بررسی نگرش و هنجارهای انتزاعی ترغیب کننده ماندگاری در درمان نگهدارنده با متادون

فاضل زینت‌مطلق[۱]، سید نصرالله حسینی[۲]، غلامرضا شریفی‌راد[۳]، تورج احمدی جویباری[۴]، عباس آقایی[۴]، ماری عطایی[۴]، ناصر حاتم‌زاده[۵]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: میزان ماندگاری در درمان نگهدارنده با متادون از شاخص های بسیار مهم در درمان اعتیاد می باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین نگرش و هنجارهای انتزاعی ماندگاری در درمان نگهدارنده با متادون در بین معتادان استان کهکیلویه و بویر احمد انجام گرفت.

روش‌ها: این مطالعه یک پژوهش توصیفی مقطعی می باشد که در بین معتادین مرد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد که در حال دریافت درمان نگهدارنده با متادون بودند، انجام شد. نمونه گیری به صورت سیستماتیک با انتساب متناسب از بین مراکز ترک اعتیاد موجود در هر یک از شهر های مختلف استان صورت گرفت. داده ها با بهره گیری از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۲۱ مورد توصیف قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سن شرکت کنندگان ۸/۹۴±۳۳/۵۸ با دامنه ۱۶ تا ۵۳ سال بود. در بین سوالات سازه نگرش به ترتیب کاهش تاثیر آسیب مواد بر سلامتی، ارتباط بهتر با اطرافیان و کاهش هزینه های زندگی، و در بین سوالات سازه هنجارهای انتزاعی، تایید خانواده و تعداد دوستان درگیر متادون درمانی بیشترین میانگین را بدست آوردند.

نتیجه‌گیری: به نظر می رسد افزایش باورهای نظیر کاهش آسیب، کاهش هزینه های زندگی و بهبود روابط و همچنین تاثیر حمایت های خانواده و دوستان برای ماندگاری بر درمان نگهدارنده با متادون در بین معتادان می تواند نقش موثری داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: عود، اعتیاد، متادون، نگرش، هنجارهای انتزاعی

ارجاع: زینت‌مطلق فاضل، حسینی سیدنصرالله، شریفی‌راد غلامرضا، احمدی جویباری تورج، آقایی عباس، عطایی ماری، حاتم‌زاد ناصر. **بررسی نگرش و هنجارهای انتزاعی ترغیب کننده ماندگاری در درمان نگهدارنده با متادون.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ویژه‌نامه آموزش بهداشت: ۱۸۴۹-۱۸۵۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۴/۲۲ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۷/۲۲**

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

۲. معاونت آموزش، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

۳. استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴. مرکز تحقیقات پیشگیری سوء مصرف مواد، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسؤول) Email: mariataee@yahoo.com

۵. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، اهواز، ایران

مقدمه

اعتیاد یک مشکل اساسی و رو به افزایش در جامعه است، مشکلی که میلیون‌ها زندگی را ویران و سرمایه‌های کلان ملی را صرف هزینه مبارزه، درمان و صدمات ناشی از آن می‌نماید (۱). در قرن حاضر قاچاق مواد غیرقانونی، مواد مخدر، داروهای روان گردان و اعتیاد به آنها به یک بحران اجتماعی تبدیل شده است. در حال حاضر بیش از ۲۶ میلیون مورد مرگ به علت مصرف مواد مخدر در دنیا وجود دارد و این در حالی است که تا ۲۰ سال آینده این رقم به بیش از ۴۰ میلیون مورد خواهد رسید که اکثریت آنها درکشورهای در حال توسعه رخ خواهد داد (۲). کشور ما به دلایل فرهنگی، برخی باورهای نادرست و شرایط ویژه جغرافیایی دارای شرایط مناسبی برای روی آوردن جامعه به اعتیاد است (۱). طبق آمار رسمی بیش از دو میلیون نفر وابسته به مواد مخدر در کشور وجود دارد؛ این در حالی است که یازده میلیون نفر از جمعیت کشور با مشکل سوء مصرف خود و یا اطرافیان خود دست به گریبانند (۳)، که باعث بروز مشکلات بهداشتی، روانی و اجتماعی عدیده‌ای چون خودکشی، دگرکشی، خشونت و انواع بیماری‌ها می‌شود (۴). اعتیاد یک ناهنجاری با نشانه‌های بالینی، رفتاری و شناختی است که در ایجاد آن، عوامل اجتماعی و روانشناختی از یک طرف و عوامل زیست شناختی و داروشناختی از طرف دیگر نقش دارند. عوامل اجتماعی بیشتر در شروع مصرف و عوامل زیست شناختی در ادامه وابستگی مطرح هستند (۵). عود در زمینه اعتیاد به عنوان یک رفتار اعتیادآور پذیرفته شده است که باعث بازگشت رفتار تغییر یافته می‌شود و یک معیار در اثربخشی درمان اعتیاد محسوب می‌شود (۶). در همه زمینه‌هایی که افراد دنبال تغییر رفتار هستند عود وجود دارد اما در مواردی مانند اعتیاد و چاقی بسیار بالاتر است (۷). در تحقیقات از عود به عنوان یک چالش مهم در اعتیاد نام برده می‌شود، اکثریت کسانی که در زمینه اعتیاد تحقیق کرده‌اند اذعان دارند که ترک مصرف مواد مخدر به سختی انجام می‌گیرد اما سخت‌تر از آن ماندگاری در رفتار مطلوب می‌باشد (۸).

از سویی می‌توان گفت که یکی از چالش‌های که متخصصین علوم رفتاری با آن مواجه هستند میزان عود بالای مصرف مواد پس از ترک می‌باشد. که در آن فرد معتاد پس از ترک، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده مصرفی دارد. این احساس ممکن است از چند ساعت پس از ترک تا چندین ماه پس از پایان درمان دیده شود. این پدیده معمولاً به میزان زیادی، در نخستین ماه‌های سم‌زدایی گزارش می‌شود، سپس فراوانی و شدت آن کاهش می‌یابد (۹). مطالعات مختلف نشان می‌دهند ۲۰ تا ۹۰ ٪ معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار عود می‌شوند (۱۰) به طور مثال صادقی احری میزان عود را در بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد بهزیستی ۸۰ ٪ گزارش کرده است (۱۱) و امینی و همکاران میزان عود مصرف مواد مخدر در بین مراجعین به مراکز ترک اعتیاد دولتی شهر همدان را ۵۰ تا ۷۵٪ ذکر نموده است (۱۲). در این خصوص باید گفت که اعتیاد از جمله بیماری‌هایی است که بیان کنندهٔ وجود سه قطب زیستی، روانی و اجتماعی انسان است. لذا نیاز به درمان‌هایی است که بتواند قسمت‌های مختلف را تحت الشعاع خود قرار دهد، یعنی ضمن این که بعد زیستی انسان مورد توجه قرار گیرد به همان اندازه و شاید بیشتر به ابعاد روانی اجتماعی انسان توجه شود. اهمیت قضیه از آنجا تجلی می‌گردد که افراد معتاد در طی دوران اعتیاد، بارها و بارها مبادرت به ترک نموده اما پس از طی مدتی مجددا به سمت اعتیاد روی آورده‌اند. عود مکرر از فعالیت‌های روزمره فرد جلوگیری می‌کند، اعتماد به نفس، مسؤولیت‌پذیری و کارآمدی فرد را کاهش می‌دهد و به تبع تأثیرات زیادی نیز بر خانواده می‌گذارد. مشکلات خانوادگی از سر گرفته می‌شود، بی‌اعتمادی اعضای خانواده به فرد معتاد تقویت شده و ترک بعدی و پذیرش آن را مشکل‌تر می‌کند (۱۳).

اگر چه مصرف مواد و عود آن چالش‌های پیچیده‌ای در جوامع امروزی هستند، اما با برنامه‌ریزی دقیق و منطقی، توسعه نقش‌های اجتماعی، تقویت تعلیم و تربیت، ایجاد محیط‌های تسهیل‌گر، ارایه منابع جهت انجام تحقیق و پژوهش، پاسخگو

بودن سیستم‌ها در جامعه و با کمک خانواده‌ها می‌توان از این چالش‌ها مخصوصا در گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه کاست (۱۴). نگرش و هنجارهای انتزاعی جز تعیین کننده‌های قصد فرد برای انجام رفتارند (۱۵)، مطالعات مختلف در زمینه اعتیاد حاکی از نگرش مثبت افراد برای درمان با متادون می‌باشند (۱۷،۱۶) همچنین هنجارهای انتزاعی به عنوان فشار اجتماعی جهت انجام رفتار به تاثیر نظرات افراد مهم و با نفوذ بر تصمیم‌گیری فرد اشاره دارند و نقش مهم آنها در زمینه‌های مختلف از جمله در استفاده از متادون جهت ماندگاری درمان معتادان به خوبی در مطالعات مختلف مشاهده شده است (۱۸، ۱۹). لذا با توجه به اهمیت موضوع، مطالعه حاضر با هدف تعیین نگرش و هنجارهای انتزاعی ماندگاری در درمان نگهدارنده با متادون در بین معتادان استان کهکیلویه و بویر احمد صورت گرفت.

روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش توصیفی مقطعی می‌باشد که در بهار و تابستان سال ۱۳۹۲ در بین معتادین مرد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد که در حال دریافت درمان نگهدارنده با متادون بودند انجام گرفت. نحوه انجام مطالعه بدین شرح بوده است که پس از هماهنگی با مسؤولین معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و مسؤولین فنی مراکز ترک اعتیاد استان کهکیلویه و بویر احمد از بین مراجعین به مراکز شرکت‌کنندگان در مطالعه انتخاب شدند. با توجه به وجود مراکز ترک اعتیاد فعال در چهار شهر استان (یاسوج، سی سخت، گچساران و دهدشت) هر یک از این شهرها به عنوان یک طبقه در نظر گرفته شد و پس از به دست آمدن حجم نمونه کلی برای کل طبقات، هر یک از طبقات با توجه به تعداد معتادین آن شهر وزن دار شده و با انتساب این وزن‌ها سهم هر حجم نمونه در هر شهر مشخص گردید؛ لازم به ذکر است که نمونه گیری به صورت سیستماتیک از بین مراکز ترک اعتیاد موجود در هر یک از شهرها انجام شد و تیم تحقیق با مراجعه به مراکز انتخاب شده به صورت تصادفی از بین مراجعین شرکتکنندگان در مطالعه را انتخاب کرده و اطلاعات مورد نیاز را از آنان جمع‌آوری نموده است. حجم نمونه با توجه به نتیجه مطالعه سراجی و همکاران (۲۱)، با اطمینان ۹۵٪ و دقت ۰/۰۵، ۷۰۰ نفر محاسبه شد. بعد از حذف پرسش‌نامه‌های ناقص تعداد ۵۹۸ پرسش‌نامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (نرخ پاسخ‌دهی در مطالعه حاظر ۸۵/۴٪ بود). سپس داده‌ها وارد نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ شده و مورد بررسی قرار گرفت. شایان ذکر است شرکت‌کنندگان در پژوهش در زمینه چگونگی انجام طرح و محرمانه بودن اطلاعات و همچنین هدف از انجام این طرح توجیه شده و تمامی شرکت کنندگان با تمایل وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش استفاده از پرسش‌نامه کتبی بود که اطلاعات با استفاده از دو روش خود ایفا برای شرکت کنندگان باسواد و مصاحبه برای افراد بی‌سواد تکمیل گردید. پرسش‌نامه مذکور دارای سه بخش بود:

بخش اول) اطلاعات جمعیت‌شناختی: این قسمت شامل ۵ سؤال بود که اطلاعات شرکت‌کنندگان در خصوص سن (به سال)، شغل (بیکار، کار آزاد، کارمند، کارگر، دانشجو، سرباز، بازنشسته و سایر)، وضعیت تاهل (مجرد، متاهل، متارکه، همسر فوت شده) و میزان تحصیلات (بی‌سواد، ابتدایی، راهنمایی، دیپلم، تحصیلات دانشگاهی)، وضعیت اقتصادی (وابسته، مستقل) را مورد ارزیابی قرار می‌داد.

بخش دوم) پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر: این قسمت شامل ۱۷ سؤال بود و سن شروع به مصرف مواد برای اولین بار (به سال)، سابقه مصرف سیگار (بله، خیر)، الکل (بله، خیر)، تریاک (بله، خیر)، شیره (بلی، خیر)، کراک (بله، خیر)، کوکائین (بله، خیر)، اکستازی (بلی، خیر)، شیشه (بله، خیر)، هروئین (بله، خیر)، حشیش (بله، خیر)، ترامادول غیر قانونی (بلی، خیر)، رفتار جنسی پرخطر (بلی، خیر)، تزریق مواد (بلی، خیر)، استفاده از وسایل سرنگ مشترک در تزریق مواد (بلی، خیر)، سابقه جرم (بلی، خیر)، اولین و آخرین ماده مصرفی را مورد سنجش قرار می داد.

بخش سوم) پرسش‌نامه سنجش نگرش و هنجارهای انتزاعی ترغیب کننده ماندگاری در درمان نگهدارنده با متادون: برای اندازه‌گیری متغیرهای ذکر شده، تیم تحقیق با بهره‌گیری از مطالعات مشابه انجام گرفته پیشین در زمینه سو مصرف مواد (۱۹-۱۶). پرسش‌نامه‌های فوق را به سبک پرسش‌نامه‌های لیکرت و با مقیاس پاسخ‌دهی ۵ رتبه‌ای طراحی کرد. ارزشیابی و تأیید اعتبار محتوا و ساختار پرسش‌نامه‌های طراحی شده از طریق استفاده از نظرات گروه کارشناس در زمینه مورد مطالعه انجام گردید. همچنین برای سنجش پایایی پرسش‌نامه‌ها یک مطالعه مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از گروه مورد بررسی انجام گردید و با به کارگیری آزمون آلفا کرونباخ پایایی پرسش‌نامه‌ها به شرح زیر مورد تأیید قرار گرفت:

نگرش ترغیب کننده ماندگاری در درمان نگهدارنده با متادون؛ شامل ۶ سؤال، برای مثال «ماندگاری در درمان باعث افزایش انگیزه ادامه زندگی در من می‌شود» یا «ماندگاری در درمان باعث ارتباط بهتر من با اطرافیانم می‌شود» بود که کسب نمره بالاتر نشان دهنده نگرش قوی‌تر در خصوص ماندگاری در درمان بود. ضریب آلفا این قسمت برابر ۰/۹۰ برآورد گردید.

هنجارهای انتزاعی ترغیب کننده ماندگاری در درمان نگهدارنده با متادون؛ شامل ۴ سؤال، برای مثال «اگر من متادون درمانی کنم، جامعه آن را تایید می‌کند» یا «اگر من متادون درمانی کنم خانواده‌ام آن را تایید می‌کنند» بود که کسب نمره بالاتر نشان دهنده هنجارهای انتزاعی بیشتر در خصوص ماندگاری در درمان بود. ضریب آلفا این قسمت برابر ۰/۸۰ برآورد گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ شد و مورد توصیف قرار گرفت.

یافته‌ها

دامنه سن شرکت کنندگان ۱۶ تا ۵۳ و میانگین آن ۸/۹۴±۳۳/۵۸ سال بود. سن شروع به مصرف مواد ۱۵/۸۵ با میانگین ۴/۱۸ بود.

به ترتیب ۲۶۲ نفر (۴۳/۸ ٪)، ۲۷۶ نفر (۴۶/۲ ٪) و ۸۶ نفر (۱۴/۴٪) از شرکت کنندگان سابقه مصرف مشروبات الکلی، رابطه جنسی پرخطر و تزریق مواد را گزارش کردند. نمودار (۱) سابقه مصرف انواع مواد در بین شرکت کنندگان در مطالعه را نشان می‌دهد.

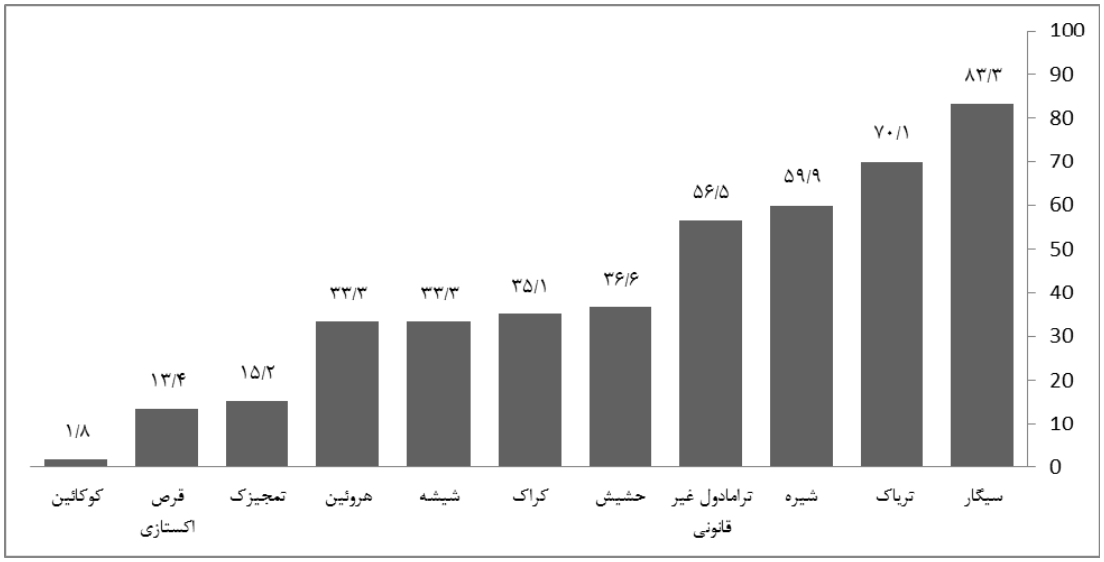
موضوعات مورد بررسی در خصوص نگرش و هنجارهای انتزاعی ترغیب کننده ماندگاری در درمان نگهدارنده با متادون به تفکیک در جداول (۱) و (۲) بر اساس توزیع فراوانی نسبی و مطلق پاسخ به سؤالات آورده شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی نسبی و مطلق پاسخ به سوالات نگرش ترغیب کننده ماندگاری در درمان نگهدارنده با متادون

گویه های نگرش	خیلی کم تعداد (درصد)	کم تعداد (درصد)	تا حدودی تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)	خیلی زیاد تعداد (درصد)	میانگین (انحراف معیار)
ماندگاری در درمان نگهدررنده با متادون،						
باعث کاهش هزینه های زندگی من می شود.	۱۱ (۱/۸)	۱۹۷ (۳۲/۹)	۱۸۸ (۳۱/۴)	۱۵۵ (۲۵/۹)	۴۷ (۷/۹)	۳/۰۵ (۰/۹۸)
باعث کاهش تاثیر آسیب مواد بر سلامتی من می شود.	۱۳ (۲/۲)	۱۸۳ (۳۰/۶)	۱۷۹ (۲۹/۹)	۱۷۱ (۲۸/۶)	۵۲ (۸/۷)	۳/۱۱ (۱/۰۰)
باعث می شود من دست به کارهای خلاف قانون نزنم.	۲۱ (۳/۵)	۱۶۷ (۲۷/۹)	۲۴۸ (۴۱/۵)	۱۴۲ (۲۳/۷)	۲۰ (۳/۳)	۲/۹۵ (۰/۸۸)
باعث افزایش انگیزه ادامه زندگی در من می شود.	۱۰ (۱/۷)	۱۷۱ (۲۸/۶)	۲۳۰ (۳۸/۵)	۱۶۳ (۲۷/۳)	۲۴ (۴)	۳/۰۳ (۰/۸۸)
باعث ارتباط بهتر با اطرافیانم می شود.	۱۹ (۳/۲)	۱۷۴ (۲۹/۱)	۲۰۳ (۳۳/۹)	۱۴۵ (۲۴/۲)	۵۷ (۹/۵)	۳/۰۷ (۱/۰۱)
باعث می شود کارم را حفظ کنم.	۳۹ (۶/۵)	۱۸۷ (۳۱/۳)	۱۸۱ (۳۰/۳)	۱۵۴ (۲۵/۸)	۳۷ (۶/۲)	۲/۹۳ (۱/۰۳)

جدول ۲: توزیع فراوانی نسبی و مطلق پاسخ به سوالات هنجارهای انتزاعی ترغیب کننده ماندگاری در درمان نگهدارنده با متادون

ایتم های هنجارهای انتزاعی	خیلی کم تعداد (درصد)	کم تعداد (درصد)	تا حدودی تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)	خیلی زیاد تعداد (درصد)	میانگین (انحراف معیار)
چه تعداد از دوستان شما برای متادون درمانی می کنند؟	۳۰ (۵)	۲۱۰ (۳۵/۱)	۱۸۸ (۳۱/۴)	۱۶۲ (۲۷/۱)	۸ (۱/۳)	۲/۸۴ (۰/۹۲)
اگر من متادون درمانی کنم، خانواده ام آن را تایید می کنند.	۱۰ (۱/۷)	۲۵۰ (۴۱/۸)	۱۵۸ (۲۶/۴)	۱۷۳ (۲۸/۹)	۷ (۱/۲)	۲/۸۶ (۰/۸۹)
اگر من متادون درمانی کنم، جامعه آن را تایید می کند.	۵۱ (۸/۵)	۱۸۸ (۳۱/۴)	۲۰۰ (۳۳/۴)	۱۴۰ (۲۳/۴)	۱۹ (۳/۲)	۲/۸۱ (۰/۹۹)
اگر من متادون درمانی کنم، بهترین دوستم آن را تایید می کند.	۳۸ (۶/۴)	۲۱۳ (۳۵/۶)	۲۱۲ (۳۵/۵)	۱۲۶ (۲۱/۱)	۹ (۱/۵)	۲/۷۵ (۰/۹۰)



نمودار ۱: توزیع فراوانی سابقه مصرف انواع مواد در بین شرکت کنندگان

بحث

یافته‌ها در خصوص تجربه مصرف انواع مواد همسو با مطالعات دیگر در کشور می‌باشد (۲۴-۲۰)، و از طرفی حاکی از شیوع بالای تجربه مصرف مواد خطرناک همچون کراک (۳۵/۱ ٪) و شیشه (۳۳/۳ ٪) در بین شرکت کنندگان می‌باشد؛ با توجه به نتایج به نظر می‌رسد که برنامه‌های پیشگیرانه سوء مصرف مواد باید به مواد صنعتی توجه ویژه‌ای شود.

میانگین سن شرکت‌کنندگان ۸/۹۴±۳۳/۵۸ بود که با یافته‌های مطالعات دیگر همخوانی دارد. به طور مثال آسایش و همکاران (۲۰) در مطالعه خود در بین معتادان مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد گلستان میانگین سن شرکت‌کنندگان را ۱۰/۹± ۳۴/۲ سال گزارش کردند. همچنین فروغی و همکاران در بین معتادین الیگودرز (۲۴) و عباسی و همکاران (۲۵) در بین معتادان خود معرف گلستان نتایج نسبتا مشابهی را عنوان کردند. بررسی‌های انجام گرفته در این زمینه نشان می‌دهد در ایران طی دو دهه اخیر سن شروع به مصرف مواد کاهش یافته و به زیر ۲۰ سال و گاهی به ۸ سالگی رسیده است (۲۶). اکثر نوجوانانی که مصرف مواد را در سال‌های اولیه نوجوانی آغاز می‌کنند به مصرف این مواد در سال‌های آینده ادامه داده و میزان مصرف مواد و مشکلات مرتبط به آن نیز افزایش پیدا می‌کند (۲۷). لذا پیشنهاد می‌گردد برنامه‌های پیشگیریه مصرف مواد از سنین پایین در جامعه طراحی و اجرا گردند.

بررسی یافته‌ها در خصوص نگرش نسبت به ماندگاری در درمان نگهدارنده با متادون نشان داد که کاهش آسیب مواد بر سلامتی، ارتباط بهتر با اطرافیان و کاهش هزینه‌های زندگی، بیشترین میانگین در بین سؤالات سازه نگرش را کسب کرده‌اند. مطالعات متعددی نیز به نقش نگرش در درمان نگهدارنده با متادون اشاره کرده‌اند و بیانگر این مطلب می‌باشند که نگرش مثبت نسبت به درمان نگهدانده با متادون باعث استقبال بیشتر از این روش برای ترک مواد می‌شود (۳۰-۲۸). به عنوان مثال Zaller و همکاران در مطالعه خود نشان دادند معتادانی که در برنامه متادون تراپی شرکت نمی‌کردند نگرش مطلوبی نسبت به متادون نداشتند (۳۰). با توجه به اینکه نتایج مطالعه نشان داد که باورهای نظیر کاهش آسیب، کاهش هزینه‌های زندگی و بهبود روابط با دیگران در ماندگاری بر درمان نگهدارنده با متادون در بین معتادان در حال ترک می‌تواند در افزایش انگیزه آنان برای ادامه درمان مفید باشد، به نظر می‌رسد در کار با معتادان در حال ترک باید به مزایای متادون تراپی در زندگی شخصی آنان تاکید گردد.

هنجارهای انتزاعی درک فشارهای اجتماعی برای اتخاذ یا عدم اتخاذ رفتار است، این سازه تحت تاثیر فشار اجتماعی درک شده یعنی اعتقادات نرمی می‌باشد و شدت آن به انگیزه فرد برای برآوردن انتظارات دیگران بستگی دارد (۱۵). نتایج نشان داد در بین گویه‌های سازه هنجارهای انتزاعی، تایید خانواده و همچنین دوستان استفاده کننده از متادون میانگین نمره بالاتری را کسب کرده‌اند. این یافته می‌تواند گویای این واقعیت باشد که مدجویان برای ماندگاری در درمان نگهدارنده با متادون تحت تاثیر خانواده و دوستان خود می‌باشند و برای ماندگاری در درمان باید بر حمایت خانواده‌ها بر فرد توجه شود. در این راستا Lai (۱۹) در مطالعه خود به اهمیت بسزایی هنجارهای انتزاعی از جمله دوستان و حمایت خانواده در درمان نگهدارنده با متادون اشاره کرده است.

نتیجه‌گیری

به نظر می رسد افزایش باورهای نظیر کاهش آسیب، کاهش هزینه‌های زندگی و بهبود روابط و همچنین تاثیر حمایت‌های خانواده و دوستان برای ماندگاری بر درمان نگهدارنده با متادون در بین معتادان می‌تواند نقش موثری داشته باشد که بر این اساس پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های ترک اعتیاد بر آن توجه ویژه شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر بخشی از یک طرح تحقیقاتی می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج صورت گرفته است. بدین‌وسیله از مسؤولین مربوطه و همچنین افراد شرکت کننده در مطالعه نهایت تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Ashouri A, Mollazadeh J, Mohammadi N. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on the Improvement of Coping Skills and Relapse Prevention in Addicted Individuals. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2008; 14(3): 281-8. [In Persian]
2. Ahmadpanah M, Mirzaei Alavijeh M, Allahverdipour H, Jalilian F, Afsar A, Haghighi M, etal. Effectiveness of coping skills education program to reduce craving beliefs among addicts referred to addiction centers in Hamadan: a randomized controlled trial. Iranian Journal of Public Health 2013; 42(10):1139-44.
3. HosseinRezaei H, Alizadeh MS. Parents' Knowledge about the Symptoms of Substance Abuse: a Study on Parents of Students in Kerman High Schools and Secondary Schools. Journal of Kerman University of Medical Sciences 2008; 15(3):261-68. [In Persian]
4. Shedler J, Block J. Adolescent Drug use and psychological health. A longitudinal inquiry. Am Psychol 1990; 45(5): 612-30.

5. Jalilian F, Mirzaei Alavijeh M, Amoei MR, Zinat Motlagh F, Hatamzadeh N, Allahverdipour H. Prevalence and Pattern of Drug Abuse among Prisoners in Kermanshah City. Health Education and Health Promotion 2013; 1(2): 41-50 [In Persian]
6. Marlatt A. Models of relapse and relapse prevention: A commentary. Experimental and Clinical Psychopharmacology 1996; 4:55–60.
7. Polivy J, Herman CP. If at first you don't succeed: False hopes of self-change. American Psychologist 2002; 57(9): 677.
8. Sánchez-Hervás E, Gómez FJS, Villa RS, García-Fernández G, García-Rodríguez O, Romaguera FZ. Psychosocial predictors of relapse in cocaine-dependent patients in treatment. The Spanish journal of psychology 2012; 15(02): 748-55.
9. Ekhtiari H, Edalati H, Behzadi A, Safaei H, Noori M, Mokri A. Designing and Evaluation of Reliability and Validity of Five Visual Cue-induced Craving Tasks for Different Groups of Opiate Abusers. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2008; 14(3): 337-349. [In Persian]
10. Wallace J. Theory of 12-step oriented treatment. In F. J. Rotgers, & S. W. Morgenstern (Eds.), Treating substance abuse: Theory and technique. New York: The Guilford Press; 2003.
11. Sadeghieh Ahari S, Azami A, Amani F, Sedigh A. Factors affecting the relapse among the patients referring voluntarily to addiction-abandoning centers, 2000. Journal of Ardabil University of Medical Sciences (JAUMS) 2004; 3(12):36-40. [In Persian]
12. Amini K, Amini D, Afshar Mf, Azar M. A study on social and environmental factors which made addicts to relapse into drug abuse in Hamedan. Journal of Zanjan University of Medical Sciences and Health Services 2004; 11(45):41-7. [In Persian]
13. Golestani F. The impact of group therapy based on change stages in prevention relapse among substance abusers in Kerman. Research on Addiction 2009; 8 (2): 254-68.
14. Zafar A, Zafar A, Asim M. Socio-Cultural Approaches in the Prevention of Drug Relapse: A Study in Rawalpindi, Pakistan. Academic Journal of Interdisciplinary Studies 2013; 2 (2): 287-90. [In Persian]
15. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. Organisational Behav Hum Decision Proces 1991; 50: 179-211.
16. Wu Z, Cao X, Zhang L. Provider-Client Interaction in Methadone Treatment Clinics in China. Journal of Drug Issues 2012; 42(2): 147-55.
17. Yen CF, Tsai JJ, Wang PW, Yeh YC, Liu SC, Wang SH, etal. Unfavorable attitudes toward receiving methadone maintenance therapy and associated factors among the inmates using intravenous heroin. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences 2011; 27(1): 27-33.
18. Sumintardja EN, Pinxten LW, Siregar JR. Suherman H, Wisaksana R, Iskandar S, etal. Behavioral aspects of HIV prevention and care in Indonesia: A plea for a multi-disciplinary, theory and evidence-based approach. Acta Med Indones. 2009; 41(1): 79-86.
19. Lai YH. Factors Associated with Methadone Maintenance Treatment among Injecting Drug Users. International Journal of Health Research and Innovation 2013; 1(2): 63-73.
20. Asayesh H, Jahahgir F, Qorbani M, Badeleh MT, RezaPour A, Soleimani MA, etal. Substance Abuse and Correlation between off Route of Administration and Age Factors in Substance Abuser. Journal of Research Development in Nursing & Midwifery 2012; 9(2): 82-9. [In Persian]
21. 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 (2009). Arak Medical University Journal (AMUJ) 2010; 13(3): 68-75. [In Persian]
22. Jalilian F, Motlagh FZ, Amoei MR, Hatamzadeh N, Gharibnavaz H, Mirzaei Alavijeh M. Which One Support (Family, Friend or Other Significant) is Much More Important to Drug Cessation? A Study among Men Kermanshah Addicts, the West of Iran. J Addict Res Ther 2014; 5: 174
23. Amani F, Sadeghieh S, Salamati P. Characteristics of self-introduced addicts in Ardebil. Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research 2005; 1(4): 55-9. [In Persian]

24. Froghi S. Aligodarz self-induced addict characteristics. Journal of Lorestan University of medical and health services (yafteh) 2004; 5(1(16)): 57- 62. [In Persian]
25. Abbasi A, Taziki SA, Moradi A. The prototype of drug disabused of opioids in the self-introduced addicts in Gorgan (North-East of Iran). Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2006; 8(1): 22-27. [In Persian]
26. Shamsi Meymandi M, Ziaeddini H and Sharifi Yazdi A. Opinion of high school students of Kerman towards affecting factors on narcotics tendency. JQUMS 2008; 12(3): 80-88. [In Persian]
27. Muck R, Titus JC, Zempolich KA , Fishman M, Godley MD, Schwebel R. An overview of the effectiveness of adolescent substance abuse treatment models. Youth and Society 2001; 33(2): 143-68.
28. Schwartz RP, Kelly SM, O'Grady KE, Mitchell SG, Peterson JA, Reisinger HS, etal. Attitudes toward buprenorphine and methadone among opioid-dependent individuals. Am J Addict 2008; 17(5):396-401.
29. Zule WA, Desmond DP. Attitudes toward Methadone Maintenance: Implications for HIV Prevention. Journal of Psychoactive Drugs 1998; 30(1): 89-97.
30. Zaller ND, Bazazi AR, Velazquez L, RichJD. Attitudes toward Methadone among Out-of-Treatment Minority Injection Drug Users: Implications for Health Disparities. Int. J. Environ. Res. Public Health 2009, 6(2), 787-97.

Attitude and Persuasive Subjective Norms on retention in Methadone Treatment Maintenance

Fazel Zinat Motlagh[1], Seyyed Nasrollah Hosseini[2], Gholamreza Sharifirad[3], Touraj Ahmadi Jouybari[4], Abbas Aghaei[4], Mari Ataee[4], Naser Hatamzadeh[5]

Original Article

Abstract

Background: The Retention rates are important factors in methadone maintenance treatment. This study was performed with aims to determine the attitude and subjective norms in Methadone Treatment Maintenance among Kohgilouyeh and Boyer Ahmad's province addict who referred addiction treatment centers.

Methods: This research was a cross-sectional study that done among men's addicted who are receiving methadone maintenance therapy referred to addiction treatment centers. Sampling was in systematic proportional method among addiction treatment centers in each of the cities. Questioner by referred to addiction centers selected men's addicted in randomly. Data were analyzed by SPSS-21.

Findings: Mean age of participants was 33.58±8.94 with range 16 to 53 years. Among attitude structure's questions respectively, reduce of harm reduction drugs on health, better communicate with people around and reduce the cost of living, and among subjective norms structure's questions, family approved and number of friends involved in methadone treatment had achieved the highest score average .

Conclusions: It seems, increase in beliefs such as harm reduction, reduce the cost of living and improve relationships and effect of family and friends support can be effective for retention on methadone maintenance therapy among addicts.

Keywords: Relapse, Addiction, Methadone, Attitudes, Subjective Norms

Citation: ZinatMotlagh F, Hosseini SN, Sharifirad Gh, Ahmadi Jouybari T, Aghaei A, Ataee M, etal. **Attitude and Persuasive Subjective Norms on retention in Methadone Treatment Maintenance.** J Health Syst Res 2014; Health Education supplement: **1849-1857**

Received date: 19/08/2013 **Accept date: 14/10/2013**

1. Social Determinants of Health Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran
2. Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
3. Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4. Substance Abuse Prevention Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran (Corresponding Author) Email: mariataee@yahoo.com
5. Social Determinants of Health Research Center, University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran