

نقش استرس در آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی

بابک معینی^۱ (Ph.D)، سید محمدمهدی هزاوه‌ای^۲ (Ph.D)، رضا شهرآبادی^{۳*} (Ph.D)، جواد فردمال^۴ (Ph.D)، سعید دشتی^۵ (Ph.D)

۱- دانشگاه علوم پزشکی همدان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، گروه بهداشت عمومی

۲- دانشگاه علوم پزشکی همدان، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، گروه بهداشت عمومی

۳- دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت

۴- دانشگاه علوم پزشکی همدان، مرکز تحقیقات مدل سازی بیماری های غیر واگیر، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی

۵- دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دانشکده بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت

چکیده

سابقه و هدف: وابستگی به مواد مخدر از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی است که به عنوان معضل زیستی، روانی و اجتماعی مطرح می‌گردد. روابط اجتماعی و خانوادگی بر درمان معتادان موثر می‌باشد. این روابط در صورت ناسالم بودن باعث افزایش استرس‌های روزانه شده و آمادگی برای درمان وابستگی به مواد را پایین می‌آورد. این مطالعه با هدف تعیین نقش استرس در آمادگی برای درمان وابستگی به مواد در شهر همدان بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی (توصیفی - تحلیلی) در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۱۸ نفر از معتادان شهر همدان انجام شد. نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده بود. پرسش‌نامه‌ها به صورت خودگزارش‌دهی و مصاحبه تکمیل شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، آمادگی معتادان برای درمان و استرس روزانه بودند.

یافته‌ها: بین سازه‌های شدت درک شده در مورد تاثیر استرس و خودکارآمدی برای درمان وابستگی به مواد با میزان آمادگی معتادان برای درمان رابطه معنی‌داری یافت شد ($P\text{-value} < 0.001$). با افزایش میزان خودکارآمدی ($r = 0.41$) و شدت درک شده ($r = 0.17$)، میزان آمادگی درمان وابستگی به مواد افزایش می‌یابد.

نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی مناسب برای بررسی تاثیر مدیریت استرس بر میزان آمادگی درمان وابستگی به مواد، با تأکید بر سازه‌هایی از مدل اعتقاد بهداشتی که بیش‌ترین تأثیر را دارند تدوین گردد.

واژه‌های کلیدی: استرس، مراکز درمانی سوء مصرف مواد اختلالات مرتبط با مواد

مقدمه

اجتماعی در اغلب کشورها مطرح می‌باشد. عوامل متعددی در این آسیب اجتماعی نقش دارند به همین دلیل در طراحی برنامه‌های مؤثر برای پیشگیری از روی آوردن به مواد مخدر

امروزه وابستگی به مواد مخدر یکی از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی است که به عنوان یک معضل زیستی، روانی و

بلکه باعث افزایش تمایل معتادان در حال درمان به مصرف مجدد مواد هم می‌شود [۱۳، ۱۲].

بنابراین از آنجایی که گروه معتادان نسبت به افراد دیگر جامعه، در شرایط استرس‌زای اجتماعی و خانوادگی قرار گرفته و این شرایط می‌تواند باعث مصرف بیش‌تر مواد مخدر و یا برای افراد در حال درمان باعث مصرف مجدد شود، توجه به استرس در این گروه به عنوان یک گروه خاص حائز اهمیت و لازم می‌باشد [۱۴].

در آموزش بهداشت، مدل‌هایی برای طراحی برنامه‌های تاثیرگذار آموزشی و تشخیص عوامل مهم و مؤثر در این برنامه‌ها وجود دارد، به طوری که بتواند رفتارهایی را که برای جامعه مشکلاتی را به بار می‌آورد، تغییر دهد. از کاربردی‌ترین این مدل‌ها، مدل اعتقاد بهداشتی می‌باشد. این مدل در دهه ۱۹۵۰ توسط روزن استاک و همکاران پایه‌گذاری شد. این مدل روی تغییر در باورها تمرکز دارد بدین‌سان که تغییر در باورها منجر به تغییر در رفتار می‌شود. بر اساس این مدل، رفتار فرد تابعی از دانش و نگرش اوست. این مدل مشخصاً تاکید می‌کند که باور فرد از آسیب‌پذیری نسبت به یک مشکل و تاثیر درمان، تصمیم وی را در رابطه با رفتارهای بهداشتی تحت تاثیر قرار خواهد داد این مدل بر این موضوع که چطور باور شخص ایجاد انگیزه و حرکت کرده و سبب ایجاد رفتار در او می‌شود تاکید دارد. این مدل متشکل از شش سازه می‌باشد که شامل حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده، منافع درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی می‌باشد [۱۵].

این مدل به دلیل باور محور بودن، یکی از موثرترین مدل‌ها برای بررسی عواملی روان‌شناختی [۱۵] مانند استرس می‌باشد. بر اساس این مدل برای بررسی نقش استرس بر روی آمادگی درمان وابستگی به مواد مخدر، احساس خطر معتادان در برابر مسئله (تاثیر نامطلوب استرس بر روی آمادگی آن‌ها برای درمان وابستگی به مواد مخدر) (حساسیت درک شده)، باور آن‌ها در مورد عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن در ابعاد جسمی، اجتماعی، روانی و اقتصادی (تاثیر

درمان آن، درک سبب‌شناسی این پدیده و عوامل مرتبط با آن ضروری می‌باشد [۲، ۱].

مطالعات گوناگونی تلاش کرده‌اند تا تبیینی روشن از عوامل مختلف مؤثر بر وابستگی به مواد مخدر ارائه دهند. این مطالعات نظریه‌هایی با گستره‌ای از عوامل ژنتیکی، روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی را مورد بررسی قرار داده‌اند [۴، ۳]. یافته‌های این گونه مطالعات نشان دادند که وابستگی به مواد مخدر با شاخص‌های اجتماعی جوامع، به‌ویژه استرس‌های موجود در آن، در ارتباط است [۵، ۶].

استرس به شرایطی گفته می‌شود که فرد در محیط کاری یا زندگی اجتماعی خود با آن مواجه شده و این شرایط با ظرفیت‌ها و امکانات کنونی وی هماهنگی نداشته و او را دچار عدم تعادل، تعارض و کش‌مکش‌های درونی و بیرونی کند [۷] که در این حالت چنان‌چه این تعارض‌ها و کش‌مکش‌های درونی و بیرونی باعث احساس درماندگی شده و فرد را مستعد بیماری نماید، استرس به صورت نامطلوب تلقی می‌شود [۱]. مطالعه ماهونی (Mahoney) و همکاران مشخص نمود که این تعارض‌ها و کش‌مکش‌های درونی و بیرونی به شکل استرس‌های روزانه، باعث می‌شود معتادان وابستگی بیش‌تری به مواد مخدر پیدا کرده و درمان آن‌ها روند طولانی‌تری را طی کند [۸].

مطالعه سراجی و همکاران بر روی عوامل مؤثر بر روی مصرف مجدد مواد در گروه معتادان مشخص نمود که استرس‌های روزانه موجود در روابط اجتماعی و خانوادگی، از عواملی است که در درمان وابستگی به مواد مخدر اثرات نامطلوبی دارد [۴]. در درمان وابستگی به مواد مخدر به دلیل این‌که معتادان قبل از درمان مسئولیت زندگی را کم‌تر بر عهده داشته ولی پس از شروع درمان مسئولیت‌های بیش‌تری بر عهده آن‌ها گذاشته می‌شود، مدیریت مطلوب روابط اجتماعی و خانوادگی که خود باعث کاهش استرس‌های روزانه می‌شود اثر قابل توجهی بر روند درمان وابستگی به مواد دارد [۹]. بنابراین استرس‌های روزانه نه تنها می‌تواند تغییرات رفتاری نامطلوبی مانند وابستگی به مواد مخدر را ایجاد کند [۱۰، ۱۱]

تحت پوشش، یک یا دو یا سه خوشه (مرکز درمانی سوء مصرف مواد) به تصادف انتخاب و از درون هر خوشه بر مبنای فهرست معتادان زیر نظر خوشه مورد نظر، تعداد نمونه مورد نیاز به صورت تصادفی بدون جای‌گذاری استخراج شد. از هشت مرکز شرکت داده شده در مطالعه، دو مرکز در منطقه جغرافیایی یک (شمال شرقی به تعداد نمونه ۳۰ نفر)، دو مرکز در منطقه جغرافیایی دو (شمال غربی به تعداد نمونه ۲۵ نفر)، سه مرکز در منطقه سه (جنوب شرقی به تعداد نمونه ۵۰ نفر) و یک مرکز در منطقه جغرافیایی چهار (جنوب غربی به تعداد نمونه ۲۵ نفر) بود.

در مطالعه حاضر برای سنجش میزان استرس درک شده از یک مقیاس جهانی که توسط کوهن و همکاران در سال ۱۹۸۳ طراحی و ارائه گشته [۱۶] استفاده شد. معینی و همکاران در مطالعه‌ای در رابطه با ارتباط استرس با سلامت روان و خودکارآمدی درک شده افراد مورد مطالعه خود، از این مقیاس استفاده نموده‌اند [۱۷]. در این پژوهش از فرم ۱۴ سوالی استفاده شد. پاسخ گزینه‌ها طبق دستورالعمل مقیاس از هیچ تا خیلی زیاد و از نمرات ۰ تا ۴ درجه‌بندی شده است. دامنه نمرات از ۰ تا ۵۶ متغیر بوده، نمره بالاتر آزمودنی‌ها در این مقیاس نشان‌دهنده بالا بودن سطح استرس درک شده می‌باشد [۱۷، ۱۸].

میزان خودکارآمدی معتادان برای درمان وابستگی به مواد مخدر به وسیله پرسش‌نامه خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون (Bramson's Quit Addiction Self-Efficacy), (The Drug Avoidance Self- Questionnaire (DASES) Efficacy Scale) سنجیده شد که شامل ۱۶ سوال به صورت هفت گزینه‌ای (از قطعاً خیر تا قطعاً بله) و مقیاس لیکرت (از نمره ۱ تا ۷) می‌باشد. دامنه نمره این پرسش‌نامه بین ۱۶ تا ۱۱۲ می‌باشد. بالا رفتن نمره حاصل از پرسش‌نامه نشان‌دهنده خودکارآمدی بهتر معتادان برای درمان وابستگی به مواد مخدر می‌باشد [۱۹]. حبیبی و همکاران در سال ۱۳۹۰ این مقیاس را به فارسی ترجمه نموده و روایی و پایایی مناسبی را گزارش نمودند [۲۰]. ضریب همسانی درونی سوالات این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۹ به دست آمد.

نامطلوب استرس بر این ابعاد در حیطه آمادگی آن‌ها برای درمان وابستگی به مواد مخدر (شدت درک شده)، باور آن‌ها در مورد مفید بودن (منافع درک شده) و عوامل بازدارنده (موانع درک شده) در موثر دانستن کاهش استرس بر بهبود آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر، علائم و عوامل مثبت (راهنمای برای عمل) در موثر دانستن استرس بر آمادگی آن‌ها برای درمان وابستگی به مواد مخدر (مانند مشاور مرکز درمانی، پزشک) و میزان باور معتادان برای توانا بودن برای درمان وابستگی به مواد مخدر (خودکارآمدی) بایستی سنجیده شود.

بنابراین این سازه‌ها بر اساس مفهوم تاثیر استرس بر روی آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر ساخته شده و به عنوان مدل اعتقاد بهداشتی به کار گرفته شد.

با توجه به نقش استرس‌های روزانه بر روی آمادگی معتادان برای درمان وابستگی به مواد مخدر و با توجه به این‌که این نقش تا کنون بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی به کار گرفته نشده است، این مطالعه با هدف تعیین نقش استرس‌های روزانه بر روی آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر در معتادان خود معرف مراکز درمانی سوء مصرف مواد شهر همدان بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی - تحلیلی بود که در بین ۱۱۸ معتاد (۱۰۴ نفر مرد، ۱۴ نفر زن) مراجعه‌کننده به مراکز درمانی سوء مصرف مواد شهر همدان انجام گرفت.

در این مطالعه از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای (طبقه‌ای - خوشه‌ای دو مرحله‌ای) استفاده شد. با توجه به مطالعه ستوده و همکاران [۱۶] و با در نظر گرفتن میزان اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد، حجم نمونه‌ای به اندازه ۱۳۰ نفر تخمین زده شد. در این مطالعه ۴ منطقه‌ی جغرافیایی شهر همدان به عنوان طبقه در نظر گرفته شده و مراکز درمانی سوء مصرف مواد هر منطقه به عنوان خوشه تقسیم گردیدند. سپس از هر طبقه بر اساس تعداد معتادان

چندگزینه‌ای در مورد کانال‌های ارتباطی برای اجرای برنامه‌های آموزشی در آینده طراحی گردید.

از معیارهای ورود به مطالعه داشتن پرونده بهداشتی در مراکز مورد نظر تحت درمان و این‌که وابستگی آن‌ها به مواد مخدر به دلیل هر گونه اختلال جسمانی خاص (مانند سرطان) یا اختلال روانی خاصی (مانند اسکیزوفرنی) نباشد. همچنین معتادانی که در طول انجام طرح و گردآوری اطلاعات به هر دلیلی از شرایط مشمول تحقیق کناره‌گیری کردند از جامعه آماری خارج گردیدند.

تمام پرسش‌نامه‌ها در این مطالعه با رضایت‌نامه کتبی آگاهانه مبنی بر شرکت داوطلبانه معتادان و به صورت خودگزارش‌دهی و مصاحبه تکمیل گردیدند. در پایان این مطالعه ۱۱۸ پرسش‌نامه به صورت کامل پاسخ داده شد که نشان‌دهنده میزان پاسخ‌دهی ۹۰ درصدی در این مطالعه می‌باشد.

جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری برای علوم اجتماعی (SPSS) نسخه ۱۶، آزمون‌های توصیفی (میانگین و درصد) و تحلیلی (آزمون تی و رگرسیون) و برای بررسی چگونگی توزیع داده‌ها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد.

نتایج

در این مطالعه ۱۰۴ نفر (۸۸/۷ درصد) مرد و ۱۴ نفر (۱۱/۳ درصد) زن بودند. همچنین ۲۳/۳ درصد از افراد زیر ۳۰ سال، ۳۷/۶ درصد بین ۳۰ تا ۳۹ سال و ۲۰/۳ درصد بین ۴۰ تا ۴۹ سال و ۱۵ درصد بالای ۵۰ سال سن داشتند.

میانگین مدت مراجعه معتادان به مراکز درمانی سوء مصرف مواد تقریباً ۲۰ ماه (انحراف معیار دو ماه و نیم) و میانگین مدت مصرف مواد مخدر قبل از مراجعه به مرکز درمانی تقریباً ۱۱ سال (انحراف معیار هشت سال و نیم) به‌دست آمد. در میان معتادان مراجعه‌کننده به این مراکز ۶۴/۷ درصد از آن‌ها حداقل یک درمان شکست خورده‌ای را تجربه

سنجش میزان آمادگی معتادان برای درمان وابستگی به مواد مخدر با پرسش‌نامه آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر میلر و تونینگمان (SOCRATES) The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale انجام شد. این پرسش‌نامه شامل ۱۹ سوال با مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت و نمره‌دهی یک تا ۵ می‌باشد. نمره ۱۹ تا ۲۹ نشان‌دهنده آمادگی بسیار کم برای درمان وابستگی به مواد مخدر، نمره ۳۰ تا ۴۹ کم، نمره ۵۰ تا ۶۹ متوسط، نمره ۷۰ تا ۸۹ زیاد و از ۹۰ به بالا نشان‌دهنده آمادگی بسیار زیاد برای درمان وابستگی به مواد مخدر می‌باشد [۲۱]. برای سنجش اعتبار علمی این پرسش‌نامه از روش اعتبار محتوی استفاده شد. پس از ترجمه اولیه پرسش‌نامه، برای تعیین روایی آن، سوالات مربوط به آمادگی برای درمان به متخصصین مربوطه ارائه شده و نظرات آنان در این خصوص اعمال و به تایید آن‌ها رسانده شد. مقدار آلفا کرونباخ پرسش‌نامه مذکور در این مطالعه ۰/۷۳ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه مدل اعتقاد بهداشتی پس از طراحی بر اساس موضوع انتخابی یعنی نقش استرس در آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر و سنجش روایی آن از نظر متخصصین آموزش بهداشت و روان‌پزشکان شامل ۲۵ سوال گردید که سازه‌های آن عبارت بودند از: حساسیت درک شده شامل ۸ سوال که نمره‌دهی آن با توجه به مقیاس لیکرت از حداقل ۸ تا حداکثر ۴۰ با آلفا کرونباخ ۰/۸۳، شدت درک شده شامل ۶ سوال که نمره‌دهی آن با توجه به مقیاس لیکرت از حداقل ۶ تا حداکثر ۳۰ با آلفا کرونباخ ۰/۸۹، موانع درک شده شامل ۵ سوال که نمره‌دهی آن با توجه به مقیاس لیکرت از حداقل ۵ تا حداکثر ۲۵ با آلفا کرونباخ ۰/۶۰، منافع درک شده شامل ۶ سوال که نمره‌دهی آن با توجه به مقیاس لیکرت از حداقل ۶ تا حداکثر ۳۰ با آلفا کرونباخ ۰/۸۵ به‌دست آمد. کلیه سوالات پرسش‌نامه مدل اعتقاد بهداشتی شامل پاسخ‌های ۵ گزینه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم بود. برای سازه راهنما برای عمل نیز تعدادی سوال باز از قبیل منابع کسب اطلاعات در مورد رابطه استرس و وابستگی به مواد مخدر و تعدادی سوال

نتایج این مطالعه نشان داد که در بین متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی تنها بین دو متغیر شدت درک شده و خودکارآمدی با متغیر آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر رابطه آماری معنی داری وجود دارد ($p\text{-value} < 0/05$) به طوری که بر اساس این مدل رگرسیونی خطی که در سطح اطمینان ۰/۹۵ می باشد، با ثابت نگه داشتن متغیرهای دیگر مدل، به ازای هر واحد افزایش متغیر خودکارآمدی، متغیر آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر ۰/۴۱ افزایش و به ازای هر واحد افزایش متغیر شدت درک شده، متغیر آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر ۰/۱۷ افزایش می یابد (جدول ۴).

جدول ۳. شاخص های آماری متغیر استرس درک شده بر حسب وضعیت آمادگی

وضعیت آمادگی	میزان استرس درک شده	سطح معنی داری
	میانگین	انحراف معیار
متوسط و پایین تر	۳۲/۳۳	۱۱/۶
زیاد و بالاتر	۲۸/۹۷	۱۰/۸۶

جدول ۴. میزان تغییر آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر بر اساس متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی

متغیر	r	P-value
حساسیت درک شده	۰/۰۸	۰/۱
شدت درک شده	۰/۱۷	۰/۰۰۷
موانع درک شده	۰/۰۶۳	۰/۵
منافع درک شده	۰/۰۹۸	۰/۱۱۷
خودکارآمدی	۰/۴۱	۰/۰۰۲

با توجه به سوالات مربوط به بخش راهنما برای عمل، بیش تر معنادان (۵۱/۱ درصد) در مورد استرس مطلبی شنیده یا خوانده بودند و ۲۲/۶ درصد از آن ها در مورد رابطه استرس با درمان وابستگی به مواد مخدر آموزش دیده اند. هم چنین بیش تر معنادان (۳۵/۳ درصد از میان افرادی که در مورد استرس مطلبی شنیده یا خوانده بودند) از طریق تلویزیون درباره ی استرس مطالب را فرا گرفته و هم چنین

کرده و مابقی افراد (۳۳/۸ درصد) درمان شکست خورده ای را تجربه نکرده بودند.

در این مطالعه با بهره گیری از آزمون تی دو نمونه مستقل، مشخص گردید بین دو گروه زنان و مردان از لحاظ میزان استرس درک شده، اختلاف معنی داری وجود ندارد ($p=0/44$ value). (جدول ۱).

جدول ۱. شاخص های آماری متغیر استرس درک شده بر حسب جنسیت

جنسیت	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری
مرد	۲۹/۳۱	۱۰/۹۸	
زن	۳۷/۰۷	۹/۴۶	۰/۴۴
جمع	۳۰/۲۱	۱۱/۰۷	

این مطالعه مشخص نمود که بیش تر معنادان (۴۹/۶ درصد) از وضعیت آمادگی زیاد برای درمان وابستگی به مواد مخدر برخوردار بودند (جدول ۲).

جدول ۲. توزیع فراوانی معنادان مورد مطالعه بر حسب وضعیت آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر

آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر	تعداد	درصد
کم	۱	۰/۸
متوسط	۴۹	۳۶/۸
زیاد	۶۶	۴۹/۶
خیلی زیاد	۲	۱/۵
جمع کل	۱۱۸	۸۸/۷

با توجه به نتایج جدول شماره دو "به دلیل تعداد کم نمونه ها در برخی از طبقات آمادگی و بررسی دقیق تر آماری" طبقه متوسط و پایین تر از آن به عنوان یک طبقه و طبقه زیاد و بالاتر از آن به عنوان طبقه دیگر در نظر گرفته شد. با بهره گیری از آزمون تی دو نمونه مستقل، در این مطالعه بین دو وضعیت آمادگی از لحاظ میزان استرس درک شده، اختلاف معنی داری یافت نشد ($p\text{-value}=0/39$). (جدول ۳).

نزدیک می‌باشد [۲۲]. با توجه به میانگین مدت مراجعه و میانگین مدت مصرف مواد مخدر مشخص گردید که معتادانی که مدت مراجعه آن‌ها به مرکز کم‌تر از سه ماه یا بیش‌تر از یک سال و قبل از مراجعه به مرکز کم‌تر از ۱۰ سال مواد مصرف می‌کردند کم‌ترین میزان آمادگی برای درمان و بیش‌ترین استرس را دارند بنابراین این گروه از معتادان برای انجام مداخلات آموزشی در این زمینه پیشنهاد می‌گردد.

با توجه به نتایج نشان داده شده در جدول شماره یک مشخص گردید بین دو گروه زنان و مردان در جامعه آماری از لحاظ میزان استرس درک شده، اختلاف معنی‌داری وجود ندارد. همچنین میانگین نمره استرس (۳۰/۲۱) در بین کل نمونه مورد پژوهش مشخص نمود که افراد مورد مطالعه نسبتاً سطح بالایی از استرس را دارند. این نتایج با مطالعه فلاح‌زاده و همکاران [۲۳] که در آن بیش از نیمی از معتادان استرس متوسط رو به بالایی داشتند، هم‌خوانی دارد. همچنین مطالعات قبلی [۲۵، ۲۴] نشان داده‌اند که با افزایش استرس در معتادان، ولع مصرف در آن‌ها افزایش می‌یابد بنابراین توجه به این عامل در روند درمان وابستگی به مواد مخدر می‌تواند بسیار حائز اهمیت باشد.

بر طبق نتایج جدول شماره دو، بیش‌ترین معتادان (۴۹/۶ درصد) در وضعیت آمادگی زیاد قرار داشتند. با توجه به راهنمای پرسش‌نامه‌ی آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر، این پرسش‌نامه برای معتادان در حال درمان وابستگی به مواد مخدر ساخته شده و پیش‌بینی می‌کند که حالت مطلوب حالتی است که اکثر افراد در وضعیت آمادگی خیلی زیاد قرار گیرند، زیرا که معتادان مراکز درمانی سوء مصرف مواد بایستی به صورت رسمی علاوه بر درمان دارویی، از تسهیلات لازم برای درمان خود از جمله برگزاری کلاس‌های آموزشی سلامت و حمایت‌های اجتماعی برخوردار باشند، بنابراین لازم به نظر می‌رسد بایستی به وضعیت آمادگی افراد مورد مطالعه برای درمان وابستگی به مواد مخدر توجه خاصی شود.

با توجه به نتایج جدول شماره سه در ابتدا مشخص گردید که بین وضعیت آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر و

بیش‌تر آن‌ها (۷۰ درصد از میان افراد آموزش دیده در مورد رابطه استرس با درمان وابستگی به مواد مخدر) از طریق مشاورین مراکز درمانی سوء مصرف مواد در مورد رابطه استرس و درمان وابستگی به مواد مخدر آموزش دیده‌اند. در پایان بیش‌تر معتادان در حال درمان (۳۵/۳ درصد) آموزش انفرادی و توسط افراد متخصص را در زمینه آموزش تاثیر استرس بر وابستگی به مواد مخدر می‌پسندیدند.

بحث و نتیجه‌گیری

استرس می‌تواند تغییرات رفتاری نامطلوبی مانند وابستگی به مواد مخدر را ایجاد کند [۱۱، ۱۰]. همچنین باعث افزایش تمایل افراد به مصرف مواد مخدر و عود مجدد به آن می‌شود [۱۳، ۱۲]. استرس بر ابعاد مختلف زندگی تاثیر گذاشته و این تاثیر در میان معتادان در حال درمان که در شرایط خاص اجتماعی و روانی هستند افزون‌تر می‌باشد [۴، ۳].

در این مطالعه توصیفی - تحلیلی، نقش استرس بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بر روی میزان آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر در میان معتادان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی سوء مصرف مواد شهر همدان مورد بررسی قرار گرفت.

از محدودیت‌های اجرایی این مطالعه عدم همکاری تعدادی از معتادان برای تکمیل پرسش‌نامه بود که با توضیح در مورد اهمیت پژوهش و تاکید بر نکات اخلاقی پژوهش به طور قابل فهم برای آن‌ها، این عدم همکاری به حداقل ممکن رسانیده شد.

بیش‌تر شرکت‌کنندگان (۸۸/۷ درصد) در این مطالعه مرد بودند و بیش‌تر آن‌ها (۳۷/۶ درصد) در رده سنی ۳۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند. بیش از نیمی از معتادان در این مطالعه (۶۴/۷ درصد) حداقل یک درمان شکست خورده‌ای را تجربه کرده بودند. این نتایج با مطالعه امینسی و همکاران که در آن معتادین بین ۲۱ تا ۴۱ سال سن، ۴۲ درصد حداقل یک درمان شکست خورده داشته و روابط اجتماعی و خانوادگی را به عنوان مهم‌ترین عامل در مصرف مجدد مواد مخدر دانسته‌اند

روی مصرف کم تر مواد، کاهش عود و پیشرفت درمان موثر باشد. هم‌چنین این نتایج با مطالعه دی‌کلمنته و همکاران [۲۷] که شدت درک شده را یکی از عوامل موثر بر روی آمادگی درمان وابستگی به مواد یافتند همسو می‌باشد.

با توجه به نتایج حاصل از سوالات راهنمای برای عمل مشخص گردید تلویزیون بیش‌ترین نقش را در رابطه با انتقال اطلاعات به معتادان درباره‌ی استرس و مشاورین مراکز درمانی سوء مصرف مواد بیش‌ترین نقش را در رابطه با انتقال اطلاعات به معتادان درباره‌ی رابطه میان استرس و وابستگی به مواد مخدر داشته‌اند. هم‌چنین مشخص گردید که بیش‌تر معتادان در حال درمان، آموزش از نوع انفرادی و توسط افراد متخصص را در زمینه کاهش استرس می‌پسندند. بنابراین به نظر می‌رسد بایستی در برنامه‌ریزی‌های آموزشی آینده در زمینه کاهش استرس به نقش تلویزیون به عنوان یک رسانه که می‌تواند بر نتایج آموزش ما تاثیرگذار بوده توجه ویژه‌ای نمود. هم‌چنین به نظر می‌رسد در مراحل برنامه آموزشی بایستی عوامل موثر مانند شرکت دادن مشاورین مراکز به عنوان آموزش‌دهنده و انفرادی بودن آموزش‌ها را در صورت مقرون به صرفه بودن لحاظ نماییم.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در پیش‌بینی میزان آمادگی معتادان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی سوء مصرف مواد برای درمان وابستگی به مواد مخدر با توجه به مدل اعتقاد بهداشتی، متغیرهای شدت درک شده و خودکارآمدی می‌تواند موثر باشد. به این مفهوم که استرس می‌تواند با تاثیر نامطلوب بر روی روابط معتادان با اعضاء خانواده و دوستان خود (روابط اجتماعی) و هم‌چنین با تاثیر بر روی موقعیت شغل، بر روی میزان آمادگی آن‌ها برای درمان وابستگی به مواد مخدر خود تاثیر نامطلوب داشته باشد. هم‌چنین خودکارآمدی بالایی معتادان برای درمان وابستگی به مواد مخدر که شامل توانایی درک شده به‌وسیله فرد برای اجرای موفقیت‌آمیز رفتار خواسته شده که در این مطالعه درمان وابستگی به مواد مخدر می‌باشد، تاثیر مطلوبی بر روی میزان آمادگی آن‌ها برای درمان وابستگی به مواد مخدر دارد.

میزان استرس رابطه آماری معنی‌داری وجود ندارد اما محققین در جهت شناختن عاملی که باعث شده است این رابطه‌ی مهم معنادار به دست نیاید، به بررسی متغیرهای دموگرافیک و تعدیل کردن آن‌ها پرداختند. در نهایت مشخص گردید با تعدیل کردن تاثیر متغیر درمان شکست‌خورده در بین افراد، این رابطه از نظر آماری معنادار به دست می‌آید ($p\text{-value} < 0/05$). با توجه به این که در این مطالعه تقریباً دو سوم افراد جامعه (۶۴/۷ درصد) درمان شکست‌خورده داشتند و از آن‌جایی که در روند درمان وابستگی به مواد مخدر، وجود درمان شکست‌خورده باعث بی‌تفاوتی فرد نسبت به روند درمانی شده و در زندگی روزانه خود به دلیل درماندگی یاد گرفته شده احساس استرس کم‌تری می‌کند [۲۶]، به نظر می‌رسد این عامل مانع از معنی‌داری این رابطه در این مطالعه شده است.

نتایج جدول شماره چهار نشان داد که دو متغیر شدت درک شده و خودکارآمدی در مدل اعتقاد بهداشتی با متغیر آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر رابطه آماری معنی‌داری دارند ($p\text{-value} < 0/05$). بنابراین بر اساس این مدل، دو متغیر شدت درک شده در مورد تاثیر استرس بر روی آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر و خودکارآمدی برای درمان وابستگی به مواد مخدر پیش‌گویی‌کننده میزان آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر می‌باشند. در نتیجه بین شدت درک شده (باور معتادان در مورد این‌که افزایش استرس‌های روزانه می‌تواند با تاثیر بر روی روابط خانوادگی و روابط با دوستان و با تاثیر بر روی شغل در نهایت بر روی آمادگی آن‌ها برای درمان وابستگی به مواد مخدر تاثیر نامطلوبی داشته باشد) و هم‌چنین خودکارآمدی آن‌ها برای درمان وابستگی به مواد مخدر با میزان آمادگی برای درمان وابستگی به مواد مخدر رابطه معنی‌داری مستقیمی وجود دارد. این نتایج با مطالعه نوشری و همکاران [۲۵] که خودکارآمدی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار را مورد بررسی قرار داده‌اند همسو می‌باشد. به طوری که در آن مطالعه مشخص گردید خودکارآمدی می‌تواند بر

[6] Trinidad DR, Unger JB, Chou C, Johnson CA. The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Pers Individ Diff* 2004; 36: 945-954.

[7] Sinha R, Jastreboff AM. Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biol Psychiatry* 2013; 73: 827-835.

[8] Mahoney JJ, Newtona TF, Omara Y, Rossa EL, Garza R. The relationship between lifetime stress and addiction severity in cocaine-dependent participants. *Eur Neuropsychopharmacol* 2013; 23: 351-357.

[9] Orford J, Velleman R, Natera G, Templeton L, Copello A. Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Soc Sci Med* 2013; 78: 70-77.

[10] Prochaska JJ. Failure to treat tobacco use in mental health and addiction treatment settings: A form of harm reduction?. *Drug Alcohol Depend* 2010; 110: 177-182.

[11] Bindu R, Sharma MK, Suman LN, Marimuthu P. Stress and coping behaviors among smokers. *Asian J Psychiatr* 2011; 4: 134-138.

[12] Delgadillo J, Gore S, Jessop D, Payne S, Singleton P, Gilbody S. Acceptability of mental health screening in routine addictions treatment. *Gen Hosp Psychiatry* 2012; 34: 415-422.

[13] Kosten TR. Stress and addiction. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 566-568.

[14] Rommer D, Hennessy M. A biosocial-affect model of adolescent sensation seeking the role of affect evaluation and peer group influence in adolescent drug use. *Prev Sci* 2007; 8: 89-101.

[15] Rosenstock IM, Stretcher V. The health belief model. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008; p: 45-62.

[16] Sotodeh Navroi O, Zeinali SH, Khasteganan N. Relationship between spouse abuse, social support and perceived stress in women with addicted and non-addicted husbands in rasht city. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2013; 22: 25-32. (Persian).

[17] Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 385-396.

[18] Moeini B, Shafii F, Hidarnia A, Babaii GH, Birashk B, Allahverdi-pour H. Perceived stress, self-efficacy and its relations to psychological well-being status in Iranian male high school students. *Soc Behav Pers* 2008; 36: 257-266.

[19] Bramson J. The impact of peer mentoring on drug avoidance self-efficacy and substance use. [dissertation]. United States, Greeley: university of Northern Colorado; 1999.

[20] Habibi R, Karshky H, Dashtgard A, Heidary A, Talaei A. Validity the reliability of the bramsom's quit addiction self-efficacy questionnaire. *Hakim Res J* 2012; 15: 53-59. (Persian).

[21] Miller W, Tonigan J. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychol Addict Behav* 1996; 10: 81-89.

[22] Amini K, Amini D, Afshar Moghadam F, Azar M. Assessing social and environmental factors related to relapse in addicts referring to addiction treatment centers in Hamadan. *ZUMS J* 2001; 11: 41-47. (Persian).

[23] Fallahzadeh H, Hosseini N. The study of the causes of relapse in addicts referring to Behzisti of Yazd 2002. *Toloo e Behdasht* 2006; 5: 67-74. (Persian).

[24] Porsid mosae SF, Mosavi SV, Kafi SM. Compare the relationship between stress and craving in opiate and industrial material. *Res Addict J* 2012; 6: 9-24.

[25] Ranjbar Noshari F, Alilo MM, Asadi Mojre S, Ghodrati Y, Najae Mobaraki SM. Comparison of coping with stress strategies, perfectionism and self-efficacy in individuals with substance use disorder and normal individuals. *Addict Health* 2013; 7: 39-56. (Persian).

[26] Narimani M. Investigate the effect psychological behavioral treatment on Quit Addiction and rehabilitation of addicts. *Counseling Research & Developments* 2004; 3: 42-59.

[27] DiClemente CC. Alcoholism; Motivational readiness for alcohol/drug treatment is more about self-evaluation than consequences. *Psychol Psychiatry J* 2009; 28: 34. (abstract).

بنابراین برای مطالعات آینده در زمینه مداخله بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، برای ارتقاء آمادگی معتادان برای درمان وابستگی به مواد مخدر در نظر گرفتن فاکتورهای شدت درک شده در زمینه تاثیر استرس و خودکارآمدی برای درمان وابستگی به مواد مخدر به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های این مدل پیشنهاد می‌گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد برای آموزش در زمینه رابطه استرس با درمان وابستگی به مواد مخدر از مشاورین مراکز درمانی سوء مصرف مواد به عنوان راهنمای عمل بهره برده و کلاس‌های آموزشی در صورت مقرون به صرفه بودن منابع مالی و انسانی به صورت انفرادی برگزار گردد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی (تاریخ تصویب: ۹۱/۱۲/۱۵، شماره ثبت: ۹۱۱۲۱۵۴۴۳۰) و با پشتیبانی مالی معاونت پژوهشی (مرکز تحقیقات دانشجویی) دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام پذیرفته است که بدین وسیله نهایت سپاس و قدردانی از مسئولین محترم به عمل می‌آید. همچنین از مدیران محترم مراکز درمانی سوء مصرف مواد شهر همدان و مددجویان عزیزی که در انجام این تحقیق محققین را یاری کردند، سپاس‌گزاری می‌شود.

منابع

[1] Beinecke RH, Moore PW, Manderscheid RW. Mental health and addictions services in resort communities: The case of Martha's Vineyard. *Arch Psychiatr Nurs* 2008; 3: 167-174.

[2] Springer JF, Sale E, Hermann J, Sambrano S, Kasim R, Nistler M. Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *J Prim Prev* 2004; 25: 171-194.

[3] Polimeni AM, Moore SM, Gruenert S. MMPI-2 profiles of clients with substance dependencies accessing a therapeutic community treatment facility. *Electron J Appl Psychol* 2010; 6: 1-9.

[4] Seraji A, Momeni H, Salehi A. The investigation of factors affecting dependence on narcotics and reappearance of drug usage in narcotics anonymous population in Khomein. *Arak Med Univ J* 2010; 13: 68-75.

[5] Rohsenow DJ, Martin RA, Monti PM. Urge-specific and lifestyle coping Strategies of cocaine abusers: Relationship to treatment outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2005; 78: 211-219.

Role of stress in treatment readiness of drug dependence based on Health Belief Model

Babak Moeini (Ph.D)¹, Seyed Mohammad Mehdi Hazavehei (Ph.D)², Reza Shahrabadi (Ph.D)^{*3}, Javad Faradmal (Ph.D)⁴, Saeed Dashti (Ph.D)⁵

1 - Social Determinants of Health Research Center & Department of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

2 - Research Center for Health Sciences & Department of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

3 - Dept. of Health Education & Promotion, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 - Modeling of Noncommunicable Disease Research Center & Department of Vital Statistics, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

5 - Dept. of Health Education & Promotion, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

(Received: 11 Aug 2013; Accepted: 24 May 2014)

Introduction: Drug dependence is one of the most social pathologies that it is discussed as a problem of biological, psychological and social. Social and family relationships are effective in treatment of addicts. If unhealthy relationships are used, increase daily stress and decrease treatment readiness of drug dependence. This study was performed to determine role of stress in treatment readiness of drug dependence based on Health Belief Model in Hamadan.

Materials and Methods: This cross-sectional study (descriptive – analytical), was conducted on 118 addicts of Hamadan in 2013. Sampling was simple random. Questionnaires were completed with self-report and interview. Data gathering tools were included: Questionnaire designed based on HBM constructs, Readiness to Treatment Questionnaire, Perceived Stress Scale. T-test and Regression test were used to assess hypotheses and SPSS-16 to analyze data.

Results: Regression test showed statistically significant relationship between perceived severity of stress impact and self-efficacy for treatment of drug dependence with treatment readiness of drug dependence ($P \leq 0.05$). By increasing self-efficacy ($r=0.41$) and perceived severity ($r=0.17$), increases treatment readiness of drug dependence.

Conclusion: It is suggested appropriate educational programs for assessing the effect of stress management on treatment readiness of drug dependence, with emphasis on the Health Belief Model structures that have the most impact.

Keywords: Stress, Substance Abuse Treatment Centers, Substance-related disorders

* Corresponding author. Fax: +98 813 38380509; Tel: +98 9360322437
shahrabadi.reza@yahoo.com

How to cite this article:

Moeini B, Hazavehei S, Shahrabadi R, Faradmal J, Dashti S. Role of stress in treatment readiness of drug dependence based on Health Belief Model. koomesh. 2015; 16 (2) :185-192

URL http://koomeshjournal.semums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-2101-1&slc_lang=fa&sid=1