

## نقش ادراک بیماری و ولع مصرف در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد

دیبا خسروی نیا<sup>۱</sup>، سجاد علمردانی صومعه<sup>۲</sup>، اکبر عطادخت<sup>۳</sup>، سجاد بشرپور<sup>۴</sup>  
و محمد نریمانی<sup>۵</sup>

یکی از متغیرهایی که به عنوان یک مفهوم کلیدی در تداوم وابستگی، سو مصرف و عود نقش دارد، ولع مصرف است. ولع مصرف مواد به عنوان مهم‌ترین عامل بازگشت به مصرف مواد، و هسته مرکزی اعتیاد است. ادراک از بیماری نیز با توجه به موضوعاتی مانند ادراک ماهیت، علت، مدت و مؤثر بودن کنترل، درمان و بهبود می‌تواند در انگیزش افراد برای درمان مؤثر باشد. هدف این پژوهش بررسی نقش ادراک بیماری و ولع مصرف در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد بود. برای این منظور، ۱۵۰ نفر با تشخیص سومصرف مواد از مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز به شیوه ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و از نظر ادراک بیماری، ولع مصرف و انگیزش درمان مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه نشان داد که بازشناسی مشکل با پیامدهای درمانی و انسجام بیماری رابطه مثبت و با ولع مصرف رابطه منفی دارد. دوسوگرایی با انسجام بیماری رابطه مثبت، با ولع مصرف رابطه منفی دارد. گام برداری با انسجام بیماری رابطه مثبت، با ولع مصرف رابطه منفی دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که ۱۶ درصد واریانس بازشناسی، ۱۰ درصد واریانس دوسوگرایی و ۱۵ درصد واریانس گام برداری به وسیله ادراک بیماری و ولع مصرف تبیین می‌شود. پژوهش حاضر از نقش ادراک بیماری و ولع مصرف در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد حمایت می‌کند.

**کلمات کلیدی:** ادراک بیماری، ولع مصرف، انگیزش درمان، وابستگی به مواد.

### مقدمه

اعتیاد به مواد یک اختلال مزمن، عودکننده و پیچیده است که طی آن، مصرف مواد با وجود پیامدهای منفی فاجعه‌آمیز، ادامه می‌یابد (جیلوها، ۲۰۱۲). مصرف مواد مخدر پیامدهای مختلفی دارد که از تاثیرات شدید روی بدن، تغییر قضاوت، بینایی، گفتار، ریسک پذیری در رفتار، جرم و جنایت، درگیر

۱. دپاتمان روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۲. دپاتمان روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده‌ی مسوول) s\_a\_s139@yahoo.com

۳. دپاتمان روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۴. دپاتمان روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۵. دپاتمان روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

شدن با قانون، رفتارهای غیرمسئولانه جنسی گرفته تا تصادفات رانندگی منجر به جراحت و مرگ را شامل می‌شود. به گونه‌ای که علت اصلی مرگ و میر در جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله در ایالات متحده آمریکا، تصادفات ناشی از مصرف الکل و مواد مخدر می‌باشد (چسینگ، ۲۰۱۳). آمارهای موجود میزان مصرف مواد مخدر را بالا نشان می‌دهند. براساس برآوردهای موجود، فقط در ایالات متحده، ۲۲/۶ میلیون نفر سو مصرف کننده مواد محرک هستند (موسسه خدمات سومصرف مواد و بهداشت روانی، ۲۰۱۱).

علاوه بر میزان شیوع بالای سوء مصرف مواد، موضوع نگران کننده تر، روند افزایشی مصرف مواد در طی ۴۰ سال گذشته است (وسیلوا، ۲۰۱۱). در ایران، طی ۲۰ سال گذشته، میزان رشد سوء مصرف مواد، بیش از ۳ برابر نرخ رشد جمعیت بوده است (توکلی، شجاعی و مظلوم، ۲۰۱۰). با توجه به آمارهای فوق، برنامه‌های پیشگیری و بازتوانی زیادی برای اعتیاد طراحی و اجرا شده است ولی متأسفانه آمار شیوع اعتیاد خصوصاً در افرادی که سابقه ترک داشتند، همچنان بالا است (نیلسن، ۲۰۱۲) و به نظر می‌رسد که روش‌های درمانی و برنامه‌های کنترل از اثربخشی خیلی بالایی برخوردار نیستند (نستیزی، ۲۰۱۰). جورج، دانیسا، جنیفر و پاتریک (۲۰۱۳) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیده‌اند که انگیزه بالای قبل از درمان، پیش‌بینی کننده قوی‌تر اثربخشی مشاوره در طی درمان است. بنابراین انگیزه در روابط درمانی و بهبود، از اهمیت بالایی برخوردار است. اصغری، ابراهیمی، چهره-برقی و مولایی (۲۰۱۲) نشان داده‌اند عواملی مانند انگیزه ترک، مصرف سیگار و الکل در عود اعتیاد نقش دارند. بررسی‌ها نشان می‌دهند ۲۰ تا ۹۰ درصد معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار عود می‌شوند (روزن، وارت، ویندت، برینک، یونگ و کرک بوف، ۲۰۰۶).

یکی از متغیرهایی که به عنوان یک مفهوم کلیدی در تداوم وابستگی، سومصرف و عود نقش دارد، ولع مصرف است (کیلن و فورتن واوریت، ۱۹۹۷؛ مک کی، ۱۹۹۹؛ دراموند، ۲۰۰۰ و وگل سپرت، ۱۹۹۵؛ به نقل از فرانکن، ۲۰۰۳). گالوی و سینگلتن (۲۰۰۹) نشان داده‌اند که ولع مصرف مواد به عنوان مهم‌ترین عامل بازگشت به مصرف مواد، و هسته مرکزی اعتیاد است و ولع مصرف القایی هنگام مواجه با نشانه‌ها، در عود و مصرف مجدد مواد بعد از درمان، عامل مهم‌تری به شمار می‌رود. ایوان برلین، ادوارد، سینگلیتون، استفان و هیشمن (۲۰۱۳) در یک بررسی بر روی افراد سیگاری نشان دادند که ولع مصرف پیش‌بینی کننده عود مصرف سیگار در افراد سیگاری می‌باشد. در مطالعات بالینی و آزمایشگاهی، ولع مصرف به عنوان یک عامل پیش‌بینی کننده معنادار در استفاده از مواد مخدر و عود پس از درمان شناخته شده است (ویتکویتز، بوون، دو گلس، شارون، ۲۰۱۳).

یکی دیگر از متغیرهایی که در نتایج درمانی اختلالات مختلف روانی و جسمی از جمله اختلالات مزمن تاثیرگذار است، ادراک بیماری است. لونتال و نرنز (از شارپ و کوران، ۲۰۰۶) برای تبیین بیماری در زمان تشخیص و در طول بیماری، مدلی تحت عنوان مدل خودتنظیم گر را مطرح کردند. بر اساس این مدل، بیماران نقشی پویا و فعال در ادراک بیماری خود ایفا می کنند که شامل اطلاعاتی در پنج بعد است: ماهیت یعنی برچسب و علایم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف)؛ علت یا باور در مورد علل مسبب آغاز بیماری؛ مدت زمان یا ادراک فرد در مورد طول مدت بیماری برحسب اینکه حاد، دوره ای یا مزمن است؛ پیامدها یا نتایج مورد انتظار فرد از بیماری برحسب اثرات اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی؛ و مؤثر بودن کنترل، درمان و بهبود (ادگر، سایکول و اسکینر، ۲۰۰۳). مطالعات نسبتاً زیادی در مورد نقش پیشگیرانه و درمانی ادراک بیماری در بیماری های مختلف انجام شده است (برزیان و بشارت، ۲۰۱۰؛ کنولز، کووک و تریبیک، ۲۰۱۳؛ میک، آدرین، مکس، پتر، هرما و باس، ۲۰۱۳؛ ادوین، جان، فرانسویس و هریت، ۲۰۱۳). با توجه به آنچه گفته شد، هدف این مطالعه بررسی نقش ادراک بیماری و ولع مصرف در انگیزش درمان افراد معتاد به مواد بود.

## روش

این پژوهش یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل معتادان مراجعه کننده به مراکز سرپایی ترک اعتیاد شهر شیراز بود. از این مراکز تعداد ۱۵۰ نفر با استفاده از شیوه نمونه گیری در دسترس، انتخاب و پس از اخذ رضایت با مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان<sup>۱</sup>، مقیاس کوتاه ولع مصرف مواد<sup>۲</sup> و پرسشنامه ادراک بیماری<sup>۳</sup> مورد ارزیابی قرار گرفتند. مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان یک ابزار تجربی است که توسط میلر و تونیگان در سال ۱۹۹۶ برای ارزیابی آمادگی برای تغییر سومصرف کنندگان مواد طراحی شده است. این ابزار ۱۹ سوال دارد و انگیزش درمان را در یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) در سه خرده مقیاس بازشناسی، دوسوگرایی و گام برداری اندازه می گیرد. ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس بازشناسی در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۵، دوسوگرایی در دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۸۸ و گام برداری در دامنه ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ بدست آمده است (میلر و تونیگان، ۱۹۹۶). این ضریب بر روی نمونه مطالعه حاضر نیز به ترتیب ۰/۷۶ برای بازشناسی، ۰/۷۱ برای دوسوگرایی و ۰/۸۵ برای گام برداری بدست آمد.

1. The scale of the preparation for change and the motivation for treatment
2. Short craving scale
3. Patient perception questionnaire

مقیاس کوتاه ولع مصرف مواد یک ابزار خود گزارشی ۸ آیتمی است که توسط سوموزا، دیرنفوت، گولد اسمیت، میزینسکیس و همکاران (۱۹۹۵) ساخته شده و مدت، فراوانی و شدت ولع مصرف مواد را در یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از نه اصلا (۰) تا خیلی زیاد (۴) اندازه می‌گیرد. این آزمون همبستگی بالایی با مقیاس‌های شدت اعتیاد نشان داده و ضریب آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۸۸ گزارش شده است (ساموزا و همکاران، ۱۹۹۵).

پرسشنامه ادراک بیماری، فرم اصلاح شده‌ی پرسشنامه ادراک بیماری است که توسط ماسموریس و چالدر (۲۰۰۲) تدوین شده و دارای ۶ خرده مقیاس تظاهرات هیجانی، کنترل درمان، باور بیمار درباره نتایج احتمالی بیماری بر زندگی، خط زمانی حاد مزمن، انسجام بیماری، کنترل شخصی، خط زمانی دوره‌ای، و سه بعد از باورهای بیماران درباره علت بیماری، یعنی عوامل مرتبط با خصیصه‌های روان‌شناختی (باور بیمار درباره‌ی نقش عوامل شخصیتی در بروز بیماری)، عوامل مرتبط با سیستم ایمنی (باور بیمار درباره‌ی مثلا نقش میکروب‌ها در بروز بیماری)، و عوامل خطرزا (باور بیمار به نقش عواملی همچون وراثت و تغذیه در بروز بیماری) است. پایایی کلی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمده (ماس و موریس، ۲۰۰۲) است.

در این پژوهش، برای تحلیل داده‌ها نیز از آزمونهای ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند گانه استفاده شد و جهت تحلیل آنها از نرم افزار آماری SPSS17 استفاده شد.

## یافته‌ها

مولفه‌های توصیفی متغیرها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. مولفه‌های توصیفی متغیرهای انگیزش به درمان، ادراک بیماری، ولع مصرف

متغیرها	M	sd	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. بازشناسی	۲۷/۸۳	۶/۰۶										
۲. دوسوگرایی	۱۵/۸۶	۳/۸۷	۰/۷۹ <sup>oo</sup>									
۳. گام‌برداری	۳۱/۶۸	۷/۰۷	۰/۸ <sup>oo</sup>	۰/۸۷ <sup>oo</sup>								
۴. خط زمانی حاد/مزمن	۱۴/۹۷	۴/۳۵	۰/۰۵	۰/۰۶	۰/۰۴							
۵. خط زمانی دوره‌ای	۱۰/۱۲	۳/۵	۰/۱۴	۰/۱۳	۰/۱۲	۰/۳۸ <sup>oo</sup>						
۶. پیامدها یا برآیند درمانی	۱۶/۶۸	۴/۹۵	۰/۲۱ <sup>oo</sup>	۰/۰۹	۰/۱۱	۰/۳۷ <sup>oo</sup>	۰/۳۳ <sup>oo</sup>					
۷. کنترل شخصی	۱۵/۵۶	۳/۹۷	۰/۰۷	-۰/۰۴	-۰/۰۴	۰/۳ <sup>oo</sup>	۰/۳۱ <sup>oo</sup>					
۸. کنترل درمان	۱۲/۰۶	۳/۵۵	-۰/۰۶	-۰/۰۹	-۰/۱۴	۰/۲۳ <sup>oo</sup>	۰/۲۷ <sup>oo</sup>	۰/۳۴ <sup>oo</sup>	۰/۳۷ <sup>oo</sup>			
۹. انسجام بیماری	۱۴/۱۸	۴/۱۳	۰/۲۸ <sup>oo</sup>	۰/۱۶ <sup>oo</sup>	۰/۲۵ <sup>oo</sup>	۰/۱	۰/۲ <sup>oo</sup>	۰/۱۱	۰/۱۴	۰/۱۸ <sup>oo</sup>		
۱۰. تظاهرات هیجانی	۱۴/۲۷	۵/۲۱	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۱۷ <sup>oo</sup>	۰/۱	۰/۲۸ <sup>oo</sup>	۰/۲۳ <sup>oo</sup>	۰/۰۸	
۱۱. ولع مصرف	۱۶/۷۴	۶/۷۷	-۰/۱۷ <sup>oo</sup>	-۰/۱۸ <sup>oo</sup>	-۰/۲۳ <sup>oo</sup>	۰/۰۳	-۰/۱۱	۰/۰۰۹	۰/۰۶	۰/۰۴	-۰/۱۵	-۰/۱

در جدول ۲ خلاصه ی نتایج ضرایب رگرسیون بازشناسی بر اساس ادراک بیماری، ولع مصرف ارایه شده است.

**جدول ۲. نتایج ضرایب رگرسیون بازشناسی، دوسوگرایی و گام برداری بر اساس ادراک بیماری، ولع مصرف**

آماره‌های هم خطی		Sig	t	$\beta$	SEB	B	Sig	F	R2	متغیرهای پیش بین
VIF	تحمل						۰/۰۰۲	۳۵	۰/۱۶	بازشناسی بر اساس:
۱/۳۱	۰/۷۶	۰/۶۵	-۰/۴۴	-۰/۰۴	۰/۱۲	-۰/۰۵				خط زمانی حاد/مزمن
۱/۳۴	۰/۷۴	۰/۵۴	۰/۶	۰/۰۵	۰/۱۵	۰/۰۹				خط زمانی دوره‌ای
۱/۳۱	۰/۷۶	۰/۰۱	۲/۵۸	۰/۲۳	۰/۱۱	۰/۲۸				پیامدها یا برآیند درمانی
۱/۳۶	۰/۷۳	۰/۰۷	۰/۳۷	۰/۰۳	۰/۱۳	۰/۰۵				کنترل شخصی
۱/۳۲	۰/۷۵	۰/۰۲	-۲/۳۲	-۰/۰۲	۰/۱۵	-۰/۳۵				کنترل درمان
۱/۰۹	۰/۹۱	۰/۰۰۲	۳/۲۱	۰/۲۶	۰/۱۱	۰/۳۸				انسجام بیماری
۱/۱۵	۰/۸۶	۰/۷۹	۰/۲۶	۰/۰۲	۰/۰۹	۰/۰۲				تظاهرات هیجانی
۱/۰۷	۰/۹۳	۰/۰۲	-۱/۲۷	-۰/۱۰	۰/۰۷	-۰/۰۹				ولع مصرف
										دوسوگرایی بر اساس:
۱/۳۱	۰/۷۵	۰/۶۸	۰/۴	۰/۰۳	۰/۰۸	۰/۰۳	۰/۰۷	۱/۸۵	۰/۰۹	خط زمانی حاد/مزمن
۱/۳۵	۰/۷۳	۰/۲۹	۱/۰۴	۰/۰۹	۰/۰۱	۰/۰۱				خط زمانی دوره‌ای
۱/۳۳	۰/۷۵	۰/۲۶	۱/۱۱	۰/۰۱	۰/۰۷	۰/۰۸				پیامدها یا برآیند درمانی
۱/۳۶	۰/۷۳	۰/۳۸	-۰/۸۷	-۰/۰۸	۰/۰۹	-۰/۰۸				کنترل شخصی
۱/۳۱	۰/۷۶	۰/۰۵	-۱/۹۱	-۰/۱۷	۰/۰۱	-۰/۱۹				کنترل درمان
۱/۰۹	۰/۹۱	۰/۰۷	۱/۷۹	۰/۱۵	۰/۰۷	۰/۱۴				انسجام بیماری
۱/۱۴	۰/۸۷	۰/۴۶	۰/۷۳	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۴				تظاهرات هیجانی
۱/۰۶	۰/۹۳	۰/۱۳	-۱/۵	-۰/۱۲	۰/۰۴	-۰/۰۷				ولع مصرف
										گام برداری بر اساس:
۱/۳	۰/۷۶	۰/۹۲	۰/۰۹	۰/۰۰۸	۰/۱۴	۰/۰۱	۰/۰۰۲	۳/۲	۰/۱۵	خط زمانی حاد/مزمن
۱/۳۵	۰/۷۳	۰/۵۹	۰/۵۲	۰/۰۴	۰/۱۸	۰/۰۹				خط زمانی دوره‌ای
۱/۳۱	۰/۷۵	۰/۰۹	۱/۶۹	۰/۱۵	۰/۱۲	۰/۲۱				پیامدها یا برآیند درمانی
۱/۳۴	۰/۷۴	۰/۹۵	-۰/۰۶	-۰/۰۰۶	۰/۱۶	-۰/۰۱				کنترل شخصی
۱/۳	۰/۷۶	۰/۰۰۴	-۲/۸۹	-۰/۲۵	۰/۱۷	-۰/۵۱				کنترل درمان
۱/۰۹	۰/۹۱	۰/۰۰۴	۲/۹۲	۰/۲۴	۰/۱۴	۰/۴				انسجام بیماری
۱/۱۳	۰/۸۷	۰/۵۶	۰/۵۸	۰/۰۴	۰/۱۱	۰/۰۶				تظاهرات هیجانی
۱/۰۷	۰/۹۳	۰/۰۶	-۱/۸۷	-۰/۱۵	۰/۰۸	-۰/۱۵				ولع مصرف

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که ۱۶ درصد از کل واریانس انگیزش درمان (بازشناسی) به وسیله مولفه

های ادراک بیماری تبیین می‌شود. نتایج آزمون آنووا نشانگر معنادار مدل رگرسیون می‌باشد ( $p < 0/002$ ). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که از بین مولفه‌های ادراک بیماری، پیامدهای بیماری، کنترل درمان، انسجام بیماری ( $p < 0/05$ ) مولفه بازشناسی انگیزش را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین، ۱۰ درصد از کل واریانس انگیزش درمان (دوسوگرایی) به وسیله مولفه‌های ادراک بیماری تبیین می‌شود. نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که بین مولفه‌های ادراک بیماری و دوسوگرایی رابطه منفی وجود دارد و ۱۵ درصد از کل واریانس انگیزش درمان (گام برداری) به وسیله مولفه‌های ادراک بیماری تبیین می‌شود. نتایج آزمون آنووا نشانگر معنادار مدل رگرسیون می‌باشد ( $p < 0/002$ ). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که از بین مولفه‌های ادراک بیماری، کنترل درمان و انسجام بیماری ( $p < 0/05$ ) مولفه گام برداری انگیزش را پیش‌بینی می‌کنند.

### بحث و نتیجه‌گیری

انگیزش اولین گام مهم برای هر عمل یا هر نوع تغییر در رفتار بوده و در درمان اختلالات مصرف مواد نیز انگیزش درمانجویان برای تغییر یکی از نکات مهم مورد توجه بالینی بوده است. این پژوهش، با هدف بررسی نقش ادراک بیماری و ولع مصرف در انگیزش درمانی افراد معتاد به مواد انجام گرفت. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که از بین مولفه‌های ادراک بیماری، مولفه‌های انسجام و پیامدهای بیماری رابطه مثبتی با مولفه بازشناسی انگیزش درمان دارد. نتایج حاصل از تحقیق رگرسیون نیز نشان داد که مولفه‌های کنترل درمان، انسجام و پیامدهای بیماری از ادراک بیماری، پیش‌بینی‌کننده معناداری برای انگیزش درمان (بازشناسی) می‌باشد. این نتایج با توجه به عدم انجام کارهای تحقیقاتی مشابه قابل مقایسه مستقیم با نتایج تحقیقات قلبی نیست ولی بر اساس مطالعاتی که روی بیماری‌های فرضی مشابه (پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بر اساس ادراک بیماری، که نشان داده شده ادراک بیماری بر کیفیت زندگی بیماران ام اس تاثیر داشته دارد) (شیملی و همکاران، ۲۰۱۳)؛ در تحقیقی که به بررسی درک بیماران از توانبخشی قلبی بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب پرداخته شد، نشان داده شد که درک بیماران بیانگر ارتقای شایستگی فیزیکی، امید به زندگی و بازگشت به اجتماع بود (پورقانع، حسینی، محمدی، احمدی و تبری، ۲۰۱۳)؛ ارتباط بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی سلامت محور در بیماران فیروز کیستی (ساواکی، ۲۰۱۱) انجام شده می‌توان این یافته را با نتایج تحقیقات قلبی دل کاستلو و همکاران (۲۰۱۱) مبنی بر تاثیر باور ادراک بیماری در نحوه مقابله با تهدید کننده‌های زندگی؛ مطالعه دالبیچ و همکاران (۲۰۱۱) مبنی بر این اینکه

ادراک بیماری پیش‌بینی کننده شدت نشانه‌ها و پیامدها، کنترل پایین شخصی و درمان و ناتوانایی بیمار می‌باشد، همسو دانست. انگیزه عامل مهم و کلیدی در درمان اعتیاد است، هرچه انگیزه فرد معتاد بالا باشد تمایل بیشتری به درمان دارد و کمتر گرایش به مصرف مجدد مواد پیدا می‌کند. بازشناسی مشکل یکی از مولفه‌های انگیزش درمان است و می‌توان آن را اولین گام در ترک مواد دانست. بازشناسی می‌تواند با ادراک بیماری رابطه داشته باشد فردی که از بازشناسی بالایی برخوردار است می‌تواند پیامدهای بیماری خود را بر روی جنبه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و جسمی و روانی شناسایی کند در نتیجه انگیزه اش برای درمان بیشتر می‌شود. یکی از مولفه‌های ادراک بیماری انسجام درمان است وقتی که فرد درک منسجم و قابل فهمی از بیماری خود داشته باشد، به همان میزان تلاش بیشتری می‌کند تا سریعتر بهبود یابد و جنبه‌های مثبت بیماری را در نظر بگیرند. همچنین بیمارانی که باور دارند می‌توانند بر مشکل خود کنترل داشته باشند اعتماد بیشتری به درمان پیدا می‌کنند که منجر به درمان سریع تر خواهد شد. این نتایج همسو با نتایج ادگر و همکاران (۲۰۰۳)، کنولز و همکاران (۲۰۱۳) می‌باشد. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که انسجام بیماری از مولفه‌های ادراک بیماری رابطه مثبتی با دوسوگرایی (مولفه دوم انگیزش) دارد و نتایج حاصل از تحقیق رگرسیون نیز نشان داد که بین مولفه‌های ادراک بیماری و دوسوگرایی رابطه منفی وجود دارد. می‌توان این یافته از پژوهش حاضر را تا حدودی همسو با نتایج موس - موریس (نقل از فرگوسن و کریستی، ۲۰۰۳) مبنی بر اینکه ادراک بیماری بیماران مهم ترین پیش‌بینی کننده بدکارکردی‌های اجتماعی، خستگی، اضطراب و افسردگی می‌باشد؛ نتایج تحقیق دمستر (۲۰۱۱) نشان داد تغییرات ادراک بیماری از جمله احساس کنترل بیشتر پیش‌بینی کننده سلامت روان در بیماران است؛ فرگوسن (۲۰۰۸) مبنی بر اینکه ادراک بیماری عامل موثری در احساس انرژی و هیجان می‌باشد؛ پاملا و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد ادراک بیماری بیشترین تاثیر را بر نگرانی روانی دارد. ادراک بیماری، افسردگی و خستگی و بهم خوردگی خلق را پیش‌بینی می‌کند و نیز ادراک بیماری پیامدهای جدی، علت روانی و فهم کم بیماری بر مشکلات روانی تاثیر دارد؛ مک گرادی (۲۰۱۰) ادراک بیماری را مرتبط با اضطراب و جیورجنس (۲۰۱۰) مبنی بر ارتباط ادراک بیماری با افسردگی، دانست. بعد از بازشناسی مشکل دومین گام مهم در انگیزش درمان دوسوگرایی ذهنی فرد برای کنار گذاشتن رفتار مشکل زا می‌باشد. افراد معتادی که از دوسوگرایی بالایی برخوردار هستند نسبت به رفتارهای خود دچار شک و تردید می‌شوند و جوانب مثبت و منفی آن را مورد ارزیابی قرار می‌دهند، و در برابر افکار مزاحم در تصمیم گیری برای ترک مقاومت می‌کنند و پذیرایی تغییر رفتار خود می‌شوند. در واقع زمانیکه افراد افکاری در رابطه با پذیرش رفتاری-

که انجام داده اند داشته باشند سعی می کنند پیامدهای آن رفتار را قبول کرده و در رفتار خود تجدید نظر کنند.

نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که انسجام بیماری از مولفه ادراک بیماری با انگیزش درمان (گام برداری) رابطه مثبتی دارد و نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که از بین مولفه های ادراک بیماری، کنترل درمان و انسجام بیماری گام برداری را پیش بینی می کند. گام برداری مرحله سوم و آخرین مرحله برای ترک هر نوع رفتار و در واقع مرحله عملیاتی برای شروع ترک رفتار می باشد این نتایج می توان همسو با نتایج فرگوسن (۲۰۰۸) که نشان داد ادراک فرد از شرایطش با تجربه کردن شرایط زندگی خاص و پیامدهای اجتماعی بهتر و درمان حرفه ای ارتقا می یابد و این عوامل به بیماران در به دست آوردن فهم بهتر از بیماری و حس کنترل بیشتر کمک می کند؛ آلسن و همکاران (۲۰۱۰) مبنی بر اینکه حمایت از بیماران در جهت افزایش ادراک کنترل فردی که یکی از مولفه های مهم ادراک بیماری می باشد، می تواند یک استراتژی مراقبت اولیه در باسازی برنامه های تسهیل کننده رفتار سلامت، کاهش تجربه خستگی باشد؛ اکندهل و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند 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؛ توکر و همکاران (۲۰۰۴) مبنی بر اینکه تشخیص مساله 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، دانست. در واقع می توان گفت باورهای بیماری به صورت کلیدهای تعیین کننده ای برای رویارویی با تهدید کنند های سلامتی و مدیریت بیماری و در نهایت درمان هستند. بنابراین وقتی افراد معتاد به اعتیاد خود به صورت یک بیماری نگاه کنند و باور داشته باشند که می توانند بر بیماری خود کنترل داشته باشند و از پیامدهای که می توانند جوانب مختلفی از زندگی خود را تحت تاثیر بگذارد، انگیزه بیشتری برای ترک داشته و انگیزه بالا خطر عود را کاهش می دهد. تحقیقات زیادی نشان می دهد که ادراک بیماری می تواند نقش کلیدی در پیشگیری و مداخله های درمانی موثر داشته باشد که این نتایج همسو با نتایج میک و همکاران (۲۰۱۳) و ادوین و همکاران (۲۰۱۳) و برزیان و بشارت (۲۰۱۰) می باشد. در کل نتایج این پژوهش نشان می دهد که ادراک بیماری که یکی از متغیر های شناختی است و باورهای بیمار به طور مستقیم با سازگاری و رفتار فرد ارتباط دارد، در افزایش انگیزه در افراد معتاد موثر واقع شود و افزایش انگیزه باعث کاهش عود اعتیاد در افراد معتاد می شود.



## References

- Alsén, P., Brink, E., Persson, L. O., Brändström, Y., & Karlson, B. W. (2010). Illness perceptions after myocardial infarction: relations to fatigue, emotional distress, and health-related quality of life. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(2), E1-E10.
- Asghari, E., Ebrahimi, H., Vhehreh barghi, V., Molaei, F. (2012). Comparison of socioeconomic factors affecting addiction withdrawal in first and second trimester, *Journal of Health and Care*, (1-2) 14, 23-29.
- Berlin, I., Singleton, E. G., Heishman, S. J. (2013). Predicting smoking relapse with a multidimensional versus a single-item tobacco craving measure, *Contemporary Psychology*, 3 (2), 15-21.
- Birzaian, S., Basharat, M. A. (2010). Attachment Styles, Perception of Disease and Quality of Life in Patients with Type I Diabetes, *Contemporary Psychology*, 5 (1), 3-11.
- Dalbeth, N. (2011). *Illness perceptions predict disability after one year in patients with gout*, New Zealand: Auckland.
- Del Castillo, A., Godoy-Izquierdo, D., Vazquez, M. L., Godoy J. F. (2011). Illness beliefs about cancer among healthy adults who have and have not lived with cancer patients, *International Journal Behavior Medicine*, 18(4), 342-351.
- Dempster, M., McCOrry, N. K., Brennan, E., Donnelly, M., Murray, L. J., Johnston, B. T. (2011). Do changes in illness perceptions predict changes in psychological distress amongoesophageal cancer survivor, *Journal of Health Psychol*, 16(3), 500-9.
- Drummond, D.C. (2000). What dose cue-reactivity have to offer clinical research. *Addiction*, 95, 129-144.
- Edger, K. A., Psychol, D., & Skinner, T. C. (2003). Illness representations and coping as predictors of emotional well- being in adolescents with type I diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 485-493.
- Edwin J. de Raaij, Jan Pool, François Maissan, Harriët Wittink (2013). Illness perceptions and activity limitations in osteoarthritis of the knee: A case report intervention study, *Journal of Cardiovasc Nurs*, 12, 85-91.
- Ekendahl, M. (2007). Will and skill - an exploratory study of substance abusers' attitudes towards lifestyle change, *Eur Addict Res*, 13(3), 148-55.
- Fergusson-White, C. A. (2008). Self-regulation in multiple sclerosis: the role of illness cognitions and coping in adjustment.
- Franken, I. H. (2003). *Cognitive and neuropharmacological processes in human drug craving*, Unpublished thesis, University of Amsterdam.
- Galloway, G. P., & Singleton, E. G. (2009). How long does craving predict use of methamphetamine? Assessment of use one to seven weeks after the assessment of craving; craving and ongoing methamphetamine use. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 1, 63–79.
- Hojjati, H., Alvastani, S., Akhondzadeh, G., Heydari, B., Sharifnya, S. M. (2010). Mental health and its relationship with quality of life in addicts, *Yazd University of Medical Sciences Journal*, 18 (3), 207-214.
- Jiloha, R.C. (2012). Biological basis of tobacco addiction: Implications for smoking-cessation treatment, *Indian Journal of Psychiatry*, 5(2), 301- 307.
- Joe, G. W., Knight, D. K., Becan, J. E., & Flynn, P. M. (2014). Recovery among adolescents: Models for post-treatment gains in drug abuse treatments. *Journal of substance abuse treatment*, 46(3), 362-373.
- Juergens, M. C., Seekatz, B., Moosdorf, R. G., Petrie, K. J., & Rief, W. (2010). Illness beliefs before cardiac surgery predict disability, quality of life, and depression 3 months later. *Journal of psychosomatic research*, 68(6), 553-560.
- Killen, J.D., & Fortmann, S.P. (1997). Craving is associated with smoking relapse: findings from three prospective studies. *Experimental Clinical psycharmacology*, 5(2): 137-142.
- Massoudnia, I. (2007). Perception of Disease and Coping Strategies in Rheumatoid Arthritis Patients, *Psychological Research*, 2, 136-153.
- McGrady, ME., Cotton, S., Rosenthal, SL., Roberts, YH., Britto, M., Yi MS. (2010). Anxiety and asthmasymptoms in urban adolescents with asthma: the mediating role of illness perceptions, *J Clin Psychol Med Settings*, 17(4), 349-56.
- McKAY, J. R. (1999). Studies of factors in relapse to alcohol, drug and nicotine use: a critical review of methodologies and findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(4), 566-576.
- Mike van der Have, Itta M. Minderhoud, Adrian A. Kaptein, Max Leenders, Peter D. Siersema, Herma H. Fidder, Bas Oldenburg. (2013). Substantial impact of illness perceptions on quality of life in patients with Crohn's disease, *Journal of Crohn's and Colitis*, 7(8), 1 September 2013, e292–e301.

- Miller, W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmaker, N. S., Bien, T. H., Luckie, L. F., ... & Tonigan, J. S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. (1995). *Family and addiction*. Zanjan: Mahdis Publication. [Persian]
- Momtazi, S. (1381). *Family and addiction*. Zanjan: Mahdis Publication. [Persian]
- Moos-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQR). *Journal of Psychology & Health*, 17, 1-16.
- Moss-Morris, R., Chalder, T. (2003). Illness perceptions and levels of disability in patients with chronic fatigue syndrome and rheumatoid arthritis, *J Psychosom Res*, 55(4), 305-8.
- Nastyzayy, N. (2010). Factors affecting relapse in drug addicts referred to addiction treatment centers in Zahedan. *Journal of Nursing and Midwifery Faculty Urmia University*, 2010; 8(3): 174 -169. [Persian]
- Nielsen, DA. (2012). Former heroin addicts with or without a history of cocaine dependence are more impulsive than controls. *Drug and Alcohol Dependence Journal*, 124 (6), 113-120.
- Pamela, J., McCabePhD.(2012). Illness Perceptions, Coping Strategies, and Symptoms Contribute to Psychological Distress in Patients With Recurrent Symptomatic Atrial Fibrillation, *J Cardiovasc Nurs*, 27(5), 431-44.
- Pourghana, P., Hosseini, M. A., Mohammadi, F., Ahmadi, F., Tabri, R. (2013). Understanding patients from cardiac rehabilitation after coronary artery bypass graft surgery: a qualitative research, *Mazandaran University of Medical Sciences Journal*, 23 (106), 61-76.
- Richard Kipkemboi Chesang. Drug Abuse Among The Youth In Kenya. *International Journal of Scientific & Technology Reserch* 2(6), 2277-8616.
- Rozen, HG., Waart, RD., Windt, D., Brink, W., Yong, CA., Kerkbof, AFM.(2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 16(5), 311-323.
- S.R. Knowles, S.I. Cook, D. Tribbick. (2013). Relationship between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity: A preliminary study with IBD stoma patients, *Journal of Crohn's and Colitis*, 7(10), 1 November 2013, e471-e478.
- Sawicki, GS., Sellers, DE., Robinson, WM. (2011). Associations between illness perceptions and health-related quality of life in adults with cystic fibrosis, *J Psychosom Res*, 70 (2), 161-7.
- Shamili, F., Zare, H., Orki, M. (2013). Prognosis of Quality of Life in Multiple Sclerosis Patients Based on Perception of Disease, *Urmia Medical Journal*, 24 (6), 379-392.
- Sharpe, L., Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science and Medicine*, 62, 1153-1166.
- Somoza, E., Dyrenforth, S., Goldsmith, J., Mezinskas, J., Cohen, M. (1995). *In search of a universal drug craving scale*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Miami Florida.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2011). Substance abuse and mental health services administration, results from the 2010 national survey on drug Use and health: national findings, summary of national findings, NSDUH Series H-41, HHS Publication No. (SMA) 11-4658.
- Tawakoli Ghuchani, H., Shojaei Zadeh, D., Mazloun, SR. (2010). Comparative Study of Factors Associated with Addiction Withdrawal in Clients Referring to Drug-Stop Clinics of Northern khorasan in 2007, *Journal of Ilam Medical University*, 2(63), 32-43 (Persian).
- Thomb S, Dennis (1999). *Introduction to Addictive Behavior*; SE2; The Guilford Press.
- Tucker, JA., Vuchinich, RE., Rippens, PD.(2004). A factor analytic study of influences on patterns of help-seeking among treated and untreated alcohol dependent persons, *J Subst Abuse Treat*, A pr, 26(3), 237-42
- Vassileva, J. (2011). Psychopathic heroin addicts are not uniformly impaired across neurocognitive domains of impulsivity, *Drug and Alcohol Dependence*, 114 (6), 194-200.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive behaviors*, 38(2), 1563-1571.

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 13 (No. 51), pp.27-36, 2019

### **The Role of Illness Perception and Craving in Predicting Treatment Motivation for Drug-Dependent Individuals**

Khosravinia, Diba

**Dept. of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran**

Almardani Someeh, Sajjad

**Dept. of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran**

Atadokht, Akbar

**Dept. of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran**

Basharpour, Sajjad

**Dept. of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran**

Narimani, Mohammad

**Dept. of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran**

Received: 11.01.2018

Accepted: 01.03.2019

One of the variables that plays a key role in the continuity of dependence, suicide and recurrence is cravings. Drug craving is the most important factor in returning to drug use, and the core of addiction. illness perceptions is also effective in motivating people to cure the issues, such as perceiving the nature, cause, duration and effectiveness of control, treatment and improvement. The aim of this study was survey the role of illness perception and craving in predicting treatment motivation for drug-dependent individuals. For this purpose 150 people were selected by sampling method from drug addiction centers in the city of Shiraz. They were evaluated for perceived illness, craving and motivation for treatment. The results of multiple regression analysis showed that recognition relates positively to therapy outcomes, disease consistency but negatively correlated with craving. Ambivalence relates positively to disease consistency but negatively correlated with craving. Taking Steps elates positively to disease consistency but negatively correlated with craving. The results multiple regression showed that 16% variance of recognition, 10% variance of ambivalence and 15% variance taking steps explained by illness perceptions and craving. The present study supports the role of perceived disease and craving in predicting the motivation for drug dependent individuals.

**Keywords:** illness perceptions, craving, treatment motivation, drug dependence.

*Electronic mail may be sent to: s\_a\_s139@yahoo.com*