2018). Using expectancy-value theory to understand academic self-control. *Learning And Instruction*, 58, 22-33.

Brown, G., Hammen, C., Craske, M., & Wickens, T. D.(1995). Dimentions of Dysfunctional Attitudes as Vulnerabilities in Depressive Symptom. *Journal Of Abnormal Psychology*, 104 (3), 431-435.

Carrol, K., & Onken, L. (2009). Behavioral therapies for drug abuse. *The American Journal of Psychiatr*, 162,1452-1461.

Chioqueta , A., & Stiles , T. (2004). Psychometric properties of the Norwegian version of the Dysfunctional Attitude Scale (form A). *Cognit Behav Therap*,۳۳ (2), 83-86.

Crestea, i., Huaiber, M., Daniel, D., Steven, D., Andersson, G., & Pim, C. (2015). The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 42, 62- 71.

Darin, W. (2013). Post-humanism, addiction and the loss of self-control: Reflections on the missing core in addiction science. *International Journal Of Drug Policy*, 24, 173-181.

David, A., Ann, H., Ajay, B., Priya, V., & Mary, J. (2012). Former heroin addicts with or without a history of cocaine dependence are more impulsive than controls. *Drug And Alcohol Dependence Journal*, 124 (6), 113-120.

Duckworth, A., Gendler, T., & Gross, J. (2014). Self-control in school-age children. *Educational Psychologist*,49 (3), 199-217.

Dawe, S., Gullo, M., & Loxton, N. (2004). Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of implusivity: implications for substance misuse. *Addictive Behaviors*, 29, 1389-1405.

Gilbert, P. (2005). *Compassion and cruelty: a bio psychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy (pp: 9–74). London: Rutledge.*

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.2.3]

Etscheidt, S (1991). Reducing Aggressive Behavior and Improving Self-Control: A Cognitive-Behavioral Training Program for Behaviorally Disordered Adolescents. *Behavioral Disorders*, 16 (2),107-115.

Gjestad, R., Franck , J., Hagtvet , K., & Haver, B. (2011). Level and Change in Alcohol Consumption, Depression and Dysfunctional Attitudes among Females Treated for Alcohol Addiction. *J Alcohol Alcohol*, 46 (3), 292- 300.

Goldsmith,A. A., Tran, G., Smith, J., & How, S. R. (2009). Alcohol Expectancies and Drinking Motives in College Drinker: Mediating effects on the relationship between generalized anxiety and heavy drinking in negative-affect situations. *Addictive Behavior*, 34 (6-7), 505-513.

Helmut, H., & Baier, D. (2019). Self-control and offending in late adulthood. Investigating self-control's interaction with opportunities and criminal associations in advanced age. *Journal Of Criminal Justice*, 60, 117-129.

Hinshaw, S. P., Henker, B., & Carol, K. (1984). Self-Control in Hyperactive Boys in Anger-Inducing Situations: Effects of Cognitive-Behavioral Training and of Methyiphenidate. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 12 (1), 55-77.

Holman, R. (2004). *Emotion and motive Effects on Drug Related cognition. Handbook of addictive disorders a practical Guide to diagnosis and treatment.* New Jersey: United States of America published John wiley & sons.

Hyun, Myung-Sun., Chung, Hyang-In., De Gange, J., & Kang, H. (2014). The Effects of Cognitive-Behavioral Therapy on Depression, Anger, and Self-Control for Korean Soldiers. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*,52 (2), 22-28.

Ioana, A., Marcus, J., Daniel, D., Steven, D., Gerhard, A., & Pim, C. (2015). The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking. A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 42, 62-71.

Jackson, KM., Sher, KJ., & Wood , PM. (2000). Prospective analysis of co morbidity: Tobacco and alcoholu use disorder. *j Abnorm psychol*, 109, 676- 694.

Johnson, R. E., Lin, S-H., & Lee, H. W. (2018). Self-Control as the Fuel for Effective Self-Regulation at Work: Antecedents, Consequences, and Boundary Conditions of Employee Self-Control. *Advances In Motivation Science*, 5, 87-128.

Kotabe, H., & Hofmann, W. (2015). On integrating the components of self-control. *Perspectives On Psychological Science*,10, 618-638.

Kruglanski, A., & Higgins , E. (2007). *social Psychology.* 2nd Ed. Davision Of Guilford Publications, lnc.

Lubman, D., Yucel, M., & Pantelis, C. (2004). Adiction , a condition of compulsive behavior? Neuroimaging and neuropsychological evidence of inhibitory dysregulation. *Addiction*, 99 ،1491-1502.

Nielsen, D A (2012). Former heroin addicts with or without a history of cocaine dependence are more impulsive than controls. *Drug and Alcohol Dependence Journal*, 124 (6),113-120.

Sumter, S., Bokhorst, C., & Westenberg, P.M. (2008). The robustness of the factor structure of the self- restraint scale: what dose self- restraint encompass? PP 85-93.

Sussman, S., Clyde, W., & Leu, L. (2000). The one-year prospective prediction of substance abuse and dependence among high-risk adolescents. *Journal Of Substance Abuse*, 12 (4), 373- 386.

Tangney, J., Baumeister, R., & Boone , A. (2004). High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal Of Personality*, 72 (2),271-324.

Taymur, I., Ersin, B., Hakan, D., Hatice, A., kadir, O., & Buket, B. (2016). A study of the relationship between internet addiction, psychopathology and dysfunctional beliefs. *Computers In Human Behavior*, 61, 532-536.

Weissman, A., & Beck, A. (1978). Development and validation of the dysfunctional attitude scale. Paper presented at the annual meeting of the association for the advancement of behavior therapy. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Ontario, Canada. Available at: https://eric.ed.gov/?id=ED167619.

Weinberg, D (2013). Post-humanism, addiction and the loss of self-control: Reflections on the missing core in addiction science. *International Journal of Drug Policy*, 24 (3), 173-181.

Weinberger , DA., & Schwartz , GE (1990). Distress and restraint as superordinate dimensions of self-reported adjustment: A typological perspective. *Journal of personality*, 58 (2), 381-417.

Wildermuth, A. (2008). Cognitive behaviour group therapy for adolescents with type diabetes. Dissertation for P.h.D in Psychology, Regent University.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.2.3]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.2.3]