

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تعهدنامه‌ی اصالت اثر و رعایت حقوق دانشگاه

تمامی حقوق مادّی و معنوی مترتب بر نتایج، ابتکارات، اختراعات و نوآوری‌های ناشی از انجام این پژوهش، متعلق به **دانشگاه محقق اردبیلی** می‌باشد. نقل مطلب از این اثر، با رعایت مقررات مربوطه و با ذکر نام دانشگاه محقق اردبیلی، نام استاد راهنما و دانشجو بلامانع است.

اینجانب **دیبا** دانش‌آموخته‌ی مقطع کارشناسی ارشد رشته‌ی **روانشناسی** گرایش **بالینی** دانشکده‌ی **علوم تربیتی و روانشناسی** دانشگاه محقق اردبیلی به شماره‌ی دانشجویی **۹۱۱۱۲۵۳۲۰۲** که در تاریخ **۱۳۹۳/۰۴/۱۶** از پایان‌نامه‌ی تحصیلی خود تحت عنوان **نقش خود کنترلی شناختی، دلسوزی به خود و ادراک بیماری در ولع مصرف و انگیزش درمان در افراد وابسته به مواد**

دفاع نموده‌ام، متعهد می‌شوم که:

- (۱) این پایان‌نامه را قبلاً برای دریافت هیچ‌گونه مدرک تحصیلی یا به عنوان هرگونه فعالیت پژوهشی در سایر دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی و پژوهشی داخل و خارج از کشور ارائه ننموده‌ام.
- (۲) مسئولیت صحت و سقم تمامی مندرجات پایان‌نامه‌ی تحصیلی خود را بر عهده می‌گیرم.
- (۳) این پایان‌نامه، حاصل پژوهش انجام شده توسط اینجانب می‌باشد.
- (۴) در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران استفاده نموده‌ام، مطابق ضوابط و مقررات مربوطه و با رعایت اصل امانتداری علمی، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در متن و فهرست منابع و مأخذ ذکر نموده‌ام.
- (۵) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده یا هر گونه بهره‌برداری اعم از نشر کتاب، ثبت اختراع و ... از این پایان‌نامه را داشته باشم، از حوزه‌ی معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه محقق اردبیلی، مجوزهای لازم را اخذ نمایم.
- (۶) در صورت ارائه‌ی مقاله‌ی مستخرج از این پایان‌نامه در همایش‌ها، کنفرانس‌ها، سمینارها، گردهمایی‌ها و انواع مجلات، نام دانشگاه محقق اردبیلی را در کنار نام نویسندگان (دانشجو و اساتید راهنما و مشاور) ذکر نمایم.
- (۷) چنانچه در هر مقطع زمانی، خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن (منجمله ابطال مدرک تحصیلی، طرح شکایت توسط دانشگاه و ...) را می‌پذیرم و دانشگاه محقق اردبیلی را مجاز می‌دانم با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات مربوطه رفتار نماید.

نام و نام خانوادگی دانشجو: **دیبا خسروی نیا**

امضا



دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی
گروه آموزشی روانشناسی

پایان نامه برای دریافت درجه‌ی کارشناسی ارشد
در رشته‌ی روانشناسی گرایش بالینی

عنوان:

نقش خود کنترلی شناختی، دلسوزی به خود و ادراک بیماری در ولع مصرف و انگیزش درمان در افراد
وابسته به مواد

اساتید راهنما

آقای دکتر سجاد بشرپور

و

آقای دکتر اکبر عطادخت

استاد مشاور

جناب آقای دکتر محمد نریمانی

پژوهشگر

دیبا خسروی نیا

تیر ۹۳



دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی

گروه آموزشی روانشناسی

پایان نامه برای دریافت درجه‌ی کارشناسی ارشد

در رشته‌ی روانشناسی گرایش بالینی

عنوان:

نقش خود کنترلی شناختی، دلسوزی به خود و ادراک بیماری در ولع مصرف و انگیزش درمان در افراد

وابسته به مواد

پژوهشگر

دیبا خسروی نیا

ارزیابی و تصویب شده‌ی کمیته‌ی داوران پایان نامه با

امضاء	سمت	مرتبه‌ی علمی	نام و نام خانوادگی
	استاد راهنما و رییس کمیته‌ی داوران		دکتر سجاد بشرپور و دکتر اکبر عطادخت
	استاد مشاور		دکتر محمد نریمانی
	داور		دکتر اوشا برهمند

تقدیم به:

پدر و مادر بزرگوارم، آنان که وجودم برایشان، همه رنج بود وجودشان
برایم، همه مهر، در برابر وجود گرامیشان زانوی ادب بر زمین می‌نهم و با
دلی مملو از عشق و محبت و خضوع بر دستانشان بوسه می‌زنم. سر و
وجودشان، همیشه سر سبز و استوار. همچنین اساتید عزیزم آقای دکتر
سجادبشرپور و آقای دکتر اکبر عطادخت، به سپاس زحمات و مهربانی‌های
وصف ناپذیرشان.

تشکر و قدردانی

سپاس و ستایش خدا را که این توفیق را ارزانی داشت تا بتوانم گامی اندک ولی ارزشمند در جهت شکوفایی علم و دانش بردارم در این راه بیشتر از هر کسی مدیون استاتید بزرگوار و ارجمندم آقای دکتر اکبر عطادخت و آقای دکتر سجاد بشرپور می باشم که خالصانه وقتشان را در اختیارم گذاشتند و تلاش بی وقفه شان باعث پیشبرد، اهداف این پروژه گردید و، راهنمای های ارزشمندشان در تمام مراحل سرلوحه کارهایم خواهد بود. همچنین، از زحمات استاد ارجمند جناب آقای دکتر محمدنریمانی به خاطر راهنمایی های ارزنده ای که در امر این پایان نامه داشته اند تشکر و سپاسگذاری می کنم. از خانواده عزیزم به خصوص پدر مهربانم به خاطر زحمات بی دریغ شان تشکر و قدردانی می کنم و همیشه وامدار زحمات ایشان خواهم بود.

نام خانوادگی دانشجو: دیبا	نام: خسروی نیا
عنوان پایان نامه: نقش خود کنترلی شناختی، دلسوزی به خود و ادراک بیماری در ولع مصرف و انگیزش درمان در افراد وابسته به مواد	
اساتید راهنما: دکتر سجاد بشرپور و دکتر اکبر عطادخت استاد مشاور: دکتر محمد نریمانی	
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد رشته: روانشناسی گرایش: بالینی دانشگاه: محقق اردبیلی دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی تاریخ دفاع: ۱۳۹۳/۰۴/۱۶ تعداد صفحات: ۱۲۵	
<p>چکیده:</p> <p>پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط خودکنترلی شناختی، دلسوزی به خود و ادراک بیماری با ولع مصرف و انگیزش درمان افراد وابسته به مواد انجام گرفت. طرح این پژوهش همبستگی بود و کلیه افراد دارای وابستگی به مواد که در نیمه اول سال ۱۳۹۲ به مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز مراجعه کرده بودند جامعه آماری این پژوهش را تشکیل می دادند. ۱۵۰ نفر از این افراد به شیوه نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شده و بعد از مصاحبه بالینی به پرسش نامه های خودکنترلی شناختی، دلسوزی به خود، ادراک بیماری، ولع مصرف و انگیزش درمان پاسخ دادند. داده های بدست آمده با آزمون های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که انگیزش درمان با خود کنترلی شناختی، دلسوزی به خود و انسجام بیماری رابطه مثبت دارد. ولع مصرف نیز با خود کنترلی شناختی، دلسوزی به خود و انسجام بیماری رابطه منفی دارد و همچنین ولع مصرف با خودداوری رابطه مثبت دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که خودکنترلی شناختی و دلسوزی به خود (ذهن آگاهی) و انسجام بیماری قابلیت پیش بینی معنی دار انگیزش درمان را داشته و از بین مولفه های دلسوزی به خود، خودداوری می تواند ولع مصرف را پیش بینی کند اما خودکنترلی شناختی و ادراک بیماری نمی توانند ولع مصرف را پیش بینی کنند. نتایج نشان داد که خودکنترلی شناختی، دلسوزی به خود و ادراک بیماری در پیش بینی انگیزش درمان و آمادگی برای تغییر و کاهش ولع مصرف افراد وابسته به مواد نقش دارند و می توانند مورد استفاده متخصصان درمانی مشاغل مراکز ترک اعتیاد قرار گیرند.</p>	
<p>کلید واژه ها: خود کنترلی شناختی، دلسوزی به خود، ادراک بیماری، ولع مصرف، انگیزش درمان، وابستگی به مواد.</p>	

فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه.....	۲
۲-۱- بیان مساله.....	۳
۳-۱- ضرورت و اهمیت انجام پژوهش.....	۹
۴-۱- اهداف پژوهشی.....	۱۰
۵-۱- فرضیه های پژوهشی.....	۱۰
۶-۱- تعریف نظری و عملیاتی مفاهیم.....	۱۲

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۱-۲- تعریف اعتیاد.....	۱۵
۲-۲- تاریخچه ی مصرف مواد.....	۱۷
۳-۲- میزان شیوع مصرف مواد.....	۲۱
۴-۲- سبب شناسی مصرف مواد.....	۲۲
۱-۴-۲- عوامل فردی.....	۲۳
۲-۴-۲- عوامل محیطی.....	۲۴
۳-۴-۲- عوامل اجتماعی.....	۲۵
۵-۲- ویژگی های مصرف کنندگان.....	۲۶
۶-۲- مفهوم انگیزش.....	۲۷
۱-۶-۲- نظریه های انگیزش.....	۲۷
۲-۶-۲- نظریه سابق.....	۲۸
۳-۶-۲- نظریه نیاز به پیشرفت.....	۲۸
۴-۶-۲- نظریه انتظار-ارزش.....	۲۹
۵-۶-۲- نظریه هدف گرایی.....	۲۹
۶-۶-۲- خود ارزشی.....	۲۹
۷-۶-۲- خودکارآمدی.....	۳۰
۸-۶-۲- نظریه اسناد.....	۳۰

۳۱	..... نظریه انگیزش درونی - بیرونی
۳۱	..... نظریه خود تعیینی
۳۱	..... نظریه انگیزش تاثیرگذاری
۳۲	..... نظریه آپورت
۳۲	..... نظریه پویایی رفتار ایتکسون ویچ
۳۲	..... انگیزش درمان
۳۵	..... مراحل تغییر در رفتار اعتیاد
۴۰	..... ولع مصرف مواد
۴۰	..... نظریه های ولع مصرف
۴۱	..... مدل های مبتنی بر شرطی سازی
۴۳	..... مدل های شناختی
۴۶	..... مدل های زیست روان شناختی
۴۸	..... مدل های انگیزشی
۴۸	..... ادراک بیماری
۵۰	..... مدل الگوی خودتنظیم گری
۵۱	..... دلسوزی به خود
۵۳	..... مولفه های اصلی دلسوزی به خود
۵۸	..... خود کنترلی شناختی
۵۸	..... تعریف خود کنترلی
۶۱	..... خودکنترلی و بازداری رفتار
۶۱	..... کارکردهای اجرایی
۶۱	..... عوامل موثر در اجرای خود کنترلی
۶۲	..... رشد خودکنترلی
۶۲	..... مساله فاصله زمانی در خود کنترلی
۶۳	..... پیشینه های پژوهش
۶۳	..... پیشینه های پژوهشی انگیزش درمان
۶۴	..... پیشینه های پژوهشی ولع مصرف
۶۵	..... پیشینه های پژوهشی ادراک بیماری
۶۷	..... پیشینه های پژوهشی دلسوزی به خود
۶۹	..... پیشینه های پژوهشی خودکنترلی شناختی
۷۱	..... جمع بندی سوابق

فصل سوم: روش اجرا

- ۳-۱- جامعه آماری..... ۷۳
- ۳-۲- نمونه آماری و روش نمونه گیری..... ۷۳
- ۳-۳- روش پژوهش..... ۷۳
- ۳-۴- ابزارهای جمع آوری اطلاعات..... ۷۳
- ۳-۵- روش جمع آوری اطلاعات..... ۷۶
- ۳-۶- روش تجزیه و تحلیل داده ها..... ۷۶

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

- ۴-۱- یافته های پژوهش..... ۷۸
- ۴-۱-۱- اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنیها..... ۷۸
- ۴-۱-۲- یافته های توصیفی..... ۸۱
- ۴-۱-۳- آمار استنباطی..... ۸۳

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

- ۵-۱- نتیجه گیری و بحث..... ۹۳
- ۵-۱-۱- تبیین یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش..... ۹۳
- ۵-۱-۲- محدودیت ها..... ۱۰۳
- ۵-۳-۱- پیشنهادهای پژوهش..... ۱۰۳
- ۵-۳-۱-۱- پیشنهادات نظری..... ۱۰۳
- ۵-۳-۲- پیشنهادات کاربردی..... ۱۰۳

فهرست منابع و مأخذ

منابع فارسی.....	۱۰۵
منابع انگلیسی.....	۱۰۹
پیوست و ضمیمه.....	۱۲۶

فهرست جدول‌ها

جدول ۱-۴: توزیع فراوانی آزمودنیها بر اساس تحصیلات.....	۷۸
جدول ۲-۴: توزیع فراوانی آزمودنیها بر اساس اشتغال.....	۷۹
جدول ۳-۴: توزیع فراوانی آزمودنیها بر اساس سابقه ترک ناموفق.....	۷۹
جدول ۴-۴: توزیع فراوانی آزمودنیها بر اساس میزان درآمد.....	۸۰
جدول ۵-۴: توزیع فراوانی آزمودنیها بر اساس اشتغال پدر.....	۸۰
جدول ۶-۴: توزیع فراوانی آزمودنیها بر اساس اشتغال مادر.....	۸۱
جدول ۷-۴: میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی ها.....	۸۱
جدول ۸-۴: میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیها در ولع مصرف، انگیزش درمان، دلسوزی به خود و ادراک بیماری.....	۸۲
جدول ۹-۴: ضرایب همبستگی نمرات آزمودنیها در مؤلفه های خودکنترلی شناختی و دلسوزی به خود با ولع مصرف.....	۸۳
جدول ۱۰-۴: ضرایب همبستگی نمرات آزمودنیها در خودکنترلی شناختی و مؤلفه های دلسوزی به خود با انگیزش درمان.....	۸۴
جدول ۱۱-۴: ضرایب همبستگی نمرات آزمودنیها در متغیرهای ادراک بیماری با انگیزش به درمان و ولع مصرف.....	۸۵
جدول ۱۲-۴: نتایج ضرایب رگرسیون ولع مصرف براساس خودکنترلی شناختی و دلسوزی به خود.....	۸۶
جدول ۱۳-۴: آزمون آنووا برای بررسی معنی داری مدل رگرسیون.....	۸۶
جدول ۱۴-۴: نتایج ضرایب رگرسیون ولع مصرف بر اساس مولفه های دلسوزی به خود و خود کنترلی شناختی.....	۸۷
جدول ۱۵-۴: نتایج ضرایب رگرسیون انگیزش درمان بر اساس خودکنترلی شناختی و دلسوزی به خود.....	۸۷
جدول ۱۶-۴: آزمون آنووا برای بررسی معنی داری مدل رگرسیون.....	۸۸
جدول ۱۷-۴: نتایج ضرایب رگرسیون انگیزش درمان بر اساس مولفه های دلسوزی به خود و خود کنترلی شناختی.....	۸۸
جدول ۱۸-۴: نتایج ضرایب رگرسیون ولع مصرف بر اساس ادراک بیماری.....	۸۹
جدول ۱۹-۴: آزمون آنووا برای بررسی معنی داری مدل رگرسیون.....	۸۹

- جدول ۴-۲۰: نتایج ضرایب رگرسیون ولج مصرف بر اساس مولفه های ادراک بیماری..... ۹۰
- جدول ۴-۲۱: نتایج ضرایب رگرسیون انگیزش درمان بر اساس ادراک بیماری..... ۹۰
- جدول ۴-۲۲: آزمون آنووا برای بررسی معنی داری مدل رگرسیون..... ۹۱
- جدول ۴-۲۳: نتایج ضرایب رگرسیون انگیزش درمان بر اساس مولفه های ادراک بیماری..... ۹۱

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه

وابستگی به مواد به معنای تمایل شدید فرد به ادامه مصرف یک ماده می باشد به طوری که وابستگی به عنوان یک سندرم بالینی با جنبه های رفتاری، شناختی و فیزیولوژیکی باعث می شود که فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد. اعتیاد را می توان به عنوان یک حالت پایدار تعریف کرد که در آن ظرفیت فرد برای تنظیم رفتارهای اجباری جستجوی دارو کاهش می یابد بدون اینکه خطر پیامدهای منفی جدی این رفتار در نظر گرفته شود (هایمن و مالینکا^۱، ۲۰۰۱).

درجهان امروز مصرف مواد به مثابه یکی از غم انگیزترین تراژدی ها، جنبه های زیستی، روانی و اجتماعی زندگی بسیاری از انسان ها را متاثر می سازد. موضوع مواد، یکی از مسائل مهم و جدی در سطح بین المللی است که از جنبه های مختلف اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فیزیولوژیک نگاه های مختلفی را به خود معطوف کرده است (کلدی، ۱۳۸۷). در واقع مصرف طولانی مدت مواد با ایجاد اعتیاد نه تنها تاثیر سوء در وضعیت اقتصادی و اجتماعی شخص مصرف کننده یا معتاد می گذارد، بلکه در تفاهم خانوادگی نیز نقش تعیین کننده ای ایفا می کند (وراگ^۲، ۱۹۹۲؛ به نقل از فاضلی و مولوی، ۱۳۸۲). این معضل دیرین دامنگیر اکثریت قریب به اتفاق کشورهای است و تقریباً در کلیه جوامع به طور روز افزونی قربانی می گیرد، چنانکه برخی از نویسندگان یکی از مشکلات جدی و حاد جوامع امروزی را مصرف روز افزون مواد مخدر و داروهای روانگردان می دانند و چند دهه ای اخیر را «عصر دارو» نامگذاری کرده اند (امینی، ۱۳۷۹).

عوامل عود اعتیاد همان عوامل موثر در اعتیاد بوده که می توان آنها را در قالب عوامل فردی (فقر معنوی، افسردگی، بیماری، لذت جویی، عدم اعتماد به نفس، استقلال طلبی، عدم رشد شخصیت و ناامیدی، تحصیلات پایین)، عوامل خانوادگی (اعتیاد یک یا چند نفر از اعضای خانواده، اختلافات

1- Hyman & Malenka

2- Wragg

خانوادگی، ضعف سرپرستی والدین، بیکاری والدین خصوصاً بیکاری پدر، کم سوادی والدین، عوامل اجتماعی (محیط مدرسه، دوستان ناباب، تفریحات ناسالم، بیکاری، عدم مقبولیت اجتماعی، فقرهای فرهنگی، رشد جمعیت، مهاجرت های بی‌رویه) و عوامل جغرافیایی و اقتصادی (سکونت در مسیرهای تردد مواد مخدر، سهولت دسترسی به مواد مخدر، فقر و بحران اقتصادی، بیکاری و فرار از مشکلات زندگی) ارائه نمود.

از دیدگاه روانپزشکی و پزشکی فرد معتاد یک بیمار است و بیماری وی مانند سایر بیماری‌ها نیازمند پیشگیری های اولیه و ثانویه می باشد. همانگونه که در پیشگیری اولیه فرزندان باید به آموزش مسایل و مشکلات اعتیاد در ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی پرداخت تا در سنین بالاتر گرفتار اعتیاد نگردند، در پیشگیری ثانویه انجام اقدامات لازم پیگیری درمانی ضروری است که وقتی بیمار کاملاً بهبود یافته، با رعایت توصیه های پزشکی بهداشتی از بازگشت بیماری جلوگیری نموده و دیگران نیز با رعایت همین اصول مراقب سلامتی خویش باشند. از آنجایی که در مورد اعتیاد مثل سایر بیماری‌ها، به معالجه بیش از پیشگیری توجه شده است موفقیت چندان در این زمینه به دست نیامده است (یونسی، ۲۰۰۶).

با توجه به نتایج این پژوهش و اهمیت ولع مصرف به عنوان یک عامل مهم در عود اعتیاد و انگیزش درمان به عنوان یک عنصر کلیدی در درمان و بهبودی از اختلالات سوء مصرف مواد هدف پژوهش حاضر بررسی نقش خودکنترلی شناختی، دلسوزی به خود و ادراک بیماری در ولع مصرف و انگیزش درمان در افراد وابسته به مواد می باشد.

۱-۲- بیان مساله

اعتیاد به مواد یک اختلال مزمن، عود کننده و پیچیده است که طی آن، مصرف مواد با وجود پیامدهای منفی فاجعه آمیز، ادامه می یابد (جیلوها^۱، ۲۰۱۲). وابستگی به مواد از مشکلات عمده در سطح بین الملل و کشور ما است. این معضل یکی از آسیب های مهم اجتماعی است به طوری که نتها سلامت فرد، خانواده و جامعه را به خطر می اندازد بلکه موجبات انحطاط روانی و اخلاقی افراد را نیز فراهم می آورد (پرویزی و احمدی، ۲۰۰۵).

آمارهای موجود میزان مصرف مواد مخدر را بالا نشان می دهند، تعداد مصرف کنندگان مواد در سطح جهان به ۱۹۰ میلیون نفر می رسد و در ایران نیز آمار رسمی معتادان کشور را دو میلیون نفر اعلام کرده-

اند که میانگین سنی این افراد ۱۸ سال می‌باشد (ممتازی، ۱۳۸۱). باتوجه به آمارهای فوق برنامه‌های پیشگیری و بازتوانی زیادی برای اعتیاد طراحی و اجرا شده‌است؛ ولی متأسفانه آمار اعتیاد خصوصا در افرادی که سابقه ترک داشتند، همچنان بالا است (نیلسن^۱، ۲۰۱۲). بنابراین به نظر می‌رسد بازگشت مجدد مبتلایان به مراکز درمانی- بازپروری، نشان می‌دهد که روش‌های درمانی و برنامه‌های کنترل از اثربخشی خیلی بالایی برخوردار نیستند (نستیزی^۲، ۲۰۱۰). بررسی‌ها نشان می‌دهند که ۲۰٪ تا ۹۰٪ معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار عود می‌شوند (روزن، وارت، ویندت، برینک، یونگ و کرک-بوف^۳، ۲۰۰۶). بر اساس آمارهای موجود، افراد معتاد بیش از ۲ الی ۳ بار به مراکز بازپروری مراجعه می‌کنند و این حاکی از آن است که میزان عود به طور چشمگیری بالا است (حجتی، آلوستانی، آخوندزاده، حیدری و شریف‌نیا، ۱۳۸۹). مطالعه آینده نگر ایکسی، مچوگو، فوکس و دراک^۴ (۲۰۰۵) که ده سال به طول انجامید، نشان داده که یک سوم معتادین تحت بررسی، در اولین سال مطالعه کاملا بهبود یافته، و دو سوم باقیمانده در طی دوره پیگیری، به مصرف مواد بازگشته بودند. در مطالعه آینده‌نگر دیگری، که برای ارزیابی میزان عود مصرف مواد، در ماه اول و سوم صورت پذیرفت، نشان داده شد که در پایان ماه سوم، ۵۷/۳ درصد بیماران عود سوء مصرف داشتند (گرولوپز، رونسرو، گونزالو، فوست و آلواروس^۵، ۲۰۱۰). فدایی (۲۰۰۸) بیان می‌کند در بهترین شرایط و بهترین درمان‌ها، ۹۵ درصد معتادان شش ماه پس از ترک دوباره به چرخه اعتیاد بازگشته و ۵ درصد باقی مانده نیز در یکی دو سال آینده به این چرخه باز می‌گردند. به همین دلیل برخی از متخصصان از لفظ "اختلال مزمن و عود کننده"^۶ برای توصیف اعتیاد استفاده می‌کنند (برون^۷، ۱۹۹۸). در واقع یکی از عوامل مهم در شکست برنامه‌های درمانی و عود مصرف مواد در افراد دارای پرهیز، ولع مصرف می‌باشد. اهمیت ولع مصرف تا جایی است که تقریبا هر نظریه‌ای از اعتیاد، ولع مصرف و تاثیر تغییرات ناشی از آن را به عنوان خصیصه‌ی مرکزی وابستگی به مواد در نظر می‌گیرد (جاسون، مسکویین، دروییس^۸، ۲۰۱۳). دراموند (۲۰۰۰)، به نقل از فرانکن، (۲۰۰۳) ولع مصرف را به عنوان خواستن، تکانه‌ها، تمایلات، نیاز یا اجبار برای مصرف تعریف کرده‌است. ولع مصرف

1 - Nielsen

2 - Nastyzayy

3 - Rozen, Waart, Windt, Yong & Kerkbof

4 - Xie, McHugo, Fox & Drake

5 - Grau-Lopez, Roncero, Gonzalvo, Fuste & Alvarós

6 - Chronic, relapsing disorder

7- Brown

8 - Jason, MacQueen & Drobos

تجربه خود آگاه تمایل به مصرف مواد است (فرانکن، کرون، وایر، جنسن^۱، ۲۰۰۰). سازمان جهانی بهداشت، ولع مصرف را به عنوان زیر بنای شروع وابستگی مواد، از دست دادن کنترل و عود دانسته است (دراموند، ۲۰۰۰). در اغلب موارد افراد معتاد درباره ترک اعتیاد خود تردید دارند، این تردید و احساس دودلی باعث می‌شود آن‌ها به سرعت درصدد درمان نباشند یا حتی هرگز به درمان خود نیاندیشند همه این‌ها از جمله مشکلات مربوط به انگیزش افراد معتاد برای ترک اعتیاد می‌باشد (توماس و دنیس^۲، ۱۹۹۹). بنابراین انگیزه، اولین گام مهم برای هر عمل یا هر نوع تغییر در رفتار بوده و در درمان اختلالات مصرف مواد نیز انگیزش درمان‌جویان برای تغییر یکی از نکات مهم مورد توجه بالینی بوده‌است. سوء مصرف کنندگان مواد غالباً به دلایل جمعیت شناختی، خصوصیات بالینی همراه و وجود انگیزش ضعیف درمان را پیگیری نمی‌کنند و یا درمان‌ها را ناتمام رها می‌سازند (نوسیک، گیلر، جو^۳، ۲۰۱۰).

موسینی، مونتیفرانسیسکو و تایزی^۴ (۲۰۱۰) در تبیین بهبودی طبیعی افراد معتاد نقش مهمی برای عوامل شناختی به ویژه خود ارزیابی ذهنی پیدا کردند. اصغری، ابراهیمی، چهره‌برقی و مولایی (۲۰۱۲) نشان دادند که انگیزه ترک در عود اعتیاد نقش دارد. جورج، دانیسا، جنیفر و پاتریک^۵ (۲۰۱۳) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که انگیزه بالای قبل از درمان، پیش بینی کننده قوی‌تر مشاوره در طی درمان است، ولف، کی‌لیمکن، بومن^۶ (۲۰۱۳) نشان دادند که انگیزه نقش مهمی در درمان افراد معتاد به مواد دارد. این مطالعات نشان می‌دهند که انگیزه در روابط درمانی و بهبودی از اهمیت بالایی برخوردار است. پژوهشگران برای توصیف فرایندی که شخص در ایجاد یک تغییر رفتاری طی می‌کند مجموعه‌ای از مراحل تغییر را طرح ریزی کرده‌اند، این مراحل عبارتند از: پیش از تفکر^۷ (فکر نکردن به تغییر)، تفکر^۸ (فکر کردن به تغییر ولی عملی انجام ندادن)، قصد^۹ (برنامه ریزی برای تغییر)، عمل (ایجاد

1 - Franken, kroon, wiers & jansen

2- Thombs & Dennis

3- Nosyk, Geller & Guh

4- Mocenn , Montefrancesco & Tiezzi

5- George, Danica, Jennifer & Patrick

6- Wolfe, Kay-Lambkin & Bowman

7- Pre Contemplation

8- Contemplation

9- Preparation

تغییراتی در رفتار شخصی) و ابقاء^۱ (تغییر دادن سبک زندگی جهت ابقاء رفتار جدید). این مدل چشم-اندازی جدیدی درباره انگیزش و فرایند تغییر رفتار ارائه می‌دهد (دی کلمنت و پروچسکا^۲، ۱۹۹۸).

شواهد پژوهش نشان داده‌اند که تفاوت‌های فردی در خودکنترلی شناختی^۳ می‌تواند در پیامدهای درمانی اختلالات مرتبط با مواد نقش داشته باشد. خودکنترلی یکی از مولفه‌های کنترل شناختی است که توانایی تنظیم رفتار به منظور دنبال کردن اهداف بلند مدت تعریف می‌شود (وهس و بومستیر^۴، ۲۰۰۴).

تقویت سیستم اعتقادی خودکنترلی، آمادگی بیشتری برای اجتناب از اقدامی که وسوسه سیگار کشیدن را موجب می‌شود، ایجاد می‌کند. در نتیجه موفقیت در کاهش مصرف سیگار، اعتقاد به توانایی خودکنترلی را تقویت می‌کند (بلیتتر و گولبرگ^۵، ۱۹۷۸). افرادی که خودکنترلی پایینی دارند شانس زیادی برای تجربه مواد و درگیر شدن با مشکلات مربوط به مصرف مواد را دارند. تحقیقات تجربی زیادی با استفاده از روش‌های مبتنی بر شواهد متنوع به ارتباط بین خودکنترلی کم و مشکلات مربوط به الکل، ماری جوانا، کوکائین و سایر مواد مخدر دست یافته‌اند (لجوویز، مگیدسون، سینها، استونس^۶ و همکاران، ۲۰۱۰). در این رابطه، ساسمن، دنت و لیو^۷ (۲۰۰۳) در پژوهش خود که با یک نمونه ۱۰۵۰ نفری انجام گرفت، نشان دادند که بین استعمال سیگار، مصرف الکل، ماری جوانا و دیگر مواد مخدر با خودکنترلی پایین رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. بشریان، حیدرنیا، اله وردی و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که خودکنترلی عامل مهم و کلیدی در گرایش نوجوانان به مواد مخدر است. کوچارد، لوین، هیشمن^۸ و همکاران (۲۰۱۳) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که خودشناسی، خودکنترلی، نگرانی در مورد سلامتی، روابط بین فردی، پذیرش اجتماعی به احتمال زیاد در پرهیز افراد بعد از ترک مواد دخیل می‌باشند.

یکی از ویژگی‌های شخصیتی که می‌تواند با رفتارهای اعتیاد ارتباط داشته و به عنوان یک عامل شخصیتی حفاظتی در برابر گرایش به مصرف مواد عمل نماید دلسوزی به خود^۹ است. دلسوزی به خود یک شکل سالم خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی‌مان

-
- 1- Maintenance
 - 2- Diclemente & prochaska
 - 3- Cognitive self-control
 - 4 - Vohs & baumeister
 - 5- Blittner & Goldberg
 - 6- Lejuez, Magidson, Sinha & Stevens
 - 7- Sussman, Dent & Leu
 - 8- Chauchard, Levin & Heishman
 - 9- Self compassion

می‌باشد. این سازه شامل سه مؤلفه اصلی است: ۱. مهربان بودن و درک خود در مواقع رنج یا بی‌کفایتی ادراک شده، ۲. حس انسان بودن مشترک^۱ و تشخیص اینکه درد و ناکامی جنبه‌های اجتناب‌ناپذیر تجربه مشترک انسانی می‌باشند، و ۳. آگاهی متعادل از هیجان‌های شخصی یعنی توانایی مواجهه (نه اجتناب) بدون اغراق، نمایش و ترحم به خود^۲ با احساسات و افکار دردناک (نفر^۳، ۲۰۰۳). شواهد نشان می‌دهند که دلسوزی به خود رابطه قوی با سلامت روان شناختی دارد. نمرات بالاتر در مقیاس دلسوزی به خود با خود انتقادی، افسردگی، اضطراب، نشخوارگری، سرکوبی افکار و کمال‌گرایی روان‌رنجور رابطه منفی داشته و با رضایت از زندگی، پیوستگی اجتماعی و هوش هیجانی رابطه مثبت دارد (نفر، ۲۰۰۳).

تاکنون ارتباط دلسوزی به خود با رفتارهای اعتیاد به طور مستقیم بررسی نشده است ولی گیلبرت^۴ (۲۰۰۵) 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 ارتقاء دهد. گیلبرت (۲۰۰۵) با استفاده از نظریه طرز فکر اجتماعی^۵ (که مبنی بر اصول زیست‌شناسی تکاملی، نوروبیولوژی و نظریه دلبستگی ترسیم شده است) پیشنهاد می‌کند که دلسوزی به خود سیستم تهدید (که با احساسات ناامنی، دفاعی بودن، و سیستم لیمیک ارتباط دارد) را از کار انداخته و سیستم خود تسکین‌دهندگی^۶ (که با احساسات دلبستگی ایمن، امنیت، سیستم اکسی-افیونی^۷) را فعال می‌سازد. با این توصیفات دلسوزی به خود از عزت نفس نیز متمایز است چرا که عزت نفس به عنوان نوعی ارزیابی از کهنتری و برتری در نظر گرفته می‌شود که به برقراری ثبات در مرتبه اجتماعی کمک کرده و با هشدار، نیرومند سازی تکانه‌ها و فعال سازی تکانه‌ها ارتباط دارد (گیلبرت و ایرون^۸، ۲۰۰۵). فرض می‌شود که ویژگی‌های خودتسکین‌دهندگی دلسوزی به خود، ویژگی‌های صمیمیت، تنظیم مؤثر عاطفه، سازش اکتشافی و موفق با محیط را به وجود می‌آورد (گیلبرت، ۲۰۰۵). باکر و مکنولتی^۹ (۲۰۱۱) نشان دادند دلسوزی به خود با ابتکار عمل برای ایجاد تغییرات مثبت و متعهد شدن در رفتارهای ارتباطی مفید مرتبط می‌باشد. برنیس و چن^{۱۰} (۲۰۱۲)

-
- 1- Common humanity
 - 2- Self pity
 - 3- Neff
 - 4- Gilbert
 - 5- Social mentality
 - 6- Self-soothing
 - 7- Oxytocin- Opiate System
 - 8- Irons
 - 9- Baker and mcnulty
 - 10- Breines and Chen

نشان دادند که تحریک و تهیج کردن دلسوزی به خود با افزایش انگیزه‌ی اصلاح خود یا بهسازی خود مرتبط می‌باشد.

یکی دیگر از متغیرهای تأثیرگذار در پیامد درمان اختلالات روانی و جسمی به ویژه رفتارهای اعتیاد، ادراک بیماری^۱ است. لونتال و نرنز^۲ (۱۹۸۳؛ به نقل از شارپ و کوران، ۲۰۰۶) مدل خود تنظیم‌گری^۳ را که به تبیین بیماری در زمان تشخیص و در طول بیماری می‌پردازد، مطرح کردند. این مدل، رفتارهای سالم را نتیجه‌ی ادراک چند وجهی و پیچیده‌ی بیماری می‌داند. براساس این مدل، فرد نقشی پویا و فعال در ادراک بیماری خود ایفا می‌کند. ادراک بیماری شامل اطلاعاتی در پنج بعد است: ماهیت یعنی بر چسب و علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف)؛ علت یا باور در مورد علل مسبب آغاز بیماری؛ مدت زمان یا ادراک فرد در مورد طول مدت بیماری بر حسب این که حاد، دوره‌ای یا مزمن است، پیامدها یا نتایج مورد انتظار فرد از بیماری بر حسب اثرات اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی، و مؤثر بودن کنترل، درمان و بهبود (ادگر، سایکول و اسکینر^۴، ۲۰۰۳). مطالعات نسبتاً زیادی در مورد نقش پیشگیرانه و درمانی ادراک بیماری در بیماری‌های مختلف انجام شده است. از جمله این مطالعات می‌توان به افسردگی و درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید: میانجیگری نقش ادراک بیماری (رضایی، نشات دوست و مولوی، ۲۰۱۴)، ادراک بیماری و انگیزه بازبازی در اختلالات خوردن (داوداتین و مسلایسکین^۵، ۲۰۱۳)، نقش ادراک بیماری در پیش بینی ظرفیت ورزش و سلامت روانی بعد از توانبخشی ریوی در بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریوی (زوکلا، کین، استینزل^۶، ۲۰۱۴)، پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بر اساس ادراک بیماری (شیملی، زارع و اورکی، ۱۳۹۲)، نقش ادراک بیماری با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع I (برزیان و بشارت، ۱۳۸۹) اشاره کرد. با توجه به سوابق موجود این پژوهش در صدد پاسخگویی به این سوال بود که آیا خودکنترلی شناختی، دلسوزی به خود و ادراک بیماری در ولع مصرف و انگیزش درمان افراد وابسته به مواد نقش دارد؟

-
- 1- Perception of illness
 - 2- Leventhal & Nerenz
 - 3- Self-regulation model (SRM)
 - 4- Edger, Psychol & Skinner
 - 5- Dovydaityene & Maslauskiene
 - 6- Zoeckler, Kenn & Stenzel