

# نقش ادراک خطر و خودتأملی در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد

سجاد بشرپور<sup>۱</sup>، علیرضا جعفرتبار<sup>۲</sup>، محمد نریمانی<sup>۲</sup>، \*امید مسّاح<sup>۲</sup>

## چکیده

**هدف:** انگیزش درمان عنصری کلیدی در درمان و بهبودی از اختلالات مصرف مواد می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش ادراک خطر و خودتأملی در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد انجام گرفت.

**روش بررسی:** این پژوهش پیمایشی از طریق تعیین همبستگی انجام شد. کلیه افراد دارای وابستگی به مواد که در نیمه اول سال ۱۳۹۲ به مراکز ترک اعتیاد شهر اردبیل مراجعه کرده و تحت درمان بودند جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند. تعداد ۱۴۰ نفر از این افراد به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شده و به پرسش‌نامه‌های ادراک خطر، خودتأملی و انگیزش درمان پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از آزمونهای همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند گانه تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که انگیزش درمان با ادراک خطر مصرف داروی محرک ( $r=0/26$ ;  $P<0/003$ )، خطر رفتار پرخطرگری ( $r=0/47$ ;  $P<0/001$ )، خطر فعالیت‌های ورزشی ( $r=0/21$ ;  $P<0/015$ )، خطر شکست تحصیلی و شغلی ( $r=0/68$ ;  $P<0/001$ )، خطر رفتار جنسی ( $r=0/31$ ;  $P<0/001$ ) و خطر می‌بارگی ( $r=0/43$ ;  $P<0/001$ ) رابطه مثبت دارد. همچنین انگیزش درمان با نمره کلی خودتأملی ( $r=0/24$ ;  $P<0/006$ ) و نیاز به خودتأملی ( $r=0/42$ ;  $P<0/001$ ) رابطه مثبت داشت. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد ۵۰ درصد از واریانس انگیزش درمان به وسیله ادراک خطر و ۱۹ درصد آن به وسیله خودتأملی تبیین می‌شود.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که ادراک بالای خطرات رفتاری ناشی از مصرف دارو و توانایی بالای خودتأملی می‌توانند به صورت معنی‌داری انگیزش درمان و آمادگی افراد وابسته به مواد برای تغییر را پیش‌بینی کنند.

**کلیدواژه‌ها:** ادراک خطر، خودتأملی، انگیزش درمان، وابستگی به مواد

- ۱- دکترای روانشناسی، استادیار دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
- ۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
- ۳- دکترای روانشناسی، استادیار دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
- ۴- پزشک، درمانگر اعتیاد، مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۹۲/۱۰/۰۸

پذیرش مقاله: ۹۲/۱۲/۰۴

\* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد

\* تلفن: ۲۲۱۸۰۰۹۵ (۲۱) ۹۸+

\* رایانامه: omchomch@gmail.com

«این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم است.»



## مقدمه

انگیزش 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 بوده است، انگیزش تغییر و درمان که به عنوان مسئولیت‌پذیری و وظیفه‌شناسی درمانجو توصیف شده یک پیش‌نیاز عمده برای درمان به حساب می‌آید که بدون آن درمانگر نمی‌تواند در درمان موفق باشد (۱). فقدان انگیزش نیز برای تبیین شکست افراد برای شروع، ادامه و پذیرش درمان و کامیابی در آن مورد استفاده قرار گرفته است (۲، ۳). در حقیقت، انگیزش درمان به‌طور ضمنی به موافقت و رضایت فرد برای همراهی با درمانگر یا دستورالعمل خاص برنامه بهبودی اشاره دارد. درمانجویی که تابع توصیه‌های بالینی بوده و یا برچسب الکلی بودن یا معتادارویی را قبول دارد به عنوان فرد با انگیزه برای تغییر در نظر گرفته می‌شود، بر عکس فردی که در برابر تشخیص مقاومت کرده یا از تعهد به درمان تجویز شده خودداری می‌کند به‌عنوان فردی بی‌انگیزه در نظر گرفته می‌شود (۴).

در طول چند سال گذشته پژوهشگران و درمانگران علاقه زیادی به مفهوم انگیزش و نقش آن در بهبودی از مشکلات مصرف مواد نشان داده‌اند. پژوهشگران برای توصیف فرایندی که شخص در ایجاد یک تغییر رفتاری طی می‌کند مجموعه‌ای از مراحل تغییر را طرح‌ریزی کرده‌اند: این مراحل عبارتند از: مرحله پیش از تفکر<sup>۱</sup> (فکر نکردن به تغییر)، مرحله تفکر<sup>۲</sup> (فکر کردن به تغییر ولی عملی انجام ندادن)، مرحله قصد<sup>۳</sup> (برنامه‌ریزی برای تغییر)، مرحله اقدام (ایجاد تغییراتی در رفتار شخصی) و مرحله ابقاء<sup>۴</sup> (تغییر دادن سبک زندگی جهت ابقاء رفتار جدید). این مدل چشم‌انداز جدیدی درباره انگیزش و فرایند تغییر رفتار ارائه می‌دهد (۵). پژوهش در زمینه انگیزش درمان شواهد محکمی درباره اهمیت آن در جستجوی درمان، ادامه دادن آن و بهبودی پیامدهای درمانی فراهم کرده است (۶). تعداد زیادی از مطالعات (۷، ۸) نشان داده‌اند افراد مبتلا به مشکلات مرتبط با الکل و سایر مواد که در جستجوی درمان بوده و در آن شرکت می‌کنند از نظر سطح انگیزش برای تغییر تفاوت معناداری با هم دارند. این تغییرپذیری سطح انگیزش در گروه‌های مختلف جویای درمان نظیر سوء استفاده‌کنندگان بستری شده مواد، سوء مصرف‌کنندگان چندماده‌ای<sup>۵</sup> در درمان نگهدارنده با متادون نیز مشاهده شده است (۹، ۱۰).

شواهد نشان می‌دهند که تغییرپذیری سطح انگیزش درمانجویان معتاد می‌تواند با میزان ادراک خطرات رفتاری به وسیله آنها ارتباط

داشته باشد. این ادعا وجود دارد که افراد مبتلا به سوء مصرف مواد به خاطر ادراک ضعیف خطر<sup>۲</sup>، ریسک‌پذیری بالایی دارند. خطر یک منبع انرژی است که می‌تواند موجب بروز ضرر و زیان شود و دارای پتانسیل صدمه و آسیب است. پدیده ادراک نیز یک پدیده تفسیری و انتخابی است. البته انتخابی بودن لزوماً به معنای خودآگاه بودن نیست، یعنی ممکن است پیش از آن که هر فرد به تفسیر دریافت‌های خود پردازد، به گونه‌ای ناخودآگاه و بر پایه عقاید و نگرش‌های قبلی، گزینش خود را انجام دهد. برای نمونه هرگاه اطلاعات جدید از یک منبع منتشر شود، افراد این اطلاعات را بر پایه میزان اعتماد خود به آن منبع خواهند پذیرفت، پس انتخاب افراد از پیش تعیین شده است. پردازش شناختی برای انتخاب بهترین گزینه در شرایطی که انتخاب هر گزینه باری از سود و زیان در بر دارد، تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز خوانده می‌شود. آزمون قمار دانشگاه آیوا و آزمون کاهش اهمیت تعویقی<sup>۷</sup> ابزارهای عصب‌شناختی هستند که برای بررسی این فرآیند طراحی شده‌اند. پایه و اساس ادراک خطر نیز به نحوه پردازش سه جنبه زیر مرتبط است: ۱- عامل ارزش: اشاره به بار تشویقی و تنبیهی هر رفتار دارد، ۲- عامل زمان: اشاره به زمان ارائه یک پاداش یا تنبیه پس از انتخاب رفتارهای مختلف دارد و ۳- عامل احتمالات: اشاره به قطعیت یا عدم قطعیت همراهی رفتار انتخاب شده با درجاتی از پاداش یا تنبیه دارد (۱۱). باکر و واشوسکی (۱۹۹۳) نشان دادند که پسران با گرایش‌های ضداجتماعی و اختلال روانی عملکرد مختلی در آزمون قمار نشان می‌دهند (۱۲). مطالعه ون هونک، هرمانس، پاتمن، مونتگو، اسپاتر نیز نشان داد که افراد با درجه بالای اختلال روانی به علت ضایعه قشر پره‌فرونتال قادر به درک و دوری از خطر در حین بازی نیستند (۱۳). بیتز و لابویی (۱۲۷۰) فرد وابسته به سوء مصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک را به مدت دو سال مورد پیگیری قرار دادند و متوجه شدند که بیمارانی که ادراک خطر بالایی دارند، تمایل و اشتیاق بیشتری برای درمان دارند و همچنین پس از ۶ ماهه اول ترک، عود کمتری (۱۷ درصد) نسبت به بیمارانی که ادراک خطر پایینی (۵۴ درصد) دارند، نشان دادند (۱۴). کلونینجر نیز رابطه مثبتی بین ادراک خطر بالا و انگیزش برای ترک و درمان در زنان باردار الکلیسم را گزارش نموده است (۱۵).

ویلیامز، هرزوغ و سیمونز (۲۰۱۱) بر اساس رویکرد فرایندی کنش سلامتی به مقایسه ادراک خطر و انگیزش به ترک سیگار در افراد سیگاری پرداختند. نتایج آنها نشان داد که افراد سیگاری با ادراک خطر کمتر در مقایسه با افراد با ادراک خطر بالا انگیزه



افراد معتاد پرداخته شده و عوامل تعیین کننده آن مورد بررسی قرار نگرفته است. با توجه به اهمیت انگیزش ترک در درمان اعتیاد پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش ادراک خطر و خودتأملی در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد انجام گرفت.

### روش بررسی

روش پژوهش پیمایشی حاضر از نوع تعیین همبستگی بود. کلیه افراد مبتلا به وابستگی به مواد که در نیمه دوم سال ۱۳۹۲ به مراکز ترک اعتیاد شهر اردبیل مراجعه کرده و تحت درمان بودند، جامعه آماری پژوهش حاضر را تشکیل دادند. با در نظر گرفتن قانون حداقل حجم نمونه در تحقیقات همبستگی که ۱۰۰ نفر ذکر شده است در این پژوهش برای افزایش اعتبار نتایج، تعداد ۱۴۰ نفر از این افراد به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین جامعه آماری فوق انتخاب شده و در پژوهش شرکت کردند.

### ابزارهای پژوهش:

۱- مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان: این مقیاس یک ابزار تجربی است که توسط میلر و تونیگان در سال ۱۹۹۶ برای ارزیابی آمادگی برای تغییر در سوءمصرف کنندگان مواد طراحی شده است. این ابزار ۱۹ سوال دارد و انگیزش درمان را در یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) در سه خرده‌مقیاس بازشناسی<sup>۱</sup>، دوسوگرایی<sup>۲</sup> و گام‌برداری<sup>۳</sup> اندازه می‌گیرد. نمرات آزمودنی‌ها در سه مؤلفه بازشناسی ( $T=0/96$ )، گام‌برداری ( $T=0/94$ ) و دوسوگرایی ( $T=0/88$ ) در این آزمون همبستگی بالایی با نمرات نسخه ۳۹ سوالی این مقیاس نشان داده است. ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس بازشناسی در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۵، دوسوگرایی در دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۸۸ و گام‌برداری در دامنه ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ بدست آمده است (۲۶). این ضریب بر روی نمونه مطالعه حاضر نیز به ترتیب ۰/۷۶ برای بازشناسی، ۰/۷۱ برای دوسوگرایی و ۰/۸۵ برای گام‌برداری و برای کل آزمون نیز ۰/۸۳ بدست آمد.

۲- پرسش‌نامه ارزیابی شناختی حوادث پرخطر: این پرسشنامه توسط فرومی، کاتز و ریوت (۱۹۹۷) برای ارزیابی انتظارات پیامدی بزرگسالان جوان درباره خطرات و مزایای درگیری در فعالیتهای پرخطر ساخته شده است. این پرسش‌نامه شامل ۴ مقیاس استاندارد ۳۰ سوالی است که عبارت‌اند از ۱- انتظارات خطر، ۲- انتظارات مزایا که میزان پیامدهای مثبت و منفی که پاسخ دهندگان انتظار می‌کشند را در ۳۰ فعالیت پرخطر به

کمتری برای ترک سیگار از خود نشان می‌دهند (۱۶). در مطالعه لین و همکاران، ۲۰/۷ درصد معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون به عفونت HIV مبتلا بودند و ۸۸/۸ درصد آنها نیز شرایط بیماری خود را به صورت صحیح گزارش نمودند (۱۷). فلاری بر اساس نظریه سیستم‌های زیستی محیطی برونفن برنر نشان داد که ماکروسیستم، میکروسیستم و مزوسیستم پیش‌بین معنادار ادراک خطر در نوجوانان معتاد می‌باشند. در این مطالعه مزوسیستم نیز به عنوان میانجی ادراک خطر و ابزار خودگزارشی استفاده از ماری جوانا شناخته شد (۱۸). لوپز نیز در مطالعه‌ای نشان داد که هرچه میزان ادراک خطر در نوجوانان بالاتر باشد تمایل آنها نسبت به مصرف ماری جوانا کمتر و انگیزه نسبت به ترک آن بیشتر می‌شود (۱۹).

به نظر می‌رسد گرایش افراد وابسته به مواد نسبت به درمان با توانایی خودتأملی<sup>۱</sup> آنها نیز ارتباط داشته باشد. خودتأملی ظرفیت انسان در درون‌نگری و تمایل به کسب اطلاعات بیشتر در مورد ماهیت بنیادین خود است (۲۰). دیماجیو و همکاران (۲۰۰۹) با مرور متون مرتبط با خودتأملی دریافتند که اساساً ۴ نوع نقص در میزان خودتأملی افراد وجود دارد: ۱. نقص در احساس مالکیت بر افکار و اعمال خود ۲. کمبود آگاهی هیجانی ۳. نقص در تمایز بین خیال و واقعیت ۴. ناتوانی در ترکیب طیف وسیعی از اختلاف دیدگاه‌های خود با دیگران. شواهد نشان داده است که خودتأملی نقش کلیدی در سازگاری انسان بازی می‌کند. مطالعات بالینی و پدیدارشناختی نیز نشان می‌دهند که اختلال در فرآیندهای خودتأملی به‌طور قابل توجهی به بروز آسیب‌شناسی روانی کمک می‌کند (۲۱).

کایسوک و یوشیهیکو (۲۲) نشان دادند که خودتأملی با سطوح پایین افسردگی همراه می‌باشد. بدفورد و دیوید (۲۳) در پژوهشی بر روی بیماران اسکیزوفرن نشان دادند که بیماران با پذیرش و انکار بیماری در خودارزیابی‌های مرتبط با بیماری ضعیف عمل کرده و در یادآوری اطلاعات مرتبط با خود دشواری دارند و این امر با انکار بیماری آنها مرتبط می‌باشد. استفنسون و زیگوریس (۲۴) با بررسی اثرات خودتأملی بر اشتیاق به برنامه درمان ۱۲ گامی، دریافتند که ارتقای خودتأملی آزمودنی‌ها در زمینه‌های درمانی، اشتیاق آنها به درمان را افزایش می‌دهد.

شواهد بالینی نشان می‌دهند که افراد وابسته به مواد انگیزش کمتری نسبت به درمان دارند و در صورت درمان موفقیت‌آمیز نیز طی سه ماه آینده احتمال عود اعتیاد در آنها بالا است (۲۵). این در حالی است که در پژوهشهای قبلی کمتر به انگیزش درمان



صورت مقیاس لیکرت ۷ نقطه‌ای اندازه می‌گیرد، ۳- درگیری انتظاری که احتمال درگیر شدن آزمودنی‌ها در طول ۶ ماه آینده در هر فعالیت پرخطر را اندازه می‌گیرد، ۴- فراوانی انجام رفتار در گذشته که تعداد دفعات درگیر شدن آزمودنی‌ها در رفتارهای پرخطر در گذشته را می‌سنجد. لازم به ذکر است که معمولاً یکی از مقیاسهای درگیر شدن انتظاری یا فراوانی انجام رفتار در گذشته در هر زمان مورد استفاده قرار می‌گیرد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی نشان داد که ۳۰ سوال هر یک از ابعاد این پرسش‌نامه، ۶ عامل استفاده از داروی محرک، رفتارهای پرخطرگراانه و غیرقانونی، فعالیت‌های پرخطر جنسی، می‌خوارگی، ورزش‌های پرخطر، رفتار شغلی و تحصیلی را منعکس می‌سازند. ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های این آزمون در هر یک از چهار مقیاس بالا در دامنه ۰/۶۴ برای ورزش‌های پرخطر تا ۰/۸۸ برای رفتارهای شغلی و تحصیلی گزارش شده است (۲۷). در این پژوهش از خرده‌مقیاس خطرات انتظاری این پرسش‌نامه استفاده شد که ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های این آزمون از ۰/۶۸ برای فعالیتهای جنسی پرخطر تا ۰/۹۳ برای رفتارهای شغلی و تحصیلی بدست آمد.

۳- مقیاس خودتأملی و بینش: این مقیاس توسط گرانت (۲۰۰۲) برای ارزیابی خود آگاهی خصوصی که لازمه هر نوع تغییر رفتاری است ساخته شده است. این مقیاس، خودتأملی و بینش را در یک مقیاس لیکرت ۶ نقطه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) اندازه می‌گیرد. نسخه قبلی این پرسش‌نامه شامل ۳۰ سوال بوده که دو عامل خودتأملی و آگاهی از حالت درونی را می‌سنجید. در مطالعه تحلیل عاملی گرانت از این پرسش‌نامه دو عامل خودتأملی و بینش مشخص شد و تعداد ۱۰ سوال نیز در هیچ یکی از این عاملها بارگذاری نشدند. در این مطالعه درگیری در خودتأملی و نیاز به خودتأملی بر روی عامل یکسانی بارگذاری شدند. خرده‌مقیاس خودتأملی همبستگی مثبت ولی خرده‌مقیاس بینش همبستگی منفی با پرسش‌نامه خودآگاهی خصوصی نشان داده است. پایایی بازآزمایی این مقیاس در طول ۷ هفته ۰/۷۷ برای خودتأملی و ۰/۷۸ برای بینش محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس خودتأملی ۰/۹۱ و خرده مقیاس بینش نیز ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۸). این ضرایب در مطالعه حاضر ۰/۸۸ برای درگیری در خودتأملی، ۰/۹۳ برای نیاز به خودتأملی و ۰/۸۵ برای بینش بدست آمد.

روش جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش به این صورت بود که ابتدا لیست تمامی مراکز ترک اعتیاد شهر اردبیل که با مجوز سازمان بهزیستی یا دانشگاه علوم پزشکی اردبیل فعالیت می‌کردند تهیه شد، سپس یک مرکز از بین مراکز سازمان بهزیستی و یک مرکز از بین مراکز دانشگاه علوم پزشکی به تصادف انتخاب و پس از مراجعه به مراکز مربوطه تمامی پرونده‌های مراجعین آن مراکز در دسترس قرار گرفت. سپس از هر مرکز ۷۰ نفر از افرادی که در پرونده‌شان دارای تشخیص وابستگی به حداقل یک ماده بودند انتخاب شدند، بعد از آنها خواسته شد به صورت انفرادی و در محل مرکز به پرسش‌نامه‌های آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان و ادراک خطر و خودتأملی پاسخ دهند. تشخیص وابستگی به حداقل یک ماده، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، تحصیلات سوم راهنمایی به بالا معیارهای ورود و عدم همکاری برای شرکت در پژوهش نیز معیار خروج آزمودنی‌ها بود. در نهایت ۱۱ نفر به دلیل عدم تمایل به شرکت در پژوهش یا تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها از پژوهش کنار گذاشته شدند.

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از اخذ موافقت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و توضیح کامل درباره هدف و روش تحقیق، به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمونهای همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شد.

### یافته‌ها

تعداد ۱۲۹ آزمودنی با میانگین سنی ۳۱/۴۱ و انحراف معیار ۷/۹۷ در این پژوهش شرکت داشتند که تعداد ۱۰۱ نفر (۷۸/۳٪) آنها مرد و ۲۸ نفر (۲۱/۷٪) آنها زن بودند. تعداد ۱۱ نفر (۸/۵٪) آنها تحصیلات ابتدایی، ۴۷ نفر (۳۶/۴٪) تحصیلات راهنمایی، ۵۳ نفر (۴۱/۱٪) تحصیلات دبیرستان، ۱۸ نفر (۱۴٪) تحصیلات کارشناسی داشتند. ۴ نفر (۳/۱٪) شغل دولتی، ۶۸ نفر (۵۲/۷٪) شغل آزاد داشتند، ۵۶ نفر (۴۳/۴٪) بیکار بودند و ۱ نفر (۰/۸٪) به این سوال پاسخ نداده بود. از نظر میزان درآمد ماهیانه ۳ نفر (۲/۳٪) میزان درآمد ماهیانه خود را پایین‌تر از ۳۰۰ هزار تومان، ۳۸ نفر (۲۹/۵٪) بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ هزار تومان، ۷۵ نفر (۵۸/۱٪) بین ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان و ۱۳ نفر (۱۰/۱٪) نیز بالاتر از یک میلیون گزارش کردند. تعداد ۴۲ نفر (۳۲/۶٪) سابقه ترک قبلی، و ۸۷ نفر (۶۷/۴٪) سابقه ترک نداشتند.



جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی نمرات آزمودنی‌ها در مؤلفه‌های انگیزش درمان و ادراک خطر

متغیرها	M (±SD)	بازشناسی	دوسوگرایی	گام‌برداری	خطر مصرف مواد	خطر رفتارهای پرخطر جنسی	خطر رفتار جنسی	خطر می‌بارگی	خطر فعالیت‌های ورزشی	خطر فعالیت‌های تحصیلی و شغلی	خطر شکست تحصیلی و شغلی
انگیزش درمان	۶۱/۷۳ (۱۶/۴۶±)	۰/۹۶**	۰/۹۳**	۰/۹۸**	۰/۹۸**	۰/۴۷**	۰/۳۱**	۰/۴۳**	۰/۲۱*	۰/۶۸**	
بازشناسی	۲۲/۵۱ (۶/۰۷±)	۰/۰۰۱	۰/۸۵**	۰/۹۱**	۰/۳۰**	۰/۴۳**	۰/۳۱**	۰/۴۳**	۰/۲۱*	۰/۶۹**	
دوسوگرایی	۱۳/۳۱ (۳/۵۷±)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸**	۰/۱۷*	۰/۴۶**	۰/۳۲**	۰/۴۳**	۰/۱۸*	۰/۶۱**	
گام برداری	۲۶/۰۵ (۷/۳۲±)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۵**	۰/۴۶**	۰/۲۸**	۰/۴۰**	۰/۲۰*	۰/۶۹**	
خطر مصرف دارو	۳۶/۶۷ (۱۰/۹۸±)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۵	۰/۳۳**	۰/۲۶**	۰/۳۹**	۰/۲۰*	۰/۲۶**	
خطر رفتارهای پرخطر جنسی	۳۶/۶۸ (۱۰/۹۸±)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳**	۰/۲۶**	۰/۴۷**	۰/۱۸*	۰/۰۳	
خطر رفتار جنسی	۱۸/۴۰ (۱۱/۵۸±)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱**	۰/۲۴**	۰/۳۱**	۰/۲۴**	۰/۵۱**	
خطر می‌بارگی	۱۲/۹۸ (۴/۵۸±)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۳۷**	
خطر فعالیت‌های ورزشی	۱۴/۴۹ (۵/۵۶±)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۴۹**	
خطر شکست تحصیلی و شغلی	۲۱/۸۵ (۶/۲۰±)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۳۶**	

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که انگیزش درمان با ادراک خطر مصرف داروی محرک ( $P < 0/003; r = 0/26$ ) و خطر رفتارهای پرخطر جنسی ( $P < 0/001; r = 0/47$ )، خطر رفتار جنسی ( $P < 0/001; r = 0/43$ ) و خطر می‌بارگی ( $P < 0/001; r = 0/43$ ) و خطر فعالیت‌های ورزشی ( $P < 0/015; r = 0/21$ ) و خطر شکست تحصیلی و شغلی ( $P < 0/001; r = 0/68$ ) ارتباط مثبت دارد.

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی نمرات آزمودنی‌ها در مؤلفه‌های انگیزش درمان و خودتأملی

متغیرها	M (±SD)	بازشناسی	دوسوگرایی	گام‌برداری	نمره کل خودتأملی	درگیری در خودتأملی	نیاز به خودتأملی	بیش
انگیزش درمان	۶۱/۷۳ (۱۶/۴۶±)	۰/۹۶**	۰/۹۳**	۰/۹۸**	۰/۲۴**	۰/۱۰	۰/۴۲**	-۰/۰۱
بازشناسی	۲۲/۵۱ (۶/۰۷±)	۰/۰۰۱	۰/۸۵**	۰/۹۱**	۰/۰۰۶	۰/۲۲	۰/۳۸**	۰/۸۵
دوسوگرایی	۱۳/۳۱ (۳/۵۷±)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸**	۰/۲۱*	۰/۱۱	۰/۳۸**	۰/۰۲
گام‌برداری	۲۶/۰۵ (۷/۳۲±)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۰	۰/۴۲**	۰/۷۶
نمره کل خودتأملی	۵۹/۵۲ (۱۱/۳۴±)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۱	۰/۴۲**	-۰/۰۵
درگیری در خودتأملی	۱۷/۴۱ (۴/۹۷±)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۵	۰/۲۱	۰/۴۲**	۰/۵۷
نیاز به خودتأملی	۱۹/۷۱ (۵/۳۹±)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۱	۰/۴۲**	-۰/۰۹
بیش	۲۲/۴۰ (۵/۸۴±)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۴۲**	۰/۹۲



نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که انگیزش درمان با نمره کلی (P<۰/۰۰۱; r=۰/۴۲) ارتباط مثبت دارد. خودتأملی و بینش (P<۰/۰۰۶; r=۰/۲۴) و نیاز به خودتأملی

جدول ۳. نتایج ضرایب رگرسیون انگیزش درمان بر اساس مولفه‌های ادراک خطر

متغیرهای پیش‌بین	R <sup>۲</sup>	F	Sig	B	SEB	β	T	Sig	آماره‌های هم‌خطی تحمل VIF
	۰/۵۰	۲۰/۲۵	۰/۰۰۱						
خطر مصرف دارو				۰/۰۷	۰/۲۳	۰/۰۲	۰/۳۰	۰/۷۶	۰/۸۰
خطر رفتارهای پرخاشگری				۰/۲۰	۰/۱۳	۰/۱۳	۱/۵۲	۰/۱۳	۰/۵۴
خطر رفتار جنسی				۰/۰۱	۰/۱۱	۰/۰۱	۰/۱۶	۰/۸۷	۰/۶۹
می‌بارگی				۰/۳۰	۰/۲۸	۰/۰۸	۱/۰۴	۰/۲۹	۰/۶۴
خطر فعالیت‌های ورزشی				۰/۲۳	۰/۲۱	۰/۰۷	-۱/۱۱	۰/۲۶	۰/۸۳
خطر شکست تحصیلی و شغلی				۱/۵۸	۰/۲۱	۰/۵۹	۷/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که ۵۰ درصد از کل واریانس انگیزش درمان به وسیله ادراک خطر تبیین می‌شود. نتایج آزمون آنووا نشان‌گر معنی‌داری مدل رگرسیون می‌باشد (F=۲۰/۲۵; P<۰/۰۰۱). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که از بین مولفه‌های ادراک خطر، خطر شکست تحصیلی و شغلی به صورت مثبت انگیزش درمان را پیش‌بینی می‌کند (t=۷/۲۶; P<۰/۰۵).

جدول ۴. نتایج ضرایب رگرسیون انگیزش درمان بر اساس مولفه‌های خودتأملی

متغیر ملاک	R <sup>۲</sup>	F	Sig	B	SEB	β	T	Sig	آماره‌های هم‌خطی تحمل VIF
	۰/۱۹	۹/۵۳	۰/۰۰۱						
انگیزش درگیری در خودتأملی				-۰/۳۳	۰/۳۱	-۰/۱۰	-۱/۰۶	۰/۲۸	۰/۷۴
نیاز به خودتأملی				۱/۴۶	۰/۲۸	۰/۴۷	۵/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵
بینش				-۰/۱۴	۰/۲۳	-۰/۰۵	-۰/۶۲	۰/۵۳	۰/۹۷

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش ادراک خطر و خودتأملی در انگیزش درمان افراد وابسته به مواد انجام گرفت. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که انگیزش درمان به‌طور مثبت با ادراک خطر مصرف داروی محرک، خطر رفتارهای پرخاشگری، خطر فعالیت‌های ورزشی و خطر شکست تحصیلی، خطر رفتار جنسی و خطر می‌بارگی مرتبط می‌باشد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های بیتز و لابیوی (۱۴)، کلونینجر (۱۵)، ویلیامز و همکاران (۱۶)، لویز (۱۹) همخوان می‌باشد. این نتایج بیان می‌کنند زمانی که فرد پیامدهای خطرناک رفتار اعتیادی خود را به‌طور مناسبی ادراک کند، از انگیزه بالایی برای ترک اعتیاد خود برخوردار خواهد بود. این نتایج نشان می‌دهند افرادی که ادراک خطر بالایی دارند کمتر خطرپذیر بوده و عواقب افکار و رفتارهای خطرناک را فاجعه‌آمیز

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که ۱۹ درصد از کل واریانس انگیزش درمان به وسیله خودتأملی تبیین می‌شود. نتایج آزمون آنووا نشان‌گر معنی‌داری مدل رگرسیون می‌باشد (F=۹/۵۳; P<۰/۰۰۱). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که از بین مولفه‌های خودتأملی، نیاز به خودتأملی به صورت مثبت انگیزش درمان را پیش‌بینی می‌کند (t=۵/۰۸; P<۰/۰۵).

### بحث

انگیزه و اشتیاق پایین و عدم اتمام دوره درمان یکی از مشکلات عمده در درمان افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد می‌باشد. با توجه به اینکه عوامل تعیین‌کننده انگیزش درمان افراد معتاد به مواد در پژوهش‌های قبلی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است،



خطرات شغلی و تحصیلی اعتیاد نه تنها می‌تواند باعث کاهش سازگاری فردی و اجتماعی شوند، بلکه امنیت و بهداشت روانی خانواده و سایر گروه‌های اجتماعی را به میزان بیشتری نیز به خطر می‌اندازد، بنابراین بیشتر احتمال دارد که فرد را به فکر تغییر بیاندازند.

نتایج تحلیل رگرسیون انگیزش درمان بر اساس مؤلفه‌های خودتأملی نیز نشان داد که از بین مولفه‌های خودتأملی نیاز به خودتأملی به‌طور مثبت انگیزش درمان را پیش‌بینی می‌کند. این نتیجه نیز همخوان با نتایج استفنسسون و زیگوریس (۲۴) می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد دارای نیاز بالا به خودتأملی تمایل دارند به میزان بیشتری خود را مورد بازبینی قرار داده و جنبه‌های مختلف شناختی، هیجانی و رفتاری خود را مورد وارسی قرار دهند. به‌خاطر این دیدگاه این افراد در صورت ارتکاب به رفتارهای منفی از جمله اعتیاد به احتمال بیشتری ممکن است به فکر اصلاح خود باشند. واضح است شناختی که افراد از اعمال، افکار و احساسات خود دارند در تصمیم‌گیری‌های آنها نقش دارد و سبب دید جامع فرد می‌شود (۲۱). همچنین همسو با نتایج دبان و همکاران (۳۰) افزایش خودتأملی فرد معتاد را به تفکر در مورد خویشتن و امید، و با تقویت خودبازبینی، زمینه‌های ترک رفتار اعتیادی را در فرد فراهم می‌سازد.

### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ادراک بالای خطرات رفتاری ناشی از مصرف دارو و توانایی بالای خودتأملی می‌تواند به صورت معناداری انگیزش درمان و آمادگی افراد وابسته به مواد برای تغییر را پیش‌بینی کنند. استفاده از طرح تحقیق همبستگی و عدم توانایی در کنترل متغیرهایی چون نوع ماده مصرفی از جمله محدودیت‌های مهم این پژوهش بودند. لذا پیشنهاد می‌شود تحقیقات آتی با کنترل این متغیرها به ویژه نوع ماده مصرفی و همچنین با استفاده از طرح علی-مقایسه‌ای انجام گیرند تا نقش این عوامل به روشنی مشخص گردند. همچنین از دیگر محدودیت‌های این مطالعه، ویژگی اجتماعی و فرهنگی جامعه پژوهش و ملاحظات است که باعث می‌شود برخی افراد در مواردی، خصوصاً در زمینه‌هایی مانند رفتارهای پرخطر وضعیت واقعی خود را بیان نکنند. این امر به‌ویژه در مورد پژوهش حاضر که در آن از مقیاس‌های خودگزارشی استفاده شده، بیشتر صادق می‌باشد. اطلاعات و داده‌هایی که از طریق خودگزارش‌دهی آزمودنی‌ها و به وسیله پرسشنامه جمع‌آوری می‌شود، همیشه

و جبران‌ناپذیر تصور و پیش‌بینی می‌کنند و برای جلوگیری از به دام افتادن در این عواقب، پیشاپیش از انجام این‌گونه رفتارها خودداری می‌کنند و در صورت ارتکاب چنین اعمالی نیز انگیزه قوی برای ترک آن را در خود بوجود می‌آورند.

نتایج مربوط به همبستگی خودتأملی با انگیزش درمان نشان داد که انگیزش درمان با نمره کلی خودتأملی و نیاز به خودتأملی ارتباط مثبت دارد. این نتایج نیز همسو با نتایج استفنسسون و زیگوریس (۲۴) می‌باشد. طبق تعریف خودتأملی درون‌نگری و ارزیابی افکار، احساسات و رفتار شخصی، وضوح درک شخصی فرد از آنها می‌باشد. این سازه یک عامل فراشناختی بوده و در فرایندهای تغییر هدفمند و جهت‌دار رفتار فرد نقش کلیدی دارد (۲۹). این توانایی به شخص امکان می‌دهد تا به وسیله بازبینی اعمال شخصی مربوط به تغییر رفتار به خودتنظیمی بپردازد. از آنجا که مطابق مدل چندمرحله‌ای تغییر رفتار، فقط انتخاب اهداف یا حتی طرح و برنامه‌ریزی برای تغییر رفتار کفایت نمی‌کند، داشتن خودتأملی باعث می‌گردد فرد در هر یک از مراحل تغییر رفتار به بازبینی اعمال و رفتار خود پرداخته و میزان موفقیت خود در رسیدن به هدف تعیین شده را ارزیابی کند. این بازبینی مرحله به مرحله می‌تواند انگیزه لازم برای ترک هر نوع رفتار را تا انتهای آن فراهم سازد. همچنین می‌توان فرض کرد که خودتأملی ضعیف، ادراک خود در مورد شایستگی، به ویژه شایستگی اجتماعی را تضعیف کرده و موجب بروز آسیب‌های اجتماعی نظیر اعتیاد در فرد شود. از طرفی افزایش خودتأملی فرد معتاد را به تفکر در مورد خویشتن و امید، ارزش‌های اجتماعی و فردی وی را برجسته کرده و با انسجام هویت فردی اجتماعی وی، راه را برای انگیزه به درمان تسهیل می‌کند.

نتایج تحلیل رگرسیون انگیزش ترک و درمان بر اساس ادراک خطر رفتارهای مختلف نشان داد که از بین مؤلفه‌های ادراک خطر فقط ادراک خطر شکست تحصیلی و شغلی به‌طور مثبت انگیزش درمان را پیش‌بینی می‌کنند. این نتایج نیز به‌طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش‌های بیتز و لاسووی (۱۴)، کلونینجر (۱۵)، ویلیامز و همکاران (۱۶)، لویز (۱۹) همخوان می‌باشد. شاید یکی از دلایل اینکه ادراک خطر شکست تحصیلی و شغلی توانسته است انگیزش درمان را پیش‌بینی کند، این باشد که عواملی مانند تحصیل و شغل تأثیر روانی اجتماعی بسیار مهمی بر زندگی افراد دارد و در واقع می‌توان گفت که جایگاه اجتماعی افراد از طریق این عوامل مشخص می‌شود. بدین ترتیب ادراک افراد از خطرات وارده شده بر این دو حوزه زندگی می‌تواند به میزان بیشتری فرد را برای ترک رفتار اعتیادی با انگیزه کند. از طرف دیگر



روش‌های درمانی سوءمصرف مواد و وابستگی به مواد به افراد معتاد پیشنهاد می‌شود.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مدیریت، پرسنل و کلبه درمانجویان مراکز درمان سوءمصرف مواد شهر اردبیل به ویژه مراکز درمانی بهار و علوی به خاطر همکاری ارزنده‌شان در اجرای این پژوهش قدردانی می‌شود.

تحت تأثیر عوامل متعدد تأثیرگذار مثل گرایش پاسخ دهندگان به ارائه پاسخ‌های جامعه پسند می‌باشد. با این حال با توجه به اطمینان‌بخشی از محرمانه ماندن اطلاعات به پاسخ‌دهندگان، تلاش شد تا احتمال درستی پاسخ‌ها افزایش یابد.

با توجه به نتایج این پژوهش و اهمیت ادراک خطر و خودتأملی در انگیزش درمان افراد وابسته به مواد، آموزش این مهارت‌ها به عنوان یک عامل مهم و کلیدی در ایجاد انگیزش در کنار سایر

### منابع

1. Beckman LJ. An Attributional Analysis of Alcoholics Anonymous. *Journal of Studies on Alcohol*. 1980; 41(7): 714-726.
2. Appelbaum AA. Critical Re-examination of the Concept of Motivation for Change in Psychoanalytic Treatment. *International Journal of Psychoanalysis*. 1972; 53(1): 51-59.
3. 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.
4. Rockville G. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, 1999; 35: 1-15.
5. Diclemente C, Prochaska J. Toward Comprehensive, Trans Theoretical Model of Change: Stages of Change and Addictive Behaviors. In: Miller W, Heather N. (Eds.), *Treating Addictive Behaviors* (2nd ed., pp. 3-24). New York: Plenum Press, 1998.
6. Nock MK, Photos VI. Parent Motivation to Participate in Treatment: Assessment and Prediction of Subsequent Participation. *Journal of Child and Family Studies*. 2006; 15(3): 345-358.
7. Carney MM, Kivlahan DR. Motivational Subtypes among Veterans Seeking Substance Abuse Treatment: Profiles Based on Stages of Change. *Psychology of Addictive Behaviors*. 1995; 9(2): 135-142.
8. Diclemente CC, Hughes SO. Stages of Change Profiles in Outpatient Alcoholism Treatment. *Journal of Substance Abuse*. 1990; 2(2): 217-235.
9. Isenhardt CE. Motivational Subtypes in An Inpatient Sample of Substance Abusers. *Addictive Behaviors*. 1994; 19(5): 463-475.
10. Belding MA, Iguchi MY, Lamb RJ, Lakin M, Terry R. Stages and Processes of Change among Polydrug Users in Methadone Maintenance Treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. 1995; 39(1): 45-53.
11. Lennart S, Bjorg-Elin M, Torbjorn R. Explaining Risk Perception. An Evaluation of the Psychometric Paradigm in Risk Perception Research. *Rotunde Publikasjoner Rotunde*. 84, 2004.
12. Baker NJ Washousky RC. The Coping Styles of Alcoholics with Axis II Disorder. *Journal of Substance Abuse*. 1993; 7: 424-435.
13. Van Honk J, Hermans EJ, Putman P, Montague B, Schutter DJ. Defective Somatic Markers in Subclinical Psychopathy. *NeuroReport*. 2002; 13: 1025-1027.
14. Bates ME, Labouvie EW. Personality, Environment Constellations and Alcohol Use: A Process-Oriented Study of Intraindividual Change during Adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors*. 1995; 9(1): 23-35.
15. Cloninger CR. Neurogenetic Adaptive Mechanisms in Alcoholism. *Science*. 1987(4800); 236: 410-416.
16. Williams RJ, Herzog TA, Simmons VN. Risk Perception and Motivation to Quit Smoking: A Partial Test of the Health Action Process Approach. *Addictive Behaviors*, 2011; 36(7): 789-91.
17. Lin TY, Chen VC, Lee CH, Chen CY, Shao WC, Chang SH, et al. Prevalence, Correlates, and Risk Perception of HIV Infection among Heroin Users in Central Taiwan. *Kaohsiung Journal of Medical Science*. 2013; 29(12): 673-9.
18. Fleary SA, Heffer RW, McKyer EL, Newman DA. Using the Bioecological Model to Predict Risk Perception of Marijuana Use and Reported Marijuana Use in Adolescence. *Addictive Behaviors*. 2010; 35(8): 795-8.
19. Lopez-Quintero C, Neumark Y. Effects of Risk Perception of Marijuana Use on Marijuana Use and Intentions to Use among Adolescents in Bogotá, Colombia. *Drug and Alcohol Dependence*. 2010; 109(1-3): 65-72.
20. Noverber V. The Impulsive Behavior Scale: Factor Structure and Associations with College Drinking. *Personality and Self-perfection*. 2006; 43: 1927-1937.
21. Dimaggio G, Vanheule S, Lysaker PH, Carcione A, Nicolò G. Impaired Self-reflection in Psychiatric Disorders among Adults: A Proposal for the Existence of A Network of Semi Independent Functions. *Conscious Cognition*. 2009; 18(3): 653-64.
22. Keisuke T, Yoshihiko T. Self-rumination, Self-reflection, and Depression: Self-rumination Counteracts the Adaptive Effect of Self-reflection. *Behaviour Research and Therapy*. 2009; 47(3): 260-264.
23. Bedford NJ1, David AS. Denial of illness in Schizophrenia as A Disturbance of Self-reflection, Self-perception and Insight. *Schizophrenia Research*. 2014; 152(1): 89-96.
24. Stephenson GM, Zygouris N. Effects of Self-reflection on Engagement in a 12-step Addiction Treatment Programs: A Linguistic Analysis of Diary Entries. *Addictive Behaviors*. 2007; 32(2): 416-24.
25. Asgari A, Pourshahbaz A, Farhaodian A. [Personality dimensions Affecting on Substance Abuse Relapse in Dependents to Opioid Substances Treated by Methadone Maintenance Treatment (Persian)]. *Journal of Addiction Research*. 2011; 5(19): 7-20.
26. 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.
27. Fromme K, Katz E, Rivet R. Outcome Expectancies and Risk-Taking Behavior. *Cognitive Therapy and Research*. 1997; 21(4): 421-442.
28. Grant AM. The Self-reflection and Insight Scale: A New Measure of Private Self-consciousness. *Social Behavior and Personality*. 2002; 30(8): 821-836.
29. Carver CS, Scheier MF. *On the Self-regulation of Behavior*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1998.
30. Debbané M, Vrtička P, Lazouret M, Badoud D, Sander D, Eliez S. Self-reflection and Positive Schizotypy in the Adolescent Brain. *Schizophrenia Research*. 2014; 152(1): 65-72.



# The Role of Risk Perception and Self-reflection in Prediction of Motivation for Substance Dependence Treatment

Basharpour S. (Ph.D.)<sup>1</sup>, Jafartabar A. (M.Sc.)<sup>2</sup>, Narimani M. (Ph.D.)<sup>3</sup>, \*Massah O. (M.D.)<sup>4</sup>

Receive date: 29/12/2013

Accept date: 23/02/2014

1. Ph.D. of Psychology, Assistant Professor of Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
2. M.Sc. in Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
3. Ph.D. of Psychology, Professor of Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
4. Physician, Addiction Therapist, Substance Abuse and Dependency Research Center, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

\* **Correspondent Author Address:** Substance Abuse and Dependency Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar Alley, Daneshjoo Blv., Evin, Tehran, Iran.

\* **Tel:** +98 (21) 22180095

\* **E-mail:** omchomch@gmail.com

## Abstract

**Objective:** Motivation for treatment is a key element in treatment and recovery of substance abuse disorders. The current study was conducted to investigate the role of risk perception and self-reflection in prediction of motivation for treatment in people with substance dependence.

**Materials & Methods:** This survey study was conducted to determine correlation. The statistical population of this study comprised all those with substance dependence who were referring to Ardabil's addiction treatment centers in the second half of 1392.

One hundred and forty people were selected from this population through multistage random cluster sampling. They were asked to complete the questionnaires of risk perception, self-reflection and motivation for treatment. Data were analyzed using Pearson's correlation and multivariate regression tests.

**Results:** motivation for treatment was positively associated with risk of drug abuse ( $r=0/26$ ;  $p<0/003$ ), risk of aggressive behavior ( $r=0/47$ ;  $p<0/001$ ), Risk of sports activities ( $r=0/21$ ;  $p<0/015$ ), risk of academic and professional failures ( $r=0/68$ ;  $p<0/001$ ), risk of sexual activity ( $r=0/31$ ;  $p<0/001$ ), and risk of heavy drinking ( $r=0/43$ ;  $p<0/001$ ). It was also positively associated with the total score of self-reflection and insight ( $r=0/24$ ;  $p<0/006$ ) and the need to self-reflect ( $r=0/42$ ;  $p<0/001$ ). Fifty percent variance of motivation for treatment was explained by risk perception and 19% was explained by self-reflection in the multiple regression analysis results.

**Conclusion:** The results of this study demonstrate that high perceived risks of drug induced behavior and high ability for self-reflection can predict motivation for treatment and readiness for change in drug-dependent individuals.

**Keywords:** Risk perception, Self-reflection, Treatment motivation, Drug dependence

"This article is the result of a thesis."