

# تبیین انگیزش درمان بر اساس خود کنترلی شناختی و دلسوزی به خود در افراد وابسته به مواد

\*دکتر سجاد بشرپور (PhD) - دکتر اکبر عطادخت (PhD) - دیبا خسروی نیا (MA) - دکتر محمد نیرمانی (PhD)

نویسنده مسئول: دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

پست الکترونیک: basharpoor\_sajjad@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۱۱/۲۸ تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۵/۰۵

## چکیده

مقدمه: انگیزش درمان با تأثیر بر جستجو، تکمیل و پذیرش آن و تغییر بلندمدت در رفتار، عنصری کلیدی در درمان و بهبود اختلال مصرف مواد است.

هدف: تعیین نقش خودکنترلی شناختی و دلسوزی به خود در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد

مواد و روش‌ها: این پژوهش به شیوه مقطعی اجرا شد. همه 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. 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. داده‌ها نیز با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه و چندمتغیره تحلیل شد.

نتایج: انگیزش درمان به‌طور منفی با خودکنترلی شناختی ( $p < 0/001; r = -0/41$ ) و به‌طور مثبت با مؤلفه‌های مهربانی به خود ( $p < 0/001; r = 0/37$ )، خوددآوری ( $p < 0/001; r = 0/32$ )، وجه مشترک انسانی ( $p < 0/001; r = 0/33$ )، انزو ( $p < 0/001; r = 0/32$ )، ذهن‌آگاهی ( $p < 0/001; r = 0/40$ ) و همدردی بیش از حد ( $p < 0/001; r = 0/36$ ) ارتباط داشت. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که ۳۰ درصد واریانس انگیزش درمان، ۲۰ درصد واریانس بازشناسی مشکل، ۲۸ درصد واریانس دوسوگرایی و ۲۴ درصد واریانس کام‌پرداری به وسیله دلسوزی به خود و خودکنترلی شناختی تبیین می‌شد.

بحث و نتیجه‌گیری: خودکنترلی شناختی و دلسوزی به خود در پیش‌بینی انگیزش درمان و آمادگی برای تغییر افراد وابسته به مواد نقش دارد.

کلید واژه‌ها: اعتیاد به مواد مخدر / انگیزش

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و سوم شماره ۹۲، صفحات: ۵۲-۴۲

## مقدمه

نشان می‌دهد؛ به طوری که طی ۴۰ سال گذشته روند کلی آن رو به افزایش بوده است (۶). با توجه به آمارهای فوق برنامه‌های پیشگیری و بازتوانی زیادی برای اعتیاد طراحی و اجرا شده است؛ ولی بدبختانه آمار اعتیاد بویژه در افرادی که پیشینه ترک داشتند، همچنان بالاست (۷). بنابراین، با توجه به میزان بالای عود به‌نظر می‌رسد عوامل موثر بر انگیزه ترک و ادامه پرهیز به‌طور ریزبینانه شناسایی نشده و روش‌های درمانی و برنامه‌های کنترل اثربخشی خیلی بالایی ندارند (۸). بر اساس آمارهای موجود، افراد معتاد بیش از ۲ الی ۳ بار به مراکز بازپروری مراجعه می‌کنند، این نکته نشان می‌دهد که میزان عود اعتیاد به‌طور چشمگیری بالاست (۹). بررسی‌ها نشان می‌دهند ۲۰ تا ۹۰ درصد معتادانی که زیردرمان قرار

وابستگی به مواد اختلالی 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 فرامرزی است، زیرا از یک‌سو سلامت جامعه را تهدید کرده و از سوی دیگر با بسیاری از بزه‌ها، جنایت‌ها و بیماری‌ها ارتباط دارد (۲) و پیامدهای روانی، رفتاری و اجتماعی زیادی بدنبال دارد (۳). براساس برآوردهای موجود تنها در ایالات متحده، ۲۲/۶ میلیون نفر سوءمصرف‌کننده مواد محرک هستند (۴). تعداد مصرف‌کنندگان مواد در 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 است (۵). آمارهای موجود میزان مصرف مواد مخدر را بالا

تفاوت‌های افراد معتاد از نظر پیشایندها و پیامدهای درمانی را توجیه کنند. کلونینگر Cloninger نشان داد که عوامل شخصیتی می‌توانند سوء مصرف‌کنندگان مواد را بر اساس نیمرخ بالینی متمایز سازند (۱۷). مورگن استرن، کاهلر و اپستین (Morgenstern, Kahler & Epstein) نیز نشان دادند که صفات شخصیتی می‌توانند چگونگی پاسخ‌دهی افراد وابسته به مواد نسبت به درمان را پیش‌بینی کنند (۱۸). کومیو، استیوارت و لوبا (Comeau, Stewart & Loba) نشان داده‌اند که ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند انگیزش متفاوت مصرف مواد و الگوی پاسخ‌های ذهنی، رفتاری و نوروفیزیولوژی به آثار حاد سوء مصرف مواد را توجیه کند (۱۹). از ویژگی‌های شخصیتی که به نظر می‌رسد با رفتارهای اعتیادی ارتباط داشته و به‌عنوان عامل شخصیتی حفاظتی در برابر گرایش به مصرف مواد عمل کند دلسوزی به خود (Self compassion) است. دلسوزی به خود شکل سالم خودپذیری است که نشانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های ناخواسته خود و زندگی‌مان می‌باشد. این سازه شامل سه مؤلفه اصلی است: ۱. مهربان بودن و درک خود در مواقع رنج یا بی‌کفایتی ادراک شده ۲. وجه مشترک انسانی (Common humanity) و تشخیص این‌که درد و ناکامی، جنبه‌های اجتناب‌ناپذیر تجربه مشترک انسانی هستند و ۳. آگاهی متعادل از هیجان‌های شخصی - یعنی توانایی مواجهه (نه اجتناب) بدون اغراق، نمایش و ترحم به خود (self pity) با احساس و فکرهای دردناک (۲۰). گیلبرت (Gilbert) پیشنهاد کرد که دلسوزی به خود به دلیل این‌که به افراد کمک می‌کند تا احساس امنیت، پیوستگی و آرامش هیجانی داشته باشند می‌تواند به‌زیستی فرد را ارتقای دهد (۲۱). چندین مطالعه نشان داده‌اند که دلسوزی به خود عامل پیش‌بینی‌کننده قدرتمندی در سلامت روانی است. برای مثال دلسوزی به خود با خودانتقادی، افسردگی، اضطراب، نشخوارگری (Rumination)، سرکوب افکار و کمال‌گرایی نوروپیک رابطه منفی داشته‌است (۲۰). در مطالعه‌ای این متغیر، کاهش فشار روانی به دنبال مشارکت در برنامه کاهش فشار روانی را تبیین کرد (۲۲). همچنین افزایش دلسوزی به خود، بهبود سلامت روانشناختی را با گذشت زمان پیش‌بینی می‌کند (۲۳). نتایج

می‌گیرند، دچار عود می‌شوند (۱۰). در بیشتر موارد آنها درباره ترک اعتیاد خود تردید دارند، این تردید و احساس دودلی باعث می‌شود آنها بسرعت درصدد درمان نباشند یا حتی هرگز به درمان خود نیاندیشند. همه این‌ها از مشکلات مربوط به انگیزش افراد معتاد برای ترک اعتیاد است (۱۱). چون انگیزه، اولین گام مهم برای هر کار یا هر نوع تغییر در رفتار است، در درمان اختلال مصرف مواد نیز انگیزش درمان‌جویان برای تغییر یکی از نکته‌های مهم مورد توجه بالینی بوده‌است. انگیزش تغییر و درمان که به عنوان مسئولیت‌پذیری و وظیفه‌شناسی درمانجو توصیف شده یک پیش‌نیاز بزرگ در درمان به حساب می‌آید که بدون آن درمانگر نمی‌تواند در درمان موفق شود (۱۲). اصغری، ابراهیمی، چهره‌برقی و مولایی نشان دادند که کاستی در انگیزه ترک در عود اعتیاد نقش دارد (۱۳). کانینگهام، کامرون و کوسکی جانیس (Cunningham, Cameron & Koski) نیز نتیجه گرفتند افراد معتادی که بدون درمان بهبود می‌یابند فرایندی ارزیابی شناختی را می‌گذرانند که در طی آن همه جوانب مثبت و منفی رفتار ارزیابی شده و در نهایت سود و زیان‌های انتظاری تغییر یکی از راه‌های توجیه انگیزشی آزمودنی‌ها برای ترک است (۱۴). ویلیام و میلر (Miller & William) طی نتایج یک پژوهش طولی نشان دادند که سطح انگیزه هر فرد عامل پیش‌بین بسیار نیرومندی در این مورد است که آیا فرد ماده مصرفی را تغییر خواهد داد یا نه؟ از طرف دیگر افزایش انگیزه با افزایش مشارکت در درمان و نتایج مثبت درمان، کاهش در مصرف مواد، نرخ پرهیز بالاتر، تنظیم اجتماعی بهتر و ارجاع موفق در درمان همراه است (۱۵). جورج، دانیسا، جنیفر و پاتریک (George, Patrick & Danica, Jennifer) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که انگیزه بالای پیش از درمان، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تر مشاوره در طی درمان است. این مطالعات نشان می‌دهند که انگیزه در روابط درمانی و بهبود اهمیت زیادی دارد (۱۶). بر این اساس در گستره مطالعات مربوط به اعتیاد نیز پژوهش‌هایی به دنبال تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده انگیزش درمان در افراد معتاد بوده‌اند. مطالعات نشان می‌دهند که ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند

مرحله آموزشی با روش‌های خاص خودکنترلی باشد (کنترل محرک)، در دوام کاهش مصرف سیگار نسبت به یک روش درمانی که تنها به آموزش در کنترل محرک می‌پردازد، موثرتر خواهد بود (۲۶). لانگشور، تورنر و استین (Longshore, D, Turner, Stein) به ارتباط بین سوء مصرف الکل و خودکنترلی کم دانش‌آموزان اشاره کرده و بین افراد با خودکنترلی بالا و مصرف الکل همبستگی منفی گزارش کرده‌اند (۳۲). استفن، ویلسون و ماسلین (Stephen, Wilson & MacLean) نشان دادند که خودکنترلی به‌طور متفاوتی با ابعاد متمایز وابستگی به نیکوتین ارتباط داشته‌است. به ویژه خودکنترلی با اجبار در مصرف سیگار به‌علت ولع و تمایل به اجتناب از نشانه‌های ترک همبستگی منفی دارد (۳۳). کوچارد (Chauchard) و همکاران در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که خودشناسی، خودکنترلی، نگرانی در مورد سلامت، روابط بین فردی و پذیرش اجتماعی به احتمال زیاد در پرهیز افراد بعد از ترک مواد دخالت دارند (۳۴).

امروزه وابستگی به مواد به صورت یک مشکل جهانی درآمده‌است. در ایران نیز طی ۲۰ سال گذشته، میزان رشد سوء مصرف مواد بیش از ۳ برابر نرخ رشد جمعیت بوده‌است (۳۵). عوارض بسیار جدی اعتیاد بر سلامت فرد، زندگی خانوادگی، اقتصاد، امنیت و رشد فرهنگی جامعه بسیار گسترده و ژرف است (۳۶). به این ترتیب درمان اعتیاد همواره به عنوان یکی از دغدغه‌های سیاست‌گذاران سلامت مطرح بوده و نیز مبالغ چشم‌گیری از اعتبار بخش سلامت را به خود اختصاص می‌دهد. به‌رغم این میزان، انگیزه بیشتر معتادان به ترک پایین بوده و این نکته از دلایل اصلی عود اعتیاد به حساب می‌آید. (۳۷-۳۹). لذا، شناسایی عوامل مؤثر بر میزان اشتیاق و انگیزش درمان افراد معتاد می‌تواند گام مهمی در ارتقای دانش نظری و طراحی روش‌های مداخله مبتنی بر انگیزش در حوزه درمان اعتیاد به حساب آید. با توجه به این هدف پژوهش حاضر تبیین انگیزش درمان افراد وابسته به مواد بر اساس خودکنترلی شناختی و دلسوزی به خود بود.

### مواد و روش‌ها

جامعه آماری پژوهش همه معتادان مراجعه‌کننده به مراکز

مطالعه ایسکیندر و آکین (Iskender & Akin) نشان داد که مهربانی به خود، وجه مشترک انسانی و ذهن آگاهی به‌طور منفی و خودداوری، انزوا و همدردی بیش از حد به‌طور مثبت به اعتیاد به اینترنت مرتبط است (۲۴).

شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که تفاوت‌های فردی در خودکنترلی شناختی (Cognitive self-control) نیز می‌تواند در پیامدهای درمانی اختلال 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 چیرگی بخش اول هر کدام از این زوج‌ها بر قسمت دوم است (۲۵). تقویت سیستم اعتقادی خودکنترلی باعث افزایش آمادگی فرد برای اجتناب از وسوسه سیگار کشیدن می‌شود، در نتیجه موفقیت در کاهش مصرف سیگار، اعتقاد به توانایی خودکنترلی تقویت می‌شود (۲۶). افرادی که خودکنترلی پایینی دارند بخت زیادی برای تجربه مواد و درگیر شدن با مشکلات مربوط به مصرف مواد دارند. پژوهش‌های تجربی زیادی با استفاده از روش‌های مبتنی بر شواهد گوناگون به ارتباط بین خودکنترلی کم و مشکلات مربوط به الکل، ماری‌جوانا، کوکائین و سایر مواد مخدر دست یافته‌اند (۲۷). در این رابطه، ساسمن، دنت و لیو (Sussman, Dent & Leu) در پژوهش خود که با یک نمونه ۱۰۵۰ نفری انجام شد، نشان دادند که بین کاربرد سیگار، مصرف الکل، ماری‌جوانا و دیگر مواد مخدر با خودکنترلی پایین رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد (۲۸). ساوادی (Sawadi) خودکنترلی پایین را به عنوان یک عامل کلیدی برای سوء مصرف مواد در جوانان معرفی کرده‌است (۲۹). بشیریان، حیدرنیا، اله‌وردی‌پور و حاجی‌زاده نیز نشان داده‌اند که خودکنترلی عامل مهم و کلیدی در گرایش نوجوانان به مواد مخدر است (۳۰). خدایاری فرد، شهابی و زردخانه در مطالعه‌ای که بر دانشجویان پسر دوره کارشناسی دانشگاه تهران انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بین خودکنترلی پایین و گرایش به مصرف مواد رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد (۳۱). بلیتنر، گلدبیرگ و میرام (Blittner & Goldberg & Meraum) نشان داده‌اند رویکرد درمانی که برپایه یک مرحله شناختی باشد و سیستم اعتقادی خودکنترلی را ایجاد و تقویت کند و همچنین شامل یک

مخالقم (۱) تا به شدت موافقم (۵) پاسخ می‌دهند که نمره پایین نشان‌دهنده خودکنترلی شناختی بالا است و برعکس طبق پژوهش‌های پیشین تحلیل عاملی آیت‌های این مقیاس تنها یک عامل را بازتاب می‌دهد.

نمرات آزمودنی‌های در این مقیاس همبستگی معنی‌داری با سایر سنج‌های شناختی خود کنترلی نشان داده و ضریب پایایی این آزمون نیز  $0/81$  بود (۴۱). ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در مطالعه ما نیز  $0/86$  بدست آمد.

۳. مقیاس دلسوزی به خود: این ابزار یک مقیاس خود گزارشی ۲۶ سوالی است که توسط نف Neff در سال ۲۰۰۳ ساخته شد. این مقیاس ۶ خرده مقیاس مهربانی به خود (۵ آیت)، خود داوری (۵ آیت)، وجه مشترک انسانی (۴ آیت)، انزوا (۴ آیت)، ذهن‌آگاهی (۴ آیت) و همدردی بیش از حد (۴ آیت) را در بر می‌گیرد. آزمودنی‌ها به سوالات این مقیاس در مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از صفر (تقریباً هرگز) تا چهار (تقریباً همیشه) پاسخ می‌دهند. میانگین نمرات این ۶ مقیاس نیز (با احتساب نمرات معکوس) نمره کلی دلسوزی به خود را به دست می‌دهد. 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 می‌کند. ثبات درونی این پرسشنامه در تحقیقات گذشته  $0/92$  و پایایی بازآزمایی آن نیز  $0/93$  بوده است (۲۰). ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بر روی یک نمونه ایرانی نیز در دامنه  $0/61$  برای همدردی بیش از حد تا  $0/89$  برای ذهن‌آگاهی گزارش شده است (۴۲).

### نتایج

۱۵۰ آزمودنی مرد با میانگین سنی  $28/92$  و انحراف معیار  $8/01$  سال در این پژوهش شرکت کردند.  $13$  نفر ( $8/7\%$ ) تحصیلات ابتدایی،  $42$  نفر ( $28\%$ ) راهنمایی،  $63$  نفر ( $42\%$ ) دبیرستان،  $28$  نفر ( $18/7\%$ ) کارشناسی و  $4$  نفر ( $2/7\%$ ) نیز تحصیلات بالاتر از کارشناسی داشتند.  $23$  نفر ( $15/3\%$ ) میزان درآمد ماهیانه خود را پایین‌تر از  $300$  هزار تومان،  $45$  نفر ( $30\%$ ) بین  $300$  تا  $500$  هزار تومان،  $47$  نفر ( $31/3\%$ ) بین

سربایی ترک اعتیاد شهر شیراز در نیمه اول سال  $1392$  بودند.  $150$  معناد از این مراکز به شیوه تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب و در پژوهش شرکت داده شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات ابتدا با مراجعه به سازمان بهزیستی و دانشگاه علوم پزشکی شهر شیراز فهرست تمامی مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز که  $13$  مرکز بود تهیه، سپس، به صورت تصادفی  $5$  مرکز از  $13$  مرکز انتخاب و پس از مراجعه به مراکز مربوطه از هر مرکز  $30$  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 بدهند. برای تحلیل داده‌ها نیز از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه و چندمتغیره استفاده شد.

۱. مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان: این مقیاس ابزاری تجربی است که توسط میلر و تونینگان (Miller & Tonigan) در سال  $1996$  برای ارزیابی آمادگی تغییر در سوءمصرف‌کنندگان مواد طراحی شده است. این ابزار  $19$  پرسش دارد و انگیزش درمان را در یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) در سه خرده مقیاس بازشناسی (Recognition)، دوسوگرایی (Ambivalence) و گام‌برداری (Footstep) اندازه می‌گیرد. نمره‌های آزمودنی‌ها در سه مؤلفه بازشناسی ( $r=0/96$ )، گام‌برداری ( $r=0/94$ ) و دوسوگرایی ( $r=0/88$ ) در این آزمون همبستگی بالایی با نمره‌های نسخه  $39$  سوالی این مقیاس نشان داده است. ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس بازشناسی در دامنه  $0/85$  تا  $0/95$ ، دوسوگرایی در دامنه  $0/60$  تا  $0/88$  و گام‌برداری در دامنه  $0/83$  تا  $0/96$  بدست آمده است (۴۰). این ضریب بر نمونه مطالعه ما نیز به ترتیب  $0/76$  برای بازشناسی،  $0/71$  برای دوسوگرایی و  $0/85$  برای گام‌برداری بدست آمد.

۲. مقیاس خودکنترلی شناختی: مقیاس خودکنترلی شناختی یک ابزار  $23$  سوالی است که توسط گراسمیک Grasmick و همکاران (۱۹۹۳) برای ارزیابی میزان کنترل شناختی افراد نسبت به خود ساخته شده است. آزمودنی‌ها به پرسش‌های این مقیاس در یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از به شدت

۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان و ۵۳ نفر (۲۳/۳٪) نیز بالاتر از یک میلیون اعلام کردند ۱۲۲ نفر (۸۱/۳٪) پیشینه ترک داشتند و ۲۸ نفر (۱۸/۷٪) نیز سابقه ترک نداشتند.

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

متغیرها	M (±SD)	بازشناسی	دوسوگرایی	گام برداری	خودکنترلی شناختی	دلسوزی به خود	مهربانی به خود	خودداوری	وجه مشترک انسانی	انزوا	ذهن آگاهی	همدردی بیش از حد
۱. انگیزش درمان	۷۵/۵۱ (±۱۵/۷۵)	۰/۹۳ <sup>***</sup>	۰/۸۹ <sup>***</sup>	۰/۹۴ <sup>***</sup>	-۰/۴۱ <sup>***</sup>	۰/۰۵	۰/۳۷ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۳۳ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۴۰ <sup>***</sup>	۰/۳۶ <sup>***</sup>
۲. بازشناسی	۲۷/۸۳ (±۶/۰۶)	۰/۷۹ <sup>***</sup>	۰/۸۰ <sup>***</sup>	-۰/۴۱ <sup>***</sup>	۰/۰۲	۰/۳۴ <sup>***</sup>	۰/۳۸ <sup>***</sup>	۰/۳۱ <sup>***</sup>	۰/۲۹ <sup>***</sup>	۰/۴۱ <sup>***</sup>	۰/۳۴ <sup>***</sup>	
۳. دوسوگرایی	۱۵/۸۶ (±۳/۸۷)	۰/۷۷ <sup>***</sup>	-۰/۴۲ <sup>***</sup>	۰/۰۳	۰/۳۴ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۲۸ <sup>***</sup>	۰/۲۷ <sup>***</sup>	۰/۳۸ <sup>***</sup>	۰/۳۳ <sup>***</sup>	۰/۳۳ <sup>***</sup>	
۴. گام برداری	۳۱/۶۸ (±۷/۸۷)	-۰/۳۳ <sup>***</sup>	۰/۰۸	۰/۲۴ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۲۵ <sup>***</sup>	۰/۰۸	۰/۳۶ <sup>***</sup>	۰/۳۱ <sup>***</sup>	۰/۳۰ <sup>***</sup>	۰/۳۰ <sup>***</sup>	
۵. خودکنترلی - شناختی	۵۸/۰۲ (±۱۲/۹۲)	-	-	۰/۳۷ <sup>***</sup>	-۰/۲۱ <sup>***</sup>	-	۰/۳۹ <sup>***</sup>	-	-	-	-	
۶. دلسوزی به خود	۷۹/۷۸ (±۹/۲۸)	۰/۴۷ <sup>***</sup>	۰/۴۸ <sup>***</sup>	-۰/۴۰ <sup>***</sup>	۰/۴۷ <sup>***</sup>	-	۰/۴۸ <sup>***</sup>	۰/۴۴ <sup>***</sup>	۰/۴۴ <sup>***</sup>	۰/۴۱ <sup>***</sup>	۰/۴۱ <sup>***</sup>	
۷. مهربانی به خود	۱۴/۹۲ (±۴/۳۳)	۰/۳۱ <sup>***</sup>	۰/۵۲ <sup>***</sup>	۰/۳۳ <sup>***</sup>	۰/۵۷ <sup>***</sup>	۰/۳۹ <sup>***</sup>	۰/۳۹ <sup>***</sup>	۰/۳۹ <sup>***</sup>	۰/۳۹ <sup>***</sup>	۰/۳۹ <sup>***</sup>	۰/۳۹ <sup>***</sup>	
۸. قضاوت از خود	۱۴/۵۴ (±۳/۷۴)	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۵۰ <sup>***</sup>	۰/۳۷ <sup>***</sup>	۰/۵۸ <sup>***</sup>	۰/۲۴ <sup>***</sup>	۰/۲۴ <sup>***</sup>	۰/۲۴ <sup>***</sup>	۰/۲۴ <sup>***</sup>	۰/۲۴ <sup>***</sup>	۰/۲۴ <sup>***</sup>	
۹. وجه مشترک انسانی	۱۲/۱۲ (±۳/۲۱)	۰/۳۴ <sup>***</sup>	۰/۶۳ <sup>***</sup>	۰/۲۴ <sup>***</sup>	۰/۲۴ <sup>***</sup>	۰/۲۴ <sup>***</sup>	۰/۲۴ <sup>***</sup>	۰/۲۴ <sup>***</sup>	۰/۲۴ <sup>***</sup>	۰/۲۴ <sup>***</sup>	۰/۲۴ <sup>***</sup>	
۱۰. انزوا	۱۱/۷۳ (±۳/۳۳)	۰/۳۶ <sup>***</sup>	۰/۷۱ <sup>***</sup>	۰/۷۱ <sup>***</sup>	۰/۷۱ <sup>***</sup>	۰/۷۱ <sup>***</sup>	۰/۷۱ <sup>***</sup>	۰/۷۱ <sup>***</sup>	۰/۷۱ <sup>***</sup>	۰/۷۱ <sup>***</sup>	۰/۷۱ <sup>***</sup>	
۱۱. ذهن آگاهی	۱۲/۴۰ (±۳/۳۳)	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	
۱۲. همدردی بیش از حد	۱۱/۶۹ (±۳/۴۹)	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	۰/۳۲ <sup>***</sup>	

$p < 0.05^*$ ,  $P < 0.01^{**}$ ,  $P < 0.001^{***}$

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که انگیزش درمان به‌طور منفی با خودکنترلی شناختی ( $p < 0.001$ ;  $r = -0.41$ ) و به‌طور مثبت با مؤلفه‌های مهربانی به خود ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.37$ )، خودداوری ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.33$ )، وجه مشترک انسانی ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.32$ )، انزوا ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.32$ )، ذهن آگاهی ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.40$ ) و همدردی بیش از حد ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.36$ ) مرتبط می‌باشد. بازشناسی (مؤلفه اول انگیزش درمان) با خودکنترلی شناختی ( $p < 0.001$ ;  $r = -0.41$ ) رابطه منفی، ولی با مهربانی به خود ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.37$ )، خودداوری ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.34$ )، وجه مشترک انسانی ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.37$ )، انزوا ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.32$ ) و همدردی بیش از حد ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.33$ ) رابطه مثبت دارد. گام برداری (مؤلفه سوم انگیزش درمان) با خودکنترلی شناختی ( $p < 0.001$ ;  $r = -0.33$ )، وجه مشترک انسانی ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.37$ )، خودداوری ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.32$ )، وجه مشترک انسانی ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.34$ )، انزوا ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.31$ ) و همدردی بیش از حد ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.33$ ) رابطه مثبت دارد. ذهن آگاهی (مؤلفه دوم انگیزش درمان) با خودکنترلی شناختی ( $p < 0.001$ ;  $r = -0.42$ )، وجه مشترک انسانی ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.28$ )، انزوا ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.27$ )، ذهن آگاهی ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.38$ ) و همدردی بیش از حد ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.33$ ) رابطه مثبت دارد.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که انگیزش درمان به‌طور منفی با خودکنترلی شناختی ( $p < 0.001$ ;  $r = -0.41$ ) و به‌طور مثبت با مؤلفه‌های مهربانی به خود ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.37$ )، خودداوری ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.33$ )، وجه مشترک انسانی ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.32$ )، انزوا ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.32$ )، ذهن آگاهی ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.40$ ) و همدردی بیش از حد ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.36$ ) مرتبط می‌باشد. بازشناسی (مؤلفه اول انگیزش درمان) با خودکنترلی شناختی ( $p < 0.001$ ;  $r = -0.41$ ) رابطه منفی، ولی با مهربانی به خود ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.37$ )، خودداوری ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.34$ )، وجه مشترک انسانی ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.37$ )، انزوا ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.32$ ) و همدردی بیش از حد ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.33$ ) رابطه مثبت دارد. گام برداری (مؤلفه سوم انگیزش درمان) با خودکنترلی شناختی ( $p < 0.001$ ;  $r = -0.33$ )، وجه مشترک انسانی ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.37$ )، خودداوری ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.32$ )، وجه مشترک انسانی ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.34$ )، انزوا ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.31$ ) و همدردی بیش از حد ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.33$ ) رابطه مثبت دارد. ذهن آگاهی (مؤلفه دوم انگیزش درمان) با خودکنترلی شناختی ( $p < 0.001$ ;  $r = -0.42$ )، وجه مشترک انسانی ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.28$ )، انزوا ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.27$ )، ذهن آگاهی ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.38$ ) و همدردی بیش از حد ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.33$ ) رابطه مثبت دارد.

تبیین انگیزش درمان بر اساس خود کنترلی... (p<0/001، F=0/36) و همدردی بیش از حد (p<0/001؛ F=0/30) رابطه مثبت دارد.

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

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R <sup>2</sup>	F	Sig	B	SEB	β	t	Sig	آماره‌های هم خطی تحمل VIF
		0/30	7/85	0/001						
	مهربانی به خود				0/16	0/36	0/04	0/65	0/65	0/57
	خودداوری				-0/27	0/44	-0/06	-0/61	0/54	0/50
انگیزش درمان	وجه مشترک انسانی				0/52	0/50	0/10	1/03	0/30	0/55
	انزوا				0/05	0/53	0/01	0/10	0/91	0/44
	ذهن آگاهی				1/15	0/50	0/24	2/28	0/02	0/49
	همدردی بیش از حد				0/54	0/54	0/12	1/00	0/32	0/39
	خودکنترلی شناختی				-0/38	0/11	-0/31	-3/28	0/001	0/62

نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که از مولفه‌های دلسوزی به خود، ذهن آگاهی ( $\beta=0/24$ ؛  $p<0/01$ )، به صورت مثبت و خودکنترلی شناختی ( $\beta=-0/31$ ؛  $p<0/01$ ) به صورت منفی بازنمایی را پیش‌بینی می‌کند.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که ۳۰ درصد کل واریانس انگیزش درمان به وسیله مولفه‌های دلسوزی به خود و خودکنترلی شناختی تبیین می‌شود. نتایج آزمون آن‌ها نشانگر معنی‌دار بودن مدل رگرسیون است ( $p<0/001$ ؛  $F=7/85$ ).

جدول ۳. نتایج ضرایب رگرسیون چندمتغیری بازنمایی، دوسوگرایی و گام‌برداری بر اساس خودکنترلی شناختی و مولفه‌های دلسوزی به خود

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R <sup>2</sup>	F	Sig	B	SEB	β	t	Sig	آماره‌های هم خطی تحمل VIF
		0/30	7/87	0/001						
	مهربانی به خود				0/02	0/13	0/02	0/16	0/87	0/57
	خودداوری				0/1	0/17	0/06	0/57	0/57	0/49
بازشناسی	وجه مشترک انسانی				0/12	0/19	0/06	0/57	0/56	0/54
	انزوا				-0/06	0/21	-0/03	-0/27	0/78	0/43
	ذهن آگاهی				0/51	0/19	0/27	2/61	0/01	0/48
	همدردی بیش از حد				0/13	0/21	0/08	0/66	0/06	0/39
	خودکنترلی شناختی				-0/13	0/05	-0/28	-3/02	0/003	0/61
		0/28	7/18	0/001						
	مهربانی به خود				0/04	0/08	0/04	0/44	0/65	0/56
	خودداوری				-0/07	0/11	-0/08	-0/06	0/94	0/49
	انسان بودن مشترک				0/05	0/12	0/04	0/42	0/67	0/54
دوسوگرایی	انزوا				-0/02	0/12	-0/02	-0/17	0/86	0/45
	ذهن آگاهی				0/28	0/12	0/24	2/31	0/02	0/47
	همدردی بیش از حد				0/08	0/13	0/07	0/66	0/51	0/39
	خودکنترلی شناختی				-0/09	0/02	-0/32	-3/42	0/001	0/61
		0/24	6/01	0/001						
	مهربانی به خود				0/025	0/16	0/01	0/14	0/88	0/57
	خودداوری				-0/28	0/206	-0/14	-1/37	0/17	0/5
گام برداری	انسان بودن مشترک				0/38	0/22	0/17	1/67	0/09	0/55

۲/۱۵	۰/۴۶	۰/۴۹	۰/۶۸	۰/۰۷	۰/۲۳	۰/۱۶	انزوا
۲/۰۴	۰/۴۸	۰/۰۷	۱/۷۷	۰/۱۹	۰/۲۳	۰/۴۱	ذهن آگاهی
۲/۵۰۱	۰/۴	۰/۴۵	۰/۷۵	۰/۰۹	۰/۲۴	۰/۱۸	همدردی بیش از حد
۱/۵۹	۰/۶۲	۰/۰۰۴	-۲/۹۲	-۰/۲۸	۰/۰۵۳	-۰/۱۵	خودکنترلی شناختی

نف (۲۰)، گیلبرت (۲۱)، شاپیرو و همکاران (۲۲) و ایسکیندر و آکین (۲۴) مبنی بر ارتباط دلسوزی به خود با مؤلفه‌های سلامت روان شناختی و اعتیاد و همچنین و نتایج بلیتنر و گولبرگ (۲۶)، لجویز و همکاران (۲۷)، ساسمن و همکاران (۲۸) و ساوادی (۲۹) مبنی بر ارتباط مثبت خودکنترلی با انگیزش درمان و ترک موفقیت‌آمیز اعتیاد می‌باشد.

افرادی که خودکنترلی پایینی دارند، در پیش‌بینی پیامدهای منفی بلندمدت رفتار خود مشکل دارند، بدین ترتیب پیامدهای رفتار اعتیادی خود را به میزان کمتری بازبینی می‌کنند، برعکس افراد دارای خودکنترلی بالا به دلیل اینکه به آسانی می‌توانند آینده سوءرفتارهای خود را خطرآفرین و هزینه‌بر تشخیص دهند به میزان بیشتری احساس گناه کرده و برای درمان با انگیزه می‌شوند. از طرف دیگر خود داوری، انزوا و همدردی بیش از حد با تقویت نگرش انتقادی نسبت به رفتار خود و ویژگی‌های مهربان بودن به خود، ذهن آگاهی و وجه مشترک انسانی با تقویت خودپذیری و قبول جنبه‌های نامطلوب رفتار شخصی باعث می‌شوند فرد به میزان بیشتری انگیزه ترک رفتارهای خود تخریبی داشته و برای تغییر رفتار اعتیادی آمادگی و انگیزه بالایی داشته باشد.

بازشناسی به‌طور مثبت با مهربانی به خود، خود داوری، وجه مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همدردی بیش از حد و به‌طور منفی با خودکنترلی شناختی ارتباط دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که بازشناسی به‌طور مثبت به وسیله ذهن آگاهی و به‌طور منفی به وسیله خودکنترلی شناختی پیش‌بینی می‌شود. این نتایج همخوان با نتایج نف (۲۰)، گیلبرت (۲۱)، شاپیرو و همکاران (۲۲) و ایسکیندر و آکین (۲۴) و نتایج بلیتنر و گولبرگ (۲۶)، لجویز و همکاران، (۲۷)، ساسمن و همکاران (۲۸) و ساوادی (۲۹) می‌باشد. طبق نتایج مطالعه ما، زمانی که فرد مهربانی به خود بالایی دارد تلاش می‌کند نسبت به همه جنبه‌های منفی زندگی خود از جمله رفتارهای اعتیادی خود پذیرا بوده و به وجود آنها در

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که ۳۰ درصد کل واریانس بازشناسی به وسیله مؤلفه‌های دلسوزی به خود و خودکنترلی شناختی تبیین می‌شود. نتایج آزمون آنووا نشانگر معنی‌دار بودن مدل رگرسیون ( $p < 0/001; F = 7/87$ ). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که از مؤلفه‌های دلسوزی به خود ذهن آگاهی ( $p < 0/01; \beta = 0/27$ )، به‌صورت مثبت و خودکنترلی شناختی ( $p < 0/01; \beta = -0/28$ ) به‌صورت منفی بازشناسی را پیش‌بینی می‌کنند. ۲۸ درصد کل واریانس دوسوگرایی به وسیله مؤلفه‌های دلسوزی به خود و خودکنترلی شناختی تبیین می‌شود. نتایج آزمون آنووا نشانگر معنی‌دار مدل رگرسیون نیز می‌باشد ( $p < 0/001; F = 7/18$ ). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که از مؤلفه‌های دلسوزی به خود ذهن آگاهی به صورت مثبت ( $p < 0/05; \beta = 0/24$ ) و خودکنترلی شناختی به‌صورت منفی ( $p < 0/001; \beta = -0/32$ ) دوسوگرایی را پیش‌بینی می‌کنند. ۲۴ درصد کل واریانس گام برداری به وسیله مؤلفه‌های دلسوزی به خود و خودکنترلی شناختی تبیین می‌شود. نتایج آزمون آنووا هم نشانگر معنی‌داری مدل رگرسیون است ( $p < 0/001; F = 6/01$ ). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد خودکنترلی شناختی به‌صورت منفی ( $p < 0/004; \beta = -0/28$ ) گام برداری را پیش‌بینی می‌کند.

### بحث و نتیجه‌گیری

انگیزه و اشتیاق پایین و تمام نشدن دوره درمان یکی از مشکلات بزرگ درمان افراد دچار اختلال مصرف مواد است. در راستای بررسی عوامل مرتبط با انگیزش درمان این افراد، پژوهش ما با هدف تعیین نقش خودکنترلی شناختی و دلسوزی به خود در انگیزش درمان افراد وابسته به مواد انجام شد. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که انگیزش درمان به‌طور منفی با خودکنترلی شناختی و به‌طور مثبت با مهربانی به خود، خود داوری، وجه مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همدردی بیش از حد مرتبط است. این نتایج همخوان با نتایج

بالایی دارند نسبت به رفتارهای خود دچار شک و تردید می‌شوند و جوانب مثبت و منفی آن را ارزیابی می‌کنند، و در برابر افکار مزاحم در تصمیم‌گیری برای ترک مقاومت می‌کنند و پذیرای تغییر رفتار خود می‌شوند. مطابق الگوی ۵ مرحله‌ای تغییر رفتار، مرحله دوم در تغییر هر رفتاری تفکر درباره آن رفتار است، دوره‌ای که دوسوگرایی در ترک رفتار نیز نامیده می‌شود.

مطابق نتایج این پژوهش هم جنبه‌های مثبت دلسوزی به خود چون مهربانی به خود، وجه مشترک انسانی و ذهن‌آگاهی به طریق خدمت به خود و هم جنبه‌های منفی آن به طریق سخت‌گیری و انتقاد از خود می‌تواند دوسوگرایی را در فرد تقویت کند. خود کنترلی شناختی نیز می‌تواند عاملی مهم در هدایت فرد به تفکر درباره جنبه‌های مثبت و منفی رفتار باشد.

نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که گام‌برداری به عنوان مرحله نهایی انگیزش درمان به‌طور مثبت با مهربانی به خود، خود داوری خود، وجه مشترک انسانی، همدردی بیش از حد و به‌طور منفی با خود کنترلی شناختی ارتباط داشت. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که گام‌برداری به‌طور مثبت به وسیله خود کنترلی شناختی پیش‌بینی می‌شود. این نتایج نیز با نتایج نف (۲۰)، گیلبرت، (۲۱)، شاپیرو و همکاران (۲۲) و ایسکیندر و آکین (۲۴) و همچنین نتایج بلیتنر و گولدربرگ (۲۶)، لجویز و همکاران، (۲۷)، ساسمن و همکاران (۲۸) و ساوادی (۲۹) همخوان است. گام‌برداری مرحله سوم و آخرین مرحله برای ترک هر نوع رفتار و در واقع مرحله عملیاتی برای شروع ترک رفتار است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که داشتن نگرش‌های دلسوزانه می‌تواند عامل مهمی در فرایند گام‌برداری برای ترک اعتیاد در افراد مهم باشد اما مطابق تحلیل رگرسیون فقط خودکنترلی شناختی در این مرحله می‌تواند گام عملیاتی فرد برای ترک را پیش‌بینی کند.

در کل نتایج این مطالعه نشان داد که مهربانی به خود، وجه مشترک انسانی و ذهن‌آگاهی با ایجاد نوعی نگرش دلسوزانه نسبت به خود و خودداوری، انزوا و همدردی بیش از حد نیز با ایجاد احساس گناه ژرف می‌تواند به ایجاد انگیزش ترک در فرد منجر شود.

استفاده از طرح تحقیق همبستگی، ناتوانی در کنترل متغیرهایی

خود اعتراف کند. در تحقیقات گذشته در مورد خود داوری این متغیر با مؤلفه‌های سلامت روان ارتباط منفی داشته‌است ولی طبق نتایج مطالعه حاضر افراد معتادی که رفتارهای خود را ارزیابی کرده و دید انتقادی نسبت به خود دارند بازشناسی زیادی از مشکل خود دارند. افراد معتادی که به دلیل اعتیاد خود بیشتر احساس انزوا دارند به میزان بیشتری به دنبال بازشناسی مشکلات خود و علاقه برای ترک اعتیاد هستند. افراد معتادی که ذهن‌آگاهی بالایی دارند، بدون داوری 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. همچنین، بازشناسی با خودکنترلی شناختی رابطه منفی داشت، افرادی که از سطح خود کنترلی بالایی برخوردارند می‌توانند احساسات، رفتار و افکار خود را کنترل کنند و از علل رفتار مشکل‌زای خود آگاه شوند و به راحتی می‌توانند آنها را بازشناسی کنند. اگر افراد معتاد از خودکنترلی بالایی برخوردار باشند می‌توانند آمادگی بیشتری برای پرهیز از اقدامی داشته باشند که وسوسه مواد را موجب می‌شود. مطابق نتایج تحلیل رگرسیون، ذهن‌آگاهی و خودکنترلی شناختی، دو عامل مهم در پیش‌بینی بازشناسی مشکل به‌عنوان اولین گام برای ترک اعتیاد به حساب می‌آیند.

نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که دوسوگرایی به‌طور مثبت با مهربانی به خود، خودداوری، وجه مشترک انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همدردی بیش از حد و به‌طور منفی با خود کنترلی شناختی ارتباط دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که دوسوگرایی به‌طور مثبت به وسیله ذهن‌آگاهی و خودکنترلی شناختی پیش‌بینی می‌شود. این نتایج همخوان با نتایج نف (۲۰)، گیلبرت، (۲۱)، شاپیرو و همکاران (۲۲) و ایسکیندر و آکین (۲۴) و همچنین نتایج بلیتنر و گولدربرگ (۲۶)، لجویز و همکاران، (۲۷)، ساسمن و همکاران (۲۸) و ساوادی (۲۹) می‌باشد. بعد از بازشناسی مشکل، دومین گام مهم در انگیزش درمان دوسوگرایی ذهنی فرد برای کنار گذاشتن رفتار مشکل‌زاست. افراد معتادی که دوسوگرایی



افراد معتاد را کاهش می دهد، آموزش مهارت های ذهن آگاهی و آموزش مهارت های خودکنترلی برای تقویت بازبینی رفتارهای اعتیادی و انتظار پیامد مصرف مواد، در کنار سایر روش های درمانی سوء مصرف و وابستگی به مواد به افراد معتاد پیشنهاد می شود.

**تشکر و قدردانی:** از همه کسانی که در جهت هر چه بهتر شدن این مطالعه تلاش کردند صمیمانه قدردانی می کنیم. نویسندگان اعلام می دارند که هیچ گونه تضاد منافی ندارند.

چون نوع ماده مصرفی از جمله محدودیت های مهم این پژوهش هستند. لذا پیشنهاد می شود تحقیقات آتی با کنترل این متغیرها بویژه نوع ماده مصرفی و همچنین انجام گیرد. همچنین برای دستیابی به علل پیشایند انگیزش درمان پیشنهاد می شود تا مطالعاتی با استفاده از طرح علی- مقایسه ای انجام شود تا نقش این عوامل به روشنی مشخص شود. با توجه به نتایج این پژوهش مبنی بر نقش خودکنترلی شناختی و ذهن آگاهی در تبیین انگیزش درمان افراد وابسته به مواد، برای مقابله با نشخوارگری ذهنی که با افزایش ولع مصرف انگیزش

## منابع

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 NA 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; 55-6. [Text in Persian]
3. Ahmadi J, Motamed F. Treatment Success Rate Among Iranian Opioid Dependents. *Addictive Disorders and Their Treatment* 2002; 1(3): 99-103. [Text in Persian]
4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. Office of Applied Studies, NSDUH Series H-41, HHS Publication No. SMA 11-4658, Rockville, MD. 2011.
5. Momtazi S. Family and Addiction. *Zanjan: Mahdis Publication*; 1381. [Text in 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* 2010; 8(3): 174 -169. [Text in Persian]
9. Hodjati H, Alvstany S, 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. [Text in 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. Thombs DL, Osborn CJ. *Introduction to Addictive Behavior*. Fourth Edition; the Guilford Press, 2013.
12. Beckman LJ. An Attributional Analysis of Alcoholics Anonymous. *Journal of Studies on Alcohol* 1980; 41: 714-726.
13. Asghari E, Ebrahimi H, chehreh-Barghi V, Molae F. Comparing the Related Socio-demographical Factors in the First and Recurrent Quitting of Drug Addiction. *Journal of health and caring* 2012; 14(1-2): 29-23. . [Text in Persian]
14. Cunningham J, Cameron T, Koski-Jannes A. Motivation and Life-events: a Perspective Natural History Pilot Study of Problem Drinkers in the Community. *Addictive Behaviors* 2005; 30(8): 1603-1606.
15. William R, Miller D. Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment: DHHS Publication 1999; No. (SMA) 99-3354.
1. Joe GW, Knight DK, Began JE, Flynn PM. Recovery among Adolescents: Models for Post-Treatment Gains in Drug Abuse Treatments. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2014; 46(3): 362-373.
17. Cloninger CR. A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants: A Proposal. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44(6): 573-588.
18. 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
19. 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.

20. Neff KD. Self-compassion: an Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity* 2003; 2(2): 85-102.
21. Gilbert P. Compassion and Cruelty: a Biopsychosocial Approach. In: Gilbert (Ed). *Compassion: Conceptualizations, Research and Use in Psychotherapy* London: Routledge 2005; 9-74.
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): 164-76.
23. Gilbert P, Irons C. Therapies for Shame and Self-attacking, Using Cognitive, Behavioural, Emotional Imagery and Compassionate Mind Training. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Onceptualisations, Research and use in Psychotherapy* London: Routlegd. 2005; 263-325.
24. Iskender M, Akin A. Self Compassion and Internet Addiction. *TOJET: The Turkish Online Journal of Educational Technology* 2011; 10(3): 215-221.
25. Rachline H, Self Control: Beyond Commitment. *Behavior and Brain Sciences* 1995; 18(1): 109-159.
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. C.W. Lejuez, Jessica F. Magidson, Suzanne H. Mitchell, Rajita Sinha, Michael C. Stevens, Harriet De Wit. 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. 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.
29. Sawadi H. Individual Risk Factors for Adolescence Substance Use. *Drug and Alcohol Dependence* 1999; 55(3): 209-224.
30. Bashirian S, Heidarnia AG, Verdi MH, Haji Zadeh E. Examine the Relationship Between Self-control and Desire to Drug Use in Adolescents. *Hamedan Journal of Nursing and Midwifery* 2012; 37 (1): 45 53. [Text in Persian]
31. Khodayarifard M, Shahabi R, Zardkhaneh S, Akbari S. Religiosity, Self-control and Trends in Student Drug Use. *Journal- research, Social Welfare* 2009; 10(34):1-11. [Text in Persian]
32. Longshore D, Turner S, Stein JA. Self-control in a Criminal Sample: An Examinationof Construct Validity. *Criminology* 1996; 34(2): 209-228.
33. Stephen J. Wilson R, Maclean R. Associations Between Self-control and Dimensions of Nicotine Dependence: A Preliminary Report 2013; 38(3): 1812-1815.
34. Chauchard E, Levin KH, Copersino M L, Heishman S J, 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
35. Tawakoli-Ghuchani H, Shojaei Zadeh D, Mazloun SR. Comparative Study of Factors Associated with Addiction Withdrawal in Clients Referring to Drug-Stop Clinics of Northern khorasan in 2007. *Journal of Ilam Medical University* 2010; 2(6): 32-43 [Text in Persian].
36. Meysamieh A, Faramarzi B, Holakouei Naeini K. How Addicts Think about Addiction and Community Problems? *Tehran University Medical Journal (TUMJ)* 2006; 64(5): 34-43
37. Dshtgrd A. Factors Affecting Return to Drug Addiction in Clients Referred to the Hospital Clinic of Emam Reza in Mashhad, *Proceedings of National Conference on Student Drug Addiction, Challenges and Solutions*, pp. 24 [Text in Persian]
38. Gregoire TK, Burke AC, The Relationship of Legal Coercion to Readiness to Change Among Adults with Alcohol and other Drug Problems. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004; 26( ) : 35-41.
39. DeLeon G, Melnick G, Hawke J, The Motivation-Readiness Factor in drug Treatment: Implications for Research and Policy. *Advances in Medicine and Sociology* 2000; 7: 103-129.
40. Miller WR, Tonigan JS. Assessing Drinkers' Motivation for Change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors* 1996; 10(2): 81-89
41. Grasmick HG, Tittle CR, Bursik RJ, Arneklev BK. Testing the Core Empirical Implications of Gottfredson and Hirschi's General theory of Crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency* 1993; 30: 5-29
42. Basharpour S, Issazadegan A. Role of self-Compassion and Forgiveness in Prediction of Depression Severity Among University Students. *Behavioral Science Research* 2012; 1(6) ; 452-461 [Text in Persian]

# Evaluating Treatment Motivation Based on Cognitive Self-Control and Self-Compassion in People with Substance Dependency

\*Basharpour S (PhD)<sup>1</sup>- Atadokht A (PhD)<sup>1</sup>- Khosravinia D (MA)<sup>1</sup>- Narimani M (PhD)<sup>1</sup>

\*Corresponding Address: Psychology Department, Faculty of Educational Science and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil. Iran

Email: basharpour\_sajjad@yahoo.com

Received: 17 Feb/2014 Accepted: 27 Jul/2014

---

## Abstract

**Introduction:** Motivation is a key element in treatment and recovery of substance use disorders by influencing patients to seek, complete, and acceptance of treatment and make successful long-term changes

**Objective:** the current study was conducted in other to evaluate treatment motivation based on cognitive self-control and self- compassion in people with substance dependency.

**Materials and Methods:** The study carried out was a cross sectional type. The whole people with substance dependency referred to Shiraz centers of addiction treatment in the second half of 1392, comprised our statistical population of this research. One hundred and fifty people were selected by multistage random sampling method. Having conducted clinical interview, they were 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 and multiple regressions.

**Results:** The results showed that treatment motivation is negatively correlated with low self-control ( $r=-0.41$ ;  $P<0.001$ ), and positively with self-kindness( $r=0.37$ ;  $P<0.001$ ), self-judgment( $r=0.32$ ;  $P<0.001$ ), common humanity( $r=0.33$ ;  $P<0.001$ ), isolation( $r=0.32$ ;  $P<0.001$ ), mindfulness( $r=0.40$ ;  $P<0.001$ ), and over-identification( $r=0.36$ ;  $P<0.001$ ). The results of multiple regression showed that 30% variance of motivation, 30% variance of problem recognition, 28% variance of ambivalence and 24% variance taking steps are explained by self- compassion and cognitive self-control.

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

**Conflict of interest:** non declared

**Keywords:** Narcotic Dependence/ Motivation

---

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 92, Pages: 42-52

**Please cite this article as:** Basharpour S, Atadokht A, Khosravinia D, Narimani M. Evaluating Treatment Motivation Based on Cognitive Self-Control and Self-Compassion in People with Substance Dependency. J of Guilan University of Med Sci 2014; 23(92):42- 52. [Text in Persian]