

بررسی میزان اثربخشی مشارکت درمانجویان بر درمان سوء مصرف مواد

اکبر علیوردی نیا، دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه مازندران*

سید احمد میرمحمدتبار دیوکلایی، کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه مازندران

چکیده

سوء مصرف مواد علاوه بر اینکه به سلامتی جسمی افراد ضرر می‌رساند، با تزریق مواد توسط معتادان، خطر انتقال بیماری ایدز را در جامعه بالا می‌برد. هدف برنامه نگهدارنده با متادون این است که با جایگزینی ماده مخدری (متادون) که اعتیادش قابل کنترل است، به جای موادی که اعتیادشان غیرقابل کنترل است، از سوء مصرف مواد و متعاقباً از تزریق مواد کم کند. هدف از تحقیق حاضر، سنجش تأثیر مراکز نگهدارنده با متادون بر سوء مصرف مواد بوده است. اصلی‌ترین پرسش تحقیق حاضر این بود که: آیا مشارکت در فرآیند درمان نگهدارنده با متادون بر سوء مصرف مواد تأثیر دارد؟ روش تحقیق پژوهش حاضر، پیمایشی و از نوع مقطعی است. جمع‌آوری اطلاعات از طریق ابزار پرسشنامه صورت گرفت. جامعه آماری عبارت است از کلیه معتادان که در فصل بهار سال ۱۳۹۱ به ۱۱ مرکز نگهدارنده با متادون بابلسر و فریدونکنار مراجعه کردند. در مجموع تعداد ۴۰۵ نفر افراد مورد مطالعه با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی متناسب با حجم انتخاب گردیدند. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که مشارکت در فرآیند درمان نگهدارنده با متادون با سوء مصرف مواد رابطه معکوس و معنادار دارد. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان می‌دهد که قویترین پیش‌بینی‌کننده سوء مصرف مواد، متغیر مشارکت در فرآیند درمان (ضریب بتا = $-0/24$) است. بعد از مشارکت در درمان، پیوند افتراقی (ضریب بتا = $0/15$) و پیوستگی (ضریب بتا = $-0/13$) قویترین پیش‌بینی‌کننده‌های سوء مصرف مواد هستند.

واژه‌های کلیدی: مشارکت در فرآیند درمان نگهدارنده با متادون، سوء مصرف مواد، معتادان مراکز نگهدارنده با متادون

مقدمه

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱، سوء مصرف مواد را "یک الگوی نابهنجار استفاده از مواد غیرقانونی که با عود و عوارض جانبی مضر و خطرناک مثل وابستگی‌های روانی همراه است" تعریف کرده است (برت و همکاران^۲، ۲۰۰۸: ۲۵۸). به‌رغم افزایش توجه به کاهش تقاضای مواد در سال‌های اخیر، ادامه مصرف مواد، عوارض سنگینی در بر دارد. سالانه حدود ۲۱۰ میلیون نفر در جهان مواد مصرف می‌کنند، که بیش از ۲۰۰ هزار نفر آنها بر اثر سوء مصرف مواد می‌میرند. سوء مصرف مواد، یکی از مشکلات اساسی جوامع امروزی است؛ مشکلی که میلیون‌ها زندگی را ویران و سرمایه‌های کلان ملی را صرف هزینه مبارزه، درمان و صدمات ناشی از آن می‌نماید (گزارش سالانه مصرف مواد سازمان ملل^۳، ۲۰۱۱: ۸).

هلال طلایی یکی از بزرگترین مناطق برای کشت و تولید مواد مخدر است. موقعیت جغرافیایی ایران به‌گونه‌ای است که در بین تولیدکنندگان مواد مخدر در مرزهای شرقی خود (به خصوص افغانستان) و مصرف‌کنندگان مواد مخدر در مرزهای غربی خود (عمدتاً در اروپا) قرار دارد. ایران، کوتاهترین و ارزان‌ترین مسیر ترانزیت غیر قانونی مواد، عمدتاً تریاک، حشیش، هروئین، و مرفین، برای بازارهای اروپایی است. شباهت‌های قومی و روابط نزدیک میان ساکنان در هر دو طرف مرز ایران و افغانستان، زمینه‌ساز و تقویت‌کننده این وضعیت است (علی‌وردی نیا و پرایدمور، ۲۰۰۷: ۲۷). علاوه بر قاچاق تریاک و هروئین، ایران در خصوص روند رو به رشد قاچاق و تولید غیر قانونی محرک‌هایی، از نوع آمفتامین با مشکلات جدیدی رو به روست. کشفیات

شیشه در ایران در چند سال اخیر افزایش یافته است. کشفیات شیشه در سال ۲۰۰۹، ۲۰۱۰ و هشت ماه اول سال ۲۰۱۱ به ترتیب ۸۹۱، ۱۳۷۱ و ۱۶۷۷ کیلوگرم بوده است. شناسایی ۱۲۹ لابراتوار تولید آمفتامین‌ها و افزایش کشفیات شیشه در سال‌های اخیر نشان می‌دهد که معتادان در ایران از مصرف مواد سنتی به سمت مصرف مواد صنعتی، که یک مشکل جهانی است، گرایش پیدا کرده‌اند (گزارش تحلیل موقعیت ایران در مبارزه با مواد، ۲۰۱۱: ۸). ایران یکی از جدی‌ترین مشکلات اعتیاد را در دنیا دارد و آخرین ارزیابی سریع وضعیت، که در سال ۲۰۱۰ توسط مسؤولان کشوری انجام شد، تعداد مصرف‌کنندگان مواد - هم‌سوء مصرف‌کننده و هم مصرف‌کننده تفننی - را در ایران ۲/۱ میلیون نفر برآورد می‌کند (همان: ۱۵).

سه ستون اصلی برنامه‌های کاهش تقاضا برای مواد در ایران و جهان، همه‌گیرشناسی (روش و بررسی‌های مربوطه)، پیشگیری و درمان است. درمان به طور کلی به عنوان جزء اصلی یک استراتژی جامع کاهش تقاضا و بیانیه اصول راهنمای کاهش تقاضای مواد تلقی می‌گردد و به دو بخش درمان دارویی و درمان غیردارویی تقسیم می‌شود (برنامه کاهش تقاضای سازمان ملل^۴، ۲۰۰۰: ۱۹). مراکز درمان سوء مصرف مواد و بازتوانی وابستگی به مواد که جزء بخش درمان دارویی است، در ایران نسبت به سال‌های قبل افزایش پیدا کرده است، به طوری که مراکز درمان سوء مصرف مواد که با مجوز وزارت بهداشت بوده، از ۳۲ مرکز در سال ۱۳۸۴ به ۱۳۳ مرکز در سال ۱۳۸۸ رسیده است و مراکز درمانی نگهدارنده با متادون^۵ با مجوز وزارت بهداشت از ۴۱۰ مرکز در سال ۱۳۸۴ به ۶۸۴ مرکز در سال ۱۳۸۸ رسیده است (سالنامه آماری وزارت بهداشت، ۱۳۸۹).

متادون در درمانگاه‌های خاصی به نام مراکز برنامه

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM)

² Barrett and et al.

³ UN Drug Report, 2011

⁴ UN Demand Reduction program

⁵ Methadone Maintenance

پیشینه تحقیق

در قسمت پیشینه، تحقیقاتی که درباره مراکز درمان اعتیاد که از درمان دارویی، به خصوص از متادون درمانی استفاده می کنند آورده شده است. در این تحقیق از ۷۰ اثر علمی مشابه با موضوع تحقیق، شامل ۳۰ اثر داخلی و ۴۰ اثر خارجی به عنوان پیشینه تحقیق استفاده شده است. برخی از این تحقیقات شامل بنزاده و همکاران (۱۳۸۸)، طیری (۱۳۸۸)، مرادی (۱۳۸۸)، ناستی زایی و همکاران (۱۳۸۹)، ضیاء الدینی و همکاران (۱۳۸۹)، شاکری و همکاران (۱۳۸۹)، لئوناردی و همکاران^۲ (۲۰۰۷)، کینلاک و همکاران^۳ (۲۰۰۷)، برامس و کورنر^۴ (۲۰۰۷)، لایو و همکاران^۵ (۲۰۰۹)، هادلند و همکاران^۶ (۲۰۰۹)، ماگورا و همکاران^۷ (۲۰۰۹)، چن و همکاران^۸ (۲۰۱۰)، کارو و همکاران^۹ (۲۰۱۰)، براوو و همکاران^{۱۰} (۲۰۱۰)، باچیردی و همکاران^{۱۱} (۲۰۱۱)، ایلگن و همکاران^{۱۲} (۲۰۱۱) هستند. در یک تقسیم بندی کلی، می توان تحقیقات انجام شده درباره مراکز خود معرف را به شیوه جمع بندی تحقیقات براساس موضوع و محتوای تحقیق به سه قسمت زیر تقسیم کرد:

۱- تحقیقاتی که معتادان مراکز خود معرف فقط جامعه پژوهشی آنها هستند و خود درمان زیاد بررسی نمی شود: این نوع تحقیقات بیشتر به صورت توصیفی و مقطعی و به روش پیمایشی هستند و بیشتر وضعیت جمعیت شناختی معتادان مراجعه کننده به مراکز خود معرف را فقط توصیف می کنند. در برخی از این

نگهدارنده با متادون، بیمارستان ها و زندان ها قابل حصول است. مصرف متادون، خطر مرگ را تا ۷۰ درصد کاهش می دهد. متادون درمانی سبب کاهش مصرف غیرقانونی مواد افیونی و سایر موادی که مورد سوء مصرف قرار می گیرند می شود، اعمال مجرمانه را کم می کند، خطر ابتلا به انواع بیماری های عفونی و از همه مهمتر عفونت ایدز و هپاتیت B و C سی را کاهش می دهد. متادون درمانی، درگیری و خشونت در خانواده را هم حدود ۸۰ درصد کم می کند. درمان نگهدارنده با متادون در برخی از موارد باید در تمام طول عمر ادامه یابد. این درمان به طور مؤثر یک اعتیاد قابل کنترل و کم ضرر را جانشین اعتیاد به داروهای غیرمجاز و غیرقابل کنترل می کند (پرورش و همکاران، ۲۰۱۲: ۲).

مطالعات زیادی شیوع بالای بازگشت به اعتیاد و درکنار آن آمار بالای بازگشت به مصرف مجدد مواد توسط معتادان پس از رهایی از مراکز درمان اعتیاد را نشان می دهد. در مطالعه ای که در زاهدان بین ۲۰۰ معتاد مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد با سابقه ترک، انجام شد، میانگین مدت ترک اعتیاد ۶۳ روز بود. همه افراد تحقیق بعد از این مدت، مجدداً مواد مصرف می کردند (ناستی زایی، ۱۳۸۹). همچنین، حدود نیمی از افراد در ۳ ماه اول و ۸۲ درصد بیماران طی ۱۰ ماه اول خروج از برنامه نگهدارنده با متادون، مجدداً مواد مصرف می کنند (جوزف و همکاران^۱، ۲۰۰۰: ۳۴۸). لذا با توجه به آمار بالای بازگشت به مصرف مجدد مواد در برنامه های مختلف درمان اعتیاد و درهاله ای از ابهام قرار گرفتن برنامه های درمان اعتیاد، این پژوهش در پی بررسی میزان سوء مصرف مواد در میان افراد مراجعه کننده به مراکز نگهدارنده با متادون بابلرس و فریدونکنار و نیز تبیین جامعه شناختی و سنجش تأثیر مراکز مراکز نگهدارنده با متادون در کنترل سوء مصرف مواد است.

² Leonardi and et al.

³ Kinlock and et al.

⁴ Bramness, Jorgen and Kornor

⁵ Lavie and et al.

⁶ Hadland and et al.

⁷ Magura and et al.

⁸ Chen and et al.

⁹ Karow and et al.

¹⁰ Bravo and et al.

¹¹ Bachireddy and et al.

¹² Ilgen and et al.

¹ Josef and et al.

که چند متغیر را که احتمال می‌دهند بر یک نوع از درمان اعتیاد تأثیرگذار است، مشخص می‌کنند و تأثیر آن متغیرها را بر برنامه درمانی مورد نظر مورد می‌سنجند. مهمترین یافته‌های این دسته از تحقیقات به این شکل است که حضور در درمان‌های اعتیاد (درمان‌های دارویی) به کاهش رفتارهای پرخطر مثل تزریق مواد منجر می‌شود.

به طور کلی، بیشتر تحقیقات انجام شده درباره مراکز خود معرف در دسته اول تحقیقات، تحقیقاتی که معتادان مراکز خود معرف فقط جامعه پژوهشی آنها هستند، قرار دارند و دو دسته دیگر در مقایسه با دسته اول دارای فراوانی کمتری هستند. هر چند دسته اول تحقیقات دارای فراوانی بالایی است، ولی کیفیت تحقیقات انجام شده دسته دوم، تحقیقاتی که دو یا چند برنامه درمانی را باهم مقایسه می‌کند، از نظر سنجش میزان تأثیر و اثربخشی مراکز درمان اعتیاد از دو دسته دیگر بهتر است. به طور کلی، روش‌های کیفی در این پژوهش‌ها کمتر مورد استفاده قرار گرفت و بیشتر از روش‌های کمی و پیمایشی استفاده شد. جمعیت تحقیق اکثر تحقیقات مردان هستند و در این تحقیقات کمتر به زنان به طور جداگانه پرداخته می‌شود. سطح تحلیل خرد (افراد) بیشتر از سطح تحلیل کلان (برنامه درمان اعتیاد) در تحقیقات استفاده شد. اکثر تحقیقات در این قسمت از دید پزشکی و روان‌شناختی هستند و سهم دیدگاه جامعه‌شناختی کم است. نظریه‌های جامعه‌شناختی برای تبیین کاهش رفتارهای انحرافی (سوء مصرف مواد) در درمان اعتیاد کمتر استفاده شد. چهارچوب نظری ترکیبی هم در این تحقیقات کمتر وجود داشت. همچنین، جای یک تحقیق جامعه‌شناختی مبتنی بر نظریات تبیین کننده رفتارهای انحرافی (سوء مصرف مواد) و تأثیر مراکز درمان اعتیاد در کاهش سوء مصرف مواد از منظر جامعه‌شناختی در این تحقیقات خالی است که در این پژوهش به آن

تحقیقات که محقق علل اعتیاد یا عود آنها را بررسی می‌کند، از تبیین استفاده می‌شود که تعداد این تحقیقات تبیینی کم است. فقط جمعیت تحقیق این پژوهش‌ها، معتادان مراکز خود معرف هستند. مهمترین یافته‌های این دسته از تحقیقات این است که مصرف مواد صنعتی در حال افزایش است. همچنین، عواملی مثل دوستان معتاد، بیکاری، کنجکاو و منجر به اعتیاد افراد شده و عواملی مثل عدم حمایت‌های اجتماعی از سوی خانواده و جامعه و عدم قطع ارتباط با دوست معتاد، از جمله عوامل مهم مصرف مجدد مواد است.

۲- تحقیقاتی که به صورت مقایسه‌ای دو یا چند نوع درمان اعتیاد را با هم مقایسه و ارزیابی می‌کنند: هدف از این تحقیقات بررسی اثر بخشی مقایسه‌ای دو یا چند نوع برنامه درمانی اعتیاد است. صرف‌نظر از اینکه سطح تحلیل این تحقیقات هم می‌تواند سطح خرد (فرد) و هم می‌تواند در سطح تحلیل کلان (برنامه‌های درمانی) باشد، این تحقیقات به میزان اثر بخشی برنامه‌های درمانی توجه دارند و توصیف خصوصیات جمعیت‌شناختی افراد حاضر در تحقیق، در اولویت‌های بعدی این نوع تحقیقات قرار دارد. روش تحقیق این دسته از پژوهش‌ها، بیشتر آزمایشگاهی و از روش پیش‌آزمون- پس‌آزمون استفاده می‌شود. از مهمترین یافته‌های این دسته از تحقیقات، می‌توان به این مطلب اشاره کرد که درمان‌های دارویی و غیردارویی مکمل یکدیگر هستند و نمی‌توان نتیجه‌گیری کرد که این نوع درمان بهتر از آن نوع درمان است.

۳- تحقیقاتی که یک نوع درمان را بررسی و ارزیابی می‌کنند: این دسته از تحقیقات هم به صورت توصیفی و هم به صورت تبیینی وجود دارند، ولی تعداد آنهایی که به صورت تبیینی هستند، بیشتر است. همچنین، این نوع پژوهش‌ها هم به صورت طولی و هم به صورت مقطعی انجام می‌شوند. تحقیقات مقطعی به این صورت می‌باشد

پرداخته می‌شود.

چهار چوب نظری

در این تحقیق از بین نظریه‌های مختلف تبیین‌کننده رفتارهای انحرافی (سوء مصرف مواد)، از نظریه‌های پیوند اجتماعی هیرشی، نظریه عمومی جرم گاتفردسون و هیرشی (خود کنترلی)، نظریه پیوند افتراقی ساترلند و نظریه عزت نفس به عنوان چهارچوب نظری استفاده شده است.

نظریه پیوند اجتماعی هیرشی^۱: مهمترین و معروفترین معروفترین نظریه کنترل اجتماعی، نظریه پیوند اجتماعی هیرشی است. هیرشی فرض می‌کند که بشر ذاتاً ضد اجتماعی و به طور طبیعی آماده انجام دادن عمل انحرافی است. سؤال اصلی هیرشی این نیست که چرا بعضی از افراد منحرف می‌شوند، بلکه سؤال او این است که چرا بعضی از افراد منحرف نمی‌شوند. پیوند اجتماعی مثل یک مکانیزم کنترل عمل می‌کند و گرایش‌های طبیعی افراد را به رفتارهای انحرافی کنترل می‌کند. براساس نظریه پیوند اجتماعی اعمال بزهکارانه هنگامی رخ می‌دهد که پیوند یا اتصال فرد با جامعه ضعیف یا شکسته می‌شود. هیرشی معتقد بود که برای بزهکار شدن فرد، نیازی به عوامل انگیزشی نیست؛ تنها عامل مورد نیاز، فقدان کنترل است که به فرد این آزادی را می‌دهد که فواید جرم را نسبت به هزینه‌های آن ارزیابی کند (جانگر و مارشال^۲، ۱۹۹۷: ۸۱).

نظریه پیوند اجتماعی هیرشی دارای چهار عنصر پیوستگی، تعهد، مشغولیت و باور است. پیوستگی^۳ به صورت پیوند احساسی افراد با دیگران مهم مثل خانواده، دوستان و بستگان نزدیک تعریف می‌شود (رایدنور و

همکاران^۴، ۲۰۰۶: ۱۰۳۷). تعهد^۵ به آرزوهای افراد و انجام رفتارهایی برای رسیدن به دانشگاه و تحصیلات بالا، شغل با اعتبار و دارای درآمد بالا و داشتن احترام در جامعه اشاره دارد. مشغولیت^۶ به درجه‌ای از به کارگیری افراد در فعالیت‌های مرسوم جامعه برمی‌گردد. مشغولیت می‌تواند افراد را با نهادهای جامعه پیوند دهد و هنجارهای اجتماعی مورد انتظار جامعه را در آنها تقویت کند. بنابراین، مشارکت در فعالیت‌های کجروانه به حداقل می‌رسد (چوی و چان^۷، ۲۰۱۰: ۲۳۳۰). باور^۸، به قبول هنجارهای جامعه توسط فرد بر می‌گردد. هرچه باور قوی‌تر باشد، پذیرش و اجرای هنجارها بیشتر و کجروی کمتر می‌شود (بوث و همکاران^۹، ۲۰۰۸: ۴۲۶).

نظریه عمومی جرم گاتفردسون و هیرشی (خود کنترلی)^{۱۰}: در سال ۱۹۹۰ میشل گاتفردسون و تراویس هیرشی کتاب نظریه عمومی جرم را منتشر کردند که در آن بر تنوع خودکنترلی در سنین مختلف و تنوع فرصت‌ها در ارتکاب جرم که کلید درک رفتارهای مجرمانه است، تأکید می‌شود. این نظریه پیش‌بینی می‌کند که وقتی فرصت‌ها برای افراد فراهم شود، آنهایی که دارای خودکنترلی پایین هستند، رفتارهای کجروانه انجام می‌دهند (آلوارز رکوبا و فوکس^{۱۱}، ۲۰۱۰: ۶۶۶). افرادی که فاقد خودکنترلی هستند، تمایل به شتابزدگی، ترجیح وظایف ساده، خطرپذیری، خود محوری، لذت بردن از فعالیت‌های جسمانی و ابراز خشم دارند. این رفتارها بیشتر با رفتارهای افراد منحرف مثل سوء مصرف‌کنندگان مواد و افرادی که مشروبات الکلی می‌خورند، مشابهت

⁴ Ridenour and et al.

⁵ commitment

⁶ involvement

⁷ Chui and Chan

⁸ belief

⁹ Booth and et al.

¹⁰ Hirschi's and Gottfredson's Self-Control Theory

¹¹ Alvarez Recoba and Fox

¹ Hirshchi's Social Bond Theory

² Junger and Marshall

³ Attachment

دارد (تایتل و همکاران^۱، ۲۰۰۳: ۳۳۷).

نظریه پیوند افتراقی ساترلند^۲: ساترلند در سال ۱۹۳۹ کتاب اصول جرم‌شناسی را منتشر کرد که در آن نظریه پیوند افتراقی مطرح شد. نظریه پیوند افتراقی ساترلند جزو نظریه‌های یادگیری اجتماعی است که مدعی است کجروی مثل همه چیزهای دیگر می‌تواند آموخته شود و قابل یادگیری است. نظریه‌های یادگیری اجتماعی روی گروه‌های اولیه و دیگری معنادار تأکید می‌کنند. اینها عوامل کلیدی در فرایند اجتماعی کردن افرادند که در کجرو شدن یا هم‌نوا شدن افراد با قوانین جامعه نقش دارند (جوزف^۳، ۱۹۹۵: ۶۰). ساترلند معتقد است که مردم بیشتر در کنش متقابل با گروه‌های اولیه می‌آموزند که مرتکب جرم شوند. البته، این مطلب در ارتباط با گروه‌های صمیمی بیشتر صدق می‌کند. گروه‌های صمیمی شاید شامل اعضای خانواده یا مجموعه‌ای از دوستان باشند (ویتو و همکاران^۴، ۲۰۰۷: ۱۸۰).

نظریه عزت نفس^۵: عزت نفس، مفهومی است که احساسات و ارزیابی خودمان را از خودمان نشان می‌دهد، (ساله آرو و نورمی^۶، ۲۰۰۷: ۴۶۳). کاپلان^۷ معتقد است که همه افراد یک نیاز اساسی به فکر کردن و احساس مثبت درباره خودشان دارند و می‌کوشند ارزیابی منفی را از خود دور کنند. دختر و پسر نوجوان، تمایل دارند دیدگاه مثبت درباره خودشان را با مشارکت در گروه‌های مرجع و انجام فعالیت‌های مرسوم جامعه افزایش دهند. وقتی آنها نتوانند با استانداردهای گروه‌های مرجع و فعالیت‌های مرسوم جامعه هم‌نوا شوند، آنها طرد شدن، کم‌ارزشی و ارزیابی منفی از خود را تجربه می‌کنند. در این

حالت افراد به دنبال منابعی جایگزین برای بازیابی عزت نفس می‌گردند. یک جایگزین که برای بیشتر نوجوانان فراهم است، ارتباط با هم‌الان کجرو و انجام رفتارهای کجروانه است، به این دلیل که نه تنها در اینجا چیزی از دست نمی‌دهند، بلکه با پذیرفته شدن در هم‌الان کجرو عزت نفس بالایی هم به دست می‌آورند (تی زنگ و یی^۸، ۲۰۰۷: ۳).

فرضیه اصلی تحقیق

متغیر مشارکت در فرآیند درمان به‌همراه متغیرهای واسط (پیوستگی، باور، خودکنترلی، عزت نفس، پیوند افتراقی و نگرش به مواد) با سوء مصرف مواد رابطه معکوس دارد.

طرز کار و مطالعه

روش تحقیق پژوهش حاضر پیمایشی^۹ و از نوع مقطعی^{۱۰} مقطعی^{۱۱} است. جمعیت تحقیق پژوهش حاضر، همه ۱۳۲۴ معتادی هستند که در فصل بهار سال ۱۳۹۱ به ۱۱ مرکز نگهدارنده با متادون در فریدونکنار و بابلسر مراجعه کرده‌اند. حجم نمونه با فرمول کوکران ۲۹۸ محاسبه شد، اما از آنجا که پیش‌بینی می‌شد برخی پرسشنامه‌ها ناقص تحویل داده شود یا بخشی از آنها مفقود گردد، لذا تعداد ۴۳۰ پرسشنامه توزیع گردید و پس از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های مخدوش، نهایتاً ۴۰۵ پرسشنامه تحلیل شد. روش نمونه‌گیری در تحقیق حاضر، روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای متناسب با حجم^{۱۱} است. در این تحقیق دو طبقه اصلی معتادان شهر فریدونکنار و معتادان شهر بابلسر وجود دارد. حجم معتادان شهر فریدونکنار (۷۵۹ نفر) و معتادان شهر بابلسر (۵۶۵ نفر) به ترتیب ۶۰ و ۴۰ درصد از حجم کل

¹ Tittle and et al.

² Sutherland's Theory of Differential Association

³ Josef

⁴ Vito and et al.

⁵ Self-esteem Theory

⁶ Salmela-Aro and Nurmi

⁷ Kaplan

⁸ Tzeng and Yi

⁹ Survey

¹⁰ Cross-sectional

¹¹ Stratified random sampling proportional to size

سنجش و اندازه گیری مفهوم باور از دو بعد باورهای عام و باور به فعالیت های انحرافی استفاده شده است. از مجموع ۱۲ گویه برای سنجش مفهوم باور، ۸ گویه مربوط به بعد باورهای عام و ۴ گویه مربوط به باور به فعالیت های انحرافی است. تدوین گویه های مقیاس باور بر مبنای پژوهش های پیشین بوده است (مارکوس و بحر، ۱۹۸۸؛ روکیو و همکاران، ۲۰۱۰؛ لو و همکاران، ۲۰۱۰؛ متیو و متیو و اگنیو، ۲۰۰۸؛ ردمن، ۲۰۱۰).

خودکنترلی: توانایی افراد برای محدود ساختن خود با کنترل احساسات، رفتارها و عکس العمل ها را خود کنترلی گویند (تایتل و همکاران، ۲۰۱۰: ۱۰۳۱). برای سنجش و اندازه گیری مفهوم خودکنترلی از دو بعد شتابزدگی و خطرپذیری استفاده شده است. از مجموع ۶ گویه برای سنجش مفهوم خودکنترلی، ۳ گویه مربوط به بعد شتابزدگی و ۳ گویه مربوط به خطرپذیری است. تدوین گویه های مقیاس خودکنترلی بر مبنای پژوهش های پیشین بوده است (ملدروم، ۲۰۰۸؛ فورست و های، ۲۰۱۱).

عزت نفس: عزت نفس ارزیابی کلی فرد از خودش است. این ارزیابی به صورت موافقت یا مخالفت از فرد، خود را نشان می دهد (ساله آرو و نورمی، ۲۰۰۷: ۴۶۳). مجموعاً ۱۰ گویه برای سنجش مفهوم عزت نفس استفاده شده است. تدوین گویه های مقیاس عزت نفس بر مبنای پژوهش های پیشین بوده است (گنجی، ۱۳۸۸).

پیوند افتراقی: افراد به این علت کج رفتار می شوند که تعداد تماس های انحرافی آنان بیش از تماس های غیرانحرافی شان است. این تفاوت تعامل علت اصلی کج رفتاری آنهاست (هافمن، ۲۰۰۲: ۷۵۷). برای

جمعیت تحقیق است. پس از حجم نمونه این تحقیق هم، ۶۰ درصد از معتادان شهر فریدونکنار و ۴۰ درصد از معتادان شهر بابلسر انتخاب می شوند. ۲۵۸ نفر از معتادان شهر فریدونکنار که به صورت تصادفی از دو مرکز نگهدارنده با متادون (هر مرکز ۱۲۹ نفر) این شهر انتخاب شدند، در کنار ۱۷۲ نفر معتادان شهر بابلسر که به صورت کاملاً تصادفی از دو مرکز نگهدارنده با متادون (هر مرکز ۸۶ نفر) این شهر انتخاب شدند، در مجموع ۴۳۰ نفر نمونه ارتقا یافته این تحقیق را تشکیل می دهند. در نهایت، با کنار گذاشتن پرسشنامه های ناقص، ۴۰۵ پرسشنامه با نرم افزار Spss تجزیه و تحلیل شد.

تعریف نظری و عملیاتی مفاهیم

پیوستگی: پیوستگی یکی از عناصر چهارگانه نظریه پیوند اجتماعی هیرشی است و به صورت وابستگی و پیوند احساسی فرد با افراد و نهادهای اجتماعی تعریف می شود (جنسن، ۲۰۰۳: ۶). برای سنجش و اندازه گیری مفهوم پیوستگی از دو بعد پیوستگی به خانواده و پیوستگی به مذهب استفاده شده است. از مجموع ۱۸ گویه برای سنجش مفهوم پیوستگی، ۶ گویه مربوط به بعد پیوستگی با خانواده و ۱۲ گویه مربوط به پیوستگی به مذهب است. تدوین گویه های مقیاس پیوستگی بر مبنای پژوهش های پیشین بوده است (اوزجان و اوزبای، ۲۰۰۶؛ دورن بوش و همکاران، ۲۰۰۱؛ لانگ شور و همکاران، ۲۰۰۴؛ استیلیانو، ۲۰۰۴؛ آزاد ارمکی و زارع، ۱۳۸۷).

باور: باور یکی از عناصر چهارگانه نظریه پیوند اجتماعی هیرشی است. باور به صورت توافق و وفاداری فرد به ارزش های مشترک جامعه و رفتارهایی که از قانون تبعیت می کنند، تعریف می شود (بندا، ۲۰۰۲: ۱۰۲). برای

⁶ Marcos and Bahr

⁷ Rocque and et al.

⁸ Lo and et al.

⁹ Matthews and Agnew

¹⁰ Redmon

¹¹ Meldrum

¹² Forrest and Hay

¹³ Hoffman

¹ Özcan and Özbay

² Dornbusch and et al.

³ Longshore and et al.

⁴ Stylianou

⁵ Benda

مصرف بیش از حد دارای خصوصیتی، مثل مصرف بدون تجویز پزشک، مصرف در دزهای زیاد و یا مصرف در دوره زمانی غیر موجه باشد را می‌توان سوء مصرف مواد تعریف کرد (برنامه کاهش تقاضای سازمان ملل، ۲۰۰۰: ۲۲). مجموعاً ۳ گویه برای سنجش مفهوم سوء مصرف مواد استفاده شده است. تدوین گویه‌های مقیاس سوء مصرف هم اکنون بر مبنای پژوهش‌های پیشین بوده است (لی و مور،^۴ ۲۰۱۰؛ ریچارد و همکاران^۵، ۲۰۰۰ و مارکوس و بحر،^۶ ۱۹۸۸).

برای بررسی اعتبار^۶ در تحقیق حاضر از دو شیوه اعتبار سنجی صوری^۷ و سازه^۸ (با استفاده از تکنیک تحلیل عاملی) سود جسته است. اعتبار صوری به معنی شناسایی اعتبار شاخص‌ها یا معرف‌های پژوهش از طریق مراجعه به داوران است (دواس، ۱۳۸۶). بدین ترتیب، در پژوهش حاضر از طریق بررسی ادبیات موضوع به این نتیجه رسیده‌ایم که شاخص‌های گنجانده شده در سؤال‌های پرسشنامه معرف حوزه معنایی مفاهیم مورد مطالعه هستند. با استفاده از تکنیک تحلیل عاملی نیز به لحاظ آماری به شناسایی و سنجش اعتبار مقیاس‌ها مبادرت شد. برای تعیین پایایی^۹ این تحقیق از آلفای کرونباخ استفاده شده است. جدول ۱ نشان می‌دهد که مقیاس‌های تحقیق از اعتبار مناسبی برخوردارند، چون همه گویه‌های مقیاس‌های تحقیق زیر یک عامل بار شدند و هیچ گویه‌ای، بار عاملی مشترک روی چند عامل ندارد. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های تحقیق گویای پایایی مناسب آنهاست.

سنجش و اندازه‌گیری مفهوم پیوند افتراقی از چهار بعد تعداد دوستان معتاد، اولین دوستی با فرد معتاد، شدت دوستی با دوستان معتاد و مدت دوستی با دوستان معتاد استفاده شده است. مجموعاً ۴ گویه برای سنجش مفهوم پیوند افتراقی استفاده شد که سهم هر بعد یک گویه بود. تدوین گویه‌های مقیاس پیوند افتراقی بر مبنای پژوهش‌های پیشین بوده است (تریبلت و پاینه^۱، ۲۰۰۴؛ مرس و فیلد^۲، ۲۰۰۲؛ ایکرز و همکاران^۳، ۱۹۷۹؛ ۲۰۱۰).

نگرش نسبت به مواد: نگرش عبارت است از یک حالت عاطفی مثبت و منفی نسبت به هر چیزی که می‌توانیم در ذهن خود مجسم کنیم (لامارش، ۱۳۸۴). ۱۶ گویه مربوط متغیر نگرش به مواد است که بعد شناختی دارای ۳ گویه، بعد عاطفی دارای ۶ گویه و بعد رفتاری دارای ۷ گویه است. تدوین گویه‌های مقیاس تعهد بر مبنای پژوهش‌های پیشین بوده است (علیوردی نیا و همکاران، ۱۳۸۷).

مشارکت در فرآیند درمان: این متغیر به میزان تعامل و حضور مستمر و فعال افراد در جریان برنامه درمانی اشاره دارد. هرچه این تعامل و حضور مستمر بیشتر باشد، احتمال نتیجه بخش بودن فرآیند درمان بیشتر است. مجموعاً ۵ گویه برای متغیر مشارکت در فرآیند درمان استفاده شده است. برای سنجش متغیر مشارکت در فرآیند درمان از گویه‌هایی مثل "در یک ماه اول ورود به درمان، پزشک هرچند وقت یکبار شما را ویزیت می‌کرد؟"، "در یک ماه اول ورود به درمان، تا چه حد از دستورات پزشک پیروی می‌کردید؟" و "دز متادون شما چقدر است؟" استفاده شد. تدوین گویه‌های متغیر مشارکت در فرآیند درمان محقق ساخته است.

سوء مصرف مواد: مصرف بیش از حد ماده یا طبقه‌ای از مواد که به وابستگی جسمی و روانی منجر شود و این

⁴ Li and Moore

⁵ Richard and et al.

⁶ Validity

⁷ Formal Validity

⁸ Construct Validity

⁹ Reliability

¹ Triplett and Payne

² Mears and Field

³ Akers and et al.

جدول ۱- نتایج حاصل از آزمون‌های تحلیل عاملی و آلفای کرونباخ

مقیاس‌ها	تعداد گویه	ضریب آزمون بارتلت	سطح معناداری	تعداد عامل (عامل‌ها)	مقدار ویژه	درصد واریانس تبیین شده توسط عامل‌ها	آلفای کرونباخ
پیوستگی	۱۸	۰/۷۷	۰/۰۰۰	۲	۷/۷	۵۵	۰/۸۴
باور	۱۲	۰/۷۸	۰/۰۰۰	۲	۶/۳۳	۵۳	۰/۶۹
خودکنترلی	۶	۰/۶۰	۰/۰۰۰	۲	۳/۶۶	۶۱	۰/۶۴
عزت نفس	۱۰	۰/۷۴	۰/۰۰۰	۲	۵/۶۸	۵۷	۰/۷۰
پیوند افتراقی	۴	۰/۶۳	۰/۰۰۰	۱	۱/۶۶	۴۲	۰/۵۴
نگرش به مواد	۱۶	۰/۷۷	۰/۰۰۰	۳	۹/۶۱	۶۰	۰/۸۲
سوء مصرف مواد	۳	۰/۶۲	۰/۰۰۰	۱	۲/۳۱	۷۷	۰/۸۴
مشارکت در فرآیند درمان	۵	۰/۵۳	۰/۰۰۰	۱	۱/۹۰	۴۰	۰/۵۶

یافته‌ها

یافته‌ها گویای این است که ۹۵/۱ درصد از پاسخگویان مرد، ۷۳/۸ درصد متأهل، ۱۵/۱ درصد مجرد، ۱۱/۱ درصد طلاق گرفته و همچنین ۹۱/۱ درصد از آنها شاغل هستند. میانگین سنی پاسخگویان ۳۵/۵ سال است. ۶/۹ درصد پاسخگویان بی‌سواد هستند. بیشترین میزان فراوانی پاسخگویان در سطح تحصیلی دیپلم با ۲۸/۶ درصد است. میانگین تحصیلات کل پاسخگویان و زنان و مردان به صورت جداگانه ۸/۹۴ بوده است. متوسط درآمد ماهانه پاسخگویان ۳۷۲ هزار تومان است. ۶۳/۷، ۲۵/۷ و ۱۰/۶ درصد از افراد به ترتیب دارای پایگاه اقتصادی اجتماعی پایین، متوسط و بالا هستند.

همچنین، یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که ۳۸/۵ درصد از پاسخگویان میزان مشارکت خود را در فرآیند درمان در حد کم و ۳۵/۱ درصد از آنها این مشارکت را در حد متوسط می‌دانند. این در حالی است که ۲۶/۴ درصد از پاسخگویان میزان مشارکت در فرآیند درمان را در حد زیاد گزارش کرده‌اند.

جدول ۲ وضعیت دز متادون را نشان می‌دهد. براساس داده‌های این جدول، بیشترین فراوانی دز متادون در ابتدای درمان و زمان تحقیق، به ترتیب مربوط به دز بین ۴۱ تا ۶۰ میلی‌گرم با ۳۱/۹ درصد و دز بین ۲۱ تا ۴۰ میلی‌گرم با ۳۱/۴ درصد پاسخگویان است. میانگین دز متادون در ابتدای درمان (۶۰ میلی‌گرم) و در زمان تحقیق (۴۲ میلی‌گرم) به ترتیب نزدیک و کمتر از دز متوسط متادونی^۱ است که دانشگاه علوم پزشکی مشخص مشخص کرده است. مقایسه میانگین دزها در ابتدای درمان و در زمان تحقیق نشان‌دهنده این است که روند تجویز دزهای متادون در مراکز متادون درمانی روند نزولی دارد و با افزایش طول مدت درمان دزهای متادون کاهش می‌یابد.

^۱ دز متوسط متادون که دانشگاه علوم پزشکی مشخص کرده، بین ۶۰ تا ۸۰ میلی‌گرم است.

جدول ۲- توزیع پاسخگویان بر حسب دز متادون

دز	متادون	۲۰ میلی گرم و کمتر	۲۱ تا ۴۰ میلی گرم	۴۱ تا ۶۰ میلی گرم	۶۱ تا ۸۰ میلی گرم	۸۱ تا ۱۰۰ میلی گرم	بیشتر از ۱۰۰ میلی گرم	جمع	میانگین
ابتدای	تعداد	۲۳	۱۲۴	۱۲۹	۸۲	۲۵	۲۲	۴۰۵	۶۰
درمان	درصد	۵/۷	۳۰/۶	۳۱/۹	۲۰/۲	۶/۲	۵/۴	۱۰۰	
زمان	تعداد	۱۰۴	۱۲۷	۱۱۰	۴۴	۱۳	۷	۴۰۵	۴۲
تحقیق	درصد	۲۵/۷	۳۱/۴	۲۷/۲	۱۰/۹	۳/۲	۱/۷	۱۰۰	

پاسخگویان را شامل می‌شود. ۹۰/۹ درصد از معتادان مراجعه‌کننده به مراکز درمان نگهدارنده با متادون فریدونکنار و بابلسر، بعد از شروع درمان، هیچ مواد مخدر غیر قانونی مصرف نمی‌کنند.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که رایجترین ماده (مخدر) مصرفی معتادان مراجعه‌کننده به مراکز درمان نگهدارنده با متادون فریدونکنار و بابلسر، قبل و بعد از شروع درمان، تریاک است که به ترتیب ۷۲/۱ و ۵/۶ درصد از

جدول ۳- توزیع پاسخگویان بر حسب نوع ماده مصرفی

نوع ماده	مصرفی	تریاک	کراک	شیره	شیشه	حشیش	هروئین	بی مصرف	جمع
قبل از ورود	تعداد	۲۹۲	۵۲	۴۶	۱۱	۳	۱	۰	۴۰۵
به درمان	درصد	۷۲/۱	۱۲/۸	۱۱/۴	۲/۷	۰/۷	۰/۲	۰	۱۰۰
بعد از ورود	تعداد	۲۳	۲	۴	۴	۲	۲	۳۶۸	۴۰۵
به درمان	درصد	۵/۶	۰/۵	۱	۱	۰/۵	۰/۵	۹۰/۹	۱۰۰

پيوند افتراقی و نگرش به مواد) به طور همزمان وارد معادله می‌شوند. در مرحله بعد، متغیرهایی که با سوءمصرف مواد معنادار نیستند، از معادله خارج می‌شوند، و متغیرهای معنادار دوباره وارد معادله خواهند شد.

در یک تحقیق نباید متغیرهای مستقل همپوشی داشته باشند؛ یعنی نباید نسبت به هم دارای همبستگی بالایی باشند. برای تشخیص وجود همپوشی باید به دو شاخص عامل تورم واریانس^۱ و ضریب حداقل تحمل^۲، در جدول ضرایب^۳ رگرسیون چند متغیره نگاه کرد. اگر مقدار تورم

با مقایسه نوع ماده مصرفی قبل و بعد از ورود به مراکز نگهدارنده با متادون و سوء مصرف افراد حاضر در درمان، یافته‌ها حاکی از کاهش ۹۰ درصدی مصرف مواد غیرقانونی بعد از ورود به مراکز نگهدارنده است. کاهش مصرف مواد غیرقانونی در افراد جامعه، به کاهش رفتارهای پرخطر مثل تزریق مواد و در نهایت جلوگیری از انتقال ویروس ایدز منجر می‌شود.

در این تحقیق برای تعیین اثر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته سوء مصرف مواد از روش رگرسیون چندگانه - به روش Enter- استفاده شد، که در آن متغیر مشارکت در فرآیند درمان به همراه تمامی متغیرهای مستقل (شامل پیوستگی باور، خودکنترلی، عزت نفس،

¹ Vif

² Tolerance

³ Coefficient

وجود ندارد، چون هم مقدار تورم واریانس کمتر از ۱۰ و هم مقدار حداقل تحمل بیشتر از ۰/۱ است. بنابراین، همبستگی میان متغیرهای مستقل در این تحقیق در حد بالا نیست و مشکل هم پوشی متغیرهای مستقل نسبت به هم دیده نمی‌شود.

واریانس بالاتر از ۱۰ باشد و نیز مقدار ضریب حداقل تحمل، ۰/۱ یا کمتر باشد، بین متغیرها همپوشی وجود دارد؛ در غیر این صورت متغیرهای مستقل نسبت به هم دارای همپوشی نیستند. داده‌های جدول ۵ نشان می‌دهد، که در این تحقیق هیچ همپوشی‌ای میان متغیرهای مستقل

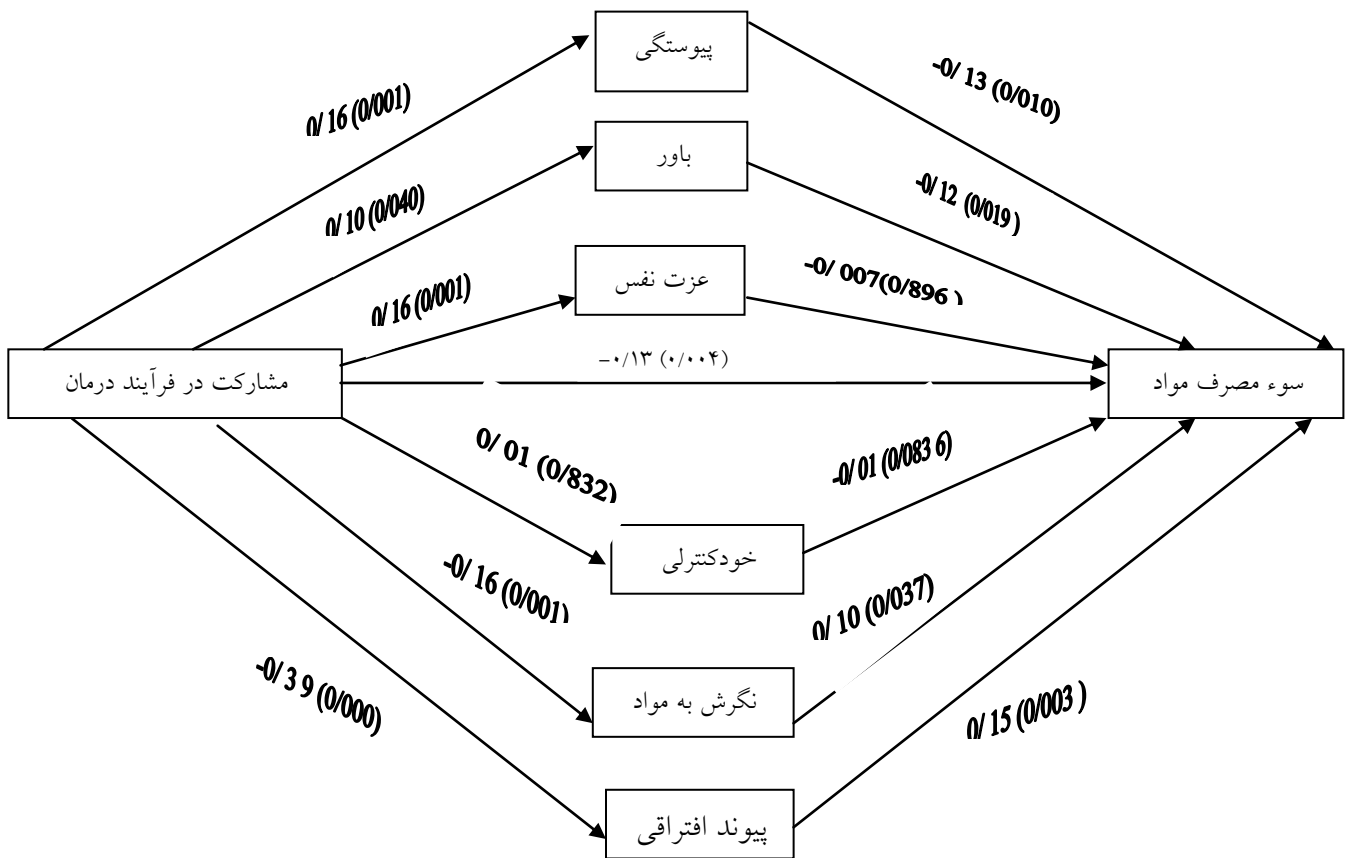
جدول ۴- ضرایب تأثیر مدل تبیین کننده سوء مصرف مواد

متغیرها	ضریب تأثیر غیراستاندارد (B)	ضریب تأثیر استاندارد (Beta)	T	Sig	Zero-order (همبستگی)	Partial correlation (همبستگی تفکیکی)	Tolerance (تورم واریانس)	Vif (ضریب حداقل تحمل)
پیوستگی	-۰/۰۹۴	-۰/۱۳۲	-۲/۵۸	۰/۰۱۰	-۰/۱۷۴	-۰/۱۲۹	۰/۹	۱/۱۲
باور	-۰/۰۸۶	-۰/۱۲۱	-۱/۶۵	۰/۰۱۹	-۰/۱۶۵	-۰/۱۱۵	۰/۸	۱/۱۱
خودکنترلی	-۰/۰۰۷	-۰/۰۱۰	-۰/۲۰۷	۰/۸۳۶	-۰/۰۱۲	-۰/۰۱۰	۰/۹	۱/۰۸
عزت نفس	-۰/۰۰۵	-۰/۰۰۷	-۰/۱۳۱	۰/۸۹۶	-۰/۰۶۹	-۰/۰۰۷	۰/۸	۱/۱۸
پیوند افتراقی	۰/۱۵۶	۰/۱۵۶	۲/۹۵	۰/۰۰۳	۰/۲۲۲	۰/۱۴۷	۰/۸	۱/۲۲
نگرش به مواد	۰/۰۸۴	۰/۱۰۰	۲/۰۲	۰/۰۳۷	۰/۱۰۶	۰/۰۹۷	۰/۹	۱/۰۶
مشارکت در فرایند درمان	-۰/۰۹۸	-۰/۱۳۵	-۱/۵۰	۰/۰۰۴	-۰/۱۷۵	-۰/۱۳۱	۰/۸	۱/۲۳
پیوستگی	-۰/۰۹۵	-۰/۱۳۴	۲/۶۵	۰/۰۰۸	-۰/۱۷۴	-۰/۱۳۲	۰/۹	۱/۰۹
باور	-۰/۰۸۸	-۰/۱۲۲	-۱/۷۱	۰/۰۱۵	-۰/۱۶۵	-۰/۱۱۸	۰/۹	۱/۰۵
پیوند افتراقی	۰/۱۵۷	۰/۱۵۷	۲/۹۵	۰/۰۰۳	۰/۲۲۲	۰/۱۴۷	۰/۸	۱/۲۱
نگرش به مواد	۰/۰۸۶	۰/۱۰۵	۲/۰۲	۰/۰۳۳	۰/۱۰۶	۰/۰۹۹	۰/۹	۱/۰۴
مشارکت در فرایند درمان	-۰/۱۰۰	-۰/۱۳۷	-۱/۵۵	۰/۰۰۴	-۰/۱۷۵	-۰/۱۳۴	۰/۸	۱/۰۴
خلاصه مدل		Sig=۰/۰۰۰		F=۵/۹۸		R ² =۰/۱۰		R=۰/۳۰

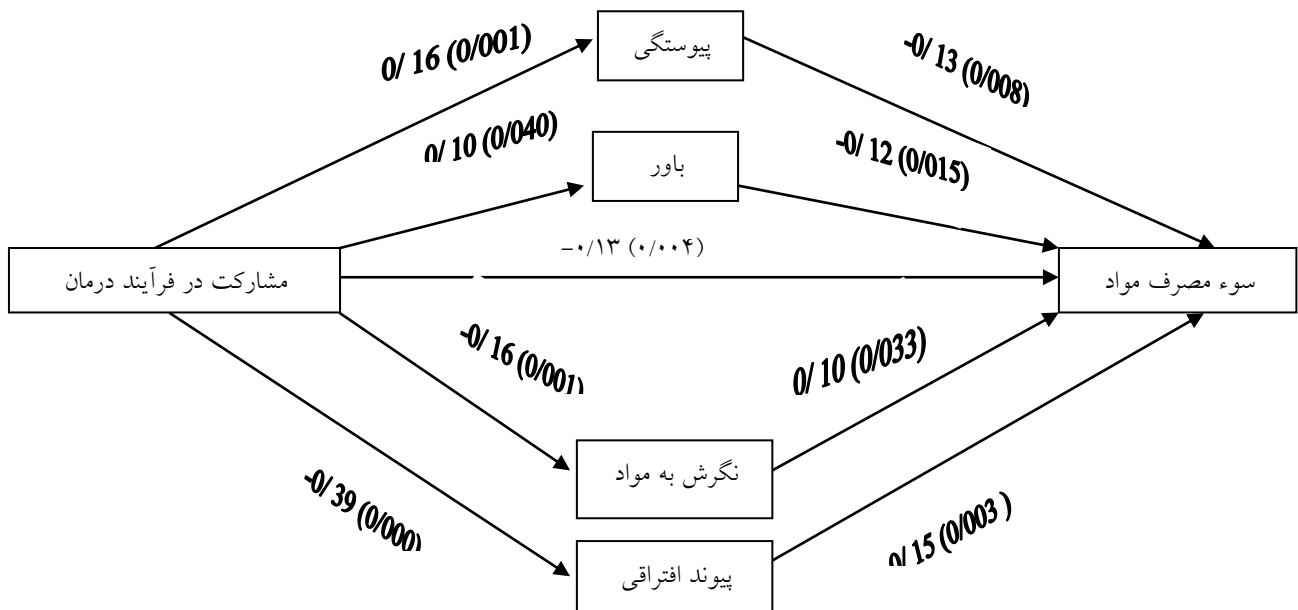
نگرش به مواد و مشارکت در فرایند درمان توضیح داده می‌شود. ضرایب تأثیر استاندارد موجود در جدول ۴ نشان می‌دهد که قویترین پیش‌بینی‌کننده‌های متغیر سوء مصرف مواد به ترتیب متغیرهای: پیوند افتراقی (بتا=۰/۱۵)، مشارکت در فرایند درمان (بتا=-۰/۱۳)، پیوستگی (بتا=-۰/۱۳)، باور (بتا=-۰/۱۲) و نگرش به مواد (بتا=۰/۱۰) هستند.

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد همبستگی چندگانه (R) معادل ۳۰ درصد محاسبه شده که گویای این مطلب است که پنج متغیر پیوستگی، باور، پیوند افتراقی نگرش به مواد و مشارکت در فرایند درمان به طور همزمان ۳۰ درصد با سوء مصرف مواد ارتباط دارند. ضریب تعیین (R²) نیز ۱۰ درصد محاسبه شده است؛ به این معنی که حدود ۱۰ درصد از تغییرات سوء مصرف مواد توسط پنج متغیر پیوستگی، باور، پیوند افتراقی

نمودار ۱- نمودار تحلیل مسیر تأثیر متغیرهای مستقل بر سوء مصرف مواد



نمودار ۲- نمودار اصلاح شده تحلیل مسیر تأثیر متغیرهای مستقل بر سوء مصرف مواد



نمودار ۲، نمودار اصلاح شده تحلیل مسیر تأثیر متغیرهای مستقل بر سوء مصرف مواد است. در این مدل، مسیرهای عزت نفس و خودکنترلی به سوء مصرف مواد و مشارکت در فرآیند درمان به خودکنترلی به دلیل

ضریب‌های مسیر کوچکتر از ۰/۰۵ و معنادار نبودن حذف شدند. ضرایب تأثیر مدل تحلیل مسیر سوء مصرف مواد را می‌توان به صورتی که در جدول ۵ آمده است، خلاصه کرد:

جدول ۵- جدول تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم بر سوء مصرف مواد

متغیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کلی
پیوستگی	-۰/۱۳	۰	-۰/۱۳
باور	-۰/۱۲	۰	-۰/۱۲
پیوند افتراقی	۰/۱۵	۰	۰/۱۵
نگرش به مواد	۰/۱۰	۰	۰/۱۰
مشارکت در فرآیند درمان	-۰/۱۳	-۰/۱۱	-۰/۲۴

نظریات این حوزه، نظریه‌های پیوند اجتماعی هیرشی، خودکنترلی گاتفردسون و هیرشی، پیوند افتراقی ساترلند و عزت نفس روزنبرگ برای تبیین بیشتر سوء مصرف مواد استفاده کردیم. اصلی‌ترین پرسش تحقیق حاضر این بود که: آیا مشارکت در فرآیند درمان نگهدارنده با متادون بر سوء مصرف مواد تأثیر دارد؟

یافته‌های تحقیق نشان داد که ۹۰ درصد افراد با حضور در مراکز نگهدارنده با متادون مصرف مواد غیرقانونی را کنار گذاشتند. مقایسه میانگین دزها در ابتدای درمان و در زمان تحقیق نشان‌دهنده این است که روند تجویز دزهای متادون در مراکز متادون درمانی روند نزولی دارد و با افزایش طول مدت درمان دزهای متادون کاهش می‌یابد. همچنین، مشارکت در فرآیند درمان نگهدارنده با متادون با ضریب بتا ۰/۲۴- بر سوء مصرف مواد تأثیر می‌گذارد. این یافته‌ها می‌تواند برای مسئولان و برنامه ریزان کشوری دارای اهمیت باشد، زیرا هدف اصلی این برنامه در سطح کشور و جهان کاهش مصرف مواد غیرقانونی و

بیشترین و قویترین تأثیر مستقیم را پیوند افتراقی (۰/۱۵) با سوء مصرف مواد و بیشترین و قویترین تأثیر کلی را مشارکت در فرآیند درمان (۰/۲۴-) با سوء مصرف مواد دارد. همچنین، فقط متغیر مشارکت در فرآیند درمان تأثیر غیرمستقیم (۰/۱۱-) بر سوء مصرف مواد دارد. تأثیر کلی متغیرهای نگرش به مواد و پیوند افتراقی بر سوء مصرف مواد مثبت و مستقیم است و متغیرهای مشارکت در فرآیند درمان، پیوستگی و باور تأثیر کلی منفی و معکوس بر متغیر وابسته سوء مصرف مواد دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از تحقیق حاضر سنجش تأثیر مراکز نگهدارنده با متادون بر سوء مصرف مواد بوده است. برای سنجش دقیقتر نقش تأثیر مراکز نگهدارنده با متادون بر سوء مصرف مواد، علاوه بر سنجش تأثیر مراکز متادون درمانی به سراغ نظریه‌های جامعه‌شناسی انحرافات رفتیم و از

کاهش تزریق مواد و متعاقباً کاهش خطر ابتلا به ایدز است که یافته‌ها گویای موفقیت در این رسیدن به این هدف است.

نتایج تحقیق بر وجود رابطه معکوس و معنادار بین مشارکت در فرآیند درمان به‌همراه متغیرهای واسط (پیوستگی و باور) با سوء مصرف مواد دلالت دارد. اصل و اساس درمان‌های اعتیاد و وظیفه مراکز درمان اعتیاد، به صورت حداقل، کم کردن مصرف مواد و به صورت حداکثر قطع مصرف مواد است. برنامه متادون درمانی به عنوان نوعی از برنامه درمان اعتیاد و درمانگاه‌های متادون درمانی به عنوان بخشی از انواع مراکز درمان اعتیاد هم همین وظیفه کاهش و یا قطع مصرف مواد را بر عهده دارند. متادون درمانی با جایگزین کردن ماده مخدر متادون که اعتیاد به آن قابل کنترل است، به جای دیگر مواد مخدر که اعتیاد به آنها غیرقابل کنترل است، می‌کوشد تا سوء مصرف مواد را کم و یا حتی قطع کند. مشارکت در فرآیند درمان نگهدارنده با متادون، از شیوع بیماری‌های عفونی ناشی از تزریق جلوگیری می‌نماید.

درمان دارویی عموماً وضعیت روانی و جسمانی بیمار را بهبود می‌دهد. با بهبود وضعیت روانی جسمانی بیمار، او روابط و پیوندهای اجتماعی را که با افراد خانواده، دوستان، آشنایان، نهادها و سازمان‌ها در نتیجه مصرف مواد به مخاطره انداخته بود، بهبود می‌بخشد این پیوند باعث می‌شود افراد به قواعد و مقررات و هنجارهای موجود در خانواده و جامعه احترام بگذارند و باور افراد با این قوانین و هنجارها تقویت می‌شود. به طوری که بررسی‌ها نشان می‌دهند، تا زمانی که معتادان در فرایند درمانی حضور دارند، احتمال ارتباط جرایم توسط آنها کمتر می‌باشد. این مطلب مبین این می‌باشد که پیوستگی و باور افراد با حضور در فرایند درمان تقویت

می‌شود که یافته‌های تحقیق هم این مطلب را تایید می‌کند. تاکنون تحقیقات زیادی درباره تأثیرات درمان با متادون انجام شده است. مدارک معتبری وجود دارد که نشان می‌دهد با ورود معتاد به فرآیند درمان و با ارتقای پیوند و باور در خطر پایین‌تری از انجام جرم‌های اجتماعی قرار دارد. بسیاری از مطالعات، کاهش میزان وقوع انواع جرم‌ها، از جمله سوء مصرف مواد، سرقت، روسپیگری و ... را با شروع درمان اثبات نموده‌اند. تحقیقات تجربی متعددی، مثل لئوناردی و همکاران (۲۰۰۷)، کین‌لاک و همکاران (۲۰۰۷)، برامس و کرنر (۲۰۰۷)، هادلند و همکاران (۲۰۰۹)، ماگورا و همکاران (۲۰۰۹)، کارو و همکاران (۲۰۱۰)، براوو و همکاران (۲۰۱۰)، باچیردی و همکاران (۲۰۱۱)، وجود رابطه معکوس بین درمان دارویی اعتیاد (به خصوص متادون درمانی) و سوء مصرف مواد را تأیید کردند. با توجه به این نکات در فرضیات رابطه معکوس بین مشارکت در فرآیند درمان نگهدارنده با متادون و سوء مصرف مواد پیش‌بینی شد که تأیید شد.

نتایج تحقیق حاضر گویای رابطه معکوس بین نگرش به مواد و مشارکت در فرآیند درمان است. حضور در درمان متادون باعث کاهش افسردگی افراد و نرمال بودن استرس آنها می‌شود. با توجه به اینکه نگرش به مواد با استرس و افسردگی رابطه مستقیم دارند و با افزایش استرس و افسردگی، نگرش به مواد مثبت‌تر می‌شود، در نتیجه پیش‌بینی می‌شد حضور در فرایند درمان و نگرش به مواد رابطه معکوس با هم داشته باشند. مطالعه علی‌رودی‌نیا (۱۳۸۸) حاکی از رابطه معکوس بین حضور در فرایند درمان انجمن معتادان گمنام^۱ و نگرش به مواد است. همچنین، یافته‌های تحقیق بر وجود رابطه مستقیم

^۱ Narcotics Anonymous

دو استراتژی کلی مقابله با سوء مصرف مواد وجود دارد که شامل استراتژی پیام‌های رسانه‌ای و برنامه‌های آموزشی است. استراتژی پیام‌های رسانه‌ای برای جلوگیری از سوء مصرف مواد مبتنی بر تاکتیک ترس است. تاکتیک ترس می‌تواند با ارائه پیام‌های رسانه‌ای زیاد و بزرگنمایی و نشان دادن عواقب بد سوء مصرف مواد، نگرشی منفی در افراد مستعد مصرف ایجاد کند. از طرف دیگر، استراتژی برنامه‌های آموزشی، تلاش‌های رسمی و ساختارمندی برای دادن اطلاعات عینی به افراد مستعد مصرف است که بیشتر آموزش‌های مدرسه‌ای را شامل می‌شود.

منابع

- آزاد ارمکی، تقی و زارع، مریم. (۱۳۸۷). «دانشگاه، مدرنیته و دینداری»، پژوهشنامه علوم انسانی و اجتماعی، سال ۸، ش ۲۸، صص ۱۳۳-۱۶۰.
- بنازاده، نبی، عابدی، حیدرعلی، خردمند، علی. (۱۳۸۸). «افراد وابسته به مواد افیونی از رابطه درمانی ایجاد شده در مراکز توزیع متادون شهر کرمان»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره ۱۶، ش ۲، صص ۱۴۴-۱۵۴.
- دواس، دی. ای. (۱۳۸۶). *پیمایش در تحقیقات اجتماعی*، ترجمه هوشنگ نایبی، تهران: نشر نی، چاپ چهارم.
- شاکری، جلال، عظیمی، مریم، رضایی، منصور، عبدلی، نسرین، قاسمی، رامین. (۱۳۸۹) «بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، رفتاری و روان‌پزشکی در مصرف کنندگان ترکیبات آفتامین (شیشه) در مراکز ترک اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی

و معنادار بین نگرش به مواد و سوء مصرف مواد دلالت می‌کند. در نظریه پیوند افتراقی، رفتار انحرافی، نتیجه برتری تعریف هنجارها، ارزش‌ها و نگرش‌های مطلوب از قانون‌شکنی بر هنجارها، ارزش‌ها و نگرش‌های نامطلوب از قانون شکنی است. تحقیقات تجربی مثل مگنز و ورمان^۱ (۲۰۱۲) وجود این رابطه را تأیید کردند. پس می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مشارکت در فرآیند درمان از طریق کم کردن نگرش به مواد افراد، به کاهش سوء مصرف مواد منجر شود. یافته‌های تحقیق این مطلب را تأیید کردند.

نتایج تحقیق حاکی از وجود رابطه معکوس بین مشارکت در فرآیند درمان و پیوند افتراقی است. بررسی‌ها نشان می‌دهند، تا زمانی که معتاد به مواد در سیستم درمان حضور دارد، در خطر پایین‌تری از انجام جرم‌های اجتماعی قرار دارد. یافته‌های تحقیق نونز و همکاران^۲ (۲۰۰۴) این مطالب را تأیید می‌کند. همچنین، نتایج تحقیق حاضر حاکی از وجود رابطه مستقیم و معنادار بین پیوند افتراقی و سوء مصرف مواد است. براساس نظریه پیوند افتراقی، جرم و رفتارهای کجروانه یاد گرفته می‌شود. همچنین افراد به این علت کجرفتار می‌شوند که تعداد تماس‌های انحرافی آنان بیش از تماس‌های غیرانحرافی شان است. تریپلت و پاینه (۲۰۰۴) رابطه مستقیم و معنادار بین پیوند افتراقی و سوء مصرف مواد کشف کردند. مرس و فیلد (۲۰۰۲) هم به نتایج مشابه رسیدند. پس می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مشارکت در فرآیند درمان از طریق کم کردن پیوند افتراقی افراد، به کاهش سوء مصرف مواد منجر شود. یافته‌های تحقیق این مطلب را تأیید کردند. به طور کلی،

¹ Megens and Weerman

² Nunes and et al.

- کرمانشاه»، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، دوره ۱۶، ش ۳، ص ۳۰۴-۳۰۸.
- ضیاء‌الدینی، حسن، خردمند، علی، شمسی میمن‌دی، منظومه، دیوسالار، کورس، محمودی، مجید. (۱۳۸۹). «ارتباط سوء مصرف مواد و گروه‌های خونی معتادان خود معرف مراجعه کننده به مراکز درمان وابستگی به مواد شهر بم»، *مجله اعتیاد و سلامت*، سال ۲، ش ۳، ص ۹۲-۱۰۵.
- طیری، فریبا. (۱۳۸۸). «تأثیر متادون درمانی در پیشگیری از رفتارهای پرخطر»، *مجله طلوع بهداشت*، سال ۸، ش ۳، ص ۲-۳.
- علیوردی نیا، اکبر. (۱۳۸۸). «اثربخشی برنامه‌های معتادان گمنام در نگرش معتادان به مواد مخدر»، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، سال سوم، ش ۳، ص ۱-۴۷.
- علیوردی نیا، اکبر، ریاحی، محمداسماعیل، سلیمانی بشلی، محمدرضا. (۱۳۸۷). «تبیین جامعه‌شناختی گرایش به مصرف سیگار»، *مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تربیت معلم*، سال ۱۶، ش ۶۳، ص ۱۵۹-۱۸۴.
- کرلینجر، پدهاوزر. (۱۳۸۹). *رگرسیون چند متغیری در پژوهش رفتاری*، ترجمه حسن سرایی، تهران: انتشارات سمت، چاپ چهارم.
- مرادی، عباس. (۱۳۸۸). «ارزیابی تأثیر درمان نگهدارنده با متادون در کاهش آسیب در مددجویان مرد زندان مرکزی همدان»، *مجله طلوع بهداشت*، سال ۸، ش ۳، ص ۶-۷.
- گنجی، حمزه. (۱۳۸۸). *ارزیابی شخصیت*، تهران: انتشارات ساوالان، چاپ پنجم.
- لامارش، لوک. (۱۳۸۴). *روان‌شناسی اجتماعی*، ترجمه حمزه گنجی، تهران.
- ناستی‌زایی، ناصر، هزاره مقدم، مهدیه، ملازهی، اسماء. (۱۳۸۹). «عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتیاد زاهدان»، *فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، دوره هشتم، شماره سوم، ص ۱۷۴-۱۶۹.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۹). *سالنامه آماری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی*، تهران: دفتر برنامه‌ریزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- Akers, Ronald, Krohn, Marvin, Lanza-Kaduce, Lon, Radosevich, Marcia (1979) " Social Learning and Deviant Behavior: A Specific Test of a General Theory", *American Sociological Review*, Vol. 44, No. 4: 636-655.
- Aliverdina, Akbar and Pridemore, William Alex (2007) " A First Glimpse at Narcotics Offenders in an Islamic Republic: A Test of an Integrated Model of Drug Involvement Among a Sample of Men Incarcerated for Drug Offenses in Iran", *International Criminal Justice Review*, Vol. 17, No. 1:27-44.
- Alvarez-Rivera, Lorna and Fox, Kathleen (2010) " Institutional attachments and self-control", *Journal of Criminal Justice*, Vol. 38, No. 4: 666-674.
- Bachireddy, Chethan, Bazazi, Alexander R, Kavasery, Ravi (2011) " Attitudes Toward Opioid Substitution Therapy", *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 116, No. 3,: 151-157.
- Benda, Brent (2002) " Religion and Violent Offenders in Boot Camp: A Structural Equation Model", *Journal of Research in Crime and Delinquency*, Vol. 39, No. 1, 91-121.
- Booth, Jeb, Farrell, Amy, Varano, Sean (2008) "Social Control, Serious Delinquency, and Risky Behavior ", *Crime & Delinquency*, Vol. 54, No. 3: 423-456.

- (MMT): a review of historical and clinical issues", *The Mount Sinai Journal of Medicine*, Vol. 67, No. 5:347-364.
- Junger, Mariane and Marshall, Ineke (1997) "The Interethnic Generalizability of Social Control Theory", *Journal of Research in Crime and Delinquency*, Vol. 34, No. 1:79-112.
- Karow, A. Reimera, J. Schäfera, I. Krauszb, M. (2010) "Quality of Life under Maintenance Treatment with Heroin Versus Methadone in Patients with Opioid Dependence", *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 112, No. 3: 209-215.
- Kinlock , Timothy, Gordon, Michael, Schwartz, Robert (2007) "A Randomized Clinical Trial of Methadone Maintenance for Prisoners", *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 91, No. 1: 220-227.
- Lavie, Estelle, Fatséas, Mélina, Denis, Cécile (2009) " Benzodiazepine Use among Opiate-Dependent Subjects in Buprenorphine Maintenance Treatment", *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 99, No. 2: 338-344.
- Leonardi, C. Hanna, N. Laurenzi, P. Fagetti, R. (2007) "Multi-Centre Observational Study of Buprenorphine Use in 32 Italian Drug Addiction Centres", *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 94, No. 2:125-132.
- Li, Li and Moore, Dennis (2010) "disability and illicit drug use: an application of labeling theory", *Deviant Behavior*, Vol. 22, No. 1: 1 - 21.
- Lo, Celia, Kim, Young, Allen, Thomas, Allen, Andrea (2010) "The Impact of School Environment and Grade Level on Student Delinquency", *Crime & Delinquency*, Vol. 57, No. 4:622-657.
- Longshore, Douglas, Chang, Eunice, Hsieh, Shih-chao, Messina, Nena (2004) " Self-Control and Social Bonds: A Combined Control Perspective on Deviance", *CRIME & DELINQUENCY*, Vol. 50, No. 4:542-564.
- Marcos, Anastasios and Bahr, Stephen (1988) "Control Theory and Adolescent Drug Use", *Youth & Society* , Vol. 19, No. 4: 395-425.
- Matthews, Keith and Agnew, Robert (2008) "Extending Deterrence Theory: Do Delinquent Peers Condition the Relationship between Perceptions of Getting Caught and Offending", *Journal of Research in Crime*
- Bramness, Jorgen and Kornor, Hege (2007) "Benzodiazepine Prescription for Patients in Opioid Maintenance Treatment in Norway", *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 90, No. 3: 203-209.
- Bravo, María, Llorensc, Noelia, Barriob, Gregorio (2010) "Methadone Maintenance Treatment: A Protective Factor for Cocaine Injection in a Street-Recruited Cohort of Heroin Users", *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 112, No. 2 : 62-68.
- Chen, Kevin W, Banduccia, Annie N, Gullera, Leila (2010) " An Examination of Psychiatric Comorbidities as a Function of Gender and Substance Type ", *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 118, No. 2: 232-240.
- Chui ,Wing Hong and Chan, Heng Choon (2010) "Social Bonds and Male Juvenile Delinquency While on Probation", *Children and Youth Services Review*, Vol. 33, No. 1 : 2329-2334.
- Dornbusch, Sanford, Glasgow Erickson, Kristan, Laird, Jennifer, Wong, Carol (2001) "The Relation of Family and School Attachment to Adolescent Deviance in Diverse Groups and Communities", *Journal of Adolescent Research* ,Vol.16, No,1: 396-422.
- Forrest, W. and Hay, C (2008) " Life-course transitions, self-control and desistance from crime", *Criminology and Criminal Justice*,Vol.11, No.5:487-513.
- Hadland, Scott E. Kerr,Thomas, Li, Kathy, Montaner Julio (2009) "Access to Drug and Alcohol Treatment", *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 101, No. 2 :1-7.
- Hoffmann, John (2002) " A Contextual Analysis of Differential Association, Social Control, and Strain Theories of Delinquency", *Social Forces*,Vol.81, No.3:753-785.
- Ilgena, Mark, Amanda, Priceb, Burnett-Zeiglera, Inger, Perrona, Brian, Islama, Khairul (2011) "Longitudinal Predictors of Addictions Treatment Utilization in Treatment-Naïve Adults", *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 113, No. 2 :215-221.
- Joseph, Janice (1995) "Black youths, delinquency, and juvenile justice", London: British Library Cataloguing in Publication.
- Joseph, Herman, Stancliff, Sharon, Langrod, John (2000) " Methadone maintenance treatment

- Rocque, Michael, Bierie, David, MacKenzie, Doris (2010), "Social Bonds and Change During Incarceration: Testing a Missing Link in the Reentry Research", *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Vol. 10, No. 1:1-25.
- Salmela-Aro, Katariina and Nurmi, Jari-Erik (2007) "Self-esteem during university studies predicts career characteristics 10 years later", *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 70, No. 1: 463-477.
- Stylianou, Stelios (2004) "The Role of Religiosity in the Opposition to Drug Use", *Therapy and Comparative International Journal of Offender Criminology*, Vol. 48, No. 4:429-448.
- Tittle, Charles, Ward, David, Grasmick, Harold (2003) "Self-control and Deviance: Cognitive vs Behavioral Measures", *Journal of Quantitative Criminology*, Vol. 19, No. 4:330-365.
- Triplett, Ruth and Payne, Brian (2004) "Problem solving as reinforcement in adolescent drug use", *Journal of Criminal Justice*, Vol. 32, No. 6 : 617- 630.
- Tzeng, Shuping and Yi, Chin-Chun (2007) "The Nonlinear Effects of Self-Esteem on Adolescent Delinquency", *Justice Quarterly*, Vol. 40, No.1: 97-126.
- United Nations (2011) "World Drug Report", New York: United Nations Publication.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2011) "Drug Situation Analysis Report Islamic Republic of Iran ", Tehran: United Nations publication printed in Tehran.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2000) "Demand Reduction", Vienna: United Nations publication printed in Slovenia.
- United Nations Office on Drugs and Crime. <http://www.unodc.org/unodc/en/drug-prevention-and-treatment/index.html>:2011/9/21.
- Vito, Gennaro, Maahs, Jeffrey, Holmes, Ronald (2007) " Criminology: Theory, Research And Policy", Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.
- and Delinquency*, Vol. 45, No 2,:91-118.
- Mears, Daniel and Field, Samuel (2002) "A Closer Look at the Age, Peers, and Delinquency Relationship", *Western Criminology Review*, Vol. 4 ,No.1:20-29.
- Megens, Kim and Weerman, Frank (2012) "The Social Transmission of Delinquency: Effects of Peer Attitudes and Behavior Revisited", *Journal of Research in Crime and Delinquency*, Vol. 49 , No.3:420-443.
- Magura, Stephen, Lee, Joshua D. Hershberger, Jason, Joseph, Herman (2009) "Buprenorphine and Methadone Maintenance in Jail and Post-Release", *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 99, No. 2 : 222-230.
- Meldrum, Ryan Charles (2008) "Beyond parenting: An examination of the etiology of self-control", *Journal of Criminal Justice*, Vol. 36, No. 3: 244-251.
- Nunes, Edward, Sullivan, Maria, Levin, Frances (2004) " Treatment of depression in patients with opiate dependence", *Biological Psychiatry*, Vol. 56, No. 10:793-802
- Özcan, Yusuf Ziya and Özbay, Özden (2006) "A Test of Hirschi's Social Bonding Theory: Juvenile Delinquency in the High Schools of Ankara, Turkey" *Therapy and Comparative International Journal of Offender Criminology*, Vol 50, No 6: 711-726.
- Parvaresh, Nooshin, Masoudi, Arman, Majidi Tabrizi, Shiva, Mazhari, Shahrzad (2012) "The Correlation between Methadone Dosage and Comorbid Psychiatric Disorders in Patients on Methadone Maintenance Treatment", *Addict & Health*, Vol. 4: 1-8.
- Redmon, David (2010) " Testing Informal Social Control Theory: Examining Lewd Behavior During Mardi Gras ", *Deviant Behavior*, Vol. 23, No. 4: 363 – 384.
- Richard, Alan, Bell, David, Carlson, Jerry (2000) "Individual Religiosity, Moral Community, and Drug User Treatment", *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol. 39, No. 2:240-246.
- Ridenour, Ty, Greenberg, Mark, Cook, Elizabeth (2006) "Structure and validity of people in my life: A self-report measure of attachment in late childhood", *Journal Youth Adolescence*, Vol. 35, No. 6:1037-1053.