

تبیین مدل ساختاری اشتیاق به درمان بر اساس حافظه اعتیاد، میل به مصرف و تحمل ابهام با میانجی‌گری خودکنترلی در افراد متقاضی ترک

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۰۶

خلاصه

مقدمه

مطالعه حاضر با هدف تبیین مدل اشتیاق به درمان اعتیاد بر اساس حافظه اعتیاد، میل به مصرف و تحمل ابهام با میانجی‌گری خودکنترلی در افراد وابسته به مواد متقاضی ترک انجام شد. روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی و پیش‌بینی بود.

روش کار

جامعه آماری این مطالعه شامل افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد شهر بابل بود. ۲۰۹ نفر از شرکت کنندگان به عنوان نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس انتخاب شدند و به سوالات مقیاس شدت حافظه اعتیاد چن و همکاران (۲۰۱۸)، مقیاس خودکنترلی تانجی و همکاران (۲۰۰۴)، مقیاس تحمل ابهام مک‌لین و همکاران (۱۹۹۳)، مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و اشتیاق برای درمان اعتیاد میلر و تونیکان (۱۹۹۷) و مقیاس میل به مصرف مواد سوموزا و همکاران (۱۹۹۵) پاسخ دادند.

نتایج

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش مدلیابی معادلات ساختاری نشان داد حافظه اعتیاد در اشتیاق به درمان نقش مستقیم دارد ($\beta=0/31, p<0/05$)؛ میل به مصرف در اشتیاق به درمان نقش مستقیم دارد ($\beta=0/39, p<0/05$)؛ تحمل ابهام در اشتیاق به درمان نقش مستقیم دارد ($\beta=0/36, p<0/05$)؛ خودکنترلی در اشتیاق به درمان نقش مستقیم دارد ($\beta=0/79, p<0/05$) و مدل اشتیاق به درمان اعتیاد بر اساس حافظه اعتیاد، میل به مصرف و تحمل ابهام با میانجی‌گری خودکنترلی در افراد وابسته به مواد متقاضی ترک برازش دارد.

نتیجه‌گیری

مطالعات بیشتر می‌توانند گام موثری در ایجاد انگیزه برای درمان از طریق حذف و به حداقل رساندن عوامل مشکل‌آفرین و زمینه‌ای در جهت ایجاد اشتیاق به تغییر در زندگی بیماران ترک اعتیاد ایجاد نماید.

کلمات کلیدی

اشتیاق به درمان، حافظه اعتیاد، میل به مصرف، تحمل ابهام، خودکنترلی
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

نگار منفرد^۱

محسن جدیدی*^۲

مرتضی گلستانی پور^۳

^۱دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

^۲دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرقدس، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرقدس، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایذه، دانشگاه آزاد اسلامی، ایذه، ایران.

Email: jadidi.mohsen@gmail.com

مقدمه

هر نوع ماده ای که ایجاد وابستگی نماید و پس از مصرف تغییراتی را در فرد بوجود آورد که از نظر اجتماعی قابل قبول و پذیرش نباشد و اجتماع نسبت به آن حساسیت یا واکنش نشان دهد، غیرمجاز و کسی که چنین ماده ای را مصرف کند، معتاد شناخته می شود (سادوک و همکاران، ۲۰۲۱؛ ترجمه شاملو و همکاران، ۱۴۰۰). اعتیاد یک بیماری زیستی-روانی-اجتماعی قلمداد می شود و عوامل متعددی در گرایش به سوء مصرف مواد مخدر موثر است. این عوامل در تعامل با یکدیگر منجر به سوء مصرف و سپس وابستگی به مواد می شوند؛ زیرا به صورت درهم تنیده ای در پیدایش اعتیاد مؤثرند (پشم دوست و غفاری، ۱۳۹۴).

اعتیاد همواره مشکلات زیادی را برای فرد، خانواده و جامعه به بار می آورد. در این بین، عده ای از معتادان به این نتیجه می رسند که باید درمان شوند و در پی درمان بر می آیند و به مراکز ترک اعتیاد مراجعه می کنند. با این وجود، برخی از این افراد منصرف می شوند و فرآیند درمان را رها می کنند. برخی نیز به طور جدی می کوشند که خود را تغییر دهند، اما پس از مدتی عهد و پیمان خویش را می شکنند و مصرف مواد را از سر می گیرند (آقایی، ۱۳۹۱) که به نظر می رسد این افراد از آمادگی و اشتیاق کافی برای درمان اعتیاد برخوردار نیستند. بر اساس نظر براون و میلر^۳ (۱۹۹۳)، مفاهیمی همچون آمادگی تغییر، آمادگی در مان^۵ و اشتیاق به درمان به عنوان پیش بینی کننده و پیش آگهی درمان به شمار می روند (به نقل از سانگ^۸، ۲۰۲۰). وارد^۹ و همکاران (۲۰۰۴) معتقدند اشتیاق به درمان به ویژگی ها (حالتها یا شرایط) در مراجع یا وضعیت درمانی اشاره دارد که احتمالاً موجب ارتقای مشارکت در درمان و بهبود

تغییرات درمانی می شود (به نقل از گب^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). در این مفهوم سازی، اشتیاق به درمان علاوه بر انگیزه یا تمایل به تغییر و پاسخگویی با توجه به مناسب بودن برنامه درمانی ارائه شده، عوامل داخلی (همچون شخصیت و ویژگی های شناختی-عاطفی بیمار) و عوامل خارجی (شرایط محیطی، موقعیت مکانی، فرصت ها، منابع، حمایت، نوع برنامه و زمان بندی) را نیز شامل می شود (مک کارن و وارد^{۱۰}، ۲۰۱۱).

یکی از متغیرهایی که پیش بینی کننده ترک اعتیاد به شمار می رود، خودکنترلی است (چاچارد^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). خودکنترلی^۳ یعنی فرد توانایی کنترل رفتارها، احساسات و غرایز خود را با وجود برانگیختگی برای عمل داشته باشد (جانسون^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). خودکنترلی، با مهارت هدایت توجه رابطه دارد و احتمالاً یکی از راه های مقاومت در برابر وسوسه و دوری از وسوسه است (شیخ الاسلامی و همکاران، ۱۳۹۴). بر اساس نظریه عمومی جرم گاتفردسون و هیرشی^۵ (۱۹۹۰)، هر فردی که قادر به سازمان دادن رفتارهای خود بر اساس ارزیابی پیامدهای مثبت و منفی آن رفتار باشد دارای توانایی خودکنترلی قوی در عدم انجام رفتارهای انحرافی و سوء مصرف مواد است (به نقل از فتاحی شنگل آباد و میرهاشمی، ۱۳۹۷). همچنین، سوای ویژگی های نژادی، قومی، مذهبی و محیطی، افرادی که خودکنترلی پایین تری دارند، بیشتر در معرض خطر مصرف مواد هستند و به نظر می رسد افرادی که خودکنترلی پایین تری دارند به پیامدهای رفتارهای خود کمتر می اندیشند و سعی در ارضای فوری امیال خود دارند (به نقل از گاتفردسون و هیرشی، ۲۰۲۲). مطالعات متعددی رابطه بین سوء مصرف مواد و خودکنترلی کم را نشان داده اند و آن را

9Ward
10Gaab
11McMurrin & Ward
12Chauchard
13Self-control
14Johnson
15Gottfredson & Hirschi

1Sadock
2Addiction
3Brown & Miller
4Change readiness
5Treatment readiness
6Treatment eagerness
7Treatment prognosis
8Song

تهدید و تحمل ابهام به عنوان تمایل به درک موقعیت های مبهم به عنوان فرصت تعریف شده است (بابایی نادینلویی و همکاران، ۱۳۹۸). بنا به عقیده مک‌لین (۱۹۹۳)، افراد دارای تحمل ابهام در موقعیت های یادگیری جدید و پیچیده عملکرد بالایی دارند، درحالی که یادگیرندگان بدون تحمل ابهام تمایل دارند که از موقعیتهای مبهم و جدید اجتناب کنند. آمادگی و تحمل پریشانی در پیش بینی نگهداری درمان سوء مصرف مواد نقش دارند و آمادگی به طور قابل توجهی با افزایش احتمال نگهداری در مان در مصرف کنندگان مواد با تحمل پریشانی بیشتر ارتباط دارد (علی و همکاران، ۲۰۱۷). صبحی فراملکی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود نشان دادند تحمل آشفتگی می تواند به صورت معنی داری اشتیاق به درمان را در افراد مصرف کننده مواد را پیش بینی کنند. مطالعه طاهری فرد و ابوالقاسمی (۱۳۹۶) نشان داد تحمل آشفتگی پیش بینی کننده مناسبی برای بازگشت و پیروی از درمان در سوء مصرف کنندگان مواد می باشد.

نقطه مقابل اشتیاق به درمان اعتیاد، اشتیاق، ولع یا میل به مصرف مواد مخدر است. میل به مصرف اچند بعدی و شامل ابعاد هیجانی، شناختی، رفتاری و روان فیزیولوژیکی است که به صورت علاقه ذهنی به اثرات یک ماده تعریف می شود به طوری که این احساس بسیار نیرومند خواستن فوری مواد هرگونه تمرکز فکری بر چیزی غیر از آن را ناممکن می سازد (بشرپور و همکاران، ۱۳۹۶). میل به مصرف تحت تأثیر شاخص های مصرف مواد مانند میزان مصرف، مدت زمان پرهیز یا شدت وابستگی و تخمین طول مدت مربوط به زمان ترک قرار می گیرد (سرو و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعات متعدد نشان داده اند میل به مصرف عاملی مهم در پیش بینی انگیزش درمان در افراد وابسته به مواد و

به عنوان یک عامل خطر برای مصرف مواد مخدر بیان کرده اند. واینبرگ^۱ (۲۰۱۳) معیار اصلی اعتیاد را از دست دادن کنترل خود می داند. از نظر وی حتی علائم ترک اعتیاد نیز باعث از دست دادن خود کنترلی می شود. مطالعات همچنین نشان داده اند خود کنترلی و رفتارهای خود تنظیم عوامل برجسته ای در ترک موفق اعتیاد هستند (شباهنگ و همکاران، ۱۳۹۹) و اشتیاق به درمان و آمادگی برای درمان (سیاوش و ابوالقاسمی، ۲۰۱۷) را پیش بینی می کنند.

بر اساس مطالعات انجام شده، وجود حافظه اعتیاد و اهمیت آن در فرایندهای اعتیادی همچون تحمل، بازگشت و نگهداری تأیید شده اند (بوئینگ^۲، ۲۰۰۱). حافظه اعتیاد^۳ در برگیرنده تجارب شخصی مرتبط با اعتیاد و جزئیات حسی است (چن^۴ و همکاران، ۲۰۱۸) و به عنوان حافظه بیمارگونه مرتبط با رفتارهای اعتیاد شناخته می شود. چندین مطالعه نشان داده اند حافظه اعتیاد می تواند مانعی برای ترک اعتیاد و یا عود مصرف باشد (وینستاین و کاکس^۵، ۲۰۰۶؛ فون درگلتز و کیفر^۶، ۲۰۰۹). به عقیده چن و همکاران (۲۰۱۸) افراد با ولع مصرف زیاد از حافظه اعتیاد بیشتری برخوردار هستند. بوئینگ (۲۰۰۱) معتقد است حتی پس از ترک بلند مدت اعتیاد، حافظه اعتیاد می تواند از طریق مواجهه مجدد با نشانه های مرتبط با مواد، دوباره فعال شود. مطالعه شباهنگ و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد شدت حافظه اعتیاد در ترک موفق اعتیاد موثر است. همچنین مطالعه بلوم^۷ و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد فرایندهای حافظه آشکار پیش بینی آمادگی برای تغییر رفتار نوشیدن هستند.

از جمله عواملی که آسیب پذیری نسبت به اعتیاد را افزایش می دهد، عدم تحمل ابهام است (ساتو^۸ و همکاران، ۲۰۱۸؛ واینورادوا^۹ و همکاران، ۲۰۲۱). عدم تحمل ابهام^{۱۰} به عنوان تمایل به درک موقعیت های مبهم به عنوان منبع

Blume
Sato
Wynohradova
Tolerance of ambiguity
Craving
Serre

Weinberg
Boeing
Addiction-related memory
Chen
Weinstein & Cox
von der Goltz & Kiefer

زمانی ۴ ماهه بودند. فاصله سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن، تحت درمان اعتیاد با متادون از جمله ملاک های ورود و سابقه بیماری روانی، سابقه بیماری جسمی مزمن به جز اعتیاد، مدت مصرف زیر یک سال و استفاده از درمان های روانشناختی در ۶ ماه گذشته و حین مطالعه از جمله ملاک های خروج از مطالعه بودند. روش نمونه گیری به صورت هدفمند در دسترس بود. حجم نمونه بر اساس نظر کلاین^۷ (۲۰۱۶) مبنی بر اینکه در روش مدل سازی معادلات ساختاری تعداد نمونه به ازای کلیه شاخص های پژوهش، ۱۰ تا ۲۰ نمونه و با حداقل حجم نمونه ۲۰۰ باشد، ۲۰۹ نفر تعیین شد. بر اساس سهولت دسترسی به جامعه آماری پژوهش و به منظور جمع آوری اطلاعات، از بین ۱۰ مرکز فعال و کارآمد شهر بابل در زمینه ترک اعتیاد، بر اساس میزان دسترس پذیری محقق به این مراکز، تعداد ۵ مرکز شامل کلینیک های ترک اعتیاد رهیافت، توحید، اعتماد، دکتر بهشتی و رها انتخاب شدند. پژوهشگر ضمن معرفی خود به این مراکز و انجام هماهنگی لازم با مسئولین فنی مراکز، در جلسه های انفرادی، طرح پژوهش را برای شرکت کنندگان توضیح داده و به جمع آوری داده ها اقدام نمود. بدین ترتیب، افراد به سوالات مقیاس شدت حافظه اعتیاد^۸ چن و همکاران (۲۰۱۸)، مقیاس خودکنترلی تانجی^۹ و همکاران (۲۰۰۴)، مقیاس تحمل ابهام مک لین و همکاران (۱۹۹۳)، مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و اشتیاق برای درمان اعتیاد^{۱۰} میلر و تونیگان^{۱۱} (۱۹۹۷) و مقیاس میلر به مصرف مواد سوموزا^{۱۲} و همکاران (۱۹۹۵) پاسخ دادند.

مقیاس اشتیاق به درمان اعتیاد: مقیاس مراحل

آمادگی برای تغییر و اشتیاق برای درمان اعتیاد در سال ۱۹۹۷ توسط میلر و تونیگان به منظور ارزیابی میزان اشتیاق افراد الکلی برای ایجاد تغییر ساخته شد، اما امروزه از این ابزار برای

الکل است (علمردانی صومعه و همکاران، ۱۳۹۸؛ اسلاچ^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۹؛ ونگاس و رای^{۱۴}، ۲۰۲۰).

مطالعات نشان داده اند از جمله مهمترین علل اقدام به ترک و تغییر و اشتیاق به درمان، شناخت اثرات منفی مصرف مواد روی خود و دیگران، محرومیت های اجتماعی، تحمیل هزینه سنگین، برچسب خوردن فرد معتاد، ناتوانی در کسب شغل و کار و بروز بیماری های جسمانی، روانی و اجتماعی (مک دانل و ون هوت^{۱۵}، ۲۰۱۰)، از کنترل خارج شدن مصرف مواد (استینسما^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۵) و کسب مجدد توازن و سلامتی در زندگی و ایجاد تغییر اساسی در خود (آلوارز^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۹) بوده است. با توجه به اینکه در مطالعات متعدد نقش عوامل برون فردی هم در ایجاد اعتیاد و هم در تغییر و اشتیاق به درمان اعتیاد صورت گرفته است، این مطالعه قصد دارد متغیرهای متفاوت و درون فردی را در اشتیاق به درمان این بیماری مزمن مورد بررسی قرار دهد. همچنین، به دلیل شیوع اعتیاد و اثرات زیان بار آن و محدود بودن پژوهش های انجام گرفته در ایران و از آنجا که متغیرهای پیش بینی کننده اشتیاق به درمان اعتیاد کمتر در مطالعات مورد بررسی قرار گرفته این پژوهش قصد دارد این رابطه را در قالب مدل معادلات ساختاری بررسی نماید. بنابراین این سوال مطرح می شود که آیا مدل اشتیاق به درمان اعتیاد بر اساس حافظه اعتیاد، میل به مصرف و تحمل ابهام با میانجی گری خودکنترلی در افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد شهر بابل با داده های تجربی برازش دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی و پیش بینی بود. جامعه آماری این مطالعه شامل افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد شهر بابل در دوره

۸Addiction Memory Intensity Scale (AMIS)
 ۹Tangney
 ۱۰Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness (SCRTE)
 ۱۱Miller & Tonigan
 ۱۲Somoza

۱۳Schlauch
 ۱۴Venegas & Ray
 ۱۵McDonnell & Van Hout
 ۱۶Steensma
 ۱۷Alvarez
 ۱۸Structural Equation Modeling (SEM)
 ۱۹Kline

خودتنظیمی افراد به عنوان یک صفت ساخته شد. فرم کوتاه این مقیاس دارای ۱۳ عبارت است و یک نمره کلی به دست می‌آورد. این آزمون یک ابزار خودگزارشی است و آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (هرگز=۱ تا بسیار زیاد =۵) مشخص سازد هریک از عبارات تا چه حد نشان‌دهنده ویژگی‌های وی است. طیف نمرات این آزمون بین ۱۳ تا ۶۵ قرار دارد. نمرات بالاتر حاکی از خودکنترلی بیشتر آزمودنی است. تانجنی و همکاران (۲۰۰۴) به منظور هنجاریابی مقیاس خودکنترلی، فرم کوتاه شده آن را روی دو نمونه مجزا اجرا کردند که ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در دو گروه ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمد. در مطالعه موسوی مقدم و همکاران (۱۳۹۴) جهت بررسی پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب پایایی ۰/۸۴ به دست آمد.

مقیاس حافظه اعتیاد: مقیاس شدت حافظه اعتیاد توسط چن و همکاران (۲۰۱۸) به منظور بررسی شدت حافظه اعتیاد مصرف کنندگان مواد طراحی شد. این مقیاس از ۹ گویه تشکیل شده که دو عامل روشنی دیداری^۵ و عامل شدت حسی دیگر^۶ را در بر دارد. پاسخ دهی و نمره گذاری در طیف لیکرت پنج درجه ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) صورت می‌گیرد. دامنه نمرات در این مقیاس از ۹ تا ۴۵ است که نمرات بیشتر بیانگر شدت بیشتر حافظه اعتیاد است. چن و همکاران (۲۰۱۸) به منظور بررسی روایی همزمان از مقیاس استفاده وسواسی اجباری مصرف مواد^۷ مقیاس آنالوگ دیداری^۸ و سنجش مدت زمان استفاده از مواد استفاده کردند که نتایج حاکی از روایی همزمان مناسب مقیاس بود. نتایج آزمون t نشان داد که افراد با ولع مصرف زیاد از حافظه اعتیاد بیشتری برخوردار هستند که حاکی از روایی افتراقی مقیاس بود. برطبق نتایج، مقیاس شدت حافظه اعتیاد ($\alpha=0/89$)، عامل روشنی دیداری ($\alpha=0/88$) و عامل

ارزیابی افراد وابسته به دیگر انواع مواد مخدر غیر از الکل نیز استفاده می‌شود. این مقیاس شامل ۱۹ جمله و سه خرده‌مقیاس بازشناسی^۱، دوسوگرایی^۲ و گام‌برداری^۳ است. خرده‌مقیاس بازشناسی نشانگر آگاهی شرکت کننده نسبت به وجود مشکل و تمایل وی نسبت به ایجاد تغییر است. خرده‌مقیاس دوسوگرایی بیانگر شک و عدم اطمینان نسبت به وجود مشکل و آسیب‌ها است و خرده‌مقیاس گام‌برداری در برگزیده اقدامات به عمل آمده و فعالیت‌هایی است که فرد به منظور ایجاد تغییر انجام داده است. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت پنج درجه ای (خیلی مخالفم=۱ تا خیلی موافقم=۵) میزان موافقت یا مخالفت خود را با هریک از عبارات مقیاس مشخص کند. بر اساس گزارش میلر و تونینگان (۱۹۹۷)، نمرات آزمودنی‌ها در سه مؤلفه بازشناسی، گام‌برداری و دوسوگرایی به ترتیب با ضرایب ۰/۹۶، ۰/۹۴ و ۰/۸۸ همبستگی بالایی با نمرات نسخه ۳۹ سوالی این مقیاس نشان داده‌اند. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس 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 (میلر و تونینگان، ۱۹۹۷). به منظور بررسی اعتبار همزمان این مقیاس، همبستگی آن با پرسشنامه نگرش نسبت به درمان اعتیاد مورد ارزیابی قرار گرفت. وجود همبستگی معنادار بین زیرمقیاس‌های این دو مقیاس حاکی از اعتبار همزمان مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و اشتیاق برای درمان است (میچل و آنگلون^۴، ۲۰۰۶). اعتبار فرم موازی و همسانی درونی این مقیاس به ترتیب برابر ۰/۷۸ و ۰/۸۰ گزارش شده است. علاوه بر آن میزان همسانی درونی این آزمون توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد که از نظر معیارهای روان سنجی مورد تایید است (به نقل از پشم‌دوست و غفاری، ۱۳۹۴).

مقیاس خودکنترلی: مقیاس خودکنترلی در سال ۲۰۰۴ توسط تانجنی و همکاران به منظور ارزیابی میزان

5Visual clarity
6Other sensory intensity
7Obsessive Compulsive Drug Use Scale
8Visual Analogue Scale

1Recognition
2Ambivalence
3Footstep
4Mitchell & Angelone

استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاجلو و همکاران (۱۳۹۹) ۰/۸۰ گزارش شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش مدل معادلات ساختاری و روش همبستگی پیرسون و با استفاده از نسخه ۸ نرم افزار لیزرل و نیز نسخه ۲۴ نرم افزار اسپس انجام شد.

نتایج

نمونه مطالعه حاضر شامل افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد شهر بابل بودند. یافته های توصیفی مربوط به جنسیت، سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل و مدت زمان مصرف مواد نشان داد از ۲۰۹ نفر افراد نمونه، مردان با ۷۵/۱۲ درصد بیش تر از زنان با ۲۴/۸۸ درصد از حجم نمونه را به خود اختصاص دادند. افراد با سن ۲۴-۲۹ سال با ۲۹/۱۹ درصد بیش ترین حجم نمونه و افراد با سن ۴۰-۳۶ سال با ۲۱/۵۳ درصد کمترین حجم نمونه را به خود اختصاص دادند. شرکت کنندگان با تحصیلات دیپلم با ۴۵/۹۳ درصد بیش ترین حجم نمونه و شرکت کنندگان با تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر با ۱۰/۰۵ درصد کمترین حجم نمونه را تشکیل دادند. افراد طلاق گرفته با ۴۰/۶۸ درصد بیش ترین و افراد متأهل با ۲۳/۴۴ درصد کمترین حجم نمونه را تشکیل دادند. افراد با وضعیت شغلی بیکار با ۷۱/۷۷ درصد بیش تر از شاغلین با ۲۸/۲۳ درصد از حجم نمونه را به خود اختصاص دادند. همچنین، مدت زمان مصرف مواد ۵ تا ۶ سال با ۴۰/۶۷ درصد بیش ترین حجم نمونه و مدت زمان مصرف مواد ۱ تا ۲ سال با ۱۱/۴۸ درصد کمترین حجم نمونه را به خود اختصاص دادند.

در جدول ۱ ویژگی های توصیفی متغیرهای تحقیق بیان شده است.

شدت حسی دیگر ($\alpha=0/72$) از همسانی درونی مناسبی برخوردار هستند. اعتبار بازآزمایی کل مقیاس ($r=0/80$)، عامل روشنی دیداری ($r=0/75$) و عامل شدت حسی دیگر ($r=0/72$) نیز مناسب به دست آمد (چن و همکاران، ۲۰۱۸). همراستا با مطالعه چن و همکاران (۲۰۱۸)، نتایج تحلیل عاملی با چرخش واریماکس پژوهش شباهنگ و همکاران (۱۳۹۹) حاکی از یک ساختار دو عاملی بود. همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، عامل روشنی دیداری و عامل شدت حسی دیگر به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۷ و ۰/۸۳ به دست آمد. همچنین، همبستگی بین گویه ها، عوامل و کل مقیاس شدت حافظه اعتیاد مناسب حاصل شد (شباهنگ و همکاران، ۱۳۹۹).

مقیاس تحمل ابهام: مقیاس تحمل ابهام به وسیله

مک لین و همکاران (۱۹۹۳) طراحی شد. این مقیاس ۱۳ جمله دارد که هر آزمودنی به صورت کاملاً موافق (نمره ۱) تا کاملاً مخالف (نمره ۵) به آن ها پاسخ می دهد. مک لین و همکاران (۱۹۹۳) پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کردند. در مطالعه فیضی و همکاران (۱۳۹۱) روایی محتوایی این پرسشنامه از طریق روایی سازه ۰/۴۸ و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شد.

مقیاس میل به مصرف: مقیاس میل به مصرف مواد

شامل شش آیتم است که توسط سوموزا و همکاران (۱۹۹۵) ساخته شده و مدت، فراوانی و شدت میل مصرف مواد را در یک مقیاس لیکرت پنج درجه ای از نه اصلاً یا هرگز (نمره ۰) تا خیلی زیاد یا تقریباً به طور مداوم (نمره ۴) اندازه می گیرد. این آزمون همبستگی بالایی با مقیاس های شدت اعتیاد نشان داده و ضریب آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۸۸ گزارش شده است (سوموزا و همکاران، ۱۹۹۵). پایایی این مقیاس با

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیر	میانگین	انحراف معیار	واریانس	چولگی	کشیدهی
اشتیاق به درمان اعتیاد	۷۳/۷۴	۱۳/۴۳	۱۸۰/۵۳۱	-۰/۳۹۷	-۰/۵۷۴
خودکنترلی	۴۹/۸۴	۷/۶۶	۵۸/۷۴۹	-۰/۴۹۸	۰/۵۰۵
حافظه اعتیاد (روشنی دیداری)	۲۳/۱۴	۳/۶۸	۱۳/۵۷۵	-۰/۴۳۰	۰/۲۲۳
حافظه اعتیاد (شدت حسی دیگر)	۱۱/۹۸	۲/۳۵	۵/۵۴۳	-۰/۴۵۸	-۰/۴۸۱
تحمل ابهام	۴۷/۳۰	۲/۴۸	۶/۱۵۰	-۰/۶۳۰	۰/۵۷۰
میل به مصرف	۲۲/۳۳	۴/۵۷	۲۰/۸۵۷	-۰/۳۹۹	-۰/۳۵۶

بر اساس نتایج جدول ۱، بالاترین میانگین مربوط به اشتیاق به درمان اعتیاد و کمترین میانگین، مربوط به متغیر حافظه اعتیاد (شدت حسی دیگر) می باشد. همچنین، داده های چولگی و کشیدهی که در بازه ۲ و -۲ قرار دارند، بیانگر نرمال بودن توزیع داده ها است. نتایج همبستگی متقابل بین متغیرها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی متقابل بین متغیرها

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- اشتیاق به درمان اعتیاد	۰/۴۹۶**	۰/۱۴۳*	۰/۲۱۸**	۰/۴۳۲**	۰/۴۹۶**	۰/۴۱۱**
۲- خودکنترلی	-	۱	۰/۱۴۲*	۰/۲۲۱**	۰/۳۲۷**	۰/۴۰۱**
۳- حافظه اعتیاد (روشنی دیداری)	-	-	۱	۰/۱۳۰*	۰/۴۵۵**	۰/۴۰۷**
۴- حافظه اعتیاد (شدت حسی دیگر)	-	-	-	۱	۰/۳۴۰**	۰/۳۱۷**
۵- تحمل ابهام	-	-	-	-	۱	۱
۶- میل به مصرف	-	-	-	-	-	۱

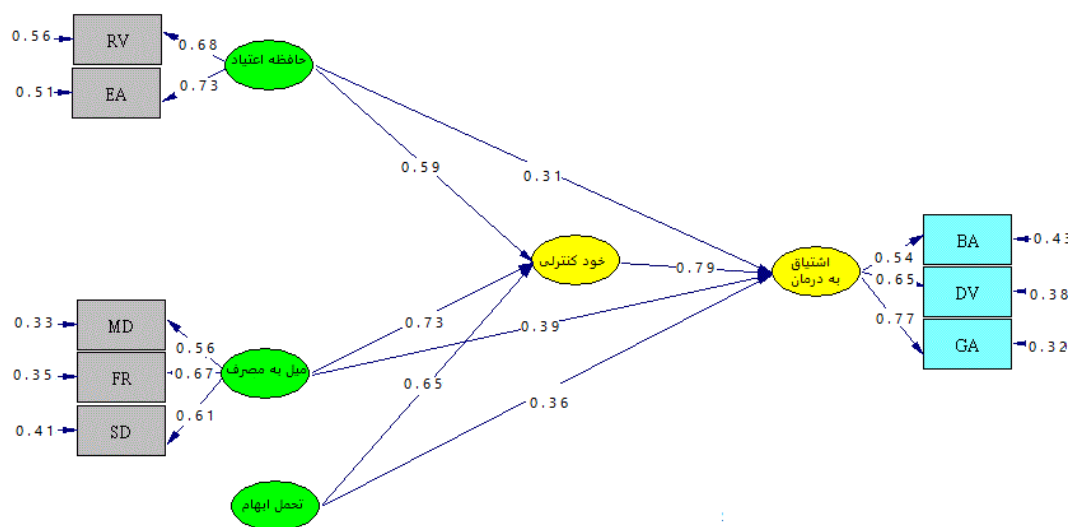
* P<0.05

** P<0.01

داده های پرت چندمتغیری با استفاده از شاخص d2 ماهالانوبیس نشان داد سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ و بیانگر از دورافتاده بودن داده های پرت موردنظر بود. براساس این شاخص، ۱۰ داده پرت وجود داشت. نرمال بودن تک متغیری بر اساس شاخص های کجی و کشیدهی قبلا مورد تأیید قرار گرفت (جدول ۱). همچنین، نرمال بودن چندمتغیری با استفاده از ضریب کشیدهی استاندارد شده مردیا که ۳/۰۱۸ بدست آمد، تأیید شد. مدل فرضیه پژوهش در نمودارهای ۱ و ۲ ارائه شده است.

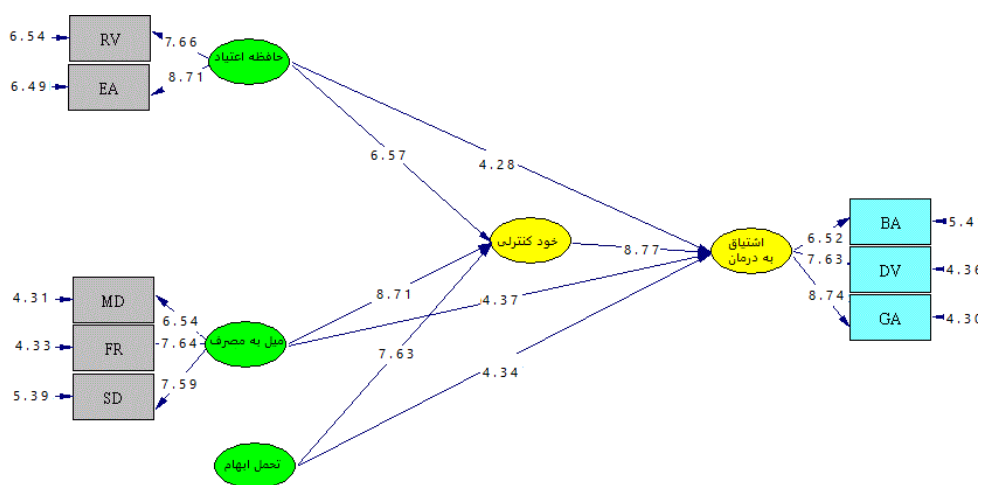
فرضیه اصلی: مدل اشتیاق به درمان اعتیاد بر اساس حافظه اعتیاد میل به مصرف و تحمل ابهام با میانجی گری خودکنترلی در افراد وابسته به مواد متقاضی ترک برآزش دارد.

برای بررسی فرضیه پژوهش قبل از استفاده از روش معادلات ساختاری، پیش فرض های این روش شامل عدم وجود داده های پرت چندمتغیری، نرمال بودن تک متغیری و نرمال بودن چندمتغیری موردبررسی قرار گرفت. عدم وجود



Chi-Square=109.69, df=63, P-value=0.00000, RMSEA=0.034

نمودار ۱. نتایج تأیید مدل معادلات ساختاری فرضیه تحقیق



Chi-Square=109.69, df=63, P-value=0.00000, RMSEA=0.034

نمودار ۲. آماره t-value و نتایج تأیید مدل معادلات ساختاری فرضیه تحقیق

که تمامی ضرایب مسیر از لحاظ آماری معنی دار بودند؛ یعنی، بین متغیرهای اشتیاق به درمان براساس حافظه اعتیاد، میل به مصرف و تحمل ابهام با میانجیگری خودکنترلی در افراد متقاضی ترک رابطه مثبت و معنی دار برقرار بود. جدول ۲ ضرایب استاندارد کلیه مسیرها در الگوی پیشنهادی را نشان می‌دهد. نتایج حاصل از روابط متغیرهای میانجی با استفاده از آزمون بوت‌استرپ نشان داده شده اند.

باتوجه به شاخص‌های برآوردشده، رابطه ساختاری اشتیاق به درمان براساس حافظه اعتیاد، میل به مصرف و تحمل ابهام با میانجیگری خودکنترلی در افراد متقاضی ترک برآش دارد. اعداد روی مسیرها، ضرایب بتا هستند که از میان آن‌ها بالاترین ضریب به مسیر خودکنترلی با اشتیاق به درمان ($\beta=0/79$) و ضعیف‌ترین به مسیر حافظه اعتیاد با اشتیاق به درمان ($\beta=0/31$) مربوط می‌شود. نتایج حاصل از روابط مستقیم متغیرهای پژوهش در مدل پیشنهادی نشان می‌دهد

جدول ۳. ضرایب استاندارد مسیرهای الگوی پیشنهادی

مسیر	ضرایب استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معنی داری
حافظه اعتیاد <---> اشتیاق به درمان	۰/۳۱	۰/۲۱۷	۴/۲۸	۰/۰۰۰۵
حافظه اعتیاد <---> خودکنترلی	۰/۵۹	۰/۳۱۱	۶/۵۷	۰/۰۰۰۵
میل به مصرف <---> اشتیاق به درمان	۰/۳۹	۰/۲۴۶	۴/۳۷	۰/۰۰۰۵
میل به مصرف <---> خودکنترلی	۰/۷۳	۰/۲۹۰	۸/۷۱	۰/۰۰۰۵
تحمل ابهام <---> اشتیاق به درمان	۰/۳۶	۰/۳۳۱	۴/۳۴	۰/۰۰۰۵
تحمل به ابهام <---> خودکنترلی	۰/۶۵	۰/۲۲۵	۷/۶۳	۰/۰۰۰۵
خودکنترلی <---> اشتیاق به درمان	۰/۷۹	۰/۲۲۹	۸/۷۷	۰/۰۰۰۵

براساس ضرایب استاندارد و مقادیر بحرانی ارائه شده در جدول ۳، همه مسیرهای مستقیم، معنی دار است ($P < 0/05$).

اثر غیرمستقیم در نمونه اصلی و بوت، میانگین برآوردهای غیرمستقیم در نمونه‌های بوت‌استرپ است. همچنین در این جدول سوگیری، بیانگر تفاضل بین داده، بوت و خطای معیار نیز نشان‌دهنده انحراف معیار برآوردهای غیرمستقیم در نمونه‌های بوت‌استرپ است.

در الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر سه مسیر غیرمستقیم یا میانجی وجود دارد. برای تعیین معنی داری هر یک از روابط میانجی و اثر غیرمستقیم متغیر مستقل بر متغیر وابسته از طریق میانجی از روش بوت‌استرپ استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است. در این جدول، منظور داده

جدول ۴. نتایج بوت‌استرپ برای مسیرهای غیرمستقیم الگوی پژوهش

مسیر	داده	بوت	سوگیری	خطا	حد پایین	حد بالا	سطح معنی داری
حافظه اعتیاد با اشتیاق به درمان با میانجی‌گری خودکنترلی	۰/۴۶۶	۰/۴۷۳	۰/۰۰۴	۰/۲۱۹	۰/۱۳۳	۰/۲۷۸	۰/۰۰۵
میل به مصرف با اشتیاق به درمان با میانجی‌گری خودکنترلی	۰/۵۷۶	۰/۵۸۷	۰/۰۰۳	۰/۲۱۰	۰/۱۵۵	۰/۳۳۰	۰/۰۰۵
تحمل ابهام با اشتیاق به درمان با میانجی‌گری خودکنترلی	۰/۵۱۳	۰/۵۵۹	۰/۰۰۲	۰/۲۵۸	۰/۱۳۱	۰/۳۴۵	۰/۰۰۵

نمونه‌های بزرگ متورم می‌شود و معمولاً به لحاظ آماری معنی‌دار می‌گردد. به این دلیل بسیاری از پژوهشگران خی‌دو را نسبت به درجه آزادی آن (مجذور خی نسبی) مورد بررسی قرار می‌دهند. در شاخص مجذور خی نسبی مقادیر نزدیک به ۲ و کمتر به عنوان ملاکی قراردادی برای برازندگی مدل به حساب می‌آیند. برای بررسی شاخصهای برازش مدل از چندین شاخص دیگر شامل شاخص برازش پارسیمونس^۴، شاخص برازش مقایسه‌ای^۵، شاخص برازش مقایسه‌ای پارسیمونس^۶، شاخص برازش افزایشی^۷، شاخص نیکویی برازش^۸، میانگین مربعات خطای تقریب استفاده و در جدول ۵ گزارش شده است.

در این بخش برای پاسخ به فرضیه مطرح شده از الگویابی معادلات ساختاری در قالب تحلیل مسیر مبتنی بر روش کوواریانس نرم‌افزار لیزرل استفاده شده است و پارامترهای مدل به روش بیشینه درست‌نمایی برآورد شدند. برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها براساس شاخصهای برازندگی از جمله خی‌دو به‌عنوان شاخص برازندگی مطلق در جدول ۵ گزارش شده است. هرچه مقدار خی‌دو از صفر بزرگ‌تر باشد، برازندگی مدل کمتر می‌شود. خی‌دو معنی‌دار، تفاوت معنی‌دار بین کوواریانس‌های مفروض و مشاهده شده را نشان می‌دهد. با وجود این، چون فرمول خی‌دو، حجم نمونه را دربر دارد، مقدار آن درمورد

جدول ۵. شاخص‌های نیکویی برازش مدل ساختاری فرضیه تحقیق قبل و پس از اصلاح مدل

شاخص‌های برازندگی الگو	χ^2	df	pvalue	CMIN/df	RMSEA	PNFI	CFC	PCCFI	IFI	GFI
قبل از اصلاح	۵۴۱/۴۶	۶۳	۰/۱۰۵	۸/۵۹	۰/۰۶۱	۰/۰۹۳	۰/۰۹۴	۰/۰۹۲	۰/۰۹۵	۰/۰۹۷
پس از اصلاح	۱۰۹/۶۲	۶۳	۰/۰۰۰۵	۱/۷۴	۰/۰۳۴	۰/۰۹۷	۰/۰۹۵	۰/۰۹۳	۰/۰۹۸	۰/۰۹۶

پیش از بررسی ضرایب ساختاری، برازندگی الگوی اصلی مورد بررسی قرار گرفت. برازش الگوی پیشنهادی براساس شاخص‌های برازندگی معرفی شده ارزیابی شدند. تمامی مقادیر شاخص‌های برازندگی، برازش قابل قبول الگوی پیشنهادی با داده‌ها را نشان می‌دهد. در گام بعدی جهت ارتقای برازندگی الگوی پیشنهادی، با آزاد کردن تعدادی درجه آزادی با رسم همبستگی بین متغیرهای مستقل حافظه اعتیاد، میل به مصرف، تحمل ابهام شد و شاخصهای برازندگی این الگوها نشان داده شده اند. شاخص R^2 میزان واریانس تبیین شده متغیرهای نهفته درون‌زا را نشان می‌دهد. ضریب تعیین متغیر اشتیاق به درمان

از آنجاکه شاخص ریشه میانگین مجذورات تقریب برابر ۰/۰۳۴ می‌باشد، مدل از برازندگی خوبی برخوردار است. سایر شاخص‌های نیکویی برازش نیز در بازه مورد قبول قرار گرفته‌اند که در جدول ۵ آمده است. جدول ۵ نشان می‌دهد شاخص‌های نیکویی برازش از برازش مطلوب الگو با داده‌های گردآوری شده حمایت کرده است. به‌منظور بررسی سهم ساختاری اشتیاق به درمان براساس حافظه اعتیاد، میل به مصرف و تحمل ابهام با میانجیگری خودکنترلی در افراد متقاضی ترک در ارائه مدل از دستور بوت‌استرپ استفاده شد.

4 Parsimonious Comparative Fit Index (PCFI)

5 Incremental fit index (IFI)

6 Goodness of Fit Index (GFI)

1 Chi-square/degree-of-freedom ratio

2 Parsimonious Normed Fit Index (PNFI)

3 Comparative Fit Index (CFI)

ترک آن مستلزم در نظر گرفتن شرطی سازی‌ها در سیستم‌های حافظه هیجانی زیرقشری و سیستم‌های حافظه اخباری است. به باور بونینگ (۲۰۰۱)، حافظه اعتیاد نقش مهمی در بروز عود و حفظ رفتار اعتیادآور دارد. نشانه‌های مرتبط با مواد مخدر به شدت با حافظه اعتیاد مرتبط است و به ادامه ولع مصرف مواد کمک می‌کند. حافظه اعتیاد بخشی از شخصیت به شمار می‌رود که در سطح مولکولی از طریق سطوح عصبی و عصب-روانشناختی به ویژه در حافظه رویدادی بازنمایی می‌شود. فوندرگلتز و کیفر (۲۰۰۹) استنباط کردند که اختلال در حافظه اعتیاد ممکن است به جلوگیری از عود کمک کند.

یافته مربوط به تأثیر خودکنترلی بر اشتیاق به درمان، همسو با مطالعه چاچارد و همکاران (۲۰۱۳)، واینبرگ (۲۰۱۳) و سیاوش و ابوالقاسمی (۲۰۱۷) بود. هسته اصلی اعتیاد، از دست دادن خودکنترلی است که با مهارت هدایت توجه رابطه دارد و احتمالاً یکی از راه‌های مقاومت در برابر وسوسه و دوری از وسوسه است. نیاز به خودکنترلی با اختلال انگیزشی و تعارض بین دو گرایش، لذت‌های آنی و لذت‌های درازمدت شروع می‌شود. به عبارت دیگر، افراد وقتی خودکنترلی را به کار می‌گیرند که بخواهند به اهداف بلندمدتی دست یابند. خودکنترلی ضعیف شامل ریسک پذیری، تکانشگری، خستگی و خودمحوری است. همچنین افرادی که دارای خودکنترلی ضعیف هستند مزایای آنی را بر مزایای بلندمدت ترجیح می‌دهند و این واقعیت موجب ارتکاب رفتارهای ضداجتماعی همچون مصرف مواد می‌شود. بر اساس نظریه عمومی جرم گاتفردسون و هیرشی (۱۹۹۰)، هر فردی که قادر به سازمان دادن رفتارهای خود بر اساس ارزیابی پیامدهای مثبت و منفی آن رفتار باشد دارای توانایی خودکنترلی قوی در عدم انجام رفتارهای انحرافی و سوءمصرف مواد است. فردی با خودکنترلی پایین که بعد از ترک، دوباره به سوی مواد برمی‌گردد، احساس گناه، ناامیدی، خجالت و عصبانیت گریبان‌گیر او می‌شود. عود

می‌باشد که نشان می‌دهد تمامی متغیرهای مستقل و میانجی یعنی حافظه اعتیاد، میل به مصرف، تحمل ابهام و خودکنترلی می‌توانند ۴۸/۹ درصد از تغییرات اشتیاق به درمان را پیش‌بینی کنند که این میزان در حد قوی می‌باشد. همچنین مشاهده می‌شود، ضریب تعیین متغیر خودکنترلی ۳۳ درصد در حد متوسط می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تبیین مدل اشتیاق به درمان اعتیاد بر اساس حافظه اعتیاد، میل به مصرف و تحمل ابهام با میانجی‌گری خودکنترلی در افراد وابسته به مواد متقاضی ترک انجام شد. یافته‌ها نشان داد مدل اشتیاق به درمان اعتیاد بر اساس حافظه اعتیاد، میل به مصرف و تحمل ابهام با میانجی‌گری خودکنترلی در افراد وابسته به مواد متقاضی ترک برازش دارد.

یافته مربوط به تأثیر حافظه اعتیاد بر اشتیاق به درمان، همسو با مطالعه شباهنگ و همکاران (۱۳۹۹) بود که نشان دادند افراد موفق در ترک اعتیاد در مقایسه با افراد ناموفق در ترک اعتیاد، نمرات پایین‌تری در شدت حافظه اعتیاد کسب کردند. در همین راستا، وینستاین و کاکس (۲۰۰۶) عنوان کردند فرآیندهای حافظه و توجه در شروع و حفظ فرآیندهای اعتیاد مهم هستند. این یافته از این نظر همچنین همسو با مطالعه بلوم و همکاران (۲۰۰۵) است مبنی بر اینکه فرایندهای حافظه آشکار ممکن است برای پیش‌بینی آمادگی برای تغییر رفتار مصرف‌الکل مفید باشند. اعتیاد یک اختلال مغزی مزمن و عودکننده است. رفتارهای مرتبط با اعتیاد پیچیده هستند و این رفتارها به شدت با سیستم حافظه مرتبط هستند. شکل‌گیری حافظه اعتیاد، موجب حفظ رفتار اعتیادآور و ولع مصرف مواد شده و تبدیل به یک مؤلفه از شخصیت می‌شود. رابینز و همکاران (۲۰۰۸)؛ به نقل از شباهنگ و همکاران، (۱۳۹۹) با بررسی پژوهش‌های صورت گرفته در مورد تعامل حافظه و اعتیاد اظهار می‌کنند که اعتیاد محصول یادگیری وابسته به تداعی نادرست است و

شوند. افراد با میل بالا برای مصرف، انگیزه کافی برای ترک نداشته و اشتیاق و امید به درمان در آن‌ها پایین است. انگیزه کلی بیشتر برای تغییر تا حدودی نشان دهنده شناخت و پذیرش بیمار از پیامدهای فزاینده و علائم وابستگی و همچنین افزایش اندک روزهای پرهیز است. از این رو دادن انگیزه، میل به مصرف را کاهش داده و اشتیاق به درمان را افزایش می‌دهد.

یافته مربوط به تأثیر تحمل ابهام بر اشتیاق به درمان، با مطالعه صبحی فراملکی و همکاران (۱۳۹۶)، طاهری فرد و ابوالقاسمی (۱۳۹۶) و واینورادوا و همکاران (۲۰۲۱) همخوان است. صبحی فراملکی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود نشان دادند بین تحمل آشفتگی با بازشناسی و گام‌برداری در بین افراد سوءمصرف مواد رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. همچنین، تحمل آشفتگی می‌تواند به صورت معنی داری اشتیاق به درمان را در افراد مصرف کننده مواد را پیش بینی کند. مطالعه طاهری فرد و ابوالقاسمی (۱۳۹۶) نشان داد تحمل آشفتگی پیش بینی کننده مناسبی برای بازگشت و پیروی از درمان در سوءمصرف کنندگان مواد می‌باشد. نتیجه مطالعه واینورادوا و همکاران (۲۰۲۱) نیز بیانگر این بود که بین آمادگی برای تغییر و تحمل در برابر ابهام همبستگی معناداری وجود دارد. از آنجایی که تحمل ابهام در گرایش افراد به مصرف مواد به عنوان یک عامل انگیزشی عمل می‌نماید، افزایش سطح تحمل ابهام در افراد، جزء شاخص‌های اصلی پیشگیری محسوب می‌شود. در این راستا، ساتو و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند عدم تحمل ابهام به عنوان یکی از عوامل اصلی نرخ بالای بروز رفتارهای تکانشی و پرخطر محسوب می‌شود. افراد دارای تحمل ابهام بالا قادرند سطح بالاتری از اضطراب را تحمل نمایند. بدین ترتیب، افراد تحت اضطراب شدید، بیشتر احتمال دارد که به رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد روی بیاورند. در بیماران ترک اعتیاد، حتی پس از اقدام به ترک رفتار پرخطر نیز به منظور اجتناب از ناراحتی، احتمال بازگشت به مصرف بیشتر است. این نشان می‌دهد عدم تحمل ابهام در بیماران ترک اعتیاد به همراه

مکرر، از فعالیت‌های روزمره فرد جلوگیری می‌کند، اعتماد به نفس، مسئولیت‌پذیری و کارآمدی فرد را کاهش می‌دهد و به تبع آن، تأثیرات زیادی نیز بر خانواده می‌گذارد. مشکلات خانوادگی از سرگرفته می‌شود، بی‌اعتمادی اعضای خانواده به فرد معتاد تقویت شده و ترک بعدی و پذیرش آن را مشکل‌تر می‌کند. در نتیجه خودکنترلی پایین، موجب کاهش اشتیاق به تغییر و درمان در فرد می‌شود. این یافته از این نظر، همسو با مطالعه چاچارد و همکاران (۲۰۱۳) است که نشان دادند خودپنداره، خودکنترلی و خودکارآمدی، پیش‌بینی کننده ترک اعتیاد هستند.

یافته مربوط به تأثیر میل به مصرف بر اشتیاق به درمان، همسو با مطالعه علمردانی صومعه و همکاران (۱۳۹۸) بود مبنی بر اینکه ولع مصرف در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد نقش دارد. در مطالعه ونگاس و رای (۲۰۲۰)، متقاضیان درمان، سطح بالاتری از میل ذهنی به مصرف را نسبت به افراد متقاضی غیر متقاضی گزارش کردند. در مطالعه اسلاج و همکاران (۲۰۱۹)، انگیزه‌های اجتناب از الکل و تغییر قبل از درمان به طور قابل توجهی با میل به مصرف تعامل داشت. به نظر می‌رسد ارزیابی یک فرد از آمادگی خود برای تغییر، ارتباط نزدیکی با نگرش‌ها و فعالیت‌هایی دارد که جهت‌گیری مثبتی را برای درمان فراهم می‌کند. بنابراین، افراد با نگرش مثبت به درمان، میل پایینی به مصرف داشته و برای درمان، اشتیاق بیشتری دارند. علاوه بر این، افرادی که آمادگی بیشتری برای تغییر دارند ممکن است انتظارات مثبت بیشتری از کمک از هر درمانی که به دنبال آن هستند داشته باشند، خود را با ارائه دهنده همسو تر می‌بینند و تمایل دارند تا حد بیشتری نسبت به افرادی که آمادگی کمتری دارند به درمان پایبند باشند. همچنین، ادراک و خودارزیابی افراد پیرامون اینکه از عهده مراحل ترک برمی‌آیند، خودکارآمدی را افزایش داده و با ارتقای میل به مصرف، در آمادگی کلی برای تغییر دخیل است. یکی از مهم‌ترین مسائل در ترک اعتیاد، تمایل خود فرد برای درمان است؛ افرادی که میل به ترک دارند، می‌توانند اراده کنند و از دام اعتیاد رها

پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی بعنوان متغیر تعدیلگر، در مدل مورد بررسی مطالعه حاضر، لحاظ شوند.

تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی نویسنده اول در واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران می-باشد."

موضوع رساله در شورای آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده علوم انسانی واحد تنکابن در تاریخ ۱۶/۸/۱۴۰۰ با کدرهگیری ۱۶۲۴۸۸۲۴۲ به تصویب کمیته تخصصی گروه مربوطه رسید.

در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

اضطراب شدید وجود دارد و فرد در پی اجتناب از ناراحتی ناشی از وابستگی روانی، نه تنها دچار لغزش می شود بلکه اشتیاق خود را برای درمان از دست می دهد.

چنانکه از نتیجه این مطالعه استنباط می شود اختلال وابستگی به مواد جدای از مشکلات فردی، خانوادگی و اقتصادی، مشکلات روان شناختی را نیز در پی دارد. همچنین، عوامل روان شناختی ضمن اینکه پیامد وابستگی به مواد هستند، مانعی برای درمان آن نیز به شمار می روند. مطالعات بیشتر گام موثری در ایجاد انگیزه برای درمان از طریق حذف و به حداقل رساندن عوامل مشکلزای زمینه ای در جهت ایجاد اشتیاق به تغییر در زندگی ایجاد می نماید. از آنجا که شروع هر تغییر، ایجاد یک انقلاب و پویایی درونی است، این مطالعه بر نقش عوامل درون فردی همچون حافظه اعتیاد، میل به مصرف، تحمل ابهام و خودکنترلی در پیش بینی اشتیاق به درمان اعتیاد تاکید داشت. با اینحال، استفاده از طرح تحقیق همبستگی و عدم توانایی در کنترل متغیرهایی همچون نوع ماده مصرفی از دیگر محدودیتهای این پژوهش بودند که

فهرست منابع

- آقایی، س. (۱۳۹۲). *ردپای مواد جدید مخدر و در محیط‌های کار*. اردبیل: نگین سبلان.
- بابایی نادینلویی، ک؛ گلمحمدزاده، س؛ شیرزاد، ر؛ شیرزادپور، ع؛ مزدارانی، ش. (۱۳۹۸). راهبردهای مقابله ای روانشناختی و گرایش به اعتیاد در بین نوجوانان: نقش تعدیل کنندگی تاب آوری و توانایی تحمل ابهام. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۷(۳۲): ۱۹۱-۲۰۲.
- بشرپور، س؛ محمدی، ن؛ اسدی شیشه‌گران، س. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش خودشفقتی شناختی در ولع مصرف، شدت وابستگی و انعطاف‌پذیری شناختی افراد وابسته به مواد. *روان شناسی بالینی*. ۹(۳): ۹۳-۱۰۳.
- پشم دوست، م؛ غفاری، ع. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر ترک اعتیاد و سنجش پایداری اثر آن. *اعتیادپژوهی*. ۹(۳۴): ۹۹-۱۱۰.
- حاجلو، ن؛ احمدی، ش؛ غریب زاده، ر. (۱۳۹۹). نقش حس انسجام و هوش شخصی در پیش‌بینی ولع افراد مصرف کننده مواد. *علوم مراقبتهای نظامی*. ۷(۲): ۱۶۸-۱۷۵.
- سادوک، ب؛ سادوک، و؛ رایز، پ. (۲۰۲۱). *مرجع کامل روانپزشکی کاپلان - سادوک (معاینه و تشخیص در روانپزشکی)*. ترجمه فرهاد شاملو، مهناز مجیدی و فائزه زاهدیان (۱۴۰۰). چاپ اول. تهران: این سینا.
- شباهنگ، ر؛ باقری شیخانگوشه، ف؛ موسوی، م. (۱۳۹۹). مقایسه شدت حافظه اعتیاد و خودکنترلی در ترک موفق و ناموفق اعتیاد. *اعتیادپژوهی*. ۱۴(۵۵): ۱۶۸-۱۵۱.
- شیخ‌الاسلامی، ع؛ قمری گیوی، ح. و اشرفی ورجوی، ص. (۱۳۹۴). تاثیر روش آموزشی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکنترلی دانش آموزان دختر. *پژوهش در نظام های آموزشی*. ۹(۲۸): ۸۷-۱۰۴.
- صبحی فراملکی، ن؛ بشرپور، س؛ حاتمی، م. و صادقی، گ. (۱۳۹۶). نقش تحمل آشفتگی در اشتیاق به درمان سوءمصرف کنندگان مواد. *اولین همایش ملی آسیب های اجتماعی*.
- طاهری فرد، م. و ابوالقاسمی، ع. (۱۳۹۶). نقش ذهن آگاهی، تحمل آشفتگی و حافظه هیجانی در پیش بینی بازگشت و پیروی از درمان در سوءمصرف کنندگان مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*. ۱۱(۴۳): ۲۱۱-۲۳۴.
- علمردانی صومعه، س؛ خسروی نیا، د؛ عطادخت، ا؛ بشرپور، س. و نریمانی، م. (۱۳۹۸). نقش ادراک بیماری و ولع مصرف در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد. *اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی*. ۱۴(۵۲): ۲۷-۳۶.

فتاحی شنگل آباد، م. ر. و میرهاشمی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ماتریکس بر خودکنترلی بیماران وابسته به مت‌آفتامین. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*. ۶۰-۴۱. (۴۸)۱۲.

موسوی مقدم، س. ر.؛ هوری، س.؛ امید، ع. و ظهیری خواه، ن. (۱۳۹۴). بررسی رابطه هوش معنوی با خودکنترلی و مکانیسم های دفاعی در دانش آموزان دختر سال سوم متوسطه. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*. ۶۴-۵۹. (۱)۲۵.

Ali, B., Green, K. M., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2017). Distress tolerance interacts with circumstances, motivation, and readiness to predict substance abuse treatment retention. *Addictive behaviors*, 73, 99-104.

Alvarez, J., Jason, L. A., Davis, M. I., Olson, B. D., & Ferrari, J. R. (2009). Latinos and Latinas in communal settings: A grounded theory of recovery. *International journal of environmental research and public health*, 6(4), 1317-1334.

Blume, A. W., Schmalting, K. B., & Marlatt, G. A. (2005). Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior. *Addictive behaviors*, 30(2), 301-314.

Boening, J. A. L. (2001). Neurobiology of an addiction memory. *Journal of neural transmission*, 108(6), 755-765.

Chauchard, E., Levin, K. H., Copersino, M. L., Heishman, S. J., & Gorelick, D. A. (2013). Motivations to quit cannabis use in an adult non-treatment sample: Are they related to relapse?. *Addictive behaviors*, 38(9), 2422-2427.

Chen, J. Y., Cao, J. P., Wang, Y. C., Li, S. Q., & Wang, Z. Z. (2018). A new measure for assessing the intensity of addiction memory in illicit drug users: the addiction memory intensity scale. *Journal of clinical medicine*, 7(12), 467.

Gaab, S., Brazil, I. A., de Vries, M. G., & Bulten, B. H. (2020). The relationship between treatment alliance, social climate, and treatment readiness in long-term forensic psychiatric care: An explorative study. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 64(9), 1013-1026.

Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (2022). A general theory of crime. In *A General Theory of Crime*. Stanford University Press.

Johnson, R. E., Lin, S. H., & Lee, H. W. (2018). Self-control as the fuel for effective self-regulation at work: Antecedents, consequences, and boundary conditions of employee self-control. In *Advances in motivation science* (Vol. 5, pp. 87-128). Elsevier.

Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.

McDonnell, A., & Van Hout, M. (2010). Maze and minefield—a grounded theory of opiate self-detoxification in rural Ireland. *Drugs and Alcohol Today*, 10(2), 24-31.

McMurrin, M., & Ward, T. (2010). Treatment readiness, treatment engagement and behaviour change. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20(2), 75-85.

Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1997). *Assessing drinkers' motivation for change: the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)*. American Psychological Association.

Mitchell, D., & Angelone, D. J. (2006). Assessing the validity of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale with treatment-seeking military service members. *Military medicine*, 171(9), 900-904.

Sato, M., Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). Rejection sensitivity and borderline personality disorder features: A mediation model of effortful control and intolerance of ambiguity. *Psychiatry research*, 269, 50-55.

Schlauch, R. C., Crane, C. A., Connors, G. J., Dearing, R. L., & Maisto, S. A. (2019). The role of craving in the treatment of alcohol use disorders: The importance of competing desires and pretreatment changes in drinking. *Drug and alcohol dependence*, 199, 144-150.

Serre, F., Fatseas, M., Swendsen, J., & Auriacombe, M. (2015). Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life: a systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 148, 1-20.

Siyavash, M., & Abolghasemi, A. (2017). Role of Self-Regulation Behaviors in Predicting Treatment Readiness and Symptoms Severity in Depressed Patients. *International Journal of Advanced Studies in Humanities and Social Science*, 6(2), 102-109.

Somoza, E., Dyrenforth, S., Goldsmith, J., Mezinskas, J., & Cohen, M. (1995, May). In search of a universal drug craving scale. In *annual meeting of the American Psychiatric Association, Miami, FL* (pp. 20-25).

Song, E. (2020). The Relationship Among Sleep Quality, the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, Abstinence Self-efficacy, and Quality of Life with Alcohol Use Disorder in South Korea. *Global Journal of Health Science*, 12(4), 1-69.

Steensma, C., Boivin, J. F., Blais, L., & Roy, É. (2005). Cessation of injecting drug use among street-based youth. *Journal of Urban Health*, 82(4), 622-637.

- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal of Personality, 72*(2), 271-324.
- Venegas, A., & Ray, L. A. (2020). Comparing alcohol cue-reactivity in treatment-seekers versus non-treatment-seekers with alcohol use disorder. *The American journal of drug and alcohol abuse, 46*(1), 131-138.
- von der Goltz, C., & Kiefer, F. (2009). Learning and memory in the aetiopathogenesis of addiction: future implications for therapy?. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 259*(2), 183-187.
- Vynohradova, V., Bila, I., Kostyuchenko, O., Oborska, S., & Dykhnych, L. (2021). Creativity, Readiness for Changes and Tolerance for Ambiguity. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 12*(3), 44-63.
- Weinberg, D. (2013). Post-humanism, addiction and the loss of self-control: Reflections on the missing core in addiction science. *International Journal of Drug Policy, 24*(3), 173-181.
- Weinstein, A., & Cox, W. M. (2006). Cognitive processing of drug-related stimuli: the role of memory and attention. *Journal of Psychopharmacology, 20*(6), 850-859.

*Original Article***Explanation of the structural model of desire for treatment based on addiction memory, desire to use and tolerance of ambiguity with the mediation of self-control in people seeking to quit**

Received: 10/04/2023 - Accepted: 27/05/2023

Negar Monfared¹
 Mohsen Jadidi^{2*}
 Morteza Golestani Pour³

¹PhD student Health Psychology ,
 Department of Psychology ,
 Tonekabon Branch , Islamic Azad
 University, Tonekabon , Iran.

²Associate Professor , Department of
 Psychology , Quds City Branch,
 Islamic Azad University, Quds City,
 Iran.

³Assistant Professor , Department of
 Psychology ,Izeh Branch , Islamic Azad
 University , Izeh, Iran.

Email: jadidi.mohsen@gmail.com

Abstract**Introduction**

The present study was conducted with the aim of explaining the model of desire for addiction treatment based on addiction memory, desire to use and tolerance of ambiguity with the mediation of self-control in drug addicts seeking withdrawal. The method of the present research was a description of the type of correlation and prediction. The statistical population of this study included drug addicts who referred to addiction treatment clinics in Babol city. 209 participants were selected as a sample using the purposeful and accessible sampling method and answered the questions of Chen et al.'s Addiction Memory Severity Scale (2018), Tanjeni et al.'s Self-Control Scale (2004), McLean et al.'s Ambiguity Tolerance Scale (2004). 1993, Miller and Tunigan's (1997) scale of readiness to change and desire for addiction treatment, and Somoza et al.'s (1995) drug addiction scale answered. Data analysis using the structural equation modeling method showed that addiction memory has a direct role in desire for treatment ($p < 0.05$, $\beta = 0.31$); The desire to use has a direct role in the desire for treatment ($p < 0.05$, $\beta = 0.39$); Ambiguity tolerance has a direct role in desire for treatment ($p < 0.05$, $\beta = 0.36$); Self-control has a direct role in desire for treatment ($p < 0.05$, $\beta = 0.79$) and the model of desire for addiction treatment based on memory of addiction, desire to use and tolerance of ambiguity with the mediation of self-control is suitable in drug addicts seeking to quit. Further studies can be an effective step in creating motivation for treatment by eliminating and minimizing problematic factors and create a background to create enthusiasm for change in the lives of drug addiction patients.

Acknowledgement: There is no conflict of interest