

بررسی نگرش معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون به مواد به منظور اعتبار یابی مقیاس نگرش به مواد

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۴/۱۰

اکبر علیوردی نیا^۱، سید احمد میرمحمدتبار^۲

چکیده

هدف از تحقیق حاضر تبیین جامعه شناختی نگرش معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون به مواد و اعتباریابی مقیاس نگرش به مواد در معتادان می‌باشد. سوال اصلی تحقیق حاضر این است که آیا حضور در درمان نگهدارنده با متادون بر نگرش معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون به مواد تأثیر دارد؟ روش تحقیق پژوهش حاضر، پیمایشی و از نوع مقطعی می‌باشد. جمع آوری اطلاعات از طریق ابزار پرسش نامه صورت گرفت. جمعیت تحقیق عبارت است از کلیه معتادان که در فصل بهار سال ۱۳۹۱ به ۱۱ مرکز نگهدارنده با متادون بابلسر و فریدونکنار مراجعه کرده‌اند. در مجموع تعداد ۴۰۵ نفر افراد مورد مطالعه با روش نمونه گیری طبقه‌ای تصادفی متناسب با حجم انتخاب گردیدند. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که ۴۱/۵ درصد از پاسخ‌گویان نگرش منفی به مواد داشته‌اند. همچنین نتایج تحلیل عاملی نشان داد که گویه‌های مقیاس نگرش به مواد زیر سه عامل عاطفی، رفتاری و شناختی بار شدند. این عوامل قوی‌ترین گویه‌ها را گرد آورده است. به شکلی که هیچ کدام از این گویه‌ها بر روی دو عامل بار عاملی مشترک ندارند. همچنین نتایج تحقیق نشان داد که متغیرهای باور و مشارکت در درمان به ترتیب قوی‌ترین متغیرهای تأثیرگذار بر نگرش به مواد می‌باشند.

واژگان کلیدی: اعتیاد، نگرش به مواد، نگهدارنده با متادون، حضور در فرآیند درمان، اعتبار

مقیاس.

aliverdinia@umz.ac.ir

۱. * نویسنده مسئول، دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه مازندران

۲. کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه مازندران

بیان مساله

سوء مصرف مواد یکی از مشکلات اساسی جوامع امروزی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است، مشکلی که میلیون‌ها زندگی را ویران و سرمایه‌های کلان ملی را صرف هزینه مبارزه، درمان و صدمات ناشی از آن می‌نماید. 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. سوء مصرف مواد باعث افزایش میزان خودکشی، فحشا، ترک تحصیل، خشونت در خانواده و جرم و جنایت در جامعه می‌شود. علاوه بر این مشکلات، ابتکار و نوآوری در قاچاق و تولید مواد مخدر منجر به افزایش فعالیت‌های مجرمانه، خشونت و ترس عمومی در سطح جامعه خواهد شد (لو و همکاران^۱، ۱۹۹۶: ۱۰۵).

موقعیت جغرافیایی ایران، به خصوص ۱۸۴۵ کیلومتر مرزی که با افغانستان، بزرگترین تولید کننده مواد مخدر جهان، و پاکستان دارد، ایران را به یکی از دالان‌های مهم ترانزیت مواد مخدر در جهان تبدیل کرده است (گزارش تحلیل موقعیت ایران در مبارزه با مواد، ۲۰۱۱: ۵). در سال ۲۰۰۹، مقدار ۱۴۵ هزار تن هروئین از افغانستان و پاکستان جهت ترانزیت به غرب و مصرف وارد ایران شد و در همین سال بین ۱۲۰۰-۱۰۰۰ تن تریاک تولیدی افغانستان به داخل ایران قاچاق شد (گزارش سالانه مصرف موادمسازمان ملل^۲، ۲۰۱۱: ۷۲). ایران یکی از جدی ترین مشکلات اعتیاد را در دنیا دارد. ایران در سال ۲۰۱۱، با رشد ۲/۲۶ درصدی، بیشترین رشد را در تعداد افراد سوء مصرف کننده مواد در جهان بعد از افغانستان، با رشد ۲/۶۵ درصد، داشته است. آخرین ارزیابی سریع وضعیت، که در سال ۲۰۱۰ توسط مسئولین کشوری انجام شد، تعداد مصرف کنندگان مواد- هم سوء مصرف کننده و هم مصرف کننده تفتنی- را در ایران ۲/۱ میلیون نفر برآورد می‌کند (گزارش تحلیل موقعیت ایران در مبارزه با مواد، ۲۰۱۱: ۱۵).

اعتیاد به مواد مخدر امری درمان‌پذیر می‌باشد. درمان به طور کلی به عنوان جزء اصلی یک استراتژی جامع کاهش تقاضا و بیانیه اصول راهنمای کاهش تقاضای مواد تلقی می‌گردد و به

1. Low and et al

2. UN Drug Report, 2011

دو بخش درمان دارویی و درمان غیردارویی تقسیم می‌شود. مراکز درمان نگهدارنده با متادون جزء بخش درمان دارویی می‌باشد (برنامه کاهش تقاضای سازمان ملل^۱، ۲۰۰۰: ۱۹). متادون در درمانگاه‌های خاصی به نام مراکز برنامه‌ی نگهدارنده با متادون، بیمارستان‌ها و زندان‌ها قابل حصول است. مصرف متادون، خطر مرگ را تا ۷۰ درصد کاهش می‌دهد. متادون درمانی سبب کاهش مصرف غیرقانونی مواد افیونی و سایر موادی که مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند می‌شود، اعمال مجرمانه را کم می‌کند، خطر ابتلا به انواع بیماری‌های عفونی و از همه مهم‌تر عفونت ایدز و هپاتیت بی و سی را کاهش می‌دهد. متادون درمانی، درگیری و خشونت در خانواده را هم حدود ۸۰ درصد کم می‌کند. درمان نگهدارنده با متادون در برخی از موارد بایستی در تمام طول عمر ادامه یابد. این درمان به طور موثر یک اعتیاد قابل کنترل و کم ضرر را جانشین اعتیاد به داروهای غیر مجاز و غیر قابل کنترل می‌کند (پرورش و همکاران، ۲۰۱۲: ۲).

همانطور که گفته شد این درمان با جایگزینی متادون که اعتیاد به آن قابل کنترل است، مصرف مواد را کاهش می‌دهد، میزان مرگ و ارتکاب جرم ناشی از مصرف مواد را کم می‌کند و برای بیمار این امکان را فراهم می‌کند که سلامت و سازندگی اجتماعی خود را افزایش دهد. علاوه بر آن از شیوع بیماری‌های عفونی ناشی از تزریق جلوگیری می‌نماید. اثر اصلی مصرف متادون کاهش میل فرد به مواد، پیشگیری از سندرم ترک و جلوگیری از حالت نئشگی ناشی از مصرف مواد است. تاکنون تحقیقات زیادی درباره‌ی اثرات درمان با متادون انجام شده است. مدارک معتبری وجود دارد که نشان می‌دهد، تا زمانی که معتاد به مواد در سیستم درمان حضور دارد، در خطر پایین‌تری از مرگ و 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 (جوزف و همکاران، ۲۰۰۰). بنابراین تحقیق حاضر در صدد پاسخ‌گویی به این سوال است که آیا حضور در درمان نگهدارنده با متادون بر نگرش معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون به مواد تأثیر دارد؟

اهمیت و ضرورت تحقیق

تحقیقات مختلفی درباره رابطه بین نگرش (نگرش به مواد) و رفتار (مصرف یا سوء مصرف مواد) انجام شده است. مثلاً آلپورت^۱ معتقد است که نگرش^۲ یک نوع آمادگی ذهنی برای انجام دادن برخی از کارها می‌باشد. این آمادگی به صورت سازمان دادن تجربه‌ها و تأثیرات رسمی و پویا بر رفتارهای انسانی در موقعیت‌های مختلف می‌باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین رفتار و نگرش‌ها همبستگی وجود دارد. به بیان دیگر بیشتر نگرش‌ها به عنوان پیشاینده رفتار پنداشته می‌شوند. از این رو، این باور که برای تغییر یک رفتار، درک بنیادین نگرش‌های مربوط به رفتار ضروری است، مورد توجه قرار گرفته شود (لطفی و عیار، ۲۰۱۲: ۱۹۸). همچنین اهمیت و ضرورت بررسی نگرش معتادان به مواد به این خاطر است که برای مبارزه با مصرف و سوء مصرف مواد باید نگرش‌های افراد به مواد را شناسایی کرد و برنامه‌هایی را برای مقابله با آن مطرح کرد (همان، ۲۰۰۰). با توجه به اینکه نگرش به مواد و سوء مصرف مواد رابطه تنگاتنگی با هم دارند، هدف از تحقیق حاضر تبیین جامعه‌شناختی نگرش معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون به مواد و اعتباریابی مقیاس نگرش به مواد در معتادان می‌باشد.

پیشینه تحقیق

در هر تحقیقی پیشینه تحقیق و مطالعه تحقیقات انجام شده از ضروریات است. مقصود از مرور ادبیات این است که پشتوانه و زمینه‌ای برای پژوهش فراهم آورد و پلی بین پروژه تحقیقاتی و وضع فعلی معرفت درباره موضوع ایجاد کند. لذا با توجه به موضوع تحقیق، سعی شد تحقیقاتی که عوامل اجتماعی موثر بر نگرش معتادان تحت درمان اعتیاد نسبت به مواد را بررسی کردند، مرور گردد که در زیر به برخی از آنها اشاره می‌شود:

اکرمی (۱۳۸۷) تحقیقی را با عنوان " بررسی عملکرد مرکز خیریه تولدی دوباره تهران در درمان معتادان زیر ۲۵ سال " انجام داد. این تحقیق با استفاده از روش پیمایشی بر روی ۲۸۷ نفر از معتادان کمتر از ۲۵ ساله پذیرش شده در مرکز خیریه تولدی دوباره چیتگر انجام گرفت. برای جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای درباره آگاهی معتادان در خصوص اعتیاد، نگرش

1. Alport
2. Attitude

معتادان به اعتیاد و میزان پایداری آنان در پاک‌ی طراحی شد. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که عملکرد مرکز خیریه تولدی دوباره منجر به افزایش آگاهی معتادان در خصوص اعتیاد و پیامدهای آن، تغییر در نگرش معتادان و افزایش ثبات آنان در پاک‌ی به مدت بیش از یک سال می‌شود.

بهروان و میرانوری (۱۳۸۸) تحقیقی را با عنوان "تحلیل جامعه‌شناختی بازگشت مجدد معتادان به اعتیاد در مرکز اجتماع درمان مدار در شهر مشهد" انجام دادند. روش تحقیق پیمایشی و داده‌ها از طریق پرسشنامه استاندارد به دست آمد. جامعه آماری ۱۲۰ نفر معتادانی بودند که سابقه ترک اعتیاد داشته و در مرکز اجتماع درمان مدار شهر مشهد برای درمان حضور داشتند. حجم نمونه ۱۰۵ نفر از معتادان دارای سابقه ترک بودند که به طریق نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. تحلیل‌های رگرسیون چندگانه نشان داد که متغیر نگرش مثبت به اعتیاد در کنار متغیرهای برجسب، سن و احساس تبعیض از مهم‌ترین و تعیین‌کننده‌ترین عوامل تأثیرگذار مستقیم و مثبت بر دفعات بازگشت به اعتیاد محسوب می‌شوند.

علیوردی نیا (۱۳۸۸) تحقیقی را با عنوان "اثربخشی برنامه‌های معتادان گمنام در نگرش معتادان به مواد مخدر" انجام داد. هدف اصلی تحقیق حاضر بررسی میزان اثربخشی برنامه‌های انجمن معتادان گمنام بر نگرش به مواد مخدر بود. جامعه آماری این تحقیق، از کلیه معتادان گمنام ایران، که در جلسات و برنامه‌های معتادان گمنام مشارکت داشتند، تشکیل شد. در مجموع تعداد ۵۸۱ نفر افراد مورد مطالعه با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب گردیدند. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که مشارکت در جلسات انجمن، باور و خودکنترلی افراد با نگرش مساعد آنها به مواد رابطه معکوس دارد.

وانگ و لین^۱ (۲۰۰۳) تحقیقی را با عنوان "بررسی رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز در زنان مصرف‌کننده هرئین در چین" انجام دادند. این مطالعه به صورت پیمایشی و مقطعی انجام شد. نمونه این تحقیق، ۱۷۱ نفر از زنان حاضر در مراکز سم‌زدایی گانسائو می‌باشند. داده‌ها با ابزار پرسشنامه گردآوری شد. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که افراد با حضور در مراکز سم‌زدایی، نگرششان به مصرف مواد منفی‌تر شد. این افراد آموزش و استراتژی‌های کاهش آسیب را برای

کاهش نگرش مثبت به مصرف مواد و در نتیجه نگرش منفی به رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز موثر می‌دانند.

مونوز پلازا و همکاران^۱ (۲۰۰۸) تحقیقی را با عنوان "نگرش و آگاهی افراد مبتلا به هپاتیت سی در مراکز ترک اعتیاد آمریکا" انجام دادند. روش تحقیق این مطالعه به صورت کیفی می‌باشد. اطلاعات از ۶۲ نفر به صورت مصاحبه چهره به چهره و از ۱۰۲ نفر به شکل مصاحبه متمرکز گروهی در نیویورک و هفت ایالت دیگر آمریکا جمع‌آوری شد. هر چند افراد مورد مصاحبه دیگر مواد مصرف نمی‌کردند ولی نگرش آنها به مصرف مواد منفی شد.

ال تیب و کوستر^۲ (۲۰۱۱) تحقیقی را با عنوان "نگرش به درمان معتادان تزریقی حاضر در مراکز متادون درمانی دنور" انجام دادند. این مطالعه به صورت پیمایشی و مقطعی انجام شد. ۵۴۴ نفر از معتادان تزریقی در مراکز متادون درمانی ایالت دنور به عنوان نمونه انتخاب شدند و اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شد. نگرش مثبت به مواد در کنار متغیرهای هزینه‌ی بالای درمان، برخورد نامناسب کارکنان مراکز و نارضایتی از خدمات مشاوره‌ای از عوامل عدم ابقا در درمان و مصرف مجدد مواد می‌باشد.

لی و همکاران^۳ (۲۰۱۲) تحقیقی را با عنوان "تعامل افراد حاضر در درمان اعتیاد در مراکز نگهدارنده با متادون در چین" انجام دادند. این مطالعه به صورت پیمایشی و مقطعی انجام شد. ۴۱ نفر از افراد تحت درمان در مراکز نگهدارنده با متادون در سیچوان که به صورت داوطلبانه در تحقیق شرکت کردند، به عنوان نمونه انتخاب شدند. داده‌ها با ابزار پرسشنامه گردآوری گردید. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که بین تعامل در فرآیند درمان و نگرش منفی افراد به مواد رابطه مستقیم وجود دارد، یعنی اینکه هر چه تعامل افراد در فرآیند درمان بیشتر باشد، نگرش آنها به مواد منفی‌تر است. نتایج حاکی از نگرش منفی‌تر به مواد زنان نسبت به مردان می‌باشد. همچنین هر چه نگرش منفی به مواد بیشتر باشد، میزان ابقا در درمان بیشتر است.

به طور کلی نتایج تحقیقات در پیشینه نشان می‌دهد که معتادان با قرار گرفتن در فرایند درمان به نسبت دارای نگرش منفی‌تری به مواد می‌شوند. همچنین نگرش منفی این معتادان

-
1. Munoz-Plaza and et al
 2. Al-Tayyib and Koester
 3. Li and et al

زمانی که مشارکت بیشتری در برنامه‌های درمانی انجام دهند، بیشتر هم می‌شود.

چهار چوب نظری

برای تبیین نگرش معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون به مواد از نظریات پیوند افتراقی و پیوند اجتماعی هیرشی استفاده شد.

در نظریات یادگیری اجتماعی به خصوص نظریه پیوند افتراقی ساترلند درباره رابطه بین نگرش و رفتار انحرافی بحث شده است. در نظریه پیوند افتراقی، رفتار انحرافی، نتیجه برتری تعریف هنجارها، ارزش‌ها، و نگرش‌های مطلوب از قانون شکنی بر هنجارها، ارزش‌ها و نگرش‌های نامطلوب از قانون شکنی می‌باشد. درباره رابطه بین نگرش و رفتار انحرافی در حوزه روانشناسی اجتماعی هم بحث می‌شود. در این حوزه تأثیرات اجتماعی بر رفتار به خصوص هم‌نوایی به صورت گسترده بررسی می‌شود، هم‌نوایی یک دگرگونی در نگرش‌ها و رفتارها در گروهی است که می‌خواهد با هنجارهای اجتماعی پیوند داشته باشد. برقراری هم‌نوایی در روانشناسی اجتماعی به دو شکل «پذیرش شخصی» و «اجابت» صورت می‌گیرد. پذیرش شخصی به صورت تغییرات در نگرش شخصی افراد در امتداد نگرش یا باورهای گروه تعریف می‌شود و اجابت به رفتارهای آشکار و عمومی بدون در نظر گرفتن باورهای فردی افراد بر می‌گردد. بیشتر نظرات جرم‌شناسی به تأثیر نقش همالان در بروز رفتارهای مجرمانه توجه دارند. ساترلند معتقد است که رفتارهای انحرافی نتیجه گرایش یا نگرش افراد به همالان است. شناسایی پذیرش شخصی یک راه هم‌نوایی با همالان است. در همین راستا، اگر مدعی است که رفتارهای انحرافی نتیجه مدل‌های رفتاری است که گرایش یا نگرش به همالان دارد. نظریه یادگیری اجتماعی مدعی نیست که همیشه نگرش‌های انحرافی منجر به رفتارهای انحرافی می‌شوند، بلکه به رابطه بین نگرش و رفتارهای انحرافی تأکید می‌کند و در شناسایی علت و معلول باید به مفاهیم پذیرش شخصی و اجابت توجه شود (مگنز و ورمان^۱، ۲۰۱۲: ۴۲۸).

نظریه کنترل درباره کنترل رفتار افراد و چگونگی ممانعت از کجرو شدن آنها می‌باشد. اساس نظریات کنترل اجتماعی بر فرایند اجتماعی شدن نابرابر افراد اشاره دارد. فرایند

اجتماعی شدن، افراد را کنترل می‌کند و مانع از کجرو شدن افراد می‌شود، در نتیجه ناهم‌نوایی و رفتارهای انحرافی در جامعه کاهش می‌یابد (والش و هممنز^۱، ۲۰۰۸: ۱۵۲). مهمترین و معروف‌ترین نظریه کنترل اجتماعی، نظریه پیوند اجتماعی هیرشی می‌باشد. هیرشی فرض می‌کند که بشر ذاتاً ضد اجتماعی و به طور طبیعی آماده انجام دادن عمل انحرافی است. سوال اصلی هیرشی این نیست که چرا بعضی از افراد منحرف می‌شوند، بلکه سوال 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 می‌باشد. پیوستگی^۳ به صورت پیوند احساسی افراد با دیگران مهم مثل خانواده، دوستان و بستگان نزدیک تعریف می‌شود. تعهد^۴ به آرزوها 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^۵ به درجه‌ای از بکارگیری 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. باور^۶، به قبول هنجارهای جامعه توسط فرد بر می‌گردد. هرچه باور قوی‌تر باشد و پذیرش و اجرای هنجارها بیشتر و کجروی کمتر می‌شود (میرمحمدتبار، ۱۳۹۱).

-
1. Walsh and Hemmens
 2. Junger and Marshall
 3. Attachment
 4. commitment
 5. involvement
 6. belief

همنوايي از نظر هيرشي نتيجه دروني كردن هنجارها و ارزش‌هاي جامعه و انسجام با گروه‌هاي اجتماعي است. يك پيوند بين فرد و جامعه ايجاد مي‌شود و او را از تخطي از قانون منع مي‌کند. نظريه کنترل مدعي است که پيوند قوي یک شخص بيشتر برای همنوايي او می- باشد. بنابرین ضعف یا جدایی یک عنصر از ديگر عناصر پيوند اجتماعي احتمال ارتکاب رفتارهاي کجروانه را افزايش مي‌دهد. تحقيقات فراواني نشان مي‌دهد که پيوند اجتماعي با رفتارهاي کجروانه و مصرف مواد رابطه منفي دارد (فورد^۱، ۲۰۰۸: ۳۳۹).

فرضيات تحقيق

۱. بين پيوستگي و نگرش مساعد معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون به مواد رابطه معکوس و معنادار وجود دارد.
۲. بين باور و نگرش مساعد معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون به مواد رابطه معکوس و معنادار وجود دارد.
۳. بين حضور در درمان نگهدارنده با متادون و نگرش مساعد معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون به مواد رابطه معکوس و معنادار وجود دارد.
۴. بين پيوند افتراقي و نگرش مساعد معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون به مواد رابطه مستقيم و معنادار وجود دارد.
۵. بين حضور در درمان نگهدارنده با متادون و پيوستگي رابطه مستقيم و معنادار وجود دارد.
۶. بين حضور در درمان نگهدارنده با متادون و باور رابطه مستقيم و معنادار وجود دارد.
۷. بين حضور در درمان نگهدارنده با متادون و پيوند افتراقي رابطه معکوس و معنادار وجود دارد.

روش

روش تحقيق پژوهش حاضر پيمائشي^۲ و از نوع مقطعي^۳ است. واحد تحليل پژوهش حاضر، فرد و در نتيجه، تحليل آن نیز در سطح خرد می‌باشد. از میان تکنیک‌های گردآوری اطلاعات

1. Ford
2. Survey
3. Cross-sectional

از پر کاربردترین آن‌ها یعنی پرسش‌نامه استفاده شده 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 ولی ۴۳۰ پرسشنامه توزیع گردید. روش نمونه‌گیری در تحقیق حاضر، روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه-ای متناسب با حجم^۱ می‌باشد. در نهایت با کنار گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص، ۴۰۵ پرسشنامه با نرم افزار SPSS و AMOS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی اعتبار^۲ و پایایی^۳ مقیاس به ترتیب از تحلیل عامل^۴ و آلفای کرونباخ استفاده شد.

تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای تحقیق

مقیاس نگرش به مواد^۵: برای سنجش و اندازه‌گیری مفهوم نگرش به مواد، از ۱۶ گویه در سه بعد شناختی، عاطفی و رفتاری استفاده شده است (علیوردی نیا و همکاران، ۱۳۸۷). اعتبار مقیاس بوسیله تحلیل عاملی هر یک از ابعاد ارزیابی شد (آزمون تک بعدی بودن). پس از ارزیابی آزمون بارتلت (KMO^6) و ضریب معنی داری آن که در واقع مجوز استفاده از تحلیل عاملی محسوب می‌شود، مقدار ویژه گویه‌ها و ضریب اشتراک هر یک مورد ارزیابی و داوری قرار گرفتند. برای بررسی مناسب بودن داده‌های تحقیق برای تحلیل عاملی از آزمون بارتلت (KMO) استفاده شد. ضریب آزمون بارتلت (KMO) مقیاس نگرش به مواد ۰/۷۷ است که در حد قابل قبول می‌باشد. بنابراین آزمون تحلیل عاملی در شناسایی ابعاد این مقیاس قابل استفاده است. مقدار ویژه‌ای که از تحلیل عاملی بدست آمده است بیانگر این نکته است که در تحلیل این بعد با ۳ عامل مواجهیم مقادیر ویژه عوامل مذکور ۹/۶۱ می‌باشند. همچنین این عوامل مجموعاً حدود ۶۰/۱ درصد از واریانس نگرش به مواد را تبیین می‌کنند. چنانکه در جدول ۱ ملاحظه می‌شود گویه‌های گرد آمده ذیل سه عامل (پس از چرخش) بیشترین

-
1. Stratified random sampling proportional to size
 2. Validity
 3. Reability
 4. Factor Analysis
 5. Attitude to Drug Scale
 6. Kaiser_Meyer_Olkin Measure of sampling Adequency

واریانس را تبیین می‌کنند. این عوامل به عنوان عوامل اصلی در مقیاس مربوط انتخاب گردید. همچنین برای بررسی پایایی مقیاس نگرش به مواد از آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضریب آلفای ابعاد عاطفی، رفتاری و شناختی به مواد به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ می‌باشد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ نگرش به مواد ۰/۸۰ محاسبه شد^۱ که حاکی از پایایی بالای مقیاس مذکور دارد.

جدول ۱. ماتریس مقیاس نگرش به مواد پس از چرخش واریماکس

بعد	شماره	گویه	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳
عاطفی	۱	مصرف مواد(مخدر) تجربه هیجان انگیزی است.	۰/۶۸		
	۲	مصرف مواد (مخدر) بسیار لذت بخش است.	۰/۷۰		
	۳	مصرف مواد (مخدر) باعث تمرکز حواس می‌شود.	۰/۷۲		
	۴	مصرف مواد (مخدر) می‌تواند خشم افراد را کاهش دهد.	۰/۷۷		
	۵	مصرف مواد (مخدر) می‌تواند ناراحتی افراد را کاهش دهد.	۰/۷۸		
	۶	مصرف مواد (مخدر) راه خوبی برای کم کردن فشار روانی است.	۰/۷۵		
	۷	حاضر نیستم با فرد معتاد مسافرت بروم.	۰/۶۵		
رفتاری	۸	اگر بخواهم چیزی بخرم یا بفروشم، دوست ندارم فروشنده یا خریدار فرد معتاد باشد.	۰/۷۳		
	۹	حاضر نیستم با یک فرد معتاد ازدواج کنم.	۰/۶۶		
	۱۰	اگر تنها باشم، ممکن است مواد تهیه و مصرف کنم.	۰/۷۱		
	۱۱	اگر خانواده اعتراض نکنند، وقتی باهم هستیم احتمال دارد که مواد(مخدر) مصرف کنم.	۰/۶۸		
	۱۲	وقتی با دوستانم هستم، حاضرم با آنها مواد (مخدر) مصرف کنم.	۰/۷۳		
	۱۳	در مهمانی و جشن که دوستان سیگار می‌کشند، حاضرم با آنها مواد (مخدر) مصرف کنم.	۰/۶۴		
شناختی	۱۴	خرید مواد (مخدر) باعث هدر دادن پول می‌شود.	۰/۸۶		
	۱۵	مصرف مواد (مخدر) می‌تواند منجر به بیماری قلبی گردد.	۰/۹۰		
	۱۶	مصرف مواد (مخدر) می‌تواند فشارخون را بالا ببرد.	۰/۷۴		
مقدار ویژه ^۲			۵/۱۴	۲/۳۸	۲/۰۹
درصد واریانس تبیین شده توسط هر عامل			۳۲/۱	۱۴/۹	۱۳/۱
آلفای کرونباخ			۰/۸۵	۰/۸۴	۰/۸۲

پیوستگی با خانواده: پیوستگی اولین عنصر از عناصر پیوند اجتماعی هیرشی می‌باشد و به

۱. آلفای کرونباخ کل با توجه به فرمول محاسبه آلفای کرونباخ کل در کتاب ثرندایک(۱۳۶۹) محاسبه شد.

$$\left(\frac{\text{مجموع واریانس هر یک از خرده مقیاس ها}}{\text{تعداد خرده مقیاس ها}} - 1 \right) = \frac{\text{آلفای کرونباخ کل}}{\text{تعداد خرده مقیاس ها}}$$

2. Eigenvalues

صورت پیوند احساسی افراد با دیگران مهم مثل خانواده، مذهب، دوستان و بستگان نزدیک تعریف می‌شود (رایدنور و همکاران^۱، ۲۰۰۶: ۱۰۳۷). برای سنجش و اندازه‌گیری این مفهوم از ۶ گویه استفاده شد. تدوین گویه‌های مقیاس پیوستگی بر مبنای پژوهش‌های پیشین بوده است (اوزجان و اوزبای^۲، ۲۰۰۷). آلفای کرونباخ این متغیر حدود ۰/۸۱ محاسبه گردید.

باور: باور، به قبول هنجارهای جامعه توسط فرد بر می‌گردد (بوث و همکاران، ۲۰۰۸: ۴۲۶). برای سنجش و اندازه‌گیری مفهوم باور از ۸ گویه استفاده گردید. تدوین گویه‌های مقیاس باور بر مبنای پژوهش‌های پیشین بوده است (ردمون^۳، ۲۰۱۰). آلفای کرونباخ متغیر باور ۰/۷۳ محاسبه شد.

پیوند افتراقی: افراد به این علت کج رفتار می‌شوند که تعداد تماس‌های انحرافی آنان بیش از تماس‌های غیرانحرافی شان است. این تفاوت تعامل علت اصلی کج رفتاری آن هاست (هافمن^۴، ۲۰۰۲: ۷۵۷). مجموعاً ۴ گویه برای سنجش مفهوم پیوند افتراقی استفاده شد. تدوین گویه‌های مقیاس پیوند افتراقی بر مبنای پژوهش‌های پیشین بوده است (تریپلت و پاینه^۵، ۲۰۰۴؛ مرس و فیلد^۶، ۲۰۰۲). آلفای کرونباخ این متغیر حدود ۰/۵۴ محاسبه گردید.

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 ۸ 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؟"، "چه مدت است که در درمان حضور دارید؟" میزان حضورتان در جلسات درمان غیردارویی (مشاوره فردی، گروه درمانی و ...) چقدر می‌باشد؟" و "

-
1. Ridenour and et al
 2. Özcan and Özbay
 3. Redmon
 4. Hoffman
 5. Triplett and Payne
 6. Mears and Field

دز متادون شما چقدر است؟" استفاده شد. تدوین گویه‌های متغیر مشارکت در فرآیند درمان محقق ساخته می‌باشد. آلفای کرونباخ این متغیر ۰/۶۲ محاسبه شد.

یافته‌ها

یافته‌ها گویای این است که ۹۵/۱ درصد از پاسخ‌گوها مرد، ۳۷/۸ درصد متاهل، ۱۵/۱ درصد مجرد و ۹۱/۱ درصد از آنها شاغل هستند. میانگین سنی پاسخ‌گویان ۳۵/۵ سال می‌باشد. سطح تحصیلات ۶/۹ درصد پاسخ‌گویان بی‌سواد می‌باشد. بیشترین میزان فراوانی پاسخ‌گویان در سطح تحصیلی دیپلم با ۲۸/۶ درصد است. ۶۳/۷، ۲۵/۷ و ۱۰/۶ درصد از افراد به ترتیب دارای پایگاه اقتصادی اجتماعی پایین، متوسط و بالا هستند. ۹۰/۹ از افراد بعد از ورود به مراکز درمانی مواد مخدر غیر قانونی مصرف نکردند. مقدار مصرف مواد مخدر غیر قانونی ۵ درصد پاسخ‌گویان در حد کم و ۴/۱ درصد در حد متوسط و زیاد می‌باشد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که پیوستگی به خانواده ۱۳/۱، ۳۵/۳ و ۵۱/۶ درصد از پاسخ‌گویان به ترتیب در حد کم، متوسط و زیاد می‌باشد. همچنین باور ۹/۷، ۳۴/۴ و ۵۵/۹ درصد از این افراد به ترتیب در حد کم، متوسط و زیاد قرار دارد. پیوند افتراقی ۳۹/۸ درصد معتادان مراکز نگهدارنده در حد کم، ۲۸/۱ درصد آنها در حد متوسط و ۳۲/۱ درصدشان در حد زیاد پیوند افتراقی دارند. همچنین مشارکت در فرآیند درمان ۴۱/۵، ۳۷/۳ و ۲۱/۲ درصد از پاسخ‌گویان به ترتیب در حد کم، متوسط و زیاد می‌باشد.

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصدی متغیرهای مستقل

متغیرها میزان	پیوستگی با خانواده		باور		پیوند افتراقی		مشارکت در درمان	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کم	۵۳	۱۳/۱	۳۹	۹/۷	۱۶۱	۳۹/۸	۱۶۸	۴۱/۵
متوسط	۱۴۳	۳۵/۳	۱۳۹	۳۴/۴	۱۱۴	۲۸/۱	۱۵۱	۳۷/۳
زیاد	۲۰۹	۵۱/۶	۲۲۷	۵۵/۹	۱۳۰	۳۲/۱	۸۶	۲۱/۲
جمع	۴۰۵	۱۰۰	۴۰۵	۱۰۰	۴۰۵	۱۰۰	۴۰۵	۱۰۰

جدول شماره ۳ توزیع پاسخ‌گویان بر حسب نگرش به مواد و ابعاد آن را نشان می‌دهد. بر

اساس داده‌های این جدول، نگرش عاطفی ۳۵/۳ درصد از پاسخ‌گویان به مواد منفی و نگرش عاطفی ۳۷/۵ درصد از آنها به مواد خنثی می‌باشد. همچنین ۲۷/۲ درصد پاسخ‌گویان نگرش عاطفی مثبت به مواد دارند. همچنین بر اساس داده‌های این جدول، نگرش رفتاری ۴۷/۹ درصد از پاسخ‌گویان به مواد منفی و نگرش رفتاری ۲۹/۹ درصد از آنها به مواد خنثی می‌باشد. همچنین ۲۲/۲ درصد پاسخ‌گویان نگرش رفتاری مثبت به مواد دارند. بر اساس داده‌های این جدول، نگرش شناختی ۴۴/۲ درصد از پاسخ‌گویان به مواد منفی و نگرش شناختی ۳۰/۴ درصد از آنها به مواد خنثی می‌باشد. همچنین ۲۵/۴ درصد پاسخ‌گویان نگرش شناختی مثبت به مواد دارند. یافته‌های جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که نگرش ۴۳/۲ درصد از پاسخ‌گویان به مواد منفی و نگرش ۳۱/۶ درصد از آنها به مواد خنثی می‌باشد. همچنین ۲۵/۲ درصد پاسخ‌گویان نگرش مثبت به مواد دارند.

جدول ۳. توزیع میزان نگرش به مواد پاسخ‌گویان

ابعاد جهت نگرش	بعد عاطفی		بعد رفتاری		بعد شناختی		نگرش کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
منفی	۱۴۳	۳۵/۳	۱۹۴	۴۷/۹	۱۷۹	۴۴/۲	۱۷۵	۴۳/۲
خنثی (بینابین)	۱۵۲	۳۷/۵	۱۲۱	۲۹/۹	۱۲۳	۳۰/۴	۱۲۸	۳۱/۶
مثبت	۱۱۰	۲۷/۲	۹۰	۲۲/۲	۱۰۳	۲۵/۴	۱۰۲	۲۵/۲
جمع	۴۰۵	۱۰۰	۴۰۵	۱۰۰	۴۰۵	۱۰۰	۴۰۵	۱۰۰

جدول شماره ۴ وضعیت توزیع درصدی پاسخ‌گویان در گویه‌های متغیر نگرش به مواد را نشان می‌دهد. براساس یافته‌های تحقیق، در گویه‌های مولفه زیان آور بودن مواد در بعد نگرش شناختی به مواد، بیشترین میزان موافقت کامل با گویه « خرید مواد (مخدر) باعث هدر دادن پول می‌شود» با ۴۲/۷ درصد و کمترین میزان موافقت کامل با گویه « مصرف مواد (مخدر) می‌تواند فشارخون را بالا ببرد» با ۳۳/۸ درصد می‌باشد. همچنین بیش از دو سوم از پاسخ‌گویان در گویه‌های مولفه زیان آور بودن مواد در حد موافقم و کاملاً موافقم قرار دارند، که این مطلب، نشان می‌دهد زیان آور بودن مواد از نظر پاسخ‌گویان در سطح بالایی قرار دارد. در گویه‌های مولفه ایجاد حالات عاطفی مثبت در بعد نگرش عاطفی به مواد، بیشترین میزان مخالفت کامل با گویه «مصرف مواد (مخدر) بسیار لذت بخش است» با ۲۹/۶ درصد و

کمترین میزان مخالفت کامل با گویه « مصرف مواد (مخدر) تجربه هیجان انگیزی است.» با ۲۳/۲ درصد می‌باشد. همچنین بیش از نیمی از پاسخ‌گویان در گویه‌های مولفه ایجاد حالات عاطفی مثبت در حد متوسط و کمتر از آن قرار دارند.

جدول ۴. وضعیت توزیع درصدی پاسخ‌گویان در گویه‌های متغیر نگرش به مواد

ابعاد	مولفه	گویه‌های متغیر نگرش به مواد	کاملاً موافقم	موافقم	بی نظر	مخالقم	کاملاً مخالفم	جمع کل
نگرش شناختی به مواد	زیان	خرید مواد (مخدر) باعث هدر دادن پول می‌شود.	۴۲/۷	۳۰/۹	۱۰/۱	۶/۴	۹/۹	۱۰۰
	آوردن مواد	مصرف مواد (مخدر) می‌تواند منجر به بیماری قلبی گردد.	۴۰/۲	۳۲/۳	۱۲/۱	۷/۴	۷/۹	۱۰۰
		مصرف مواد (مخدر) می‌تواند فشارخون را بالا ببرد.	۳۳/۸	۳۳/۱	۱۵/۳	۷/۷	۱۰/۱	۱۰۰
ایجاد حالات عاطفی مثبت	ایجاد حالات عاطفی مثبت	مصرف مواد (مخدر) تجربه هیجان انگیزی است.	۱۴/۸	۲۹/۴	۱۲/۳	۲۰/۲	۲۳/۲	۱۰۰
		مصرف مواد (مخدر) بسیار لذت بخش است.	۹/۴	۲۵/۴	۱۱/۱	۲۴/۴	۲۹/۶	۱۰۰
		مصرف مواد (مخدر) منجر به افزایش تمرکز می‌شود.	۱۲/۱	۲۹/۴	۱۴/۱	۱۸/۸	۲۵/۷	۱۰۰
نگرش عاطفی به مواد	کاهش حالات عاطفی منفی	مصرف مواد (مخدر) می‌تواند خشم افراد را کاهش دهد.	۱۵/۱	۲۵/۷	۱۳/۶	۲۳/۲	۲۲/۵	۱۰۰
		مصرف مواد (مخدر) می‌تواند ناراحتی افراد را کاهش دهد.	۹/۶	۲۶/۲	۱۶	۲۷/۲	۲۱	۱۰۰
		مصرف مواد (مخدر) راه خوبی برای کم کردن فشار روانی است.	۸/۶	۱۶/۸	۲۰/۵	۳۰/۹	۲۳/۲	۱۰۰
نگرش رفتاری به مواد	معاشرت با افراد معتاد	حاضر نیستم با فرد معتاد مسافرت بروم.	۲۰/۵	۲۷/۲	۱۸	۱۷/۳	۱۷	۱۰۰
		اگر بخواهم چیزی بخرم یا بفروشم، دوست ندارم فروشنده یا خریدار فرد معتاد باشد.	۲۱/۵	۲۴/۷	۲۶/۲	۱۴/۸	۱۲/۸	۱۰۰
		حاضر نیستم با یک فرد معتاد ازدواج کنم.	۲۹/۶	۳۲/۳	۱۱/۶	۱۴/۳	۱۲/۱	۱۰۰
نگرش رفتاری به مواد	آمادگی برای مصرف مواد	اگر تنها باشم، ممکن است مواد تهیه و مصرف کنم.	۱۴/۳	۲۷/۴	۱۵/۳	۲۳	۲۰	۱۰۰
		اگر خانواده اعتراض نکند، وقتی باهم هستیم احتمال دارد که مواد (مخدر) مصرف کنم.	۹/۹	۱۹/۸	۱۳/۱	۳۰/۴	۲۶/۹	۱۰۰
		وقتی با دوستانم هستم، حاضرم با آنها مواد (مخدر) مصرف کنم.	۸/۱	۱۷/۸	۱۴/۶	۳۶	۲۳/۵	۱۰۰
		در مهمانی و جشن که دوستان سیگار می‌کشند، حاضرم با آنها مواد (مخدر) مصرف کنم.	۷/۷	۱۴/۱	۱۴/۳	۳۶/۳	۲۷/۷	۱۰۰

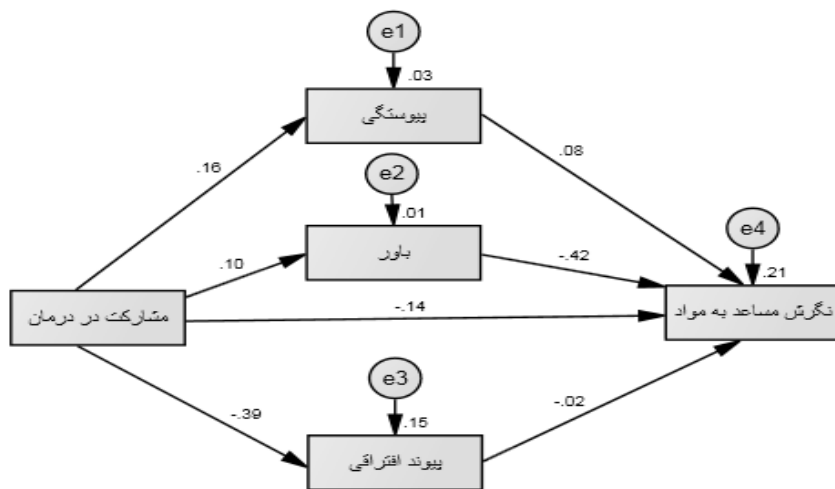
همچنین در گویه‌های مولفه کاهش حالات عاطفی منفی در بعد نگرش عاطفی به مواد، بیشترین میزان مخالفت کامل با گویه « مصرف مواد (مخدر) راه خوبی برای کم کردن فشار

روانی است» با ۲۳/۲ درصد و کمترین میزان مخالفت کامل با گویه «مصرف مواد (مخدر) می‌تواند ناراحتی افراد را کاهش دهد» با ۲۱ درصد می‌باشد.

براساس یافته‌های تحقیق، در گویه‌های مولفه معاشرت با افراد معتاد در بعد نگرش رفتاری به مواد بیشترین میزان موافقت کامل با گویه «حاضر نیستم با یک فرد معتاد ازدواج کنم» با ۲۹/۶ درصد و کمترین میزان موافقت کامل با گویه «حاضر نیستم با فرد معتاد مسافرت بروم» با ۲۰/۵ درصد می‌باشد. همچنین در گویه‌های مولفه آمادگی برای مصرف مواد، بیشترین میزان مخالفت کامل با گویه «در مهمانی و جشن که دوستان سیگار می‌کشند، حاضرم با آن‌ها مواد (مخدر) مصرف کنم.» با ۲۷/۷ درصد و کمترین میزان مخالفت کامل با گویه «اگر تنها باشم، ممکن است مواد تهیه و مصرف کنم» با ۲۰ درصد می‌باشد.

برای بررسی روابط بین متغیرها و آزمون فرضیات، مدل معادله ساختاری با استفاده از نرم‌افزار Amos ترسیم شده است. در شکل شماره ۱ ضریب استاندارد شده متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته (نگرش مساعد به مواد) نشان داده می‌شود.

شکل ۱. نمودار معادلات ساختاری تبیین کننده نگرش مساعد به مواد



نتایج معادلات ساختاری و جدول ۵ نشان می‌دهد که بین پیوستگی و نگرش مساعد به مواد رابطه معکوس و معنادار وجود ندارد (رد فرضیه ۱). نتایج تحقیق حاضر حکایت از رابطه معکوس و معنادار بین باور و نگرش مساعد به مواد دارد، یعنی با افزایش باور به قوانین توسط

افراد، نگرش مساعد آنها به مواد کاهش می‌یابد (تایید فرضیه ۲). ضرایب استاندارد شده معادلات ساختاری نشان می‌دهد که رابطه معکوس و معنادار بین مشارکت در درمان نگهدارنده و نگرش مساعد معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون به مواد وجود دارد، به این معنی که با افزایش فعالیت و حضور مستمر فرد در درمان دارویی و غیردارویی، میزان نگرش مساعد آنها به مواد کاهش می‌یابد (تایید فرضیه ۳). نتایج تحقیق از رابطه مستقیم و معنادار بین پیوند افتراقی و نگرش مساعد به مواد حمایت نمی‌کند (رد فرضیه ۴). نتایج تحقیق حکایت از رابطه مستقیم و معنادار متغیرهای پیوستگی و باور با مشارکت در درمان دارد، یعنی با افزایش حضور افراد در فرایند درمان نگهدارنده با متادون، پیوستگی و باور آنها افزایش می‌یابد (رد فرضیات ۵ و ۶). نتایج تحقیق حکایت از رابطه معکوس و معنادار بین مشارکت در درمان و پیوند افتراقی دارد، به این معنی که با افزایش حضور فرد فعالیت و حضور مستمر فرد در درمان دارویی و غیردارویی، میزان پیوند افتراقی آنها کاهش می‌یابد (تایید فرضیه ۷). نتایج شکل ۱ نشان می‌دهد که علاوه بر تأثیر مستقیم مشارکت در درمان بر نگرش مساعد به مواد، این متغیر بر متغیر نگرش به مواد ۰/۰۳- تأثیر غیرمستقیم دارد.

جدول ۵. ضرایب معادلات ساختاری تبیین‌کننده نگرش مساعد به مواد (آزمون فرضیات)

فرضیه	مقدار ضریب استاندارد شده	سطح معناداری	نتیجه فرضیه
۱- رابطه معکوس بین پیوستگی و نگرش به مواد	۰/۰۸	۰/۰۷۲	رد فرضیه
۲- رابطه معکوس بین باور و نگرش به مواد	-۰/۴۲	۰/۰۰۰	تایید فرضیه
۳- رابطه معکوس بین مشارکت در درمان و نگرش به مواد	-۰/۱۴	۰/۰۰۴	تایید فرضیه
۴- رابطه مستقیم بین پیوند افتراقی و نگرش به مواد	-۰/۰۲	۰/۶۷۴	رد فرضیه
۵- رابطه مستقیم بین مشارکت در درمان و پیوستگی	۰/۱۶	۰/۰۰۱	تایید فرضیه
۶- رابطه مستقیم بین مشارکت در درمان و باور	۰/۱۰	۰/۰۳۶	تایید فرضیه
۷- رابطه معکوس بین مشارکت در درمان و پیوند افتراقی	-۰/۳۹	۰/۰۰۰	تایید فرضیه

در جدول ۶، تعدادی از مهم‌ترین معیارهای برازش و تفسیر آنها و مقدارش در مدل مفروض آمده است. به طور کلی می‌توان گفت که عمده شاخص‌های برازش مدل قابل قبول هستند. بنابراین مدل ترسیم شده، مدلی است که می‌تواند داده‌های ما را با مدل نظری تطبیق دهد. به عبارت دیگر، مدل ما نشان می‌دهد که داده‌های تجربی ما می‌تواند تا حدودی با نظریه‌ها پوشش داده شوند.

جدول ۶. شاخص‌های نیکویی برازش مدل

نتیجه	مقدار استاندارد	مقدار شاخص در مدل	نام شاخص
قابل قبول	بین ۱ تا ۵ (مقدار کمتر از ۱ نشان دهنده ضعف برازش و مقدار بیشتر از ۳ منعکس کننده نیازمند بهبود)	۲/۷	کای اسکوئر نسبی
قابل قبول	° (عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل)	°/۹۸	نیکویی برازش (GFI)
قابل قبول	° (عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل)	°/۹۱	نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)
قابل قبول	کمتر از ۰/۱	°/۹	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)
قابل قبول	° (عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل)	°/۹۱	شاخص برازش هنجار شده (NFI)
قابل قبول	° (عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل)	°/۹۲	شاخص برازش تطبیقی مقتصد (CFI)

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف توصیف نگرش به مواد و طراحی یک مقیاس معتبر و پایا برای سنجش نگرش به مواد انجام گرفت. یافته‌های این تحقیق حاکی از این است که نگرش ۴۳/۲ درصد از پاسخگویان به مواد منفی می‌باشد (نگرش منفی در ابعاد عاطفی، رفتاری و شناختی به ترتیب برابر با ۳۵/۳، ۴۷/۹ و ۴۴/۲ درصد گزارش شده است). این در حالی است که تحقیق علی‌وردی نیا (۱۳۸۸) نشان داد که نگرش به مواد معتادان در جلسات معتادان گمنام^۱ ۴/۷ درصد می‌باشد. نگرش منفی به مواد در این دو تحقیق دارای اختلاف قابل ملاحظه‌ای می‌باشد. یکی از دلایل این اختلاف، تفاوت نوع برنامه درمانی می‌باشد. برنامه درمانی در جلسات معتادان گمنام فقط مبتنی بر درمان‌های غیر دارویی مثل مشاوره فردی و بیشتر گروه درمانی می‌باشد. این در حالی است که برنامه درمانی در متادون درمانی علاوه بر درمان دارویی از درمان غیر دارویی هم استفاده می‌شود. درمان نگهدارنده با متادون با بهبود قابل توجه در افسردگی همراه هستند. همچنین متادون میل شدید دائمی به مخدرها و گرسنگی برای آنها که عوامل عمده‌ی عود هستند را از بین می‌برد. همچنین استفاده‌ی مزمن از مخدرها، تأثیر عمده‌ای بر پاسخ دهی به استرس دارد. مصرف کننده در سیکل‌های مصرف مخدرها دچار افزایش پاسخ و در سیکل‌های

عدم مصرف دچار کاهش پاسخ‌دهی می‌گردد. و در طی مصرف نگهدارنده با متادون به سطح پایه و نرمال پاسخ به استرس باز می‌گردد. بنابراین 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 کاهش استرس و افسردگی، نگرش به مواد منفی‌تر می‌شود. برای بررسی اعتبار مقیاس نگرش به مواد از تحلیل عاملی به کمک روش تحلیل مولفه‌های اصلی استفاده شد. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که احتمالاً مقیاس نگرش به مواد یک مقیاس چند بعدی است و دارای سه عامل می‌باشد. این عوامل عاطفی، رفتاری و شناختی می‌باشد. این عوامل به عنوان عوامل اصلی در مقیاس مربوط انتخاب گردید. همچنین این عوامل قوی-ترین گویه‌ها را گرد آورده است. به شکلی که هیچ کدام از این گویه‌ها بر روی دو عامل بار عاملی مشترک ندارند. این یافته‌ها با یافته‌های رحمتی (۱۳۸۳) که برای نگرش به مواد سه عامل عاطفی، رفتاری و شناختی در کنار عامل نگرش کلی به مواد شناسایی کرد، همسو می‌باشد. بررسی پایایی این مقیاس با آلفای کرونباخ صورت گرفت که آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۰ محاسبه شد. این آلفای کرونباخ به آلفای کرونباخ تحقیقات قبلی مثل رحمتی (۱۳۸۳) و لی و همکاران (۲۰۱۲) نزدیک است.

نتایج تحقیق حکایت از رابطه معکوس و معنادار بین باور و نگرش به مواد دارد. در نظریه کنترل، باور، شناخت و قبول اخلاقیات مشترک در جامعه است. همچنین باور، هم‌نواپی با ارزش‌های مرسوم جامعه و میزان اعتبار فرد برای این ارزش‌ها، تعریف شده است. فردی که خود را تحت تأثیر اعتقادات معمول در جامعه نبیند هیچ وظیفه اخلاقی برای هم‌نوا بودن و رعایت قوانین در نظر نمی‌گیرد. هیرشی معتقد است که تنوع میزان اعتقاد به هنجارها و قوانین را می‌توان از نظر تجربی سنجید. به همین دلیل انحراف از نظر او تحت تأثیر اعتقادات برخلاف اخلاق معمول در جامعه واقع می‌شود. وی اضافه می‌کند که معتقد نیست افراد کجرو از اعتقادات اجتماعی معمول بی‌اطلاع هستند، اما مسأله میزان قوت و ضعف این اعتقادات، و رابطه آن با معنی این اعمال نزد افراد کجرو است. در نتیجه، هرچه افراد کم‌تر اعتقاد داشته باشند که باید از هنجارها و قوانین پیروی کنند بیش‌تر احتمال دارد که منحرف شوند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که با قوی‌تر شدن باور افراد و نگرش مساعد آنها به مواد کاهش یابد. یافته‌های تحقیقات قبلی مثل علیوردی نیا (۱۳۸۸) حاکی از رابطه معکوس بین باور و کاهش

نگرش مساعد به مواد دارد.

نتایج نشان می‌دهد که رابطه معکوس و معنادار بین مشارکت در درمان نگهدارنده و نگرش مساعد معنادان تحت درمان نگهدارنده با متادون به مواد وجود دارد، به این معنی که با افزایش فعالیت و حضور مستمر فرد در درمان دارویی و غیردارویی، میزان نگرش مساعد آنها به مواد کاهش می‌یابد. علی‌رغم تفاوت‌های زیاد در اهداف و سیاست‌گذاری‌ها در درمان با متادون، درمان نگهدارنده همواره در ارزیابی‌ها نتایج مثبت را به بار آورده‌است. برای درک کامل درمان با متادون، اهداف مشترک برنامه‌های ترک باید در نظر گرفته شود: (۱) حذف یا کاهش علائم ترک. (۲) حذف یا کاهش میل شدید به مواد. (۳) کاهش رفتارهای مجرمانه و بهبود رفتارهای تولیدکننده اجتماعی و سلامت روانی. این درمان با جایگزینی متادون که اعتیاد به آن قابل کنترل است، مصرف مواد را کاهش می‌دهد، میزان مرگ و ارتکاب جرم ناشی از مصرف مواد را کم می‌کند و برای بیمار این امکان را فراهم می‌کند که سلامت و سازندگی اجتماعی خود را افزایش دهد. علاوه بر آن از شیوع بیماریهای عفونی ناشی از تزریق جلوگیری می‌نماید. اثر اصلی مصرف متادون کاهش میل فرد به مواد، پیشگیری از سندرم ترک و جلوگیری از حالت نئشگی ناشی از مصرف مواد است. تاکنون تحقیقات زیادی درباره‌ی اثرات درمان با متادون انجام شده است. مدارک معتبری وجود دارد که نشان می‌دهد، تا زمانی که معتاد به مواد در سیستم درمان حضور دارد، در خطر پایین‌تری از مرگ و انجام جرم‌های اجتماعی قرار دارد. معتاد در جریان متادون درمانی با شرکت در جلسات درمان‌های دارویی و غیر دارویی از مضرات جسمی، خانوادگی و اجتماعی مواد آگاه می‌شود و نگرشش به مواد و مصرف آن منفی می‌شود. تحقیقات اکرمی (۱۳۸۷)، علیوردی نیا (۱۳۸۸)، وانگ و لین (۲۰۰۳)، مونوز پلازا و همکاران (۲۰۰۸)، ال تییب و کوستر (۲۰۱۱) و لی و همکاران (۲۰۱۲) حاکی از این است که حضور در برنامه‌های درمان اعتیاد به خصوص درمان نگهدارنده با متادون منجر به کاهش نگرش مساعد به مواد می‌شود.

نتایج تحقیق نشان می‌دهند که بین مشارکت در فرایند درمان و متغیرهای پیوستگی و باور رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. درمان نگهدارنده با متادون امکان عدم استفاده از مواد غیر قانونی را برای بیمار فراهم آورده و عملاً نیاز به تزریق را متفی می‌سازد در عین حال مصرف منظم و دراز مدت متادون خود از عود مجدد مصرف غیر قانونی پیشگیری می‌کند به دنبال این

درمان دارویی عموماً وضعیت روانی و جسمانی بیمار بهبود می‌یابد. پس اهداف درمان با متادون عبارتند از: باز گرداندن بیمار به یک زندگی عادی، یاری به جذب مجدد وی در جامعه و نگاه داشتن بیمار در درمان تا زمانی که وی از آن سود ببرد. با بهبود وضعیت روانی جسمانی بیمار، او روابط و پیوندهای اجتماعی که با افراد خانواده، دوستان، آشنایان، نهادها و سازمان‌ها را در نتیجه مصرف مواد به مخاطره انداخته بود، بهبود می‌بخشد. فعالیت‌های اجتماعی سازنده - که با معیارهایی مانند اشتغال و ادامه تحصیل ارزیابی می‌شود- نیز با افزایش زمان ماندن در درمان افزایش می‌یابد. افراد بیمار در جریان درمان پیوند خود را با خانواده و جامعه تقویت می‌کند. 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 معتاد به مواد در سیستم درمان حضور دارد، در خطر پایین‌تری از انجام جرم‌های اجتماعی قرار دارد. این مطلب مبین این می‌باشد که باور افراد با حضور در فرایند درمان تقویت می‌شود و هنجار شکنی و تخطی از قانون در دوره درمانی که فرد تحت درمان با متادون می‌باشد کم می‌شود. یافته‌های تحقیقات قبلی مثل جوزف و همکاران (۲۰۰۰) و بل و همکاران (۲۰۰۰) حاکی از رابطه بین حضور در درمان متادون و افزایش فعالیت‌های موثر اجتماعی، بهبود روابط خانوادگی و احترام به قوانین دارد.

طبق یافته‌های تحقیق حاضر بین مشارکت در فرایند درمان و متغیر پیوند افتراقی رابطه معکوس و معنادار وجود دارد. بررسی‌ها نشان می‌دهند، تا زمانی که معتاد به مواد در سیستم درمان حضور دارد، در خطر پایین‌تری از انجام جرم‌های اجتماعی قرار دارد. افراد با حضور در درمان، پیوندهای خود را با افرادی که تعاریفشان از قانون شکنی بیشتر از تعاریفشان از پیروی از قانون است، کم می‌کنند. اینها با افرادی که از هنجارها و قوانین جامعه بیشتر تبعیت می‌کنند پیوند برقرار می‌کنند. فعالیت‌های اجتماعی سازنده نیز با افزایش زمان ماندن در درمان افزایش می‌یابد. افراد با قطع یا کم شدن مصرف مواد و بازیابی حالات جسمی و روانی افراد عادی جامعه، که از اهداف متادون درمانی است، آماده قبول نقش‌های افراد عادی در جامعه می‌شوند. افراد با انجام دادن کارهایی که جامعه قبول دارد مثل کارکردن و تحصیل علم کردن، ارتباط خود را با افرادی که کارهایی برخلاف هنجارهای جامعه انجام می‌دهند، قطع می‌کنند. این مطالب حاکی از رابطه معکوس بین پیوند افتراقی و حضور در درمان اعتیاد (متادون درمانی)

دارد که یافته‌های این تحقیق آن را تایید می‌کنند. یافته‌های تحقیقات قبلی مثل نونز و همکاران (۲۰۰۴) نیز حاکی از رابطه معکوس بین حضور در درمان اعتیاد و کاهش ارتباط با افراد خلافکار و اعمال مجرمانه دارد.

پیشنهادات

یکی از مراحل بسیار ضروری پایان هر پژوهشی، ارائه پیشنهادات و راهکارها برای پژوهش‌های آتی و همچنین سازمان‌های مربوطه است. از آن‌جا که بیشتر اعتقاد بر این است که کارهای علمی باید مکمل همدیگر باشند، اغلب پیشنهادهایی که در این قسمت مطرح می‌شود، حاصل تجربیات محقق در فرایند پژوهش است.

براساس نظریه کنترل اجتماعی، جامعه باید از طریق تلاش برای تقویت ارتباطات و پیوند اجتماعی مردم به کجروی (نگرش به مصرف مواد) پاسخ دهد. بهبودی جامعه در برابر کجروی (نگرش به مصرف مواد)، از برنامه‌ها و راهکارهایی که به ترویج فعالیت‌هایی مرسوم جامعه (مثل کسب تحصیلات و تلاش برای آینده شغلی) می‌پردازد، حاصل می‌شود. این برنامه‌ها و راهکارها همچنین شامل توسعه فعالیت‌های حرفه‌ای مثل اشتغال، افزایش انواع ارتباطات مثل ازدواج و ترویج فایده دور ماندن از خطر می‌باشد.

نظریه یادگیری اجتماعی مدعی است که کجروان می‌توانند رفتارهای هم‌نوا با جامعه را بجای رفتارهای کجروانه یاد بگیرند. این مطلب با تاکید بر اهمیت برنامه‌ی که کجروان را در معرض ارتباط با افراد هم‌نوا و تابع قانون قرار می‌دهد، پیش‌بینی می‌کند که این افراد نسبت به قبل هم‌نوا تر شوند. این نظریه همچنین به اهمیت برنامه‌های آموزشی تاکید می‌کند. برنامه‌های آموزشی و آگاهی دهنده درباره‌ی مواد مخدر و مسائل جنسی در مدارس و تلاش‌ها برای پیشگیری از خودکشی مثال‌هایی از این برنامه‌ها هستند.

منابع

- اکرمی، محمد رضا (۱۳۸۷)، بررسی عملکرد مرکز خیره تولدی دوباره تهران در درمان معتادان زیر ۲۵ سال، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم انتظامی.
- بهروان، حسین، میرانوری، سید علی (۱۳۸۵)، "تحلیل جامعه شناختی بازگشت مجدد معتادان به اعتیاد در مراکز اجتماع درمان مدار (TC) در مشهد"، مجله بررسی مسائل اجتماعی، سال اول، شماره اول: ۸۰-۴۴.
- ثرندایک، رابرت (۱۳۶۹)، روانسنجی کاربردی، ترجمه حیدرعلی هومن، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- خلیلی، افسر، سهرابی، فرامرز، رادمنش، محمد حسن، افخمی اردکانی، مهدی (۱۳۹۰)، اثربخشی آموزش مهارت‌های تفکر انتقادی بر نگرش نسبت به سوء مصرف مواد مخدر، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال پنجم، شماره ۱۷: ۹۱-۱۰۶.
- رحمتی، عباس (۱۳۸۳)، تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله ای به شیوه بحث گروهی بر نگرش دانش آموزان نسبت به سوء مصرف مواد مخدر، پایان نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.
- علیوردی نیا، اکبر (۱۳۸۸)، "اثربخشی برنامه‌های معتادان گمنام در نگرش معتادان به مواد مخدر"، نشریه مطالعات اجتماعی ایران، شماره ۳، پیاپی ۷: ۱-۴۷.
- علیوردی نیا، اکبر، ریاحی، محمد اسماعیل، سلیمانی بشلی، محمدرضا (۱۳۸۷)، "تبیین جامعه شناختی گرایش به مصرف سیگار"، مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تربیت معلم، سال ۱۶، شماره ۶۳: ۱۵۹-۱۸۴.
- میرمحمدتبار، سیداحمد (۱۳۹۱)، سنجش تأثیر مراکز متادون درمانی و تبیین جامعه شناختی نقش نظریات پیوند اجتماعی، خودکنترلی، پیوند افتراقی و عزت نفس در کنترل سوء مصرف مواد، پایان نامه کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه مازندران.
- Ajzen, Icek (1991), "The Theory of Planned Behavior", **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, Vol. 50: 179-211.
- Al-Tayyib, Alia and Koester, Stephen (2011), "Injection drug users' experience

- with and attitudes toward methadone clinics in Denver”, **Journal of Substance Abuse Treatment**, Vol. 41: 30–36.
- Bell, James, Zador, Deborah (2000),”A risk-benefit analysis of methadone maintenance treatment”, **Drug Safety**, Vol.23, and No.3:179-190.
- Ford, Jason A (2008), “Nonmedical Prescription Drug Use among Adolescents: The Influence of Bonds to Family and School”, **Youth & Society**, Vol 40, No.3: 336-352.
- Hoffmann, John (2002),” A Contextual Analysis of Differential Association, Social Control, and Strain Theories of Delinquency”, **Social Forces**, Vol.81, and No.3:753-785.
- Joseph, Herman, Stancliff, Sharon, Langrod, John (2000),” Methadone maintenance treatment (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.
- Li, Li, Wu, Zunyou, Cao, Xiaobin, Zhang, Linglin (2012),” Provider-Client Interaction in Methadone Treatment Clinics in China”, **Journal of Drug Issues**, Vol.42: 147-156.
- Lotfi, Yaser and Ayar, Ali(2012),” The Effects of Informative Programs on the Change of Attitude and Consumption of Drugs”, **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, Vol. 35:195 – 204.
- Low, Wah Yun, Zulkifli, Siti Norazah, Yusof, Khairuddin, Batumalail, Saroj, Aye, Khin Win(1996), “The drug abuse problem in Peninsular Malaysia: parent and child differences in knowledge, attitudes and perceptions”, **Drug and Alcohol Dependence**, Vol. 42: 105-115.
- 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.
- Munoz-Plaza, Corrine, Straus, Shiela, Astone-Twerel, Janetta, Des Jarlais, Don, Gwadz, Marya, Hagana, Holly, Osborne, Andrew, Rosenblum, Andrew(2008),”Exploring drug users’ attitudes and decisions regarding hepatitis C (HCV) treatment in the U.S”, **International Journal of Drug Policy**, Vol. 19: 71–78.
- Nunes, Edward, Sullivan, Maria, Levin, Frances (2004),” Treatment of depression in patients with opiate dependence”, **Biological Psychiatry**, Vol. 56, No. 10:793–802
- 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.
- Özbay, Özden and Özcan, Yusuf Ziya (2007), A Test of Hirschi's Social Bonding

Theory: A Comparison of Male and Female Delinquency, **Therapy and Comparative International Journal of Offender Criminology**, Vol. 52, No. 2: 134-157.

- Redmon, David (2010),” Testing Informal Social Control Theory: Examining Lewd Behavior Duringmardi Gras “, *Deviant Behavior*,Vol. 23, No. 4: 363 – 384.
- Tang, Yi-lang, Wiste, Anna, Mao, Pei-xian, Hou, Ye-zhi(2005),” Attitudes, knowledge, and perceptions of Chinese toward drug abuse”, **Journal of Substance Abuse Treatment**,Vol. 29:215– 220.
- United Nations (2011), "**World Drug Report**", New York: United Nations Publication.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2011), “**Drug Situation Analysis Report Islamiic 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.
- Vadlamudi, Raja, Adams, Susie, Hogan, Beth, Wu, Tiejian, Wahid, Zia (2008), Nurses’ attitudes, beliefs and confidence levels regarding care for those who abuse alcohol:Impact of educational intervention,**Nurse Education in Practice**,Vol.8:290–298
- Wang, Quanyi and Lin, Ge(2003), “Sex Exchange and HIV-related Risk Behaviors among Female Heroin Users in china”,**Journal of Drug Issues**,Vol. 33:119-132.

