

عوامل پیش بین آمادگی برای درمان در سوء مصرف کنندگان مواد محرک

دکتر اسحق رحیمیان بوگر^{۱*}، دکتر ناصر گودرزی^۲

^۱گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران؛ ^۲گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۹ اصلاح نهایی: ۹۱/۳/۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۱

چکیده:

زمینه و هدف: آمادگی برای درمان، متأثر از عواملی است که تعیین آنها کمک ارزنده ای به امکان تشخیص میزان آمادگی درمان و طراحی مداخلات ایجاد آمادگی درمان برای بیماران خواهد بود. هدف مطالعه حاضر سنجش عوامل پیش بین آمادگی برای درمان در سوء مصرف کنندگان مواد محرک بوده است. روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، ۱۲۳ فرد مبتلا به سوء مصرف مواد محرک از میان بیماران مراجعه کننده به کلینک های سرپایی و خود معرف سوء مصرف مواد شهر تهران به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و توسط مقیاس آمادگی قبل از درمان، پرسشنامه موانع درمانی و پرسشنامه خصوصیات جمعیت شناختی مورد سنجش قرار گرفتند. داده ها توسط رگرسیون چندگانه به روش گام به گام با نرم افزار Predictive Analytics Software= PASW تحلیل شدند.

یافته ها: بین تشخیص مسأله و میل به تغییر با آمادگی برای درمان رابطه مثبت معنادار و بین شدت اثرات ماده مورد سوء مصرف و موانع ادراک شده درمان با آمادگی برای درمان رابطه منفی معنی دار وجود داشت ($P < 0/001$). تشخیص مسأله، میل به تغییر، شدت اثرات ماده مورد سوء مصرف و موانع ادراک شده درمان نقش معنی داری در پیش بینی آمادگی برای درمان داشتند ($P < 0/001$) و در مجموع ۸۶٪ واریانس آمادگی برای درمان را تبیین می کردند ($R^2 = 0/866$).

نتیجه گیری: تشخیص مسأله، میل به تغییر، شدت اثرات ماده مورد سوء مصرف و موانع ادراک شده درمان در آمادگی برای درمان سوء مصرف مواد محرک مهم هستند. سنجش و مداخله مناسب در آمادگی برای درمان در میان سوء مصرف کنندگان مواد محرک قبل از پذیرش کامل آنان برای درمان مهم و ضروری است.

واژه های کلیدی: آمادگی برای درمان، سوء مصرف مواد، موانع درمان.

مقدمه:

سوء مصرف کنندگان مواد غالباً به دلایل جمعیت شناختی، خصوصیات بالینی همراه و وجود انگیزش ضعیف درمان را پی گیری نمی کنند و یا درمان ها ناتمام رها می سازند (۵،۴). در این میان، برخی عوامل نقش مهم تری در موفقیت درمان سوء مصرف مواد دارند. بر اساس مطالعات انجام گرفته، تشخیص مسأله و میل به تغییر، خصوصیات بیماری نظیر شدت اثرات ماده مورد سوء مصرف و موانع ادراک شده درمان، سن، جنسیت و میل به دریافت کمک نقش معناداری در آمادگی به تغییر دارند (۶). آمادگی برای درمان به روشنی مبین وجود انگیزش برای درمان است و باعث

اگرچه درمان سوء مصرف مواد به طور گسترده ای در جوامع مختلف مطرح است، اما میزان ورود به درمان و تداوم موفق درمان پایین است و بسیاری از سوء مصرف کنندگان مواد نیازمند خدماتی هستند که به طور کامل در درمان موجود نیست (۲،۱). عوامل متعددی به طور بالقوه در آمادگی برای درمان سوء مصرف مواد نقش دارند.

آمادگی برای درمان به عنوان تعهدات، دلایل و اهداف بیمار تلقی می شوند که به انجام رفتارهای خاص مرتبط با درمان منجر می شود و باعث نگهداری بیمار در درمان و دستیابی به اهداف درمانی می گردد (۳).

عدم مطالعه ای منسجم در این زمینه به عنوان یک خلاء مهم پژوهشی با توجه به اهمیت مداخله مؤثر برای درمان سوء مصرف مواد مبنایی مهم برای انجام چنین مطالعه‌ای بوده است. علاوه بر این خلاء پژوهشی، دست یابی به اهدافی نظیر طراحی مداخلات متناسب شده برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد نیازمند بررسی عوامل تسهیل کننده و نیز موانع ورود به برنامه های درمانی است که این موضوع نیز بر ضرورت مطالعه کنونی می افزاید. در واقع، بدون شناسایی عوامل مهم در فرآیند آمادگی برای درمان نمی توان مداخله متناسب شده ای را طراحی نمود و موفقیت درمانی برنامه های درمان سوء مصرف مواد را پیش‌بینی کرد. بنابراین، بسط دادن فهم متخصصان بالینی از تعیین کننده های مهم آمادگی برای درمان در سوء مصرف کنندگان مواد قبل از شروع درمان در مطالعه حاضر ضرورت انجام این مطالعه را برجسته می سازد. این پژوهش با هدف بررسی عوامل پیش بین آمادگی برای درمان در سوء مصرف مواد محرک در یک نمونه بیماران ایرانی اجرا می گردد.

روش بررسی:

در این مطالعه مقطعی، تعداد ۱۲۳ نفر شامل ۶۶ نفر مرد (۵۳/۷٪) و ۵۷ نفر زن (۴۶/۳٪) مبتلا به سوء مصرف مواد محرک از میان بیماران مراجعه کننده به کلینک های سرپایی و خودمصرف سوء مصرف مواد شهر تهران طی پاییز و زمستان ۱۳۹۰ به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. دامنه سنی شرکت کنندگان ۱۹ تا ۵۴ سال با میانگین سنی و انحراف استاندارد $31/34 \pm 7/53$ سال بود. این اندازه نمونه بر اساس منطق انتخاب نمونه و تعداد متغیرهای پیش بین در مدل رگرسیونی، میزان دسترسی به جامعه پژوهش و افزایش توان آزمون آماری انتخاب شد (۱۴). به منظور دست یابی به اندازه اثر مناسب بر حسب هر متغیر پیش بین تعداد ۱۵ نفر وارد معادله

می شود سوء مصرف کنندگان مواد تصمیم بگیرند وارد درمان شوند (۷). همچنین، فهم سوء مصرف مواد به عنوان یک مشکل روانی- اجتماعی توسط بیمار باعث ورود به فرآیند درمان و نیز تداوم منظم برنامه درمانی می گردد، اگر چه این عامل به تنهایی در ترک موفقیت آمیز مواد کافی نیست (۸). میل به تغییر نیز در اغلب مطالعات شاخص مهمی برای جستجو و تکمیل برنامه های درمانی سوء مصرف مواد بوده است (۹). خصوصیات بالینی همراه با مواد، نوع ماده مصرفی و شرایط مصرف نیز نقش مهمی در آمادگی برای درمان، جستجوی درمان و موفقیت احتمالی برنامه درمانی دارد (۱۰، ۱۱). موانع ادراک شده برای شروع و تداوم برنامه درمان و نیز وجود برخی خصوصیات جمعیت شناختی و اجتماعی نامناسب آمادگی و انگیزه ورود به درمان را کاهش می دهد و به استمرار سوء مصرف مواد می انجامد (۱۲، ۱۳). در کنار عوامل شخصیتی، بالینی و خصوصیات مواد مورد سوء مصرف، سن و جنسیت نیز میزان آمادگی برای درمان سوء مصرف مواد را تحت تاثیر قرار می دهد (۴). بنابراین، این دو عامل نیز در این مدل رگرسیونی در پیش بینی آمادگی برای درمان بررسی می شوند. از آنجا که امکان بررسی عوامل بسیاری در کنار هم در بررسی پیش بینی کننده های موفقیت درمانی سوء مصرف مواد وجود ندارد و یا فرآیندی دشوار است (۹، ۱۱)، لذا چنین مطالعاتی در مقیاس محدود خود حاوی نوآوری در یک جنبه هستند که مطالعه حاضر نیز از آنجا که چنین مدلی در کشور بررسی نشده بود، می تواند پیامدهای ارزشمندی برای این جامعه پژوهشی داشته باشد.

از طرفی، گسترش شیوع سوء مصرف مواد در ایران نیاز به بررسی عوامل سهم در درمان و توانبخشی سوء مصرف کنندگان مواد را ضروری می سازد. اگرچه عوامل بررسی شده در مطالعات خارجی در پیش بینی ورود به برنامه های درمانی در جوامع دیگر نقش دارند، با این وجود مطالعه ای در ایران به بررسی پیش بینی کننده های مهم درمان سوء مصرف مواد پرداخته است.

می شوند که با عدد ثابت ۵۰ جمع می گردند که بر این اساس، این اندازه نمونه در مطالعه حاضر از کفایت لازم برخوردار است. سوء مصرف حداقل یک نوع ماده محرک، ورود به کلینک های سرپایی و خود معرف سوء مصرف مواد جهت ترک مواد و تشکیل پرونده درمانی و تکمیل فرم رضایت و تمایل آگاهانه از معیارهای ورود به مطالعه و از طرفی نیز مصرف و وابستگی به چندین ماده علاوه بر محرک ها، آسیب شناسی روانی شدید، وجود بیماری های طبی شدید یا حالات توجیه کننده عدم آمادگی به درمان نظیر بیماری های عفونی، بستری شدن در حین پژوهش و تجربه علایم ترک شدید ناشی از فرآیند درمان سوء مصرف مواد از معیارهای خروج از مطالعه بود.

در این مطالعه مشارکت کنندگان توسط مقیاس آمادگی قبل از درمان (PRS)، پرسشنامه موانع درمانی و پرسشنامه خصوصیات جمعیت شناختی مورد سنجش قرار گرفتند.

برای سنجش آمادگی قبل از شروع درمان در سوء مصرف کنندگان مواد، مقیاس آمادگی قبل از درمان (PRS=Pre-Treatment Readiness Scale) به منظور تداوم درمان موفق طراحی شده است (۳). مقیاس آمادگی قبل از درمان (PRS) شامل چهار عامل، تشخیص مسأله، میل به کمک، میل به تغییر و آمادگی برای درمان می باشد (۱۵). این مقیاس شامل ۲۳ گویه است: (الف) عامل تشخیص مسأله شامل ۹ گویه است که نگرش افراد به مصرف مواد را می سنجد. (ب) عامل میل به کمک شامل ۳ گویه است که نیاز به کمک را می سنجد، (ج) عامل میل به تغییر شامل ۳ گویه است که نیاز ادراک شده فرد برای تغییر را می سنجد و (د) عامل آمادگی به درمان شامل ۸ گویه است که سطح آمادگی برای جستجوی درمان را می سنجد. از شرکت کنندگان خواسته می شود بر اساس مقیاس لیکرتی پنج نقطه ای (از ۱= قویاً مخالفم تا ۵= قویاً موافقم) به گویه ها پاسخ دهند. این مقیاس دارای روایی محتوا و

صوری است و دارای روایی ملاکی با ابزار سنجش انگیزش درمان بوده است (۳). همچنین آلفای کرونباخ برای عامل تشخیص مسأله ۰/۹۱، عامل میل به کمک ۰/۸۷ و برای عامل آمادگی برای درمان ۰/۸۶ بدست آمده است (۳). همچنین، روایی صوری و محتوای این مقیاس توسط چهار نفر از متخصصان درمان اعتیاد در ایران (دو نفر روانپزشک و دو نفر دکتری روانشناس بالینی) تایید شد و طبق نظر این متخصصان این مقیاس برای استفاده در نمونه ایرانی معتبر است. همچنین، طی این مطالعه همسانی درونی مقیاس با آلفای کرونباخ با استفاده از یک نمونه متشکل از ۱۲۳ نفر برای خرده مقیاس های تشخیص مسأله، میل به کمک، میل به تغییر و آمادگی برای درمان به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۷ بدست آمد. همچنین، در مطالعه حاضر، پایایی آزمون-بازآزمون خرده مقیاس های تشخیص مسأله، میل به کمک، میل به تغییر و آمادگی برای درمان با استفاده از یک نمونه ۴۳ نفری نیز به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ بدست آمد که نشان می دهد که مقیاس از پایایی مطلوبی برخوردار است.

ابزاری ۵۹ گویه ای، پرسشنامه موانع درمانی (Questionnaire Treatment Barriers) است که موانع درمان سوء مصرف مواد را می سنجد (۱۶). نمرات هر عامل مبین موانع موجود در آن زمینه است. در این مطالعه تنها موانع درونی درمان مورد سنجش قرار گرفت. ابعاد موانع درونی این پرسشنامه شامل عدم مشکل ادراک شده ناشی از سوء مصرف مواد، حمایت اجتماعی منفی، ترس از درمان و نگرانی های خاص است. عدم مشکل ادراک شده ناشی از سوء مصرف مواد (۶ گویه) نگرش فرد را در مورد مسأله دار بودن سوء مصرف مواد می سنجد، حمایت اجتماعی منفی (۵ گویه) باور خانواده و دوستان را در این زمینه می سنجد که نیازی به درمان وجود ندارد. ترس از درمان (۴ گویه) نگرانی فرد را در مورد فرآیند درمان سوء مصرف مواد می سنجد. نگرانی های خاص (۳ گویه) شامل سنجش

مطالعه معیارهای اخلاقی نظیر حفظ اسرار پزشکی، توجه به رفاه شرکت کنندگان، رضایت بیماران و گمنام ماندن آنها با تکمیل رضایت نامه کتبی و عدم تعارض منافع رعایت شده است. داده های مطالعه توسط دو نفر روانشناس بالینی (در سطح کارشناسی ارشد) جمع آوری شده است. داده های حاصل از ابزارها با استفاده از همبستگی، ضریب پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه ی گام به گام با نرم افزار PASW تحلیل شدند.

یافته ها:

از لحاظ وضعیت اجتماعی- اقتصادی ۴۳ نفر (۳۵٪) دارای وضعیت پایین، ۶۱ نفر (۴۹/۶٪) دارای وضعیت متوسط و ۱۹ نفر (۱۵/۴٪) دارای وضعیت بالایی بودند. همچنین از کل شرکت کنندگان، ۲۹ نفر (۲۳/۶٪) مصرف کننده انواع آفتامین ها و اکستازی، ۳۰ نفر (۲۴/۴٪) مصرف کننده شیشه یا کریستال، ۴۱ نفر (۳۳/۳٪) مصرف کننده کرک و ۲۳ نفر (۱۸/۷٪) مصرف کننده همه انواع محرک ها بودند. از لحاظ سطح سواد، ۳۵ نفر (۲۸/۵٪) دارای تحصیلات ابتدایی و یا بی سواد، ۴۵ نفر (۳۶/۶٪) دارای تحصیلات حداکثر سوم راهنمایی، ۲۸ نفر (۲۲/۸٪) دارای تحصیلات دیپلم متوسطه و ۱۵ نفر (۱۲/۲٪) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. در زمینه شدت اثرات ماده مورد سوء مصرف بر اساس آسیب به ابعاد کیفیت زندگی، ۷۶ نفر (۶۱/۸٪) دارای تجربه اثرات شدید ماده مورد سوء مصرف و ۴۷ نفر (۳۸/۲٪) دارای تجربه اثرات متوسط و پایین ماده مورد سوء مصرف طبقه بندی شدند. میانگین و انحراف استاندارد آمادگی به درمان، میل به تغییر، تشخیص مسأله، میل به کمک و موانع ادراک شده درمان به ترتیب $9/31 \pm 22/55$ ، $8/34 \pm 33/93$ ، $9/09 \pm 19/32$ ، $6/32 \pm 18/77$ و $9/82 \pm 44/87$ بود. ضرایب همبستگی پیرسون بین میل به تغییر، تشخیص مسأله، میل به کمک، موانع ادراک شده درمان

ناراحتی های فردی در این زمینه است. حدود پانزده دقیق تکمیل این ابزار به طول می انجامد. از شرکت کنندگان خواسته می شود در یک مقیاس لیکرتی پنج نقطه ای از ۱ (قویاً مخالفم) تا ۵ (قویاً موافقم) پاسخ مورد نظر خود را مشخص کنند. این مقیاس دارای روایی محتوا و صوری است و آلفای کرونباخ برای عامل عدم مشکل ادراک شده ناشی از سوء مصرف مواد ۰/۹۲، حمایت اجتماعی منفی ۰/۹۱، ترس از درمان ۰/۸۶ و برای عامل نگرانی های خاص ۰/۸۹ بدست آمده است (۱۶). به علاوه، طی مطالعه حاضر روایی محتوا و صوری این پرسشنامه توسط چهار نفر از متخصصان درمان اعتیاد در ایران (دو نفر روانپزشک و دو نفر دکتری روانشناس بالینی) تأیید شد که طبق نظر آنان این مقیاس از روایی مناسبی برای نمونه هایی ایرانی برخوردار است. در این مطالعه، آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های عدم مشکل ادراک شده ناشی از سوء مصرف مواد، حمایت اجتماعی منفی، ترس از درمان و برای نگرانی های خاص با استفاده از نمونه ای متشکل از ۱۲۳ نفر به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۰ بدست آمد. به علاوه، در مطالعه حاضر در ایران، پایایی آزمون- بازآزمون این خرده مقیاس ها با استفاده از یک نمونه ۴۳ نفری نیز به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۴، ۰/۷۹ و ۰/۸۵ بدست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب این مقیاس است. پرسشنامه خصوصیات جمعیت شناختی نیز توسط پژوهشگر به منظور جمع آوری داده های مربوط به سن و دامنه سنی، جنسیت، نوع و میزان ماده مصرفی، خصوصیات مرتبط با سوء مصرف مواد نظیر شدت اثرات ماده مورد سوء مصرف، سطح سواد، وضعیت اجتماعی- اقتصادی تنظیم و مورد استفاده قرار گرفت.

این مطالعه به شکل زمینه یابی فردی و با مراجعه به کلینیک های سرپایی و خودمعرف ترک اعتیاد انجام گرفت. تشخیص سوء مصرف مواد محرک توسط پزشک معالج انجام گرفت. در این

بود که در واقع حاکی از عدم هم خطی و نیز از طرفی حاکی از ثبات مدل رگرسیونی است. عامل برافراشتگی واریانس (Variance Inflation Factor= VIF) و مقدار تولرنس و برای هر متغیر در چهار گام تحلیل به ترتیب در دامنه ۰/۶۴۳ تا ۱/۰۰ و ۱/۰۲۱ تا ۱/۵۶۷ قرار داشتند. همچنین، روابط همبستگی بین متغیرها کمتر از ۰/۹ است که به معنای آن است که هم خطی بین متغیرها وجود ندارد. یافته‌ها نشان می‌دهند که طی چهار گام با افزودن متغیر یا متغیرهای جدیدی به گام قبلی متغیرها به گونه ای معنی دار می‌توانند آمادگی به درمان را پیش‌بینی کنند.

بر پایه نتایج تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری رگرسیون طی چهار گام، در گام اول متغیر تشخیص مسأله $F_{(1, 121)} = 49/83$ و $P < 0/001$ ، در گام دوم دو متغیر تشخیص مسأله و موانع ادراک شده $F_{(2, 120)} = 34/96$ و $P < 0/001$ ، در گام سوم سه متغیر تشخیص مسأله، موانع ادراک شده و شدت اثرات ماده مورد سوء مصرف $F_{(3, 119)} = 24/98$ و $P < 0/001$ و در گام چهارم، چهار متغیر تشخیص مسأله، موانع ادراک شده، شدت اثرات ماده مورد سوء مصرف و میل به تغییر به طور معنادار $F_{(4, 118)} = 19/88$ و $P < 0/001$ تغییرات مربوط به آمادگی به درمان را پیش‌بینی کردند. همچنین، رابطه این چهار متغیر با آمادگی برای درمان معنی دار بود $R = 0/93$ و در مجموع ۸۶٪ واریانس آمادگی به درمان را تبیین کردند $R^2 = 0/866$. در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی نیز این چهار متغیر قادر به تبیین ۸۶٪ واریانس آمادگی برای درمان هستند $(Adj R^2 = 0/862)$. در این مدل رگرسیونی، متغیرهای سن، جنسیت و میل به دریافت کمک سهم معنی داری در پیش‌بینی آمادگی به درمان نداشتند $(P > 0/05)$.

ضریب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین (گام چهارم) نشان می‌دهد که چهار متغیر تشخیص مسأله، با وزن ۵۴۹/ (Beta) موانع ادراک شده با وزن

و سن با آمادگی به درمان به ترتیب ۰/۲۴ $(P < 0/01)$ ، ۰/۷۵ $(P < 0/001)$ ، ۰/۱۰، ۰/۷۱- $(P < 0/01)$ و ۰/۰۷- $(P < 0/01)$ بود که به جز رابطه بین میل به کمک و سن با آمادگی به درمان بقیه روابط از لحاظ آماری معنی دار بودند. ضرایب همبستگی بین تشخیص مسأله، میل به کمک، موانع ادراک شده درمان و سن با میل به تغییر به ترتیب ۰/۱۷، ۰/۰۸، ۰/۱۱- و ۰/۰۸ بود که فقط رابطه بین تشخیص مسأله با میل به تغییر از لحاظ آماری معنی دار بودند $(P < 0/01)$. ضرایب همبستگی بین میل به کمک، موانع ادراک شده درمان و سن با تشخیص مسأله به ترتیب برابر با ۰/۱۷- $(P < 0/01)$ ، ۰/۶۸ $(P < 0/001)$ و ۰/۰۶ بود که به جز رابطه بین سن با تشخیص مسأله بقیه روابط از لحاظ آماری معنی دار بودند. موانع ادراک شده درمان و سن با میل به کمک به ترتیب برابر با ۰/۲۸ و ۰/۰۵ بود که ضریب همبستگی بین موانع ادراک شده درمان با میل به کمک از لحاظ آماری معنی دار بود $(P < 0/01)$. همچنین، ضریب همبستگی بین سن و موانع ادراک شده درمان (۰/۰۴) از لحاظ آماری معنی دار نبود $(P > 0/05)$.

علاوه بر همبستگی پیرسون، همبستگی دورشته‌ای نقطه‌ای (Point Biserial Correlation) در ارتباط متغیرهای مقوله‌ای ساختگی با متغیر پیوسته، بین شدت اثرات ماده مورد سوء مصرف و آمادگی برای درمان ۰/۶۲ بدست آمد که در سطح اطمینان ۹۹ درصد $(P < 0/01)$ با آزمون یک دامنه رابطه‌ی مثبت و معنی دار بین این دو وجود دارد. یعنی هر چه شدت اثرات ماده مورد سوء مصرف بالاتر باشد، آمادگی به درمان بالاتر است. پیش از استفاده از تحلیل رگرسیون، توزیع داده‌ها با بررسی هم خطی چندگانه (Multicollinearity) به کمک آماره تولرنس (Tolerance)، داده‌های پرت (Outliers)، نمودارهای مانده و داده‌های مفقود بررسی شد و داده‌ها شرایط استفاده از این آزمون آماری را داشتند. آماره تولرنس دارای ضرایب بین ۰/۰۹ تا ۰/۱

جدول شماره ۱: برآورد ضرایب رگرسیون برای متغیرهای پیش بین آمادگی برای درمان در گام چهارم

متغیرهای پیش بین	ضریب غیر استاندارد (B)	ضریب استاندارد (Beta)	مقدار آزمون (T)	سطح معنی داری (P-value)	حدود اطمینان (CL) %۹۵
مقدار ثابت	۱۳/۰۶۳	-	۵/۳۶	۰/۰۰۱	۸/۲۳۹ - ۱۷/۸۸۷
تشخیص مسأله	۰/۵۶۳	۰/۵۴۹	۹/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۴۴ - ۰/۶۸۲
موانع ادراک شده	-۰/۳۰۲	-۰/۲۹۴	-۵/۱۶	۰/۰۰۱	-۰/۱۵۰ - ۰/۰۶۷
شدت اثرات ماده مورد سوء مصرف	۲/۷۶۱	۰/۱۴۷	۲/۸۷	۰/۰۰۵	۰/۸۵۰ - ۴/۶۶۴
میل به تغییر	۰/۲۱۱	۰/۱۲۷	۲/۸۹	۰/۰۰۹	۰/۰۶۱ - ۰/۲۵۷

- مقدار ثابت

در گام نهایی (گام چهارم) این مطالعه برای پیش بینی آمادگی برای درمان در مراجعین برای درمان سوء مصرف مواد محرک مورد استفاده قرار می گیرد که به صورت زیر است.

۰/۲۹۴ - (Beta)، شدت اثرات ماده مورد سوء مصرف با وزن ۰/۱۴۷ (Beta) و میل به تغییر با وزن ۰/۱۲۷ (Beta) می تواند با اطمینان ۹۹ درصد تغییرات آمادگی برای درمان را به گونه ای معنی دار تبیین کنند (جدول شماره ۱) ($P < ۰/۰۰۱$). مدل بدست آمده

(میل به تغییر) ۰/۲۱۱ + (شدت اثرات ماده مورد سوء مصرف) ۲/۷۶۱ + (موانع ادراک شده) ۰/۳۰۲ - (تشخیص مسأله) ۰/۵۶۳ + ۵/۳۶ = آمادگی به درمان

بحث:

عنوان یک مشکل مهم زندگی توسط فرد سوء مصرف کننده واریسی گردد. همچنین، نتایج این مطالعه نشان داد که میل به تغییر به طور معنی داری آمادگی به درمان را پیش بینی می کند، در حالی که میل به جستجوی کمک نقش معنی داری در آمادگی به درمان ندارد. این نتیجه در راستای یافته های محققین (۱۹، ۱۸) است. می توان استدلال نمود که عامل بی میلی به تغییر هم از لحاظ بالینی و هم از لحاظ مفهومی ارزشمند است. به طور مفهومی، استدلال می شود که بی میلی به تغییر و درمان مشابه با مفاهیم مهمی نظیر ماندن در وضعیت پیش تأمل و دوسوگرایی برای تغییر است. در واقع، همانگونه که Rapp و همکاران (۲۰) معتقدند این مفاهیم مبین سطح یا درجه پایین تر آمادگی برای تغییر هستند. از لحاظ بالینی نیز بی میلی به تغییر مبین بلا تکلیفی و نوعی عدم اطمینان در سوء مصرف کنندگان مواد برای ورود به درمان

با توجه به هدف این مطالعه مبنی بر بررسی عوامل پیش بین آمادگی برای درمان در سوء مصرف کنندگان مواد محرک، در گام چهارم تحلیل رگرسیون نتیجه گرفته شد که چهار عامل مورد بررسی یعنی تشخیص مسأله، موانع ادراک شده برای درمان، شدت اثرات ماده مورد سوء مصرف و میل به تغییر می تواند آمادگی برای درمان را در سوء مصرف کنندگان مواد محرک به طور معنی دار پیش بینی کنند. همسو با مطالعه Rapp و همکاران (۳) این مطالعه نشان داد که تشخیص مسأله نقش مهمی در پیش بینی اقدام به درمان سوء مصرف مواد دارد. مطالعه Lopes و همکاران (۱۷) نیز نشان داد که فهم بیماران از سوء مصرف مواد و رفتارهای مرتبط عامل مهمی در آمادگی برای درمان است. این نتایج تلویحاً بدان معنا است که قبل از درمان و نیز طی درمان در اولین گام بایستی تشخیص اعتیاد به

است. بنابراین، استفاده از مداخلات انگیزشی برای کمک به سوء مصرف کنندگان مواد محرک در فهم دلایل آنها برای ورود به درمان می تواند یاری رسان باشد. در این مطالعه نیز موانع ادراک شده برای درمان و شدت ماده مورد سوء مصرف نقش معنی داری در آمادگی برای درمان داشتند که همسو با یافته های محققین است (۱۸،۳). موانع موجود بر سر راه درمان در مطالعات قبلی (۲۱) نیز از مفاهیم زیرساختی مهم در عدم موفقیت درمانی برنامه های ترک مواد بوده است. می توان استدلال نمود که شدت اثرات مواد مورد سوء مصرف از مهم ترین عوامل مربوط به بیماری است که با نحوه استفاده از خدمات درمانی همراه است. در برخی مطالعات قبلی (۶،۷،۲۲) نشان داده شد که با اوج گرفتن شدت علائم و یا با بالا رفتن تشخیص سوء مصرف مواد به عنوان یک مشکل برجسته، میل به درمان افزایش می یابد. در این زمینه می توان استدلال نمود که افزایش تشخیص مشکل یا شدت اثرات مواد مورد سوء مصرف در سوء مصرف کنندگان آنان را به رهایی از درد و نگرانی تحریک می سازد و باعث دید منفی گرایانه نسبت به سوء مصرف مواد در آنان می گردد که در نتیجه میل به تغییر و تلاش برای ورود به درمان را افزایش می دهد. در این مطالعه سن، جنسیت و میل به دریافت کمک نقش معناداری در پیش بینی آمادگی به درمان نداشتند. در این زمینه، یافته های متضادی در دست است. در مطالعه ای محققین (۲۴،۲۳) دریافتند که میل به کمک، خصوصیات ثابت شخصیتی و عوامل جمعیت شناختی نظیر جنسیت، سن، قومیت و وضعیت استخدام نقش معنی داری در پیش بینی آمادگی به تغییر دارند. در تبیین این یافته های متضاد می توان گفت که ابزارهای متفاوت در سنجش، اندازه متفاوت نمونه های پژوهشی و شیوه مختلف تحلیل ها، اهداف متفاوت در مطالعات و نیز تفاوت در جوامع پژوهشی می توانند باعث دست یابی به این یافته های متفاوت گردند. با این وجود، آنچه طی این مطالعه به یافته های مطالعات قبلی اضافه گردید این است که عوامل اصلی پیش بین

آمادگی برای درمان که در مطالعات دیگر جوامع مشخص شده بود، در آمادگی برای درمان در بیماران ایرانی نیز تعیین کننده هستند. این مطالعه دانش جدیدی در مورد تعیین کننده های آمادگی برای درمان سوء مصرف مواد محرک در میان نمونه ای از بیماران ایرانی فراهم کرد که بر اساس آن می توان نتیجه گرفت سنجش و مداخله در این عوامل در اولین گام درمان سوء مصرف مواد محرک مهم و اساسی است. دست یابی به این نتیجه که تشخیص مسأله، میل به تغییر، شدت اثرات ماده مورد سوء مصرف و موانع ادراک شده درمان نقش تعیین کننده ای در آمادگی برای درمان سوء مصرف مواد محرک در یک نمونه از بیماران ایرانی دارند، موضوعی تازه است که حاوی پیامدهای ارزشمندی در کار بالینی خواهد بود. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که سنجش سطح آمادگی برای درمان در سوء مصرف کنندگان مواد محرک به عنوان یک برنامه سنجشی متناسب شده که می تواند در مراحل اولیه ورود به درمان در مراکز درمانی و کلینیک های ترک اعتیاد انجام گیرد، مبنایی مناسب برای پذیرش و نحوه تداوم درمان این افراد باشد. همچنین، تدوین و طراحی یک برنامه سنجش متناسب شده برای ارزیابی سطح آمادگی برای درمان با انجام کارآزمایی بالینی در ایران برای مراجعین به کلینیک های سوء مصرف مواد مهم ترین پیامد کاربردی این مطالعه است.

محدودیت های مطالعه حاضر پیامدهای بالینی این مطالعه را محدود می سازد. در این طرح مقطعی، نه تنها امکان تعیین سیر زمانی و روابط علی بین آمادگی برای درمان و عوامل پیش بین آن وجود نداشته است، بلکه شرکت کنندگان در دسترس انتخاب شده اند که می توان گفت این نمونه معرف کلیه سوء مصرف کنندگان مواد نیست. همچنین، نمونه نسبتاً اندک این مطالعه تعمیم پذیری را محدود می سازد که انتظار می رود در بررسی های بیشتر مورد توجه قرار بگیرد. عوامل دیگری نظیر برخورداری از بیمه، سطح درآمد و وضعیت اجتماعی- ساختاری نظیر دسترسی به

خدمات درمانی بر آمادگی به درمان اثر دارند که در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. استفاده از طرح های پژوهشی کمی-کیفی، شیوه های سنجش جامع تر و بررسی سایر متغیرهای مهم در آمادگی برای درمان سوء مصرف کنندگان مواد پیشنهادهاى برخاسته از این مطالعه برای رفع چنین محدودیت های در مطالعات آتی است. از این گذشته، انجام مطالعات کارآزمایی بالینی در آینده با هدف تدوین برنامه ارتقای انگیزش و آمادگی برای درمان مفید است.

متغیرهای مورد مطالعه قادر به پیش‌بینی آمادگی برای درمان در سوء مصرف کنندگان مواد محرک هستند. این نتایج حاوی مضامین کاربردی و عملی برای متخصصان بالینی مشغول به کار در درمانگاه‌ها و مراکز بهداشتی- درمانی سوء مصرف مواد است. با مداخله در این عوامل می‌توان برنامه‌ریزی مطلوبی برای تقویت آمادگی برای درمان سوء مصرف کنندگان مواد داشت تا آسیب‌های همراه سوء مصرف مواد کاهش یافته و تا اندازه ای مهم با ورود به درمان و تداوم یک برنامه درمانی کارآمد کیفیت زندگی این افراد ارتقاء یابد.

نتیجه گیری:

نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که تشخیص مسأله، موانع ادراک شده برای درمان، شدت ماده مورد سوء مصرف و میل به تغییر در کنار هم بهتر از دیگر

تشکر و قدردانی:

از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از پرسنل محترم کلینیک های درمان اعتیاد که همکاری صمیمانه نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

منابع:

1. Simpson DD, Joe GW, Knight K, Rowan-Szal GA, Gray JS. Texas Christian University (TCU) Short Forms for Assessing Client Needs and Functioning in Addiction Treatment. J Offender Rehabil. 2012 Jan; 51(1-2): 34-56.
2. Morley KC, Teesson M, Sannibale C, Baillie A, Haber PS. Clinical predictors of outcome from an Australian pharmacological relapse prevention trial. Alcohol Alcohol. 2010 Nov-Dec; 45(6): 520-6.
3. Rapp RC, Xu J, Carr CA, Lane DT, Redko C, Wang J, et al. Understanding treatment readiness in recently assessed, pre-treatment substance abusers. Subst Abuse. 2007 Mar; 28(1): 11-23.
4. Rapp RC, Li L, Siegal HA, DeLiberty RN. Demographic and clinical correlates of client motivation among substance abusers. Health Soc Work. 2003; 28(2): 107-15.
5. Nosyk B, Geller J, Guh DP, Oviedo-Joekes E, Brissette S, Marsh DC, et al. The effect of motivational status on treatment outcome in the North American Opiate Medication Initiative (NAOMI) study. Drug Alcohol Depend. 2010 Sep; 111(1-2): 161-5.
6. Tucker JA, Vuchinich RE, Rippens PD. A factor analytic study of influences on patterns of help-seeking among treated and untreated alcohol dependent persons. J Subst Abuse Treat. 2004 Apr; 26(3): 237-42.
7. Hallgren KA, Moyers TB. Does readiness to change predict in-session motivational language? Correspondence between two conceptualizations of client motivation. Addiction. 2011 Jul; 106(7): 1261-9.
8. Ekendahl M. Will and skill - an exploratory study of substance abusers' attitudes towards lifestyle change. Eur Addict Res. 2007; 13(3): 148-55.

9. Otiashvili D, Djordjevic A, Morales D, Parsons A, Platt E, Stempliuk V. Factors related to the process of seeking and completing treatment for drug abuse (qualitative methods in drug abuse research). *Georgian Medical News*. 2005 May; 122: 29-32.
10. Lundgren L, Chassler D, Amodeo M, D'Ippolito M, Sullivan L. Barriers to implementation of evidence-based addiction treatment: a national study. *J Subst Abuse Treat*. 2012 Apr; 42(3): 231-8.
11. Magill M, Apodaca TR, Barnett NP, Monti PM. The route to change: within-session predictors of change plan completion in a motivational interview. *J Subst Abuse Treat*. 2010 Apr; 38(3): 299-305.
12. DiClemente CC, Schlundt D, Gemmell L. Readiness and stages of change addiction treatment. *Am J Addict*. 2004 Mar-Apr; 13(2): 103-19.
13. Chi FW, Campbell CI, Sterling S, Weisner C. Twelve-Step attendance trajectories over 7 years among adolescents entering substance use treatment in an integrated health plan. *Addiction*. 2012 May; 107(5): 933-42.
14. Maxwell SE. Sample size and multiple regression analysis. *Psychol Methods*. 2000 Dec; 5(4): 434-58.
15. Simpson DD, Joe GW. Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy. Theory Res Pract Training*. 1993; 30(2): 357-68.
16. Rockloff MJ, Schofield G. Factor analysis of barriers to treatment for problem gambling. *J Gambl Stud*. 2004 Summer; 20(2): 121-6.
17. Lopes P, Prieto G, Delgado AR, Gamito P, Trigo H. Rasch-modeling the Portuguese SOCRATES in a clinical sample. *Psychol Addict Behav*. 2010 Jun; 24(2): 355-9.
18. Freyer J, Tonigan JS, Keller S, Rumpf HJ, John U, Hapke U. Readiness for change and readiness for help-seeking: a composite assessment of client motivation. *Alcohol Alcohol*. 2005 Nov-Dec; 40(6): 540-4.
19. Raes V, De Jong CA, De Bacquer D, Broekaert E, De Maeseneer J. The effect of using assessment instruments on substance-abuse outpatients' adherence to treatment: a multi-centre randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2011 May; 11: 123.
20. Rapp RC, Xu J, Carr CA, Lane DT, Redko C, Carlson RG. Development of the pretreatment readiness scale for substance abusers: modification of an existing motivation assessment. *Subst Abus*. 2008; 29(4): 39-50.
21. Hogue A, Dauber S, Morgenstern J. Validation of a contemplation ladder in an adult substance use disorder sample. *Psychol Addict Behav*. 2010 Mar; 24(1): 137-44.
22. Emamipour S, Shams Esfandabad H, Sadrossadat S, Nejadnaderi S. Comparison of life quality and psychological disorders in drug-using, drug-using HIV infected, non-drug using HIV infected and a reference group of healthy men. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2008; 10(1): 69-77.
23. Siegal HA, Falck RS, Wang J, Carlson RG. Predictors of drug abuse treatment entry among crack-cocaine smokers. *Drug Alcohol Depend*. 2002 Oct; 68(2): 159-66.
24. De Los Cobos JP, Sinol N, Banulus E, Batlle F, Tejero A, Trujols J. Personality traits of cocaine-dependent patients associated with cocaine-positive baseline urine at hospitalization. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010 Jan; 36(1): 52-6.

The predictive factors of readiness for treatment in stimulant substance abusers

Rahimian-Boogar I (PhD)^{1*}, Goodarzi N (PhD)²

¹Clinical Psychology Dept., Semnan University, Semnan, I.R. Iran; ²Clinical Psychology Dept., Artesh University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran.

Received: 25/Aug/2012 Revised: 6/June/2012 Accepted: 23/July/2012

Background and aims: Readiness for treatment is affected by some factors that their identification helps greatly to detect the rate of treatment readiness among substance abusers and to plan interventions for effective treatment readiness. The aim of this study was to assess the predictive factors of treatment readiness in stimulant substance abusers.

Methods: In this cross-sectional study, 123 stimulant substance abusers in outpatients and self-referred to clinics of substance abuse in Tehran were selected by convenience sampling. Assessment was performed by the Pre-treatment Readiness Scale (PRS), Barriers Questionnaire and Demographical Characteristic Questionnaire. Data were analyzed using stepwise multiple regressions by PASW software.

Results: There was a significantly positive relationship between problem recognition and desire for change with treatment readiness. There was a significantly negative relationship between severity of substance abuse's effects and perceived barriers for treatment with treatment readiness as well ($P < 0.001$). Using problem recognition, desire for change, severity of substance abuse's effects, and perceived barriers for treatment significantly predicted the treatment readiness ($P < 0.001$). All of them explained 86% of the treatment readiness variance ($R^2 = 0.866$).

Conclusion: Problem recognition, desire for change, severity of substance abuse's effects, and perceived barriers for treatment are important for the treatment readiness of stimulant substances abusers. Assessment and appropriate intervention in readiness for the treatment of stimulant substance abusers are important and necessary before their complete admission for treatment.

Keywords: Treatment barriers, Treatment readiness, Substance abuse.

Cite this article as: Rahimian-Boogar I, Goodarzi N. The predictive factors of readiness for treatment in stimulant substances abuser. J Shahrekord Univ Med Sci. 2013 June, July; 15(2): 16-25.

***Corresponding author:**

Clinical Psychology Dept., Faculty of Psychology & Educational Sciences, Semnan University, Semnan, I.R. Iran. Tel: 00989196058996, E-mail: eshaghrahimian@yahoo.com