

بررسی نقش بی‌اشتیاقی اخلاقی و خودنپهان سازی در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد مخدر

سجاد بشرپور^{۱*}، شیرین احمدی^۲، محمد نریمانی^۳

^۱ دانشیار روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۲ کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۳ استاد ممتاز روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۵/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۱۵

چکیده

مقدمه: انگیزش گامی اساسی در پیشبرد اهداف درمان در اختلالات مرتبط با مواد است. در این ارتباط، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش بی‌اشتیاقی اخلاقی (Moral Disengagement) و خودنپهان‌سازی (Self Concealment) در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه همبستگی ۱۲۰ نفر از جامعه افراد دارای وابستگی به مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد سرپایی شهر اردبیل در نیمه اول سال ۱۳۹۴ به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های بی‌اشتیاقی اخلاقی Bandura و همکاران، خودنپهان‌سازی Larson و همکاران و انگیزش درمان Miller و همکاران پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بودند که رابطه بازشناسی با بی‌اشتیاقی اخلاقی و خودنپهان‌سازی منفی می‌باشد ($P < 0/001$). بین دوسوگرایی با نمره کلی بی‌اشتیاقی اخلاقی و مؤلفه‌های توجیه اخلاقی، مقایسه سودمند، پخش مسئولیت، تحریف پیامدها و خودنپهان‌سازی نیز رابطه‌ای منفی وجود داشت ($P < 0/05$). علاوه بر این، گام‌برداری به‌طور منفی با نمره کل بی‌اشتیاقی اخلاقی و مؤلفه‌های توجیه اخلاقی، مقایسه سودمند، جابه‌جایی مسئولیت، پخش مسئولیت، اسناد دادن سرزنش و خودنپهان‌سازی مرتبط بود ($P < 0/05$). نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان دادند که ۴۲ درصد از واریانس بازشناسی، ۱۹ درصد از واریانس دوسوگرایی و ۳۴ درصد از واریانس گام‌برداری به وسیله بی‌اشتیاقی اخلاقی و خودنپهان‌سازی تبیین می‌شود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان دادند که بی‌اشتیاقی اخلاقی و خودنپهان‌سازی می‌توانند به‌صورت معناداری انگیزش درمان افراد وابسته به مواد را پیش‌بینی کنند. نتایج این مطالعه لزوم ارائه برنامه‌های آموزشی مقابله با بی‌اشتیاقی اخلاقی و خودنپهان‌سازی جهت افزایش انگیزش درمان افراد وابسته به مواد را پیشنهاد می‌کند.

کلمات کلیدی: انگیزش درمان، بی‌اشتیاقی اخلاقی، خودنپهان‌سازی، وابستگی به مواد مخدر

مقدمه

وابستگی به مواد یک اختلال مزمن، عودکننده و پیچیده است که طی آن مصرف مواد با وجود پیامدهای منفی فاجعه‌آمیز ادامه می‌یابد (۱). در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Text Revision)، وابستگی به مواد مخدر و سوءمصرف آن تحت عنوان کلی "اختلالات مرتبط با مصرف مواد" ذکر شده است که ویژگی اصلی آن‌ها مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی می‌باشد که نشان می‌دهند فرد با وجود مشکلات قابل ملاحظه مرتبط با مواد، مصرف مواد مخدر را ادامه می‌دهد (۲). وابستگی یا اعتیاد به مواد یک معضل مهم در سلامت عمومی محسوب می‌شود. براساس برآوردهای موجود تنها در ایالات متحده ۲۲/۶ میلیون نفر مبتلا به سوءمصرف مواد محرک هستند (۳). تعداد مصرف‌کنندگان مواد در سطح جهان به ۱۹۰ میلیون نفر می‌رسد و تعداد وابستگان به مواد مخدر براساس منابع رسمی کشور ما بین ۵-۲ میلیون نفر است که این دامنه وسیع خود حاکی از ناآگاهی از مقدار واقعی مشکل می‌باشد (۴). روند کلی نشان‌دهنده افزایش تعداد افراد معتاد در طول ۴۰ سال گذشته می‌باشد (۵). طی ۲۰ سال گذشته میزان رشد سوءمصرف مواد در ایران بیش از سه برابر نرخ رشد جمعیت بوده است (۶). شواهد بالینی نشان می‌دهند که افراد وابسته به مواد، انگیزش کمتری نسبت به درمان دارند و در صورت درمان موفقیت‌آمیز، احتمال عود اعتیاد طی سه ماه آینده در آن‌ها بالا می‌باشد (۷). انگیزش نقش مهمی را در درمان هر بیماری به‌ویژه برای بیماران مبتلا به مشکلات اعتیاد ایفا می‌کند. علاوه بر این، عاملی است که دیدگاه بیماران را نسبت به احتمالات درمانی تحت تأثیر قرار داده و تغییرات بلندمدت درمانی را به دنبال خواهد داشت (۸). انگیزش اولین گام مهم برای

هر عمل یا هر نوع تغییر در رفتار می‌باشد. در درمان اختلالات مصرف مواد نیز انگیزش درمان‌جویان برای تغییر یکی از نکات مهم مورد توجه بالینی است. انگیزش تغییر و درمان که به‌عنوان مسئولیت‌پذیری و وظیفه‌شناسی درمان‌جو توصیف شده است، یک پیش‌نیاز عمده برای درمان محسوب می‌شود که درمانگر بدون آن نمی‌تواند در درمان موفق باشد (۹). شواهد پژوهشی محکمی در زمینه انگیزش درمان و اهمیت آن در جستجوی درمان، ادامه‌دادن آن و بهبودی پیامدهای درمانی وجود دارد (۱۰). مطابق با مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۰ توسط Hughes و Diclemente صورت گرفت، افراد مبتلا به مشکلات مرتبط با الکل و سایر مواد که در جستجوی درمان بودند، از نظر سطح انگیزش برای تغییر تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند (۱۱). این تغییرپذیری سطح انگیزش در گروه‌های مختلف جویای درمان نظیر افراد دچار سوءاستفاده از مواد بستری‌شده و سوءاستفاده‌کنندگان چند ماده‌ای در درمان نگهدارنده با متادون نیز مشاهده شده است (۱۲).

به نظر می‌رسد که یکی از عوامل مهم انگیزش پایین و بروز پیامدهای منفی درمان وابستگی به مواد، بی‌اشتیاقی اخلاقی افراد وابسته به مواد باشد. بی‌اشتیاقی اخلاقی اصطلاحی است که برای اشاره به میزان علاقه و پرداختن به موضوعات اخلاقی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این زمینه، Bandura و همکاران نشان دادند که افراد دارای بی‌اشتیاقی اخلاقی بالا، تمایل بیشتری به شرکت در رفتارهای بزهکارانه، سطح بالاتر پرخاشگری، سطوح پایین‌تر گناه و گرایش به نفع اجتماعی دارند (۱۳). Kleinjan و همکاران نیز عنوان نمودند که باورهای بی‌اشتیاقی اخلاقی، همبستگی منفی با پیشرفت واقعی به سمت ترک سیگار دارند. با این وجود به نظر می‌رسد که

برابر کمتر به دنبال کمک‌های حرفه‌ای می‌آیند (۲۱). خودنهن‌سازی با بهزیستی روانی رابطه منفی دارد (۲۲). در این زمینه، Frijns و همکاران نشان دادند که خودنهن‌سازی با افزایش بزهکاری، شکایت بدنی، افسردگی، تنهایی و کیفیت پایین روابط همراه است (۲۳). Laird و همکاران نیز در پژوهش خود عنوان نمودند که خودنهن‌سازی با افسردگی و رفتار ضد اجتماعی ارتباط دارد (۲۴). از سوی دیگر، در پژوهشی که Hartman و همکاران در سال ۲۰۱۵ در ارتباط با دانشجویان دانشگاه انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که خودنهن‌سازی تحت تأثیر کنترل اختلال می‌بارگی، مصرف الکل و مشکلات مربوط به الکل قرار دارد. آن‌ها در یک معادله ساختاری نشان دادند که داشتن مادر مستبد ارتباط مستقیمی با خودنهن‌سازی بیشتر دارد؛ درحالی که داشتن یک مادر مقتدر به‌طور مستقیم با خودنهن‌سازی پایین مرتبط می‌باشد. همچنین، سطوح بالای استبداد مادر به‌طور غیرمستقیم از طریق خودنهن‌سازی و کنترل ضعیف بر مصرف الکل با افزایش مصرف الکل و مشکلات مرتبط با آن ارتباط دارد. سطوح بالای اقتدار پدر نیز به‌طور غیرمستقیم از طریق خودنهن‌سازی پایین با میزان پایین مصرف الکل و مشکلات مرتبط با آن همراه می‌باشد (۲۵).

نتایج مطالعات موجود نشان می‌دهند که انگیزه و اشتیاق پایین و عدم اتمام دوره درمان یکی از مشکلات عمده در درمان افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد می‌باشد (۲۶). انگیزش نقش مهمی در شروع، حفظ و دوام رفتار دارد و در درمان اختلالات مرتبط با مواد، گامی اساسی در پیشبرد اهداف درمان می‌باشد؛ این درحالی است که در مطالعات پیشین کمتر به انگیزش درمان افراد وابسته به مواد پرداخته شده و عوامل تعیین‌کننده آن مورد بررسی قرار نگرفته است؛ از این رو با توجه به اهمیت انگیزش ترک در درمان اعتیاد، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش

باورهای بی‌اشتیاقی اخلاقی به‌عنوان یک مهارکننده پیشرفت به سمت ترک واقعی سیگار حتی پس از تعدیل فرایندهای تغییر می‌باشند (۱۴). مطابق با مبانی نظری، بی‌اشتیاقی اخلاقی صفت ثابتی نیست؛ بلکه یک جهت‌گیری شناختی نسبت به جهان است که با گذر زمان رشد می‌کند و تحت تأثیر بافت‌های اجتماعی که شخص در آن‌ها عمل می‌کند قرار دارد (۱۵).

Kleinjan و همکاران با مطالعه نقش باورهای بی‌اشتیاقی و وابستگی به نیکوتین در توقف مصرف سیگار به این نتیجه رسیدند که سطوح بالای وابستگی به سیگار با تبعیت بیشتر از باورهای بی‌اشتیاقی همراه است. در این مطالعه پس از کنترل وابستگی به نیکوتین، باورهای بی‌اشتیاقی ارتباطی منفی با انگیزش ترک را نشان دادند. بخشی از این نتایج حاکی از آن بودند که بی‌اشتیاقی اخلاقی ممکن است مکانیسم زیربنایی بسیاری از رفتارهای ضد اجتماعی نوجوانان باشد (۱۶). از سوی دیگر، Dijkstra در پژوهش خود عنوان نمود افراد سیگاری که به شدت پایبند به باورهای بی‌اشتیاقی اخلاقی هستند، مشارکت کمتری در فعالیتهای ترک دارند. نتایج این مطالعه آشکار کرد که پایبندی به باورهای بی‌اشتیاقی به تفاوت فردی وابسته بوده و در درک اثرات مداخلات ترک سیگار مؤثر می‌باشد (۱۷). Newton و همکاران نیز طی پژوهشی که در ارتباط با نوجوانان انجام دادند، گزارش نمودند که بی‌اشتیاقی اخلاقی یکی از عوامل خطر ساز فردی در مصرف الکل و حشیش در نوجوانان می‌باشد (۱۸).

متغیر دیگری که می‌تواند با انگیزش درمان اعتیاد ارتباط داشته باشد، خودنهن‌سازی است. خودنهن‌سازی یعنی گرایش فرد به پنهان کردن ناراحتی‌های شخصی خود از دیگران (۱۹). بر خلاف نگه‌داشتن یک راز که یک فعالیت است، خودنهن‌سازی یک متغیر شخصیتی می‌باشد (۲۰). افرادی که خودنهن‌سازی بالایی دارند، به احتمال زیاد سه

بی‌اشتیاقی اخلاقی و خودنپهان‌سازی در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. کلیه افراد دارای وابستگی به مواد که در نیمه اول سال ۱۳۹۴ به مراکز ترک اعتیاد سرپایی شهر اردبیل مراجعه نموده و تحت درمان بودند، جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند. از آنجایی که حداقل حجم نمونه در مطالعات همبستگی ۳۰ نفر به ازای هر متغیر می‌باشد، در این پژوهش برای افزایش اعتبار نتایج، ۱۲۰ نفر از این افراد به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از جامعه آماری فوق انتخاب شدند و در پژوهش شرکت نمودند. تشخیص وابستگی به مواد مخدر و دامنه سنی ۲۰-۴۰ سال به‌عنوان معیارهای ورود به پژوهش در نظر گرفته شدند. عدم همکاری برای شرکت در پژوهش و داشتن اختلالات روانی همبود نیز معیارهای خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش بودند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در مطالعه حاضر دربرگیرنده سه پرسشنامه بی‌اشتیاقی اخلاقی، خودنپهان‌سازی و انگیزش درمان بود. پرسشنامه بی‌اشتیاقی اخلاقی یک پرسشنامه ۳۲ سؤالی می‌باشد که برای ارزیابی استعداد فرد برای بی‌اشتیاقی اخلاقی طراحی شده است (۱۳). این پرسشنامه هشت مکانیسم بی‌اشتیاقی اخلاقی را ارزیابی می‌کند که عبارت هستند از: توجیه اخلاقی، زبان محترمانه، مقایسه مقرون‌به‌صرفه، جابه‌جایی مسئولیت، پخش مسئولیت، تحریف پیامدها، اسناد و غیرانسانی کردن. هریک از این هشت مکانیسم به وسیله چهار آیتم اندازه‌گیری می‌شود. آزمودنی‌ها براساس مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای از "کاملاً مخالفم = ۱" تا "کاملاً موافقم = ۵" به سؤالات این پرسشنامه پاسخ می‌دهند. موارد بالاتر در

هر خرده‌مقیاس اشاره به بالاتر بودن آن مکانیسم دارد. نمرات بالاتر در کل عامل‌ها نیز بی‌اشتیاقی بالای اخلاقی را نشان می‌دهند. این پرسشنامه همبستگی بالایی با آزمون قضاوت اخلاقی دارد و ضریب پایایی آن ۰/۸۲ گزارش شده است (۱۳). این آزمون در ایران در یک پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی در ارتباط با گروهی از افراد معتاد اجرا گردید و ضریب آلفای کرونباخ آن به ترتیب ۰/۸۳ برای توجیه اخلاقی، ۰/۸۸ برای زبان مدبرانه، ۰/۸۳ برای مقایسه سودمند، ۰/۷۵ برای جابه‌جایی مسئولیت، ۰/۶۸ برای پخش مسئولیت، ۰/۸۵ برای تحریف پیامدها، ۰/۷۹ برای اسناد دادن سرزنش، ۰/۶۵ برای غیرانسانی کردن و ۰/۸۲ برای کل آزمون به‌دست آمد (۲۷). ضریب پایایی این آزمون برای آزمودنی‌های مطالعه حاضر نیز به ترتیب ۰/۷۶ برای توجیه اخلاقی، ۰/۷۶ برای زبان مدبرانه، ۰/۸۰ برای مقایسه سودمند، ۰/۷۷ برای جابه‌جایی مسئولیت، ۰/۷۶ برای پخش مسئولیت، ۰/۷۹ برای تحریف پیامدها، ۰/۷۵ برای اسناد دادن سرزنش، ۰/۷۹ برای غیرانسانی کردن و ۰/۹۰ برای نمره کل بی‌اشتیاقی اخلاقی بود.

پرسشنامه خودنپهان‌سازی یک ابزار تجربی ۱۰ سؤالی است که در سال ۱۹۹۰ توسط Larson و همکاران برای ارزیابی میزان تمایل فرد به پنهان کردن اطلاعات شخصی ناراحت‌کننده و منفی خود از دیگران طراحی گردید. آزمودنی‌ها براساس مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای از "کاملاً مخالفم = ۱" تا "کاملاً موافقم = ۵" به سؤالات این پرسشنامه پاسخ می‌دهند. ضریب پایایی این مقیاس بین ۰/۸۱ و ۰/۸۳ گزارش شده است (۱۹). این ضریب در مطالعه حاضر معادل ۰/۸۴ به‌دست آمد.

پرسشنامه مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان در سال ۱۹۹۶ توسط Miller و همکاران به‌منظور ارزیابی آمادگی برای تغییر در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد

و برای ارائه آمار توصیفی از تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار بهره گرفته شد. جهت ارائه آمار تحلیلی نیز آزمون آماری Pearson و تحلیل رگرسیون چندگانه مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج

تعداد ۱۲۰ آزمودنی مرد با میانگین سنی ۳۵/۰۹ و انحراف معیار ۸/۸۱ در این پژوهش شرکت نمودند که ۱۹ نفر (۱۵/۸ درصد) از آن‌ها تحصیلات ابتدایی، ۲۹ نفر (۲۴/۲ درصد) تحصیلات راهنمایی، ۴۵ نفر (۳۷/۵ درصد) تحصیلات دبیرستان، ۲۶ نفر (۲۱/۷ درصد) تحصیلات کارشناسی و ۱ نفر (۰/۸ درصد) تحصیلات در مقطع بالاتر داشتند. علاوه بر این، ۱۱ نفر (۹/۲ درصد) دارای شغل دولتی، ۶۴ نفر (۵۳/۳ درصد) دارای شغل آزاد و ۴۵ نفر (۳۷/۵ درصد) بیکار بودند. از نظر میزان درآمد ماهیانه نیز ۴۳ نفر (۳۵/۸ درصد) میزان درآمد ماهیانه خود را پایین‌تر از ۳۰۰ هزار تومان، ۲۸ نفر (۲۳/۳ درصد) بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ هزار تومان، ۳۶ نفر (۳۰ درصد) بین ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان و ۱۳ نفر (۱۰/۸ درصد) بالاتر از یک میلیون تومان گزارش کردند. شایان ذکر است که ۸۷ نفر (۷۲/۵ درصد) از افراد مورد مطالعه سابقه ترک قبلی داشتند.

نتایج جدول ۱ نشان‌دهنده ضرایب همبستگی بین سه مؤلفه انگیزش درمان با نمره کلی بی‌اشتیاقی اخلاقی و مؤلفه‌های آن و خودنهادسازی می‌باشد (جدول ۱).

بر مبنای جدول ۲، ۴۲ درصد از کل واریانس بازنشاسی به وسیله بی‌اشتیاقی اخلاقی و خودنهادسازی تبیین می‌شود. نتایج آزمون آنوا نیز نشان‌دهنده معناداری مدل رگرسیون می‌باشند ($F=8/91$ ، $P<0/01$). علاوه بر این، نتایج ضریب رگرسیون بیانگر آن هستند که از بین مؤلفه‌های بی‌اشتیاقی اخلاقی، توجیه اخلاقی ($t=-1/87$ ، $P<0/05$)، بخش مسئولیت ($t=-2/20$ ، $P<0/05$)، اسناد دادن سرزنش

طراحی گردید (۲۸). این ابزار دارای ۱۹ سؤال می‌باشد و انگیزش درمان را در یک مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای از "کاملاً مخالفم = ۱" تا "کاملاً موافقم = ۵" در سه خرده‌مقیاس بازنشاسی، دوسوگرایی و گام‌برداری اندازه‌گیری می‌کند. نمرات آزمودنی‌ها در سه مؤلفه بازنشاسی ($r=0/96$)، گام‌برداری ($r=0/94$) و دوسوگرایی ($r=0/88$) در این آزمون همبستگی بالایی را با نمرات نسخه ۳۹ سؤالی این مقیاس نشان داده‌اند. ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس بازنشاسی در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۵، دوسوگرایی در دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۸۸ و گام‌برداری در دامنه ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ به دست آمده است. این ضرایب در یک نمونه ایرانی به ترتیب ۰/۷۶ برای بازنشاسی، ۰/۷۱ برای دوسوگرایی، ۰/۸۵ برای گام‌برداری و ۰/۸۳ برای کل آزمون گزارش شده است (۲۹).

روش جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش به این صورت بود که ابتدا لیست تمامی مراکز ترک اعتیاد سرپایی شهر اردبیل که ۱۵ مرکز را شامل می‌شد تهیه گردید و سپس دو مرکز از بین آن‌ها به صورت تصادفی انتخاب شدند. پس از مراجعه به مراکز مربوطه، تمامی پرونده‌های مراجعین به آن مراکز در دسترس پژوهشگران قرار گرفت. در ادامه، از هر مرکز ۶۰ نفر از افرادی که در پرونده خود دارای تشخیص وابستگی به حداقل یک ماده بودند انتخاب گردیدند و از آن‌ها خواسته شد که به صورت انفرادی و در محل مرکز به پرسشنامه‌های پژوهشگر ساخته اطلاعات جمعیت‌شناختی، مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان، بی‌اشتیاقی اخلاقی و خودنهادسازی پاسخ دهند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از اخذ موافقت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و ارائه توضیح کامل درباره هدف و روش پژوهش، به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به صورت محرمانه باقی خواهند ماند. به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 21 استفاده گردید

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی نمرات آزمودنی‌ها در هر یک از مؤلفه‌های بی‌اشتیاقی اخلاقی، خودنهادسازی و انگیزش درمان

متغیرها	میانگین (±انحراف معیار)	توجه اخلاقی	زبان مدبرانه	مقایسه سودمند	جابه‌جایی مسئولیت	پخش مسئولیت	تحریف پیامدها	اسناد دادن سرزنش	غیرانسانی کردن	خودنهادسازی	بی‌اشتیاقی اخلاقی	بازشناسی	دوسوگرا	گام‌برداری
توجه اخلاقی	۱۲/۱۹ (±۳/۵۸)													
زبان مدبرانه	۱۱/۶۵ (±۳/۱۱)	۰/۴۳*												
مقایسه سودمند	۳۷/۱۱ (±۳/۳۸)	۰/۵۵**	۰/۴۳*											
جابه‌جایی مسئولیت	۱۱/۴۵ (±۲/۹۸)	۰/۵۰**	۰/۴۷*	۰/۴۳*										
پخش مسئولیت	۱۰/۴۲ (±۳/۲۹)	۰/۴۴*	۰/۵۲**	۰/۵۴**	۰/۶۰**									
تحریف پیامدها	۱۱/۳۰ (±۳/۳۹)	۰/۵۴**	۰/۴۴*	۰/۴۷*	۰/۴۸*	۰/۵۱**								
اسناد دادن سرزنش	۱۰/۵۵ (±۳/۷۶)	۰/۵۵**	۰/۴۳*	۰/۴۳*	۰/۴۹*	۰/۳۹*	۰/۵۰*							
غیرانسانی کردن	۱۱/۹۸ (±۳/۳۱)	۰/۶۷**	۰/۵۷**	۰/۵۶**	۰/۶۰**	۰/۵۷**	۰/۵۸**	۰/۵۹**						
خودنهادسازی	۳۴/۴۵ (±۹/۷۶)	-۰/۵۶*	-۰/۸۶*	-۰/۱۵*	-۰/۱۶*	-۰/۳۵*	-۰/۵۸*	-۰/۴۰*	-۰/۱۶*					
بی‌اشتیاقی اخلاقی	۹۲/۷۰ (±۱۹/۴۹)	۰/۸۰**	۰/۸۰**	۰/۷۵**	۰/۷۳**	۰/۷۵**	۰/۷۴**	۰/۷۳**	۰/۸۴**	۰/۱۸*				
بازشناسی	۲۴/۶۰ (±۵/۴۴)	-۰/۲۵*	-۰/۳۱*	-۰/۳۴*	-۰/۲۳*	-۰/۲۳*	-۰/۳۰*	-۰/۲۲*	-۰/۳۳*	-۰/۳۳*				
دوسوگرا	۱۴/۱۰ (±۳/۶۱)	-۰/۱۸*	-۰/۲۳*	-۰/۲۳*	-۰/۲۳*	-۰/۲۳*	-۰/۲۳*	-۰/۲۳*	-۰/۲۳*	-۰/۲۳*				
گام‌برداری	۲۸/۱۱ (±۶/۰۴)	-۰/۲۴*	-۰/۲۴*	-۰/۱۸*	-۰/۱۶*	-۰/۳۳*	-۰/۱۷*	-۰/۳۳*	-۰/۱۶*	-۰/۱۶*				

جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیون بازشناسی براساس بی‌اشتیاقی اخلاقی و خودنهادسازی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	F	Sig of F	B	SE B	β	t	Sig
		۰/۶۴	۰/۴۲	۹۱/۸	۰/۰۰۱					
بازشناسی	مقدار ثابت					۳۹/۶۰	۲/۱۷		۱۸/۱۸	۰/۰۰۱
	توجه اخلاقی					۰/۲۷۵	۰/۱۴۷	۰/۱۸۱	-۱/۸۷	۰/۰۵
	زبان مدبرانه					۰/۱۱۵	۰/۱۷۲	۰/۰۶۶	۰/۶۶۷	۰/۵۰
	مقایسه سودمند					۰/۹۳	۰/۱۵۶	۰/۰۵۸	-۰/۵۹۴	۰/۵۵
	جابه‌جایی مسئولیت					۰/۱۰۸	۰/۱۷۹	۰/۰۵۹	۰/۶۰۰	۰/۵۴
	پخش مسئولیت					۰/۳۶۷	۰/۱۶۶	۰/۲۲۳	-۲/۲۰	۰/۰۳
	تحریف پیامدها					۰/۱۷۶	۰/۱۵۴	۰/۱۱۰	۱/۱۴	۰/۲۵
	اسناد دادن سرزنش					۰/۳۶۵	۰/۱۳۸	۰/۲۵۳	۲/۶۳	۰/۰۱
	غیرانسانی کردن					-۰/۰۰۳	۰/۱۸۵	۰/۰۰۲	۰/۱۴	۰/۹۸
	خودنهادسازی					۰/۱۰۱	۰/۰۴۷	۰/۱۸۲	۲/۱۷	۰/۰۳

نشان‌دهنده معناداری مدل رگرسیون می‌باشند ($F=۲/۹۱$ ، $P<۰/۰۵$). از سوی دیگر، نتایج ضریب رگرسیون حاکی از آن هستند که از بین مؤلفه‌های بی‌اشتیاقی اخلاقی، مقایسه سودمند ($t=-۱/۶۶$ ، $P<۰/۰۵$) و اسناد دادن سرزنش ($t=-۲/۳۴$ ، $P<۰/۰۵$) دوسوگرایی را پیش‌بینی

($t=-۲/۶۳$ ، $P<۰/۰۱۰$) و خودنهادسازی ($t=-۲/۱۷$)، بازشناسی را پیش‌بینی می‌کنند (جدول ۲). براساس جدول ۳، ۱۹ درصد از کل واریانس دوسوگرایی به وسیله مؤلفه‌های بی‌اشتیاقی اخلاقی و خودنهادسازی تبیین می‌شود. نتایج آزمون آنوا نیز

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون دوسوگرایی براساس بی‌اشتیاقی اخلاقی و خودنپهان سازی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	F	Sig of F	B	SEB	β	t	Sig
		۰/۴۳	۰/۱۹	۲/۹۱	۰/۰۰۴					
دوسوگرایی	مقدار ثابت					۱۹/۰۱	۱/۷۱		۱۱/۰۸	۰/۰۰۱
	توجیه اخلاقی					-۰/۰۲۱	۰/۱۲	۰/۰۲۱	۰/۱۸	۰/۸۶
	زبان مدیرانه					۰/۱۹	۰/۱۴	۰/۱۶۴	۱/۴۰	۰/۱۶
	مقایسه سودمند					-۰/۲۰۵	۰/۱۲۳	۰/۱۹۲	۱/۶۶	۰/۰۵
	جابه‌جایی مسئولیت					۰/۰۹۰	۰/۱۴۱	۰/۰۷۴	۰/۶۳۹	۰/۵۲
	پخش مسئولیت					-۰/۰۶۸	۰/۱۳۱	۰/۰۶۲	۰/۵۲۱	۰/۶۰
	تحریف پیامدها					-۰/۱۹۳	۰/۱۲۱	۰/۱۸۱	۱/۵۹	۰/۱۱
	اسناددادن سرزنش					۰/۲۵۵	۰/۱۰۹	۰/۲۶۵	۲/۳۴	۰/۰۲۱
	غیرانسانی کردن					-۰/۰۹۸	۰/۱۴۶	۰/۰۹۰	۰/۶۷۴	۰/۵۰
	خودنپهان سازی					۰/۰۳۴	۰/۰۳۷	۰/۰۹۳	۰/۹۳۷	۰/۳۵

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون گام‌برداری براساس مؤلفه‌های بی‌اشتیاقی اخلاقی و خودنپهان سازی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	F	Sig of F	B	SEB	β	t	Sig
		۰/۵۸	۰/۳۴	۶/۳۵	۰/۰۰۱					
گام‌برداری	مقدار ثابت					۴۰/۰۶	۲/۵۸		۱۵/۴۹	۰/۰۰۱
	توجیه اخلاقی					-۰/۰۹۹	۰/۱۷۴	۰/۰۵۹	۰/۵۶۹	۰/۵۷
	زبان مدیرانه					۰/۲۴۰	۰/۲۰۵	۰/۱۲۴	۱/۱۷	۰/۲۴
	مقایسه سودمند					۰/۱۶۵	۰/۱۸۶	۰/۰۹۳	۰/۸۹۱	۰/۳۸
	جابه‌جایی مسئولیت					-۰/۲۴۰	۰/۲۱۳	-۰/۱۱۸	۱/۱۲	۰/۲۶
	پخش مسئولیت					۰/۲۱۲	۰/۱۹۷	۰/۱۱۶	۱/۰۷	۰/۲۸
	تحریف پیامدها					۰/۲۱۹	۰/۱۸۲	-۰/۱۲۳	۱/۵۹	۰/۲۳
	اسناددادن سرزنش					۰/۷۲۶	۰/۱۶۴	۰/۴۵۲	۴/۴۲	۰/۰۰۱
	غیرانسانی کردن					۰/۳۷۷	۰/۲۲۰	۰/۲۰۷	۱/۷۱	۰/۰۵
	خودنپهان سازی					۰/۱۴۰	۰/۰۵۵	۰/۲۲۷	۲/۵۳	۰/۰۱۳

می‌کنند (جدول ۳).

می‌کنند (جدول ۳).

(جدول ۴).

مطابق با نتایج جدول ۴، ۳۴ درصد از کل واریانس گام‌برداری به وسیله مؤلفه‌های بی‌اشتیاقی اخلاقی و خودنپهان‌سازی تبیین می‌شود. نتایج آزمون آنوا نیز نشان‌دهنده معناداری مدل رگرسیون می‌باشد ($F=6/35$, $P<0/001$). از سوی دیگر، نتایج ضریب رگرسیون حاکی از آن است که از بین مؤلفه‌های بی‌اشتیاقی اخلاقی، اسناددادن سرزنش ($t=-4/42$, $P<0/001$)، غیرانسانی کردن ($t=1/17$, $P<0/05$) و خودنپهان‌سازی

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش بی‌اشتیاقی اخلاقی و خودنپهان‌سازی در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد انجام شد. نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که بازشناسی با نمره کل بی‌اشتیاقی اخلاقی و همه مؤلفه‌های آن رابطه منفی و معناداری دارد. رابطه

بحث

باعث می‌شوند که افراد به رفتارهای مشکل‌زای خود از جمله مصرف مواد ادامه دهند (۳۰).

از سوی دیگر، نتایج تحلیل همبستگی حاکی از آن بود که بازشناسی، دوسوگرایی و گام‌برداری رابطه منفی و معناداری با خودنپهان‌سازی دارند. این نتایج با یافته‌های مطالعات Benito و همکاران، Uysal و همکاران، Frijns و همکاران، Laird و همکاران و Hartman و همکاران همخوان می‌باشد (۲۵-۲۱). در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد معتادی که دارای خودنپهان‌سازی بالایی می‌باشند، گرایش بیشتری به پنهان کردن ناراحتی‌های شخصی خود از دیگران دارند و به میزان کمتری به بازنگری مشکل خود می‌پردازند. بازشناسی یک رفتار مشکل‌زا اولین گام عملیاتی برای ترک آن محسوب می‌شود. بدین ترتیب، این افراد پیامدهای رفتار اعتیادی خود را به میزان کمتری مورد بررسی قرار می‌دهند. در مرحله دوم یعنی دوسوگرایی نیز احساس دوگانه ذهنی برای کنار گذاشتن رفتار مشکل‌زا در فرد به وجود می‌آید و در مرحله گام‌برداری که سومین و آخرین مرحله برای ترک هر نوع رفتار و در واقع مرحله عملیاتی برای شروع ترک رفتار می‌باشد، هیچ‌گونه اقدامی برای درمان صورت نمی‌گیرد.

علاوه بر این، نتایج تحلیل رگرسیون انگیزش درمان براساس مؤلفه‌های بی‌اشتیاقی اخلاقی نشان داد که از بین مؤلفه‌های بی‌اشتیاقی اخلاقی، توجیه اخلاقی، پخش مسئولیت و اسناد دادن سرزنش، بازشناسی را پیش‌بینی می‌کنند؛ مقایسه سودمند و اسناد دادن سرزنش، دوسوگرایی را پیش‌بینی می‌نمایند؛ اسناد دادن سرزنش و غیرانسانی‌کردن، گام‌برداری را پیش‌بینی می‌کنند. این نتایج با یافته‌های مطالعات Moore، Kleinjan و همکاران، Dijkstra و Newton و همکاران همسو می‌باشد (۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۸). شاید یکی از دلایلی که این مؤلفه‌ها

دوسوگرایی با نمره کل بی‌اشتیاقی اخلاقی و مؤلفه‌های توجیه اخلاقی، مقایسه سودمند، پخش مسئولیت و تحریف پیامدها نیز منفی و معنادار بود. علاوه بر این، بین گام‌برداری با نمره کل بی‌اشتیاقی اخلاقی، توجیه اخلاقی، مقایسه سودمند، جابه‌جایی مسئولیت، پخش مسئولیت و اسناد دادن سرزنش رابطه منفی و معناداری مشاهده گردید. این نتایج با یافته‌های مطالعات Beckman، اصغری، Diclemente و همکاران، Nock، Isenhardt، Moore، Kleinjan و همکاران، Dijkstra و Newton و همکاران مبنی بر اینکه باورهای بی‌اشتیاقی اخلاقی، همبستگی منفی با پیشرفت واقعی به سمت ترک دارند و افراد معتادی که به شدت پایبند به باورهای بی‌اشتیاقی اخلاقی هستند، مشارکت کمتری در فعالیت‌های ترک می‌نمایند همسو می‌باشد (۱۸-۱۵). افراد دارای بی‌اشتیاقی اخلاقی بالا به دلیل بی‌علاقگی به موضوعات اخلاقی، جهت‌گیری‌های شناختی که در جریان اجتماعی شدن این افراد شکل می‌گیرد و توجیه غیرعادی رفتارهای نامناسب خود، از راه مقایسه اعمال زشت خود با اعمال بدتر از آن و بی‌اهمیت جلوه دادن اعمال خود و نیز از طریق تقسیم مسئولیت، گفتن اینکه "همه مواد مصرف می‌کنند" و استناد کردن به گفته و یا عمل دیگران، پیامدهای منفی رفتار اعتیادی خود را نادیده گرفته و وجود مشکلات مرتبط با مصرف مواد را انکار می‌کنند. در این ارتباط باید گفت که هر اندازه افراد از مکانیسم‌های بی‌اشتیاقی اخلاقی بیشتری استفاده کنند، تغییرات فاحشی در اعمال اخلاقی آن‌ها بدون تغییر یافتن ساختار شخصیتی و یا نظام‌های ارزیابی شخصی آن‌ها به وجود می‌آید که این فرایندهای خودتبرئه‌ساز، توجیه‌کننده بسیاری از رفتارهای غیرانسانی هستند و

نمونه‌گیری به افراد وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد سرپایی و عدم کنترل نوع ماده مصرفی به دلیل مصرف بیش از یک نوع ماده مخدر توسط بیشتر آزمودنی‌ها در طول یک ماه آخر منتهی به زمان اجرای پژوهش، دو محدودیت عمده مطالعه حاضر بودند؛ از این رو پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از نمونه‌های افراد وابسته به موادی که هنوز برای درمان مراجعه نکرده‌اند نیز استفاده شود و نوع ماده مصرفی کنترل گردد. نتایج این مطالعه لزوم ارائه برنامه‌های آموزشی برای کاهش و مقابله با راهبردهای بی‌اشتیاقی اخلاقی و خودنهن‌سازی جهت افزایش انگیزش ترک افراد وابسته به مواد را پیشنهاد می‌کند.

حمایت مالی

این پژوهش با حمایت مالی ستاد مبارزه با مواد مخدر استان اردبیل انجام گرفت.

ملاحظات اخلاقی

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، تمامی آزمودنی‌ها از حق انتخاب آزادانه برای شرکت در پژوهش برخوردار بودند، قبل از مشارکت در پژوهش، هدف پژوهش به آنها توضیح داده شد و به آنها اطمینان داده شد که نتایج این پژوهش به دست آمده به صورت گروهی تحلیل شده و داده‌ها در اختیار شخص ثالثی قرار داده نخواهد شد.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌کنند که هیچ تضاد منافی در این پژوهش وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مدیریت، کارکنان و کلیه درمان‌جویان

بازشناسی، دوسوگرایی و گام‌برداری را پیش‌بینی می‌کنند این باشد که افراد با بی‌اشتیاقی بالا به دلیل به‌رسمیت‌نشناختن مشکل خود، کمتر به بازنگری آن می‌پردازند و در مرحله دوم یعنی دوسوگرایی، کمتر نسبت به رفتارهای خود دچار شک و تردید می‌شوند؛ بنابراین در مرحله گام‌برداری هیچ‌گونه اقدامی برای ترک را از خود نشان نمی‌دهند.

در نهایت، نتایج تحلیل رگرسیون انگیزش درمان براساس خودنهن‌سازی حاکی از آن بود که خودنهن‌سازی به‌صورت معکوس، بازشناسی و گام‌برداری را پیش‌بینی می‌کند. این نتایج با یافته‌های مطالعات Benito و همکاران، Uysal و همکاران، Frijns و همکاران، Laird و همکاران و Hartman و همکاران همسو می‌باشد (۲۵-۲۱). شاید یکی از دلایلی که خودنهن‌سازی، بازشناسی و دوسوگرایی را پیش‌بینی می‌کند این باشد که خودنهن‌سازی، خودنظارتی را کاهش می‌دهد و منجر به عدم توجه و آگاهی فرد نسبت به خود می‌شود؛ بنابراین استفاده از این ابزار دفاعی در افراد وابسته به مواد باعث می‌شود که تمایلی برای بررسی کردن و شناخت مشکل خود و اقدام برای حل آن نداشته باشند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت افراد وابسته به موادی که بی‌اشتیاقی اخلاقی و خودنهن‌سازی بالایی دارند، از انگیزش درمان پایین‌تری برخوردار هستند و پیامدهای رفتاری اعتیاد خود را به میزان کمتری مورد بررسی قرار می‌دهند. این یافته‌ها حاکی از آن هستند که این دو متغیر از عوامل خطرزا برای عدم ترک و نداشتن انگیزش برای درمان می‌باشند. به نظر می‌رسد برنامه‌های درمانی که برای بهبودی این عوامل انجام می‌شوند، می‌توانند کمک‌رسان برجسته‌ای در راستای موفقیت برنامه‌های درمانی افراد وابسته به مواد باشند. محدودبودن

می‌داریم. همچنین از ستاد مبارزه با مواد مخدر بابت حمایت مالی از این پژوهش تشکر می‌نماییم.

مراکز ترک اعتیاد شهر اردبیل به دلیل همکاری بی‌دریغشان در اجرای این پژوهش نهایت قدردانی را ابراز

References

- Jiloha RC. Biological basis of tobacco addiction: implications for smoking-cessation treatment. *Indian J Psychiatry*. 2012; 5(2):301-7.
- DSM-5 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013. P. 1416.
- MSI MS. Substance Abuse and mental health services administration. *Psychol Addict Behav*. 2011; 9(2):135-42.
- Momtazi S. *Family and addiction*. Zanjan, Iran: Mahdis Publication; 2002. [in Persian]
- Vassileva J, Georgiev S, MartinE, Gonzalez R, Segala L. Psychopathic heroin addicts are not uniformly impaired acrossneurocognitive domains of impulsivity. *Drug Alcohol Depend*. 2011; 114(2-3):192-200.
- Tawakoli GH, Shojaeizadeh D, Mazloun SR. Comparative study of factors associated with addiction withdrawal in clients referring to drug-stop clinics of Northern Khorasan in 2007. *J Ilam Univ Med Sci*. 2010; 2(63):32-43. [in Persian]
- Asgari A, Pourshahbaz A, Farhaodian A. Personality dimensions affecting on substance abuse relapse in dependents to opioid substances treated by methadone maintenance treatment. *J Addict Res*. 2011; 5(19):7-20. [in Persian]
- Sudraba V, Millere A, Deklava L, Millere E, Zumente Z, Circenis K, Millere I. Treatment motivation differences between minnesota and methadone program patients with substance use disorder in Latvia. *Proce Soc Behav Sci*. 2015; 205:627-31.
- Beckman LJ. An attribution analysis of alcoholics anonymous. *J Stud Alcohol*. 1980; 41(7):714-26.
- Nock MK, PhotosVI. Parent motivation to participate in treatment assessment and prediction of subsequent participation. *J Child Famil Stud*. 2006; 15(3):333-46.
- Diclemente CC, Hughes SO. Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *J Subst Abuse*. 1990; 2(2):217-35.
- Isenhardt CE. Motivational subtypes in an inpatient sample of substance abusers. *Addict Behav*. 1994; 19(5):463-75.
- Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GV, Pastorelli C. Mechanisms of moral disengagement in exercise of moral agency. *J Personal Soc Psychol*. 1996; 71(2):364-74.
- Kleinjan M, van den Eijnden RJ, Dijkstra A, BrugJ, EngelsR. Excuses to continue smoking: the role of disengagement beliefs in smoking cessation. *Addict Behav*. 2006; 31(12):2223-37.
- Moore C. Moral disengagement in processes of organizational corruption. *J Busin Ethics*. 2008; 80(1):129-39.
- Kleinjan M, van den Eijnden RJ, Engels RC. Adolescents' rationalizations to continue smoking: the role of disengagement beliefs and nicotine dependence in smoking cessation. *Addict Behav*. 2009; 34(5):440-5.
- Dijkstra A. Disengagement beliefs in smokers: do they influence the effects of a tailored persuasive message advocating smoking cessation? *Psychol Health*. 2009; 24(7):791-804.
- Newton NC, Andrews G, Champion KE, Teesson M. Universal internet-based prevention for alcohol and cannabis use reduces truancy, psychological distress and moral disengagement: cluster randomised controlled trial. *Prev Med*. 2014; 65: 109-15.
- Larson DG, Chastain RL. Self-concealment: conceptualization, measurement, and health implications. *J Soc Clin Psychol*. 1990; 9(4):439-55.
- Kelly AE, Yip JJ. Is keeping a secret or being a secretive person linked to psychological symptoms. *J Pers*. 2006; 74(5):1349-70.
- Cepeda-Benito A, Short P. Self-concealment, avoidance of psychological services, and perceived likelihood of seeking professional help. *J Counsel Psychol*. 1998; 45(1):58-64.
- Uysal A, Lin HL, Knee CR. The role of need satisfaction in self-concealment and well-being. *Pers Soc Psychol Bull*. 2010; 36(2):187-99.
- Frijns T, Finkenauer C, Keijsers L. Shared secrets versus secrets kept private are linked to better adolescent adjustment. *J Adolesc*. 2012; 36(1): 55-64.
- Laird RD, Bridges BJ, Marsee MA. Secrets from friends and parents: longitudinal links with depression and antisocial behavior. *J Adolesc*. 2013; 36(4):685-93.
- Hartman JD, Patock-Peckham JA, Corbin WR, Gates JR, Leeman RF, Luk JW, et al. Direct and indirect links between parenting styles, self-concealment (secrets), impaired control over drinking and alcohol-related outcomes. *Addict Behav*. 2015; 40:102-8.
- Bashar-pour S, Jafaritarbar A, Narimani M, Massah O. The role of risk perception and selfreflection in prediction of motivation fo substance dependence treatment. *Arch Rehabil*. 2014; 14:21-9. [in Persian]
- Hashemi Baqarabad M. Comparing moral disengagement, self-enhancement and self-protection strategies and outcome expectations in substance dependent patients and normal individuals. [Master Thesis]. Ardabili: Psychology, University of Mohaghegh Ardabili; 2015. [in Persian]

28. Miller WR, Tonigan JS. Assessing drinkers' motivation for change: the stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychol Addict Behav.* 1996; 10(2):81-9.
29. Basharpour S, Atadokht A, Khosravinia D, Narimani M. The role of cognitive self-control and self-compassion on prediction of treatment motivation in people with substance dependence. *J Health Care.* 2014; 15(4):60-70. [in Persian]
30. Hergenhahn BR, Olson MH. An introduction to theories of learning. Trans: Akbar Seyf A. Tehran: Daoran Publication; 2009.

Original Article

Investigating the Role of Moral Disengagement and Self-concealment in Predicting Motivation for Substance Dependency Treatment

Sajjad Basharpour^{1*}, Shirin Ahmadi², Mohammad Narimani³

¹ PhD, Associate Professor of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

² MSc in Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

³ PhD, Distinguished Professor of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Received: 05 September 2016

Accepted: 12 March 2017

Abstract

Introduction: Motivation is the the essential step in progressing the treatment goals in substances-related disorders. The current study was conducted to investigate the roles of moral disengagement and self-concealment in predicting treatment motivation in people with substance dependence.

Materials and Methods: In this correlational study, 120 people were selected by the multistage random cluster sampling method from the population with substance dependency visiting Ardabil centers of addiction treatment in the second half of 2015. The participants responded to questionnaires of moral disengagement (Bandura et al.), self-concealment (Larson & Chastain), and motivation for treatment (Miller et al.). The gathered data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multivariate regression test.

Results: The results showed that recognition had a negative correlation with the total scores of moral disengagement and self-concealment ($P < 0.001$). Ambivalence was negatively correlated with the total score of moral disengagement and components of moral justification, advantageous comparison, responsibility diffusion, distorting consequences, and self-concealment ($P < 0.05$). Steps taking was also negatively related to the total score of moral disengagement, moral justification, advantageous comparison, responsibility displacement, responsibility diffusion, attribution of blame, and self-concealment ($P < 0.05$). The results of multiple regression showed that 42% of variance in recognition, 19% of variance in ambivalence, and 34% of variance in taking steps were explained by moral disengagement and self-concealment.

Conclusion: The results of this study demonstrated that moral disengagement and self-concealment can significantly predict motivation for treatment and readiness for change in drug dependent individuals. The results of this study suggest the necessity of offering educational programs for dealing with moral disengagement strategies and self-concealment in order to increase treatment motivation in people with substance dependency.

Keywords: Moral disengagement, Self-concealment, Substance dependency, Treatment motivation

* **Corresponding Author:** Sajjad Basharpour, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. Tel : +984533510132; Email: basharpour_sajjad@uma.ac.ir