Original Article

Relationship between metacognition and perfectionism with duration of methadone maintenance treatment in addicts referred to addiction treatment centers

Afshari A[1*], Ghaffari M[2]

1- Department of Psychology, Faculty of Human Science, University of Maragheh, Maragheh, I.R. Iran.
2- Department of Psychology, University of Payame Noor, Malekan, I.R. Iran.

Received: 2018/11/2 | Accepted: 2019/03/13

Abstract:

Background: Different psychological variables are effective in the continuation of substance abuse. This study aimed to investigate the relationship between metacognition and perfectionism with duration of methadone maintenance treatment in addicts referred to addiction treatment centers in Tabriz.

Materials and Methods: This descriptive-correlational study was performed on 196 people referred to Shams, Sadra and Ehya clinics in Tabriz in 2017. The research instrument was a questionnaire of metacognitive with positive and negative perfectionism scales. Data were analyzed using multiple regression and Pearson correlation by SPSS ver.25 software.

Results: The findings showed that there was a significant relationship between metacognition and duration of treatment (P<0.01, r=0.18). In addition, there was a significant relationship between perfectionism and duration of treatment (P<0.01, r=0.25).

Conclusion: It can be concluded that there is a significant relationship between metacognition and perfectionism with maintenance of methadone maintenance therapy, and metacognition has the highest predictive power of maintenance of preservation therapy.

Keywords: Metacognition, Perfectionism, Methadone maintenance therapy

***Corresponding Author:**
Email: aliafshari.psy@gmail.com
Tel: 0098 913 371 9018
Fax: 0098 413 727 6060

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, June, 2019; Vol. 23, No 2, Pages 177-184

Please cite this article as: Afshari A, Ghaffari M. Relationship between metacognition and perfectionism with duration of methadone maintenance treatment in addicts referring to addiction treatment centers. ***Feyz*** 2019; 23(2): 177-84.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

رابطه‌ی بین فراشناخت و کمال‌گرایی با دوام درمان نگه‌دارنده با متادون در معتادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد

علی افشاری [*۱]، مظفر غفاری [۲]

خلاصه:

سابقه و هدف: متغیرهای روانشناختی متفاوتی در تداوم سوء مصرف مواد مؤثر می‌باشند. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی بین فراشناخت و کمال‌گرایی با دوام درمان نگه‌دارنده با متادون در معتادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد تبریز انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه توصیفی- همبستگی حاضر روی ۱۹۶ نفر از افراد مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های شمس، صدرا و احیای شهر تبریز طی سال ۱۳۹۶ انجام شد. ابزار پژوهش شامل: پرسشنامه فراشناخت و مقیاس کمال‌گرایی مثبت و منفی بود. تحلیل نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۵ و با روش آماری رگرسیون چندگانه و همبستگی پیرسون انجام شد.

نتایج: یافته‌های به‌دست آمده، نشان داد که بین فراشناخت با مدت درمان، رابطه معناداری وجود دارد ($P>۰/۰۱$ و $r=۰/۱۸$). همچنین بین کمال‌گرایی با مدت درمان ($P>۰/۰۱$ و $r=۰/۲۵$) رابطه معنی‌داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد بین فراشناخت و کمال‌گرایی با دوام درمان نگه‌دارنده با متادون رابطه‌ی معناداری وجود دارد و فراشناخت بیشترین قدرت پیش‌بینی دوام درمان نگه‌دارنده را دارد.

واژگان کلیدی: فراشناخت، کمال‌گرایی، درمان نگه‌دارنده با متادون

دو ماه‌نامه علمی- پژوهشی فیض، دوره بیست و سوم، شماره ۲، خرداد-تیر ۹۸، صفحات ۱۸۴-۱۷۷

مقدمه

سوء استفاده از مواد مخدر از مشکلات بزرگ پزشکی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی می‌باشد. با وجود عدم مقبولیت مصرف مواد افیونی از نظر اجتماعی، طبقات مختلف افراد با این مسأله به صورت جدی درگیر می‌باشند، به‌طوری‌که سلامت فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد و همچنین موجب انحطاط روانی و اخلاقی فردی می‌شود. اختلال سوء مصرف مواد یک اختلال عودکننده مزمن است و با مسائل زیادی در حوزه‌های پزشکی، روانپزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی و معنوی همراه است. این اختلال نه تنها زندگی فرد را تحت الشعاع قرار می‌دهد، بلکه نواقص و ناراحتی‌های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد می‌کند. اعتیاد مانند هر اختلال مزمن دیگری به مدیریت درمان در طول زمان نیاز دارد [۱]. اعتیاد به مواد مخدر یا (اختلال وابسته مواد) به‌دلیل ماهیت زیستی، روانی، اجتماعی انسان از پیچیدگی خاصّی برخوردار است، به همین علت درمان این اختلال با تأکید بر یک رویکرد محض، اغلب دشوار و ناکارآمد است.

۱. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ملکان، ایران

* **نشانی نویسنده مسؤول:**

آذربایجان شرقی، مراغه، میدان مادر، بلوار پروفسور قنادی، دانشگاه مراغه، گروه روانشناسی

تلفن: ۰۹۱۳۳۷۱۹۰۱۸ **دورنویس:** ۰۴۱۳۷۲۷۶۰۶۰

پست الکترونیک: aliafshari.psy@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۸/۱۱ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۳۹۷/۱۲/۲۲

نتایج مطالعات پژوهشگران، بیانگر این حقیقت است که مانند بسیاری از اختلالات روانی دیگر، کارآمدترین رویکرد درمانی در کاهش یا ترک مصرف مواد اعتیادآور شامل ترکیبی از شیوه-های جسمی و روانی است. با توجه به این‌که بیماری اعتیاد یک بیماری جسمانی نیست و شامل جنبه‌های روانی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد و همچنین عوامل متعددی در ایجاد این پدیده نقش دارند، بنابراین درمان این بیماری نیز شامل جنبه‌های مختلف می‌شود و بسیار پیچیده‌تر و مشکل‌تر از درمان بیماری-های دیگر می‌باشد. به‌همین منظور پژوهش‌ها و مطالعات زیادی در این زمینه صورت گرفته است تا روش‌های درمانی، هرچه بیشتر بتواند جهت کمک به فرد مبتلا موفق باشد و تا حدّ ممکن درصد عود بیماری کاهش یابد. با وجود پیشرفت‌های به دست آمده در درمان این اختلال، بازگشت به دوره‌های سنگین و غیرقابل کنترل مصرف همچنان یک مشکل شایع است. بیشتر سوء مصرف‌کنندگان مواد پس از سم‌زدایی و ورود به درمان‌های توان‌بخشی، طی ۹۰ روز پس از شروع درمان، مجدداً مواد مصرف می‌کنند [۲]. به همین علت، امروزه در همه‌ی روش‌های درمانی بر حفظ و نگه‌داری رفتار جدید افراد تحت درمان یا به عبارتی پیشگیری از عود تأکید می‌شود [۳]. رضایت بیمار از درمان جایگزین، عامل پیش‌بینی‌کننده درمان موفق و ماندن در ترک محسوب می‌شود [۴]. بنابراین ارزیابی حالت‌ها و عوامل تأثیرگذار بر میزان رضایت از درمان جایگزین با متادون، از موارد لازم در امر درمان محسوب می‌شود [۵]. هرچه میزان

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

نشانه‌های ترک دارو در افراد بیشتر باشد، میزان رضایت از درمان و در نتیجه گرایش به ماندن در ترک، کمتر می‌شود [۶]. در طی سال‌های گذشته برنامه‌های درمانی مختلفی برای درمان اعتیاد معرفی شده‌اند. برنامه‌های درمانی در قالب درمان‌های دارویی و غیر دارویی ایفای نقش کرده‌اند. یکی از درمان‌های دارویی مؤثر در طی سال‌های گذشته و در حال حاضر، برنامه درمان نگه دارنده با داروی متادون است. در مصرف‌کنندگان اپیوئیدها، درمان دارویی غالب، مصرف داروی متادون است که در اغلب کشورهای دنیا در حال اجرا می‌باشد. نتایج مطالعات نشان داده است که این دارو جایگزین مناسبی به خصوص برای اپیوئیدها بوده و تأثیر مطلوبی بر کاهش مصرف مواد، ولع مصرف، علائم ترک، علائم روان‌پزشکی و رفتارهای خطرناک این بیماران در دوره درمان داشته است. بسیاری از بیماران وابسته به مواد مخدر که متادون مصرف می‌کنند، نشانه‌های قابل مشاهده ترک مواد را گزارش می‌کنند، اما شکایت کمتری از این نشانه‌ها دارند [۷]. در برخی دیگر، نشانه‌های ترک مشاهده شده است، ولی شکایت‌هایی از قبیل: بی‌قراری، درد، یا عصبی بودن را نشان داده‌اند [۸]. بنابراین عوامل دیگری به غیر از نشانه‌های جسمی ترک مواد مخدر بر میزان دریافت و درک نشانه‌های ترک مواد و به تبع آن بر میزان رضایت درمان‌جویان از درمان وجود دارد [۹]. نتایج درمان نگه‌دارنده تحت تأثیر شرایط درمان و ویژگی‌های فردی یا محیطی است و این عوامل می‌توانند میزان ماندگاری در درمان را پیش‌بینی کنند [۱۰]. پژوهشگران اعتقاد دارند ویژگی‌های شخصیتی معین در شروع، شکل‌گیری و تداوم وابستگی به سوء مصرف مواد نقش مهمّی دارند [۱۱]. شماری از محققان بر تأثیر درمان‌های شناختی- رفتاری در درمان بیماران وابسته به مواد تأکید دارند. در این رویکرد به تغییر تفکر، کاهش باورهای غیرمنطقی و نگرش منفی نسبت به مواد مخدر تأکید می‌شود. این فرآیند به واسطه ارتباط میان اضطراب و ولع مصرف قابل تبیین می‌باشد [۱۲]. از سوی دیگر درمان فراشناختی یک گام جلوتر رفته، رویکردی تحول‌گرا در حیطه‌ی درمان‌های شناختی می‌باشد. فراشناخت، دانش یا فرآیند شناختی است که در ارزیابی، بازبینی یا مهارت شناخت بیماری نقش دارد و عملکرد شناختی را تنظیم می‌کند [۱۳]. اکثر نظریه‌پردازان فراشناخت معتقدند زمانی‌که فرد مسلح به سلاح فراشناخت باشد، به راحتی با برنامه‌ریزی و کنترلی که بر تکلیف خواهد داشت، می‌تواند علاوه بر کاهش شدت و میزان استرس ادراک شده خود از موقعیت‌های مختلف، عملکرد خود را بهبود بخشد [۱۴]. درمان فراشناختی با تمرکز بر شرایط فردی و مفهوم‌سازی موردی، نسخه ویژه‌ای برای فرد تدوین می‌کند که اثربخشی درمان را با طراحی درمان مناسب هر فرد، عملی‌تر و ممکن‌تر می‌سازد [۱۵،۱۶]. فراشناخت یکی از متغیرهایی است که در جریان سوء استفاده مواد مخدر مختل می‌شود و ممکن است به‌طور ویژه‌ای با تحلیل‌های شناختی افراد وابسته به مواد مخدر ارتباط داشته باشد. از دیدگاه فراشناختی، سوء استفاده از مواد، تغییرات سریع معنی‌داری در رویدادهای شناختی، مانند: احساسات، افکار یا خاطرات به وجود می‌آورد. مواد مخدر و داروهای روان‌گردان ممکن است رویدادهای شناختی را به‌طورمستقیم (برای مثال: ایجاد آرامش، ایجاد اجتناب، گریز از شناخت‌های دردناک و ایجاد آگاهی و توجه) و یا به‌طور غیرمستقیم (برای مثال: احساس دل‌بستگی، بهت‌زدگی و ارزیابی‌های سرکوب‌شده) با تغییر باورها و نگرش‌ها در مورد اجتناب از رویدادهای شناختی تحت تأثیر قرار دهد. این تغییرات شناختی ممکن است حاصل تقویت‌کننده‌های مثبت و منفی نیرومندی از مصرف مواد مخدر باشند. به علاوه، استفاده از مواد مخدر نه تنها ممکن است باورها و انتظارات مثبتی را در مورد اثر مواد مخدر و روان‌گردان به وجود آورد، بلکه باعث به دست آوردن دانش و آگاهی درباره پیامدهای تمایل به آن در فرد می‌شود که ممکن است با باورهای اختصاصی و نگرش در مورد تأثیر رویدادهای شناختی مرتبط باشد [۱۴]. از جمله متغیرهای دیگری که می‌تواند در سوء استفاده از مصرف مواد مؤثر باشد، کمال‌گرایی است. کمال‌گرایی به‌عنوان مجموعه‌ای از معیارهای بسیار بالا برای عملکرد است که با خودارزیابی‌های منفی، انتقادات و سرزنش خود همراه می‌باشد [۱۷]. کمال گرایی تمایل پایدار فرد به وضع معیارهای کامل و دست‌نیافتنی و تلاش برای تحقق آن‌ها است و با خودارزشیابی انتقادی از عملکرد شخصی همراه می‌باشد [۱۸]. کمال‌گرایی به‌عنوان سبک نوروتیک و منفی در رفتار مورد توجه قرار گرفته است [۱۹] که می‌تواند منجر به مشکلات بین فردی شود [۲۰]. به عبارت دیگر کمال‌گرایی در کنار مشکلات بین فردی درصد قابل توجهی از اختلالات شخصیت را نیز پیش‌بینی می‌کند و افراد دارای اختلال شخصیت معمولاً دارای ویژگی‌های کمال‌گرایانه و مشکلات بین فردی بیشتری هستند. بر اساس تقسیم‌بندی بهنجار- نوروتیک، دو نوع کمال‌گرایی متمایز شده است: کمال‌گرایی مثبت یا انطباقی، استانداردهای شخصی سطح بالا اما قابل دسترس، گرایش به نظم و سازماندهی در امور، احساس رضایت‌مندی از عملکرد خود، جستجو برای تعالی در امور و انگیزش برای رسیدن به پاداش‌های مثبت، مشخص می‌شود. کمال‌گرایی منفی یا غیر انطباقی با استانداردهای سطح بالا

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

و غیر واقع‌بینانه، نگرانی مفرط درباره اشتباهات و نقایص شخصی، ادراک فشار زیاد از محیط برای کامل بودن، ادراک فاصله زیاد بین عملکرد شخصی و استانداردها و شک و تردید اجبارگونه در امور و پرهیز از عواقب کارکردهای شخصی تعریف می‌شود [۲۱]. معیارهای سخت برای ارزشیابی از خود به واکنش‌های نابهنجار و احساس بی‌ارزشی و بی‌هدفی می‌انجامد که این می‌تواند زمینه استفاده از مواد مخدر را در فرد فراهم سازد. افراد کمال‌گرا، هنگام تجربه شکست، به جای استفاده از فعالیت‌های خود کنترلی، از طریق سرزنش خود به دنبال کامل بودن هستند [۲۲]. از این رو، این افراد بیشتر در معرض خطر مواد مخدر قرار می‌گیرند و در واقع خودکارآمدی امتناع از مصرف مواد در آن‌ها ضعیف‌تر و خودکارآمدی مصرف مواد در آن‌ها تقویت می‌شود. هویت و فلت [۲۱] سه بعد کمال‌گرایی خویشتن‌مدار، دیگر مدار و جامعه‌مدار را متمایز کرده‌اند. کمال گرایی خویشتن‌مدار با تمایل به وضع معیارهای غیرواقع‌بینانه برای خود و تمرکز بر نقص‌ها و شکست‌ها در عملکرد همراه با خود بازبینی‌های دقیق مشخص می‌شود. کمال‌گرایی دیگر مدار بیانگر تمایل به داشتن انتظارات افراطی و ارزشیابی انتقادی از دیگران می‌باشد. کمال‌گرایی جامعه‌مدار به احساس ضرورت رعایت معیارها و برآورده ساختن انتظارات تجویز شده از سوی جامعه و افراد مهم به منظور کسب تأیید اطلاق می‌شود [۱۹]. بر این اساس هدف از این پژوهش بررسی رابطه بین فراشناخت و کمال گرایی در دوام درمان نگه دارنده با متادون در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی و از نظر نحوه گردآوری داده‌ها از نوع مطالعات توصیفی (غیرآزمایشی) و از شاخه مطالعات میدانی به حساب می‌آید. جامعه آماری مورد پژوهش حاضر را کلیه بیماران تحت درمان MMT مراجعه‌کننده به درمانگاه ترک اعتیاد شمس، درمانگاه ترک اعتیاد صدرا و همچنین درمانگاه ترک اعتیاد احیای شهر تبریز در سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دهند که به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای خروج شامل عدم تمایل به همکاری افراد و مراکز نگه‌دارنده، نقص اطلاعات، کامل نبودن پرونده، عدم امکان ارتباط تلفنی و رها کردن دوره درمان بود. متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش شامل فراشناخت و کمال‌گرایی بود. به‌منظور سنجش فراشناخت از پرسشنامه فراشناخت (۲۰۰۴) Wells, Cartwright-Hatton استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۰ آیتم می‌باشد. هر آزمودنی به این آیتم‌ها با یک مقیاس ۴ درجه‌ای (از موافق نیستم تا خیلی موافقم) پاسخ می‌دهد. این پرسشنامه دارای ۵ مؤلفه باورهای مثبت در مورد نگرانی، اعتماد شناختی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل-ناپذیری افکار و باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی آن به‌ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۸ گزارش شده است. ضریب همبستگی آن با پرسشنامه اضطراب صفت- حالت اسپیل برگر (r=۰/۵۳) معنی‌دار می‌باشد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۵ به‌دست آمد. همچنین برای سنجش کمال‌گرایی از مقیاس کمال‌گرایی Positive and Negative Perfectionism Scale استفاده شد. این مقیاس دو خرده مقیاس مثبت و منفی دارد که با ۴۰ سؤال سنجیده می‌شود و هر آزمودنی به سؤالات با یک مقیاس پنج درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) پاسخ می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های کمال‌گرایی مثبت و منفی به‌ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۱ گزارش شده است. ضریب همبستگی خرده مقیاس‌های کمال-گرایی مثبت و منفی با مقیاس کمال‌گرایی هویت و فلت به‌ترتیب ۰/۴۶ و ۰/۵۳ می‌باشد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۶ به‌دست آمد. جهت رعایت موازین اخلاقی، کلیه فرم‌های اطلاعاتی بدون نام بوده، به هریک از شرکت-کنندگان در مطالعه یک کد دو رقمی تعلق گرفت. همچنین مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه مراغه (IR.UM.1397.002) تأیید و با دریافت رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان انجام شد و تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش در سطح توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در سطح توصیفی از شاخص‌های آماری نظیر میانگین، انحراف استاندارد و فراوانی به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شد و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی فرضیه‌های پژوهش به‌منظور بررسی وجود و نوع رابطه بین کمال‌گرایی و فراشناخت (به‌عنوان متغیرهای مستقل) و ماندن در درمان نگه‌دارنده (به‌عنوان متغیر وابسته) از ضرایب همبستگی و رگرسیون استفاده شد. همچنین برای تجزیه تحلیل داده‌های خام این پژوهش از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۵ استفاده شد.

نتایج

در این پژوهش، تعداد شرکت‌کنندگان زن ۳۱ نفر (۱۵/۸ درصد) و تعداد شرکت‌کنندگان مرد ۱۶۵ نفر (۸۴/۲ درصد) بود. شرکت‌کنندگان در دامنه سنی ۶۵-۲۱ سال بودند، و میانگین سنی افراد نمونه ۳۷/۶ بود. در زمینه سطح تحصیلات،

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

۴۴ نفر از افراد (۲۲/۴ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی، ۵۰ نفر از افراد (۲۵/۵ درصد) دارای تحصیلات سیکل، ۷۲ نفر از افراد (۳۶/۷ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۲۳ نفر از افراد (۱۱/۷ درصد) تحصیلات فوق دیپلم و ۷ نفر از افراد (۳/۶ درصد) دارای تحصیلات لیسانس بودند.

جدول شماره ۱- آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

	متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
فراشناخت	اعتماد شناختی	۱۲/۲	۴/۷	۶	۲۴
	باورهای مثبت در مورد نگرانی	۱۲/۴	۳/۷	۶	۲۲
	خودآگاهی شناختی	۱۵/۵	۴/۲	۶	۲۷
	باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار	۱۳/۲	۱/۴	۶	۲۲
	باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل	۱۳/۵	۳/۸	۶	۲۳
	کل	۶۶/۹	۱۴/۴	۳۳	۱۰۶
کمال‌گرایی	کمال‌گرایی مثبت	۷۶	۱۰/۷	۴۵	۹۳
	کمال‌گرایی منفی	۶۷/۹	۱۰/۵	۴۶	۹۴
	کل	۱۴۳/۹	۱۸/۵	۹۴	۱۷۶

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد کل متغیر فراشناخت برابر با ۶۶/۹ و ۱۴/۴ می‌باشد. بیشترین میانگین مربوط به خودآگاهی شناختی (۱۵/۵) و کمترین میانگین مربوط به اعتماد شناختی (۱۲/۲) می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف استاندارد کل کمال‌گرایی برابر با ۱۴۳/۹ و ۱۸/۵ می‌باشد. بیشترین میانگین مربوط به کمال‌گرایی مثبت (۷۶) و کمترین میانگین مربوط به کمال‌گرایی منفی (۶۷/۹) می‌باشد. به‌منظور بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون کومولوگروف- اسمیرونوف استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

جدول شماره ۲- نتایج آزمون تعیین نرمال بودن متغیرهای تحقیق

متغیر	آماره کومولوگروف - اسمیرونوف	احتمال معنی‌داری
فراشناخت	۰/۸۶	۰/۱۶۲
کمال‌گرایی	۱/۰۲	۰/۱۸۵

با توجه به اطلاعات جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود که مقدار احتمال معناداری متغیرها از سطح معناداری آزمون (۰/۰۵) بزرگ‌تر می‌باشد، درنتیجه فرض نرمال بودن متغیرهای تحقیق پذیرفته می‌شود.

جدول شماره ۳- جدول رگرسیون فراشناخت و کمال‌گرایی

متغیرها	ضریب بتا	سطح معنی‌داری	ضریب تعیین
فراشناخت	-۰/۲۶	۰/۰۰۰	
کمال‌گرایی	۰/۲۱	۰/۰۰۳	۰/۳۶

همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، با توجه به مقدار ضریب تعیین مشخص شد که ۳۶ درصد واریانس دوام درمان توسط متغیرهای پیش‌بین (فراشناخت و کمال‌گرایی) قابل تبیین است که از بین متغیرهای پیش‌بین، متغیر فراشناخت با توان پیش‌بینی یا ضریب بتا ۰/۲۶ در وهله اوّل مهم‌ترین پیش‌بینی-کننده دوام درمان محسوب می‌شود. به‌عبارتی متغیر فراشناخت از قدرت پیش‌بینی بالا و معکوسی برای دوام درمان برخوردار است.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

جدول شماره ۴- جدول ضریب همبستگی فراشناخت و کمال‌گرایی با مدت درمان

	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
مدت درمان	فراشناخت	اعتماد شناختی	۰/۱۱	۰/۱
		باورهای مثبت در مورد نگرانی	-۰/۲۵	۰/۰۰۰
		خودآگاهی شناختی	۰/۰۳	۰/۵
		باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار	-۰/۰۷	۰/۳
		باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل	-۰/۱۹	۰/۰۰۷
		کل	۰/۱۸	۰/۰۰۹
مدت درمان	کمال‌گرایی	کمال‌گرایی مثبت	۰/۲۲۱	۰/۰۰۲
		کمال‌گرایی منفی	-۰/۲۲۵	۰/۰۰۲
		کل	۰/۲۵	۰/۰۰۰

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، بین فراشناخت با مدت درمان رابطه معناداری وجود دارد (P>۰/۰۱ و r=۰/۱۸). همچنین بین کمال‌گرایی مثبت و منفی با مدت درمان رابطه معناداری وجود دارد (P>۰/۰۱ و r=۰/۲۵). به عبارتی با افزایش کمال‌گرایی در افراد، مدت زمانی که در درمان باقی می‌مانند، کاهش می‌یابد.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی رابطه بین فراشناخت و کمال‌گرایی در دوام درمان نگه‌دارنده با متادون در معتادان بستری در مراکز ترک اعتیاد در تبریز انجام پذیرفت. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که بین فراشناخت و دوام درمان رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های Mousavi و همکاران [۱۲] و Wells و همکاران [۲۳] همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت فراشناخت می‌تواند پیش‌بین قدرتمندی برای ماندن در درمان نگه‌دارنده باشد. باورهای فراشناختی ممکن است به‌طور بالقوه عاملی برای گرایش و استفاده از مواد مخدر باشد. همسو با پژوهش حاضر، یعقوبی، بساک‌نژاد، مهرابی‌زاده و ضمیری‌نژاد [۲۴]، در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان گروهی فراشناختی (MCT) بر علائم افسردگی معتادان تحت درمان نگه‌دارنده با متادون (MMT) شهر مشهد پرداختند. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی می‌تواند یک درمان کوتاه و مؤثر باشد. بدین‌ترتیب که افکار و احساسات بدون قضاوت و ارزیابی و با کمک تصویرسازی ذهنی انجام می‌گیرد؛ علاوه بر آن ما را با مفهوم ذهن‌آگاهی رفتارهای سوء مصرف مشکل‌زا و افزایش آگاهی ما به نقش خاصّ فراشناخت و ذهن‌آگاهی در زنجیره رفتارهای سوءمصرف و اختلالات هیجانی منطبق می‌کند. رویدادهای ناخوشایند شناختی با سوء استفاده از مصرف مواد ارتباط قوی دارد، در حالی که با رویدادهای خوشایند شناختی، این رابطه ضعیف می‌باشد. سوء مصرف داروهای روان‌گردان با ویژگی‌هایی از قبیل: برانگیختگی، عصبانیت، استرس و اضطراب مرتبط است. فراشناخت ممکن است مهم‌ترین میانجی مصرف مواد روان‌گردان در افرادی باشد که در جستجوی درمان هستند. داروها و الکل نه‌تنها به‌طور مستقیم رویدادهای شناختی نامطلوب را تغییر می‌دهند، بلکه آن‌ها قادر به تأثیرگذاری بر چگونگی مصرف مواد، درک شناخت و انتقال ناراحتی کمتر در آزمودنی‌ها می‌باشند. همچنین درمان فراشناختی به‌طور قابل توجهی ناامیدی و یأس را در افراد معتاد کاهش می‌دهد و نقش مؤثری در درمان ناامیدی و یأس افراد معتادی که تحت درمان نگه‌دارنده با متادون هستند، دارد. درمان فراشناختی می‌تواند یک درمان کوتاه و مؤثر باشد. بدین‌ترتیب که افکار و احساسات بدون قضاوت و ارزیابی و با کمک تصویرسازی ذهنی انجام می‌گیرد؛ علاوه بر آن ما را با مفهوم ذهن‌آگاهی رفتارهای سوء مصرف مشکل‌زا و افزایش آگاهی ما به نقش خاصّ فراشناخت و ذهن‌آگاهی در زنجیره رفتارهای سوءمصرف و اختلالات هیجانی منطبق می‌کند [۱۲]. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی با ماندن در درمان نگه‌دارنده با متادون رابطه‌ی مثبت معناداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌ها به این معناست که با افزایش کمال‌گرایی احتمال افزایش مدت درمان بیشتر می‌شود. ابوالقاسمی، احمدی و کیامرثی [۲۵] در پژوهشی به بررسی ارتباط فراشناخت و کمال‌گرایی با پیامدهای روان‌شناختی در افراد معتاد به مواد مخدر پرداختند که نتایج نشان دادند، افزایش سطح فراشناخت و کمال‌گرایی منفی باعث افزایش سطح پیامدهای روان‌شناختی می‌شود و افزایش سطح کمال‌گرایی مثبت، کاهش پیامدهای روان‌شناختی را به‌دنبال خواهد داشت[۲۶]. نتایج آن‌ها می‌تواند تأییدی بر نتایج حاصل از پژوهش ما باشد. اشخاص کمال‌گرا چون به‌طور مداوم توقعات و الزاماتی را از خود انتظار دارند که نمی‌توانند به آن‌ها

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

جامه‌ی عمل بپوشانند، در نتیجه از عملکرد خویش رضایت ندارند [۲۷]. در کمال‌گرایی به خاطر این‌که فرد دچار انتظارات بالا و غیر منطقی است ممکن است در رسیدن به این انتظارات دچار شکست شود و این شکست منجر به احساسات ناخوشایند، مانند: یأس، ناامیدی و افسردگی می‌شود و اضطراب ایجادشده می‌تواند با روان‌رنجوری رابطه داشته باشد. پس کمال‌گرایی با افسردگی، وسواس و روان‌رنجوری در ارتباط است. از سوی دیگر، افزایش کمال‌گرایی نابهنجار افراد را به سمت تشکیل طرح‌واره‌های ذهنی غیرواقع‌بینانه‌ای پیش می‌برد که زمینه را برای داشتن افکار روان‌پریشی فراهم می‌کند. افراد کمال‌گرا از آن‌جایی که بیش از حد بر عملکرد خود متمرکز می‌شوند و دائماً با نشخوارهای فکری مرتبط با معیارهای بالای عملکرد درگیر هستند، درون‌گرا می‌باشند. بنا به یافته‌های پژوهش، افرادی که دارای کمال‌گرایی منفی هستند، مدت زمان کمتری به ادامه ترک با متادون می‌پردازند، زیرا توانایی خود را جهت کنترل هیجانات منفی از دست داده و برای ترمیم حالات هیجانی و کاهش استرس به الگوی مصرف باز می‌گردند [۲۸].

بالعکس افرادی که دارای کمال‌گرایی مثبت هستند، به‌دلیل جلوگیری از افت اعتماد به نفسشان و افزایش در حرمت نفس خویش، مدت زمان طولانی‌تری را به مصرف نگه‌دارنده متادون اختصاص داده و ترک طولاتی‌تری خواهند داشت.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر رابطه بین فراشناخت و کمال‌گرایی در دوام درمان نگه‌دارنده با متادون مورد حمایت قرار گرفت. از بین دو متغیر مذکور، فراشناخت در دوام درمان نقش پررنگ‌تری ایفا می‌کند. بر این اساس می‌توان گفت تمرکز بر آموزش مهارت-های فراشناختی می‌تواند در دوام بیشتر ترک مواد مخدر تأثیرگذار باشد.

تشکر و قدردانی

از مدیریت و پرسنل کلینیک‌های ترک اعتیاد و همچنین کلیه شرکت‌کنندگان گرامی در این پژوهش تقدیر و تشکر می-شود.

References:

[1] Dalley DC, Marlatt GA. Substance abuse: a comprehensive textbook. 4thed. New York: Williams & Wilkins; 2009. p. 535-36.
[2] McKay JR, Franklin TR, Patapis N, Lynch KG. Conceptual, methodological and analytical issues in the study of relapse. ***Clin Psyche Rev Mar*** 2006; 26(2): 109-27.
[3] O'Leary LS. Personality traits and addiction relapse rate: is there a connection. ***Drug Alcohol Depend*** 2010; 23(12): 254-67.
[4] Whiskey GW, Stewart F, Peel NA. Four dimensions of personality Foundation (hopelessness, anxiety, impulsivity and sensation seeking) in the adolescent and young girls and boys. Personality: ***Theory Res*** 2014; 40(7): 113-30.
[5] Elkader AK, Brands B, Dunn E, Selby P, Sproule BA. Major depressive disorder and patient satisfaction in relation to methadone pharmacokinetics and pharmacodynamics in stabilized methadone maintenance patients. ***J Clin Psychopharmacology*** 2009; 29(1): 77-81.
[6] Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. ***Eur Psychiatry*** 2001; 16(5): 274-82.
[7] Kolb L, Himmelsbach CK. Clinical studies of drug addiction, III a critical review of the withdrawal treatments with method of evaluating abstinence syndromes. ***Am J Psychiatry*** 1938; 94(4): 59-99.
[8] Dyer KR, White JM. Patterns of symptom complaints in methadone maintenance patients. ***Addiction*** 2007; 92(11): 1445-55.
[9] Carroll KM. Implications of recent research for program quality in cocaine dependence treatment. ***Subs Use Misuse*** 2000; 35(12-14): 2011-30.
[10] Dawe S, Gullo MJ, Loxton NJ. Reward drive and rush impulsiveness as dimension of impulsivity: implications for substance misuse. ***Addict Behav*** 2004; 29(7): 1389-405.
[11] Ball SA. Big Five, alternative five, and seven personality dimensions: Validity in substance-dependent patients. In: Costa PT, Widiger TA, Editors. Personality disorders and the five-factor model of personality. Washington, DC, US: ***American Psychological Association*** 2002. p. 177-201.
[12] Mousavi Fard R, Khalatbar J. A Study on Effectiveness of Metacognitive Treatment Training on Hopelessness and Despair of Addicted People Being Treated by Methadone in Tehran: ***J Appl Environ Biol Sci*** 2015; 5(3): 144-51.
[13] Shiralinezhad F, Hajmohammadi R, Sanatnama M, Shabani M. Perfectionism mediating role between metacognitive and test anxiety. ***An-Noor Reviewed J*** 2018; 22(2): 154-60.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]

[14] Fowles DC. Electro dermal hyperactivity and antisocial behavior: does anxiety mediate the relationship? ***J Affective Disorders*** 2000; 61(3): 177-89.
[15] Mosavi SV, Faraji R, Zebardast A, Esmaiel Zade J. Effectiveness of Meditation as a Meta-Cognitive Therapy in Reducing Anxiety in Pregnant Women in the Last Trimester of Pregnancy**.** ***J Guilan Uni Med Sci*** 2018; 27(106): 32-43. [In Persian]
[16] Vorhölter K. Conceptualization and measuring of metacognitive modeling competencies: Empirical verification of theoretical assumptions. ***ZDM Mathematics Education*** 2018; 50(1-2): 343–54.
[17] Kaviani N, Mohammadi K, Zarei E, The Relationship between Perfectionism and Coping Strategies in Drug-dependent Men: ***Addict Health*** 2014; 6(1-2): 45-53.
[18] Frost R, Maren P, Lahart C, Rosenblate R. The dimension of perfectionism. ***Cognitive Therapy Res*** 1990; 14(5): 449-68.
[19] Besharat MA. Dimensions of perfectionism in depressed and anxious patients. ***Psychoscience*** 2009; 1(3): 263-48. [in Persian]
[20] Besharat MA, Kashanaki H. Perfectionism Dimensions and Interpersonal Problems: Gender Differences. ***J Rooyeshe-e-Ravanshenasi*** 2018; 6(4): 73-92. [in Persian]
[21] Hewitt PL, Flett GL. "Perfectionism in the self and social contents: Conceptualization, assessment and association whit psychology". ***J Pers Soc Psychol*** 1991; 60(3): 456-70.
[22] Arana FG, Furlan L. Groups of perfectionists, test anxiety, and pre-exam coping in Argentine students. ***Personality Individual Differences*** 2016; 90: 169–73.
[23] Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. ***Behav Res Therapy*** 2004; 42(4): 385-96.
[24] Yaghubi Asgarabadi E, Basak nejad S. Mehrabi zade honarmand M, Zamiri nejad S. Effectiveness of metacognitive therapy (MCT) on depressed addicts under methadone Maintenance treatment (MMT) in city mashhad of Iran. ***J North Khorasan Univ Med Sci*** 2013; 5(1): 175. [in Persian]
[25] Abolqasemi A, Narimani M. Psychological tests. Ardebil: Publishing the garden of Rezvan, 2005.
[26] Terry-Short LA, Owens RG, Dewey ME. Positive and negative perfectionism. ***Pers Individ Dif*** 1995; 18(5): 663-8.
[27] Antony MM, Purdon CL, Huta V, Swinson RP. Dimension of Perfectionism across the Anxiety Disorders. ***J Behav Res Therapy*** 1998; 36(12): 1143-54.
[28] Pirnia B, Rezaei M, Mansour S, Soleimani A A, Pirkhaefi A, Soleimani A. Addiction and psychological consequences, the relationship between anxiety and craving index induction in patients treated with methadone maintenance with and without symptoms of anxiety. ***Shenakht J Psychol Psychiatry*** 2016; 3(2): 33-43. [in Persian]

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11]