

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



ریاست جمهوری
ستاد مبارزه با مواد مخدر
دفتر تحقیقات و آموزش

عنوان طرح:
**بررسی زمینه‌ها و عوامل موثر در تقاضا و نشت متادون
در استان مرکزی**

نام و نام خانوادگی مجری طرح:
دکتر احمد رضا سمیعی

ناظر طرح :
سرکار خانم دکتر فاطمه موسوی میرک

زمستان ۱۳۹۶

(این پژوهش با حمایت ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور انجام شده است)

نام کارفرما : دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری

تاریخ شروع طرح پژوهشی : ۱۳۹۴ / ۱۱ / ۲۷

تاریخ اتمام : ۱۳۹۵ / ۱۱ / ۲۷

اعتبار مصوب طرح : ۶۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال

شماره قرارداد طرح پژوهشی : ۲۱۵۸۵۴۲

تاریخ قرارداد طرح پژوهشی : ۱۳۹۴/۱۱/۲۷

مدت زمان انجام طرح : ۱۲ ماه

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر مدیون زحمات عزیزانی است که بدون یاری آنان انجام آن میسر نمی شد . در اینجا به رسم ادب بر خود لازم می دانم از سرکار خانم دکتر موسوی میرک که استاد ناظر این طرح بودند و با ناگفته های دلاویز و گفته های بلند ، صحیفه های سخن را علم پرور نمودند و همچنین از جناب آقای ابراهیم عباسی مسئول محترم پژوهش دبیرخانه شورای هماهنگی ستاد مبارزه با مواد مخدر استان مرکزی که همچون برادری دلسوز با صبر و خوش خلقی و گشاده رویی ، کوتاهی و سهل انگاری اینجانب را با راهنمایی های خردمندانه خود برتافتند و راه گشای بنده بودند و از استاد گرانقدر جناب آقای دکتر شاه محمدی (دبیر محترم شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان مرکزی) به دلیل همکاری صمیمانه ، کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورم که این عزیزان همواره راهنما و راه گشای بنده در اتمام و اکمال این طرح بوده اند .

ودر پایان از تمامی کسانی که به نوعی در راه کسب علم و معرفت مرا یاری نمودند و از تمام مسئولین شورای هماهنگی ستاد مبارزه با مواد مخدر استان مرکزی نیز صمیمانه سپاسگذاری می نمایم .

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

چکیده:..... ۱

فصل اول: کلیات

۱-۱- مقدمه..... ۴

۲-۱- بیان مسئله..... ۴

۳-۱- اهداف تحقیق..... ۶

۱-۳-۱- هدف کلی..... ۶

۴-۱- فرضیه تحقیق..... ۶

۵-۱- سوالات تحقیق..... ۶

۶-۱- تعاریف متغیرها..... ۶

۱-۶-۱- تعاریف مفهومی..... ۶

۲-۶-۱- تعاریف عملیاتی..... ۷

فصل دوم: چهارچوب نظری

پیشینه تحقیق..... ۱۴

۱-۱-۲- تعاریف اعتیاد و ملاک های تشخیصی..... ۱۴

۱-۱-۱-۲- وابستگی..... ۱۵

۲-۱-۱-۲- سوء مصرف..... ۱۵

۳-۱-۱-۲- مسمومیت..... ۱۵

۴-۱-۱-۲- ترک..... ۱۵

۵-۱-۱-۲- تحمل (تولرانس)..... ۱۵

۶-۱-۱-۲- تحمل متقاطع..... ۱۵

۱۶.....	۲-۱-۱-۷- انطباق عصبی.....
۱۸.....	۲-۱-۲- تاریخچه مصرف مواد مخدر.....
۳۶.....	۲-۲- نظریه های روانشناختی.....
۴۰.....	۲-۳- رویکردهای جامعهشناختی.....
۴۲.....	۲-۴- نظریه های خرده فرهنگ.....
۴۵.....	۲-۵- نظریه های مورد استفاده در امر پیشگیری.....
۴۹.....	۲-۶- درمان نگهدارنده با متادون.....
۵۳.....	۲-۷- بسترهای گرایش به قاچاق مواد مخدر.....
۵۴.....	۲-۸- رویکردهای مبارزه با مواد مخدر.....

فصل سوم: روش شناسی

۵۹.....	۳-۱- طرح پژوهش.....
۵۹.....	۳-۲- جامعه ی آماری.....
۶۰.....	۳-۳- نمونه و روش نمونه گیری.....
۶۱.....	۳-۴- ابزار اندازه گیری.....
۶۲.....	جدول ۳-۱.....
۶۳.....	۳-۵- روش تجزیه و تحلیل داده ها.....
۶۴.....	۳-۶- بررسی و تبیین های کیفی تحقیق.....
۶۶.....	۳-۷- تجزیه و تحلیل اطلاعات.....

فصل چهارم: استخراج و تحلیل داده های آماری

۷۰.....	۴-۱- آمار توصیفی.....
---------	-----------------------

۴-۲- آمار استنباطی..... ۱۰۱

صفحه

عنوان

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۵-۱- بررسی ها و تبیین های توصیفی تحقیق..... ۱۰۶

۵-۲- محدودیت های پژوهش..... ۱۱۰

۵-۳- پیشنهاد های پژوهش..... ۱۱۰

منابع و مآخذ

منابع فارسی:..... ۱۱۳

منابع لاتین:..... ۱۱۶

پیوست ها

پیوست الف) سوالات مصاحبه مربوط به کادر درمانی و نیروی انتظامی..... ۱۱۶

پیوست ب) سوالات مربوط به معتادان تحت درمان متادون علل نشت..... ۱۱۷

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲ ملاک های DSM-IV-TR برای ترک مواد	۱۷
جدول ۲-۲ ملاک های DSM-IV-TR برای مسمومیت مواد	۱۷
جدول ۳-۲ ملاک های DSM-IV-TR برای سوء مصرف مواد	۱۸
جدول ۴-۲ ملاک های DSM-IV-TR برای وابستگی مواد	۱۸
نمودار ۱-۲ الگوی ترکیبی مصرف مواد (وضعیت اقتصادی - اجتماعی)	۲۱
جدول ۱-۴ وضعیت سن	۷۰
جدول ۲-۴ وضعیت تاهل	۷۱
جدول ۳-۴ وضعیت تحصیلات	۷۲
جدول ۴-۴ نوع ماده مصرفی	۷۸
جدول ۵-۴ محل اقامت	۷۹
جدول ۶-۴ تهیه داروی بیشتر از سهمیه مجاز به خاطر ترس از خماري	۸۰
جدول ۷-۴ نشت متادون به خاطر در دسترس بودن متادون و مجاز بودن آن	۸۱
جدول ۸-۴ ارزان بودن متادون خارج از مراکز قانونی (مثل عطاری ها)	۸۲
جدول ۹-۴ تقاضای بیشتر متادون به جای مواد مخدر خاطر سالم و بهداشتی بودن آن	۸۳
جدول ۱۰-۴ تهیه آسان و سریعتر	۸۴
جدول ۱۱-۴ تقاضای دارو به خاطر باور بیماران از متادون به عنوان یک داروی درمان اعتیاد	۸۵
جدول ۱۲-۴ طولانی بودن تاثیر متادون در مقایسه با مواد مخدر	۸۶
جدول ۱۳-۴ متادون مکمل خوبی برای مصرف آمفتامین (شیشه) میباشد	۸۷
جدول ۱۴-۴ تمایل به مصرف بیشتر به دلیل اینکه متادون مسکن خوبی برای درد است	۸۸
جدول ۱۵-۴ ارایه دوز پایین متادون توسط کلینیک ها	۸۹
جدول ۱۶-۴ بالا بودن سهمیه دارویی بیماران از کلینیک ها و فروش آن	۹۰
جدول ۱۷-۴ سود جویی کلینیک ها	۹۱
جدول ۱۸-۴ ارایه دارو به افراد غیر معتاد (دلال ها)	۹۲
جدول ۱۹-۴ تهیه داروی آزاد به خاطر ترس از تشکیل پرونده و حفظ گمنامی بیماران	۹۳

- جدول ۴-۲۰ تعداد زیاد مراکز در مانی کنترل و عدم نظارت بر عملکرد آنها ۹۴
- جدول ۴-۲۱ عدم برخورد مراجع قانونی با فروش داروی غیر قانونی ۹۵
- جدول ۴-۲۲ عدم توانای مالی بیماران در پرداخت هزینه های ماهیانه کلینیک ۹۶
- جدول ۴-۲۳ کنترل نا کافی دست اندر کاران درمان ۹۷
- نمودار ۴-۲۳ کنترل نا کافی دست اندر کاران درمان ۹۷
- جدول ۴-۲۴ خالص بودن داروی کلینیک ۹۸
- نمودار ۴-۲۴ خالص بودن داروی کلینیک ۹۸
- جدول ۴-۲۵ ثبت نام همزمان بیمار در چندین کلینیک در مانی ۹۹
- نمودار ۴-۲۵ ثبت نام همزمان بیمار در چندین کلینیک در مانی ۹۹
- جدول ۴-۲۶ نشت دارو هنگام تهیه و توزیع در کارخانه جات تولید دارو و عدم نظارت بر آنها ۱۰۰
- نمودار ۴-۲۶ نشت دارو هنگام تهیه و توزیع در کارخانجات تولید دارو و عدم نظارت بر آنها ۱۰۰
- جدول ۴-۲۷ عامل های برتر حاصل از تحلیل عاملی عوامل موثر بر علل تقاضا و نشت متادون خارج از چرخه درمان ۱۰۲
- جدول ۴-۲۸ متغیر های مربوط به هر یک ارز عامل ها و میزان ضرایب به دست آمده از ماتریس دوران یافته ۱۰۳
- جدول ۴-۲۹ اطلاعات به دست آمده حاصل از مصاحبه نیروی انتظامی ۱۰۳
- جدول ۴-۳۰ اطلاعات به دست آمده حاصل از مصاحبه کلینیک های درمانی ۹۱۰۳

فهرست نمودارها

عنوان	صفحه
نمودار ۲-۲ روابط بین مسیرهای مجزا و واسطه ای در معنویت	۲۷
نمودار ۳-۲ مدل رفتاری شناختی رفتارهای اعتیادی	۳۱
نمودار ۴-۲ مدل درمان طرح واره های خویشتن معنوی	۳۵
نمودار ۱-۴ وضعیت سن	۷۱
نمودار ۲-۴ وضعیت تاهل	۷۱
نمودار ۳-۴ وضعیت تحصیلات	۷۲
نمودار ۴-۴ نوع ماده	۷۸
نمودار ۵-۴ محل اقامت	۷۹
نمودار ۶-۴	۸۰
نمودار ۷-۴	۸۱
نمودار ۸-۴ ارزان بودن متادون خارج از مراکز قانونی (مثل عطاری ها)	۸۲
نمودار ۹-۴ تقاضای بیشتر متادون به جای مواد مخدر خاطر سالم و بهداشتی بودن آن	۸۳
نمودار ۱۰-۴ تهیه آسان و سریعتر	۸۴
نمودار ۱۱-۴ تقاضای دارو به خاطر باور بیماران از متادون به عنوان یک داروی درمان اعتیاد	۸۵
نمودار ۱۲-۴ طولانی بودن تاثیر متادون در مقایسه با مواد مخدر	۸۶
نمودار ۱۳-۴ متادون مکمل خوبی برای مصرف آمفتامین (شیشه) میباشد	۸۷
نمودار ۱۴-۴ تمایل به مصرف بیشتر به دلیل اینکه متادون مسکن خوبی برای درد است	۸۸
نمودار ۱۵-۴ ارایه دوز پایین متادون توسط کلینیک ها	۸۹
نمودار ۱۶-۴ بالا بودن سهمیه دارویی بیماران از کلینیکها و فروش آن	۹۰
نمودار ۱۷-۴ سودجویی کلینیکها	۹۱
نمودار ۱۸-۴ ارایه دارو به افراد غیر معتاد (دلالها)	۹۲
نمودار ۱۹-۴ تهیه داروی آزاد به خاطر ترس از تشکیل پرونده و حفظ گمنامی بیماران	۹۳
نمودار ۲۰-۴ تعداد زیاد مراکز در مانی کنترل و عدم نظارت بر عملکرد آنها	۹۴
نمودار ۲۱-۴ عدم برخورد مراجع قانونی با فروش داروی غیرقانونی	۹۵
نمودار ۲۲-۴ عدم توانای مالی بیماران در پرداخت هزینههای ماهیانه کلینیک	۹۶
نمودار ۲۳-۴ کنترل نا کافی دست اندر کاران درمان	۹۷
نمودار ۲۴-۴ خالص بودن داروی کلینیک	۹۸
نمودار ۲۵-۴ ثبت نام همزمان بیمار در چندین کلینیک در مانی	۹۹
نمودار ۲۶-۴ نشت دارو هنگام تهیه و توزیع در کارخانجات تولید دارو و عدم نظارت بر آنها	۱۰۰

چکیده:

هدف از انجام این تحقیق بررسی زمینه‌ها و عوامل موثر در تقاضا و نشت متادون در استان مرکزی می باشد. با توجه به هدف، مساله و سوالات تحقیق در این پژوهش از روش توصیفی- تحلیلی استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش بیماران و کادر درمانگر در کلینیک‌های ترک اعتیاد و ماموران نیروی انتظامی استان مرکزی بودند. نمونه مورد نظر به روش نمونه‌گیری در دسترس و با حجم ۲۱۰ نفر از معتادان در بازه زمانی خرداد تا شهریور ۱۳۹۵ نفر انتخاب گردید. پایایی ابزار پژوهش پرسشنامه محقق ساخته ۲۲ سوالی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۴۳ تعیین شد. یافته‌ها با استفاده از روش تحلیل عاملی نشان داد: ۱۰ شاخص مورد بررسی قابل تقلیل به سه عامل با مقادیر ویژه بالاتر از یک می‌باشد. در عوامل تقاضای متادون خارج از چرخه درمان به ترتیب ۶۴/۵۹۹ و ۶۲/۹۶۶ درصد از میزان تقاضای متادون خارج از چرخه درمان را تبیین می‌کند و نتیجه تکمیلی این مطالعه نشان داد که علل تقاضای متادون در نشت متادون خارج از چرخه درمان (تهیه داروی بیشتر به خاطر ترس از خماری، در دسترس بودن متادون و مجاز بودن آن، ارزان بودن متادون خارج از مراکز درمانی، تقاضای بیشتر متادون به جای مواد مخدر سالم و بهداشتی بودن آن) بیشترین سهم را در تبیین عوامل موثر در میزان نشت متادون خارج از چرخه درمان دارد. در بین متغیرهای عوامل نشت متادون خارج از چرخه درمان، بیشترین نقش به تعداد زیاد مراکز درمانی و عدم نظارت بر عملکرد آنها با ضریب ۰/۹۸ داده شده است. عدم برخورد مراجع قانونی با فروش داروی غیر قانونی با ضریب ۰/۷۶، کنترل ناکافی دست اندرکاران درمان با ضریب ۰/۴۲ و نشت دارو هنگام تهیه و توزیع در کارخانه جات تولید دارو و عدم نظارت بر آنها با ۰/۲۲ در رتبه های بعدی قرار دارد. این تحقیق در مورد کادر درمانی و افراد نیروی انتظامی، به صورت کیفی با رویکرد پدیدار شناسی تاویلی بود. مصاحبه‌ها بدون ساختار با ۹ نفر صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از پدیدارشناسی فن منن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

این تحقیق در مورد کادر درمانی و افراد نیروی انتظامی، به صورت کیفی با رویکرد پدیدار شناسی تاویلی بود. مصاحبه‌ها با ۸ نفر صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از پدیدار شناسی ون منن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت یافته‌های حاصل از **مصاحبه با نیروی انتظامی** نشان داد: مهمترین دلیل نشت متادون خارج از چرخه درمان، ۱-عدم نظارت کافی بر عرضه متادون از تولید تا مصرف، ۲-ارزان بودن داروی قاچاق نسبت به داروی کلینیک و

مهمترین علت تقاضای متادون خارج از چرخه درمان نداشتن قدرت کافی برای خرید متادون و محل تامین آن کلینیک ها و عطاری ها می باشد.. یافته های حاصل از مصاحبه کادر درمانی کلینیک ها نشان داد: ۱-عدم نظارت کافی بر عرضه متادون از مراکز ساخت دارو ۲-نداشتن برچسب هولوگرام از مهمترین دلایل تاثیر گذار بر نشت متادون خارج از چرخه درمان، و قوانین و دستورالعمل ها و رویه هایی مرتب و منسجم ماه اول درمان که مستلزم صرف هزینه و زمان زیادی برای ترک می باشد و ترس از دیده شدن در مراکز درمانی برای شاغلین در مراکز دولتی نیز از دلایل تقاضای غیر قانونی متادون خارج از چرخه درمان مشخص گردید. محل تامین داروی قاچاق عطاری ها می باشد.

کلید واژه ها: علل تقاضای متادون خارج از چرخه درمان، علل نشت متادون خارج از چرخه درمان

فصل اول

کلیات

۱-۱- مقدمه

موضوع حاضر به بررسی و تحلیل در نشت و قاچاق متادون خارج از چرخه درمان در استان مرکزی می‌پردازد. به گزارش سلامت نیوز به نقل از قانون در کشور ۳/۵ (سه‌ونیم) میلیون نفر مصرف‌کننده مواد مخدر هستند که ۱/۵ (یک‌ونیم) میلیون نفر از آنان معتاد محسوب می‌شوند. (۱) به نسبت جمعیت، ایران بالاترین میزان اعتیاد در جهان را دارد. (۲) حدود ۶۰ درصد از افراد آلوده به هپاتیت C در ایران معتادان تزریقی هستند (۳) حدود ۲۵ درصد از معتادان تزریقی در کشور مبتلا به ایدز هستند (۴) از ابتدای انقلاب تاکنون حدود ۴۰۰۰ نفر مامور اجرای قانون در ایران در درگیری با قاچاقچیان مواد مخدر به شهادت رسیده‌اند. علت بیش از ۶۰ درصد طلاق‌ها در ایران، مواد مخدر است. (۵) خسارت‌های سالانه اعتیاد به کشور ۱۰ میلیارد دلار برآورد شده است.

۱-۲- بیان مسئله

یکی از روش‌های علمی که به واسطه واقع‌گرا بودن، می‌توانست در زمینه جلوگیری از گسترش و درمان اعتیاد ناجی جامعه باشد، روش MMT است، که روشی برای درمان اعتیاد است و در آن از متادون استفاده می‌شود. متادون یک ماده مخدر ساخته دست بشر است که ۴۰ سال است در جهان در درمان اعتیاد کاربرد دارد. سم زدایی با متادون مانند همه روش‌های سم زدایی برای کسانی است که تصمیم و امکان قطع کامل مصرف را دارند و یا در مراکز مراقبتی اجباری ماده ۱۶ نگهداری می‌شوند. از آنجا که تحقیقات نشان می‌دهد که میزان عود و بازگشت بیماران درمان‌شده در تمام روش‌ها یکسان است تاکید خاصی بر برتری عنوان جایگزینی دارو به جای مواد در واقع چرخه (معتاد-مواد-قاچاقچی) را به چرخه (بیمار-دارو-تیم پزشکی) تبدیل کرده و در ذهن خود بیمار و بخش کثیری از جامعه از آن جرم‌زدایی می‌کند. تغییری که در امر مبارزه با مواد مخدر بار بزرگی را از دوش نیروهای انتظامی بر خواهد داشت. از جمله مزیت‌های روش MMT موارد زیر هستند (سلامت نیوز، ۱۳۹۲). (۱) کاهش رفتارهای پرخطر بخصوص تزریق مشترک که خطر انتقال بیماری‌های مهلک مانند ایدز، هپاتیت و... را دارد. (۲) ثبات بخشی به زندگی بیمار. (۳) کاستن از اعمال غیرقانونی. (۴) کاهش مصرف خودسرانه دارو و نظم در پروسه درمان نگه‌دارنده، فردی که دچار سوءمصرف است

و تحت درمان قرار گرفته برای به دست آوردن داروی مورد نیاز خود، ناگزیر از حضور در چرخه معیوب اعتیاد و بازی کردن نقش یکی از ارکان خرده فرهنگ منحرف مذکور نیست. او می‌تواند با تغییر الگوی مصرف خود توسط پزشک، سبک زندگی برآمده از آن خرده فرهنگ را تغییر داده و با کمک جلسات روانکاوی درصدد انطباق با محیط برآید و در یک کلام به زندگی بازگردد. متأسفانه این روزها متادون خارج از چرخه در مان به فروش می‌رسد (آکا ایران، ۱۳۹۳).

اگر چه در حالتی خوش‌بینانه مصرف متادون از سوی کسانی که پیشتر از مواد مخدری چون هروئین، کراک، تمپیزک و حتی تریاک استفاده می‌کرده‌اند حتی اگر از بازار آزاد تهیه شود، فی‌نفسه امری مبارک است و از آمار مرگ و میر ناشی از تزریق و نیز اشاعه ویروس ایدز، هپاتیت می‌کاهد اما به دلیل عدم تغییر الگوی مصرف و عدم خروج از چرخه نابودکننده اعتیاد، باقی نتایج مرتبط بر MMT را نخواهد داشت و نمی‌تواند نیرویی در جهت اضمحلال خرده فرهنگ شکل‌گرفته در اطراف اعتیاد باشد. با توجه به انحصار عرضه متادون در کلینیک‌های ترک اعتیاد، طبق قوانینی که توسط مراجع ذی‌ربط تدوین شده متادون به دو طریق می‌تواند وارد بازار آزاد شود:

الف) توسط معتادان: بی‌توجهی پزشکان مؤسس کلینیک‌های ترک اعتیاد به پروتکل و عدم ویزیت مرتب و مدام بیمار و نگرفتن آزمایش (تست مرفین) از او موجب می‌شود عده‌ای بتوانند درحالی‌که از مواد مخدر استفاده می‌کنند، سهمیه متادون خود را در بازار آزاد بفروشند و خرج مصرف مواد خود کنند و یا با سوء استفاده از متصل بودن سیستم کامپیوتری کلینیک‌ها به یکدیگر، همزمان عضو چند کلینیک باشند و مازاد مصرفشان را به بازار آزاد بیاورند.

ب) حجم وحشت‌آور متادونی که در بازار سیاه عرضه می‌شود نشان می‌دهد که مجاری بزرگتری نیز برای انتقال متادون به بازار آزاد وجود دارد و سهمیه اندک معتادین هیچ تناظری با حجم وسیع حضور متادون در بازار سیاه ندارد.

به نظر می‌رسد کادر درمانی و پزشکی نیز در قاچاق متادون نقش داشته باشند. رسیدن به شناخت دقیق‌تر از پدیده قاچاق متادون خارج از چرخه درمان و شناسایی مولفه‌های موثر بر آن به منظور کشف علل این پدیده می‌تواند اقدامات و برنامه‌ریزی‌ای موثر برای پیشگیری از قاچاق این ماده فراهم آورد تا ضمن نیل به اهداف بهداشتی پزشکی و روانی مورد نظر که در این ماده وجود دارد از قاچاق این ماده و تاثیرات مخربی که در درجه اول بر اهداف درمانی آن وارد می‌نماید جلوگیری نماید.

۱-۳- اهداف تحقیق

۱-۳-۱- هدف کلی

شناسایی ابعاد، ویژگی‌ها و حدود مسئله قاچاق متادون خارج از چرخه درمان.

۱-۴- فرضیه تحقیق

عوامل تقاضای متادون و عوامل عمومی نشت متادون در میزان نشت متادون خارج از چرخه درمان تاثیر

دارد؟

۱-۵- سوالات تحقیق

❖ چه عواملی در تقاضای متادون در میزان نشت متادون خارج از چرخه درمان تاثیر دارند؟

❖ عوامل تقاضای متادون در تبیین نشت متادون خارج از چرخه درمان به چه میزان است؟

❖ چه عوامل عمومی در نشت متادون خارج از چرخه درمان تاثیر دارند؟

❖ عوامل عمومی در تبیین نشت متادون خارج از چرخه درمان به چه میزان است؟

۱-۶- تعاریف متغیرها

۱-۶-۱- تعاریف مفهومی

قاچاق

قاچاق واژه‌ای ترکی و از لحاظ لغوی به معنای «کاری که پنهانی و با تردستی انجام شود» است. بند الف از ماده

۱۱ قانون انحصار تجارت خارجی، قاچاق را چنین تعریف کرده است: «کلیه اجناسی که بر خلاف مقررات این قانون وارد

مملکت می شود قاچاق محسوب و به نفع دولت ضبط و فروخته می شود و مرتکبین به حبس از ۶ ماه الی یک سال

محکوم خواهند شد (محمد زاده، ۱۳۹۲).

درمان نگهدارنده (MMT)

به تجویز طولانی مدت داروهای آگونیست، همچون متادون و بوپرنورفین به منظور کاهش مصرف مواد و

آسیب‌های ناشی از آن گفته می شود. اصطلاح «درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست» و «درمان جایگزین با داروهای

اُپیویدی» معمولاً به صورت معادل به کار می‌روند. اصطلاح «درمان جایگزین» بر این مفهوم تأکید دارد که در این روش مصرف مواد افیونی حذف نشده، بلکه به منظور کاهش عوارض مصرف مواد، ماده افیونی آسیب‌رسان و غیرقانونی با یک داروی اُپیویدی جایگزین شده است. در مقایسه، اصطلاح «درمان نگهدارنده» بر این واقعیت تأکید دارد که این روش درمانی یک فرآیند طولانی‌مدت است که در آن بیمار با استفاده از داروهای اُپیویدی مثل متادون و بوپرنورفین تثبیت و درمان می‌شود. مؤلفان بر این باورند که اصطلاح «نگهدارنده»، بهتر از اصطلاح «جایگزین» اثرات درمانی این روش را منعکس می‌نماید، لذا در این کتاب همه جا از اصطلاح «درمان نگهدارنده» برای توصیف این روش درمانی استفاده شده است (دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، ۱۳۸۹). داروهای آگونیست^۱ افیونی، موادی هستند که همانند مواد افیونی^۲ طبیعی^۳ (تریاک) و نیمه صناعی^۴ (هروئین^۵) برگیرنده^۶ مو (μ) اُپیویدی اثر می‌گذارند. متادون^۷ و لوو آلفا استیل متادول^۸ یا لوومتادیل (LAAM) آگونیست خالص گیرنده^۹ مو هستند. بوپرنورفین^{۱۰} که آگونیست نسبی گیرنده^{۱۱} مو و آنتاگونیست نسبی گیرنده^{۱۲} کاپا است نیز در این دسته قرار دارد. از دیگر داروهای این دسته می‌توان به سولفات مورفین^{۱۳} و تنتور اپیوم^{۱۴} (TO) اشاره نمود (پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست، ۱۳۸۴).

۱-۶-۲- تعاریف عملیاتی

علل تقاضا و نشست متادون خارج از چرخه درمان

منظور از علل تقاضا و نشست متادون خارج از چرخه درمان در این پژوهش نمره ای است که توسط معتادان، کادر

درمانی و نیروی انتظامی برای هر یک از علل مشخص شده در پرسشنامه محقق ساخته تعلق می‌گیرد.

۱-Agonist

۲-Opiates

۳-Natural

۴-Semi- synthetic

۵-Heroin

۶-Receptor

۷-Methadone

۸-L-α- Acetyl- Methadole

۹- Buprenorphine

۱۰- Morphine Sulfate

۱۱- Opium Tincture

فصل دوم

چهارچوب نظری

پیشینه تحقیق

یکی از موضوعات و معضلات اجتماعی جدی و بحرانی در جوامع مختلف دنیا مسئله اعتیاد به مواد مخدر است که به دلیل گستردگی انواع تولیدات طبیعی و صناعی و ارتباطات سریع در دنیا با سرعت بسیار در حال اشاعه است و مددکاران اجتماعی نیز در سطوح مختلف پیشگیری، با افرادی که از این مواد استفاده می‌کنند سر و کار دارند.

درمان‌های دارویی و غیر دارویی باید زمینه توانمندسازی و کارایی فرد، همکاری خانواده برای پذیرش وی و اشتغال وی را فراهم کنند. موضوع اصلی در این پژوهش قاجاق متادون خارج از چرخه درمان می‌باشد. در پژوهش حاضر به تعاریف گوناگون و اصطلاحات، دیدگاه‌های نظری و تئوری‌ها درباره اعتیاد، روش‌ها و مدل‌های درمان و قاجاق داروی متادون پرداخته می‌شود. در حال حاضر هنوز هیچ گونه پژوهشی در خصوص علل زمینه ای نشت و قاجاق متادون خارج از چرخه درمان به صورت رسمی ارائه نگردیده است.

۲-۱-۱- تعاریف اعتیاد و ملاک های تشخیصی

اعتیاد واژه‌ای است که امروزه به عنوان وابستگی به مواد یاد می‌شود. به لحاظ نظری واژه ی اعتیاد و وابستگی به مواد^۱، به حالت خاصی اطلاق می‌شود که در اثر مصرف مداوم آن مواد ایجاد می‌شود. به عبارتی دیگر فرد وابسته به مواد، فردی است که ماده خاصی را استفاده و به آن وابستگی پیدا کرده است، به این معنی که قطع آن و نرسیدن آن به بدن، تظاهرات فیزیولوژیک غیر ارادی را نشان می‌دهد که همان اعتیاد دارویی است همچنین واژه‌ی اعتیاد اشاره به رفتار دارو جویانه، تحمل داروئی، وابستگی جسمانی، تباهی جسمی و روانی دارد. پس از ۱۹۶۴ با لحاظ کردن مولفه‌های انسانی ازسوی سازمان بهداشت جهانی، به لحاظ اینکه واژه‌ی معتاد مفهوم ناپسند و تحقیر آمیزی پیدا کرده بود و مفهوم سوء مصرف مواد را به عنوان یک اختلال طبی نمی‌داد وابستگی دارویی جایگزین اصطلاح اعتیاد شد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۱).

۱-Drug dependency

۲-۱-۱-۱- وابستگی

مصرف مکرر دارو یا یک ماده شیمیایی با یا بدون وابستگی جسمی نشان دهنده تغییر فیزیولوژیک ناشی از مصرف مکرر دارویی است که قطع آن سبب بروز سندرم خاصی می شود.

۲-۱-۱-۲- سوء مصرف

استفاده از هر ماده‌ای (معمولاً توسط خود فرد) به شیوه‌ای که خارج از الگوهای مورد تأیید اجتماعی یا طبی باشد.

۲-۱-۱-۳- مسمومیت

سندرم برگشت پذیری که در اثر یک ماده بخصوص ایجاد شده و دست کم بر یکی از کارکردهای زیر تاثیر می گذارد حافظه، موقعیت سنجی، خلق، قضاوت، عملکرد اجتماعی، رفتاری یا شغلی.

۲-۱-۱-۴- ترک

یک سندرم مختص مواد که بدنبال قطع یا کاهش میزان مصرف ماده یا دارویی بروز می کند که قبلاً طی مدت طولانی مرتب مصرف می شده است. مشخصه این سندرم علائم و نشانه‌های فیزیولوژیک در کنار تغییرات روانشناختی مانند آشفتگی در تفکر، احساسات و رفتار است. نام های دیگر آن سندرم پرهیز و سندرم قطع مصرف است.

۲-۱-۱-۵- تحمل (تولرانس)

پدیده‌ای که در آن بدنبال مصرف مکرر یک ماده، دوز معینی از آن ماده اثرات کمتری ایجاد می کند یا برای دستیابی به اثرات دوزهای اول نیاز به افزایش میزان ماده مصرفی وجود دارد.

۲-۱-۱-۶- تحمل متقاطع

به مواردی اطلاق می شود که بعنوان یک دارو را جایگزین داروی دیگری کرد و هر یک از آن دو معمولاً اثرات فیزیولوژیک و روانشناختی مشابهی داشته باشند. وابستگی متقاطع نیز گفته می شود.

۲-۱-۱-۷- انطباق عصبی^۱

تغییرات عصبی شیمیایی یا عصبی فیزیولوژیک در بدن که حاصل مصرف مکرر یک داروی بخصوص است. انطباق عصبی مسئول پدیده تحمل است.

اعتیاد یک رفتار عاداتی غیرقابل کنترل و تکراری با عوارض منفی و ویرانگری فردی، خانوادگی با سابقه پنج هزارساله است. در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ برای تشخیص و تعریف اعتیاد یازده معیار ذکر شده است (در نسخه قبلی ۷ معیار بود که ۴ معیار به آن افزوده شده).

۱- مصرف مستمر مواد بدون آنکه فرد بتواند آنرا متوقف کند. ۲- ادامه مصرف علیرغم محدودیت‌ها. ۳- تلف کردن وقت جهت تهیه و مصرف. ۴- کاهش دیگر فعالیت های روزمره. ۵- افت دائمی و پایدار شخصیت اجتماعی، شغلی و خانوادگی. ۶- толرانس^۳ (نیاز به افزایش قابل ملاحظه مقدار مواد برای رسیدن به آثار دلخواه). ۷- علائم ترک و محرومیت^۴. ۸- مصرف مواد به نحو خطرناک (مثل رانندگی در حالت مستی). ۹- اختلال در روابط اجتماعی و فردی با دیگران. ۱۰- غفلت از انجام وظایف اصلی. ۱۱- مشکلات قانونی.

داشتن دو یا بیشتر از این ملاک‌ها را در یک دوره یک‌ساله به تشخیص اختلال سوء مصرف مواد (اصطلاح جدید) منجر می شود. مصرف مواد براساس این راهنما به سه دسته (ضعیف-متوسط- شدید) طبقه بندی شده است. در ویرایش قبل (DSM-۴-TR) برای اختلالات مرتبط با مواد دو طبقه مجزا ارایه می شد، سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد سوء مصرف مواد این گونه تعریف می شد: استفاده از یک ماده، به رغم عواقب منفی یا نامطلوب آن. سوء مصرف کننده^۵ مواد کسی بود که به علت استفاده زیاد از مواد، به طور مکرر، اما متناوب (با فاصله زمانی نامنظم) به مشکلات مختلفی دچار می شد. وابستگی به مواد این گونه تعریف می شد: ادامه مصرف ماده به رغم پیامدهای منفی آن. کسی که به مواد وابسته بود به طور پیوسته و اجباری به مصرف می پرداخت. اصطلاح وابستگی روانی (سایکولوژیک) زمانی به کار می رفت که افراد زندگی خود را طوری تغییر می دادند که استفاده مستمر و مداوم ماده تضمین می شد، فکر و ذکر فرد بر محور ماده و استفاده از آن قرار می گرفت و این موضوع باعث می شد که فعالیت های مهم زندگی، مانند تعهدات شغلی، اجتماعی، و خانوادگی مورد غفلت قرار گیرد. وابستگی جسمی (فیزیولوژیک) زمانی روی می داد که بدن،

۱-Neuroadaption

۲-DSM-۵ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

۳-Tolerance

۴-Withdrawal

بعد از قرار گرفتن طولانی مدت در معرض یک ماده، با آن سازگار می‌شد و به تدریج قبول می‌کرد که حضور آن در بدن یک موضوع عادی و نرمال است. سندروم تحمل و سندروم پرهیز نشان می‌دادند که وابستگی فیزیولوژیک روی داده است.

اما در DSM-۵ طبقه‌بندی تغییر کرده است، به این صورت که دو طبقه مستقل "سوء مصرف مواد" و "وابستگی به مواد" حذف شده و یک طبقه به نام (اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد) را جایگزین آن‌ها کرده است. منطق پشت پرده ادغام این دو طبقه این بود که گروه تحقیقاتی به این نتیجه رسید که بین سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد هیچ مرز مشخصی وجود ندارد. در ویرایش قبلی هفت ملاک برای تشخیص اعتیاد وجود داشت که در ویرایش جدید ۴ ملاک به آن اضافه شد. وجود دو یا بیشتر از این ملاک‌ها منجر به تشخیص اعتیاد خواهد شد.

جدول ۱-۲ ملاک‌های DSM-IV-TR برای ترک مواد

ملاک‌های DSM-IV-TR برای ترک مواد
(A) پیدایش سندرمی مختص یک ماده خاص، در نتیجه قطع (یا کاهش) مصرف زیاد و طولانی یک ماده
(B) سندرم مختص به ماده، ناراحتی قابل ملاحظه بالینی ایجاد کرده یا موجب تخریب عملکرد اجتماعی شغلی یا سایر حوزه‌های عملکرد می‌شود.
(C) علائم بالینی ناشی از یک بیماری طبی عمومی نبوده و بر اساس یک اختلال روانی دیگر قابل توجیه نیستند.

جدول ۲-۲ ملاک‌های DSM-IV-TR برای مسمومیت مواد

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای مسمومیت مواد
(A) پیدایش سندرمی برگشت پذیر مختص به یک ماده در نتیجه مصرف (یا مواجهه) اخیر با آن ماده. توجه: مواد مختلف ممکن است سندرم‌های یکسان یا مشابه بوجود آورند.
(B) تغییرات غیر انطباقی قابل ملاحظه بالینی که نتیجه تأثیر مواد بر دستگاه عصبی مرکزی هستند (مثل ستیزه جویی، بی‌ثباتی خلق، اختلال قضاوت، اختلال کارکرد اجتماعی یا شغلی و ضمن مصرف مواد یا به فاصله‌ای کوتاه پس از آن ظاهر می‌شوند).
(C) علائم ناشی از یک بیماری طبی عمومی نبوده و یک اختلال روانی دیگر توجیه بهتری برای آنها نیست.

جدول ۲-۳ ملاک های DSM-IV-TR برای سوء مصرف مواد

ملاکهای تشخیصی DSM-IV-TR برای سوء مصرف مواد
A) الگوی غیر انطباقی مصرف مواد که موجب ناراحتی یا تخریب قابل ملاحظه بالینی شده و با یک یا چند علامت از علائم زیر که در طول یک دوره ۱۲ ماهه روی می دهند، تظاهر می کند:
۱) مصرف مکرر مواد که منجر به ناتوانی در برآوردن تعهدات عمده مربوط به نقش فرد در کار، مدرسه یا خانه می شود (مانند غیبت های مکرر یا عملکرد ضعیف شغلی مربوط به مصرف ماده : غیبت، تعلیق یا اخراج از مدرسه به دلیل مصرف مواد، مسامحه نسبت به فرزندان و خانه
۲) مصرف مکرر مواد در موقعیت هایی که در آنها مصرف ماده از نظر فیزیکی خطرناک است (مثلا رانندگی یا کار با ماشین آلات تحت تاثیر مواد)
۳) مشکلات قانونی تکراری مربوط به مواد (مثلاً دستگیری به دلیل رفتارهای نادرست مربوط به مصرف مواد)
۴) مصرف مداوم مواد علی رغم مشکلات پایدار یا عود کننده اجتماعی یا بین فردی که ناشی از تغییرات ماده بوده یا بر اثر آن تشدید شده اند (مانند مشاجره با همسر در مورد نتایج مسمومیت، نزاع فیزیکی)
B) نشانه های فوق هیچگاه واجد ملاک های وابستگی به این خانواده از مواد نبوده اند.

جدول ۲-۴ ملاک های DSM-IV-TR برای وابستگی مواد

بدون وابستگی فیزیولوژیک: فقدان شواهد تحمل یا ترک (یعنی هیچیک از موارد ۱ یا ۲ وجود ندارد)
معرفهای سیر :
فروکش کامل اولیه
فروکش کامل مستمر
فروکش نسبی اولیه
فروکش نسبی و مستمر
تحت درمان با آگونیست
در محیط کنترل شده

۲-۱-۲- تاریخچه مصرف مواد مخدر

اولین بار در سال ۱۸۰۴ مرفین در طب برای رهایی از درد عملیات جراحی و درد های بعد از عمل مورد استفاده قرار گرفته است و لذتی که بعد از تزریق و مصرف مرفین به بیمار دست می دهد به خارج از بیمارستان انتقال پیدا نمود و مورد استفاده قرار گرفته است. در این انتقال کارکنان بیمارستان برای استفاده مادی نقشی داشته اند. هروئین نیز در سال ۱۸۹۸ برای اولین بار به صورت گرد سفید رنگ مورد استفاده قرار گرفت و متأسفانه به علت اثرات روحی که در آغاز به آنها دست می داد از مصرف آن احساس لذت می کردند و کم کم به آن وابستگی جسمی و روانی پیدا می کردند. چون کاربرد داروهای مخدر ابتدا برای لذت روحی و شادمانی و همچنین شدید و طولانی کردن لذات جسمی و تأخیر در ارضاء جنسی و شهوت در موقع مقاربت می باشد افراد زیادی به آن گرایش پیدا نموده و معتاد می شوند ولی متأسفانه پس از مدتی مصرف، لذات فوق فقط به صورت احتیاج جسمی و روانی در می آید.

تاریخچه مصرف تریاک به قرن‌ها پیش حتی خیلی قبل از مرفین می‌رسد چون در یکی از نقشه‌های دولت آشور تصویر دسته‌ای از گل خشخاش دیده شده است. بقراط نیز از شیر خشخاش به عنوان داروی خواب‌آور و مسکن سخن گفته است. رازی و ابن‌سینا نیز از مصرف دارویی تریاک سخن گفته‌اند. هندی‌ها که در مورد مصرف تریاک تعصب خاصی دارند و تریاک را دارویی آسمانی و شفابخش می‌دانند. آن را بهترین درمان کلیه آلام جسمی و روحی می‌دانسته‌اند و حتی معتقد بودند که پلیدیهای انسان مانند خشم و غضب و حسد و هوی و هوس را نیز از انسان دور می‌کند ولی متأسفانه دولتهای استعمارگر از ترویج این دارو در تغییر افکار و حرکات مردم سوء استفاده کردند و به جنبه درمانی آن توجه نداشته‌اند (فرجاد، ۱۳۷۷).

در ایران پایه‌گذار و رواج دهنده مواد مخدر، عوامل استعمارگر انگلستان بودند که در زمان صفویه راههای کشت خشخاش و استفاده از تریاک را رواج دادند و به تدریج در عصر قاجاریه کشت خشخاش و خرید و فروش تریاک را متداول کردند و تا آگاهی و کمبود رشد فرهنگ جامعه نیز عامل موثری در جهت بهره‌برداری استعمارگران برای گسترش کشت خشخاش و اعتیاد به تریاک گردید. به طوری که پزشکان انگلیس تریاک را به عنوان داروی موثر برای درمان بیماریهای مختلفی همانند سردرد، دندان درد، گوش درد و... تجویز می‌کردند. چندی نگذشت که این ماده مخدر به صورت داروی خانگی در هر خانه راه یافت (استانداری یزد، ۱۳۶۵).

۲-۱-۳- انواع مواد مخدر

۱- تریاک و مشتقات آن و نیز داروهای مخدر صناعی مانند پتیدین^۱ و بعضی چسبهای صنعتی.

۲- مواد محرک مانند کوکائین که محرک قشر مغز می‌باشد و آمفتامین.

۳- مواد توهم‌زا که فعالیت روانی را مختل و ایجاد توهم می‌کنند مانند: حشیش، ال. اس. دی.^۲ مسکالین^۳ و

پسیلوسیلین^۴.

۱-Pethidine

۲-Lysergic acid Diatylamyd

۳-Mskalyn

۴-Psylvlylyn

۴- خواب‌آورها مانند باربیتوریکها^۱ و همچنین داروهای ضد اضطراب و آرام‌بخش مانند مپروبامات^۲ و بنزودیازپین‌ها^۳ که با مصرف طولانی و مکرر ممکن است وابستگی جسمانی و روانی ایجاد کنند و به هنگام ترک دارو علایم ترک اعتیاد را آشکار سازند (کولمن و ورنون، ۲۰۱۲).

۲-۱-۴- طبقه‌بندی مواد اعتیاد آور

مواد مخدر را به اعتبارات متعددی می‌توان طبقه‌بندی کرد. مثلاً اگر آنها را به طبیعی، نیمه مصنوعی و مصنوعی گروه‌بندی کنیم، یا از نظر تاریخ کشت یا آشنایی بشر با آنها، کشف و ساخت دسته‌بندی کنیم، یا در دو گروه، یعنی گروه مواد مخدري که مصرف پزشکی دارد. یا گروه مواد مخدري که مصرف پزشکی ندارد، دسته‌بندی شوند، همه درست بوده، ولی در عین حال هیچیک طبقه‌بندی یا تعریفی جامع نمی‌باشند. اگر چه متخصصین، طبقه‌بندی‌هایی از جنبه‌های علمی و تجربی ارائه داده‌اند ولی بهترین نوع گروه‌بندی از طرف سازمان بهداشت جهانی به عمل آمده که طبقه‌بندی مواد از جهت تأثیر آنها بر انسان است. این طبقه‌بندی به صورت زیر می‌باشد:

- توهم زها^۴ - کانابیس یا شیره گیاه شاهدانه^۵ - مواد مخدر - سستی زها (مسکنها - خواب آورها) - آرام بخش‌ها

- چسب و مواد فرار (مواد استنشاقی - محرک‌ها - الکل، توتون و قهوه^۶) (کولمن و ورنون، ۲۰۱۲).

۲-۱-۵- سبب شناسی اعتیاد

اکنون روشن شده است که هیچ عامل منفرد، یا مسیر منفردی شرط لازم و کافی برای سوءمصرف مواد نیست و سوءمصرف مواد نتیجه ترکیبی از عوامل گوناگون است (هاوکینز، کاتالانو و میلر^۷، ۱۹۹۲؛ به نقل از گلانتز و هارتل^۸، ۱۹۹۷). بعضی از این عوامل (عوامل خطرآفرین^۹) موجب افزایش خطر مصرف، و بعضی (عوامل محافظت کننده^{۱۰}) موجب کاهش مصرف مواد می‌شوند. نمودار (۲-۱) الگوی ترکیبی از مهم‌ترین عوامل موثر بر مصرف مواد را نشان می‌دهد. این عوامل را می‌توان بر اساس حیطة‌ها یا زمینه‌های مختلف گروه‌بندی کرد.

۱-Barbituri
۲-Mprvbamat
۳-Benzodiazepine
۴-Hallucinations
۵-Cannabis
۶-Neglected invisible drugs
۷-D.J.Hawkins R.F.Catalano & Miller
۸-Lantze & Hartel
۹-Risk factors
۱۰-Protective factors

عوامل فردی

انتظارات شناختی
پیامدهای مصرف مواد
مصرف مواد توسط والدین
میزان شیوع مصرف
نگرش ها و باور های فرد در باره
مصرف مواد
توانایی و مهارت های فردی
تصمیم گیری حل مسئله
مهار اضطراب
مهار خشم
کنترل فردی
تعارضات
خود کنترلی عاطفی
هدف گذاری
مهارت های اجتماعی
مهارت های برقراری ارتباط
مهارت های قاطعانه عمل کردن
مهارت های تحسین و تمجید کردن
مهارت های امتناع
مهارت های جلب حمایت
عوامل روان شناختی
کفایت خود
عزت نفس-خود پنداره
خطر پذیری
تکانشی بودن
سلامت روانی-سازگاری روان شناختی
برداشت فرد از موقعیت های زندگی

عوامل اجتماعی

عوامل مرتبط با مدرسه
عملکرد تحصیلی
اعتماد به نفس تحصیلی
پیوند با مدرسه
عوامل خانوادگی
ساختار خانواده
نحوه اداره، انضباط و ارتباط
برقرار کردن
پایش و نظارت از طرف
والدین
مصرف مواد توسط والدین
دلبستگی و پیوندهای خانوادگی
نگرش والدین نسبت به مواد
تاثیر رسانه ها
الگو برداری از مصرف
کنندگان مواد
تبلیغات مشروبات الکلی و
تنباکو
تاثیر همسالان
مصرف مواد توسط دوستان
نگرش دوستان درباره مصرف
مواد

عوامل تاریخی / زمینه ای

عوامل جمعیت شناختی
جنسیت
سن
طبقه اجتماعی-اقتصادی
مذهب/قومیت
عوامل زیستی شناختی
هیجان طلبی
زمینه ژنتیکی-خلق و خو و
مزاج
هویت فرهنگی
فرهنگ پذیری و هویت قومی
عوامل محیطی
حمایت اجتماعی
هنجار گسیختگی
سامانه اجتماعی
در دسترس بودن مواد

رفتار مصرف مواد

سیگار
مشروبات الکلی
ماری جوانا
مواد استنشاقی
سایر مواد غیر افیونی

نمودار ۱-۲ الگوی ترکیبی مصرف مواد (وضعیت اقتصادی-اجتماعی)

۲-۱-۶- آثار مصرف مواد مخدر

مواد اویپوئیدی با اتصال به محل‌های اختصاصی گیرنده در مغز و بدن، اثرات خود را بروز می‌دهند. در بدن انواعی از پپتیدهای اویپوئیدی درون‌زاد وجود دارند که در شرایط فیزیولوژیک به این گیرنده‌ها متصل می‌شوند ۴ نوع این گیرنده‌ها عبارتند از :

گیرنده مو^۱، باعث رفع درد در سطوح فوق‌نخاعی، کاهش تنفس، میوز مردمک‌ها و احساس سرخوشی می‌شود. گیرنده کاپا^۲، باعث ایجاد آرامش، خواب‌آوری، میوز مردمک‌ها، کاهش محدود تنفس و رفع درد در سطوح نخاعی می‌شود.

گیرنده سیگما^۳، عامل ایجاد توهم، هذیان، تحریک تنفسی، تحریک وازوموتور و دیسفوری است. گیرنده دلتا^۴، مشابه گیرنده سیگما است.

۲-۱-۷- مدل‌های مفهومی درمان سوءمصرف مواد

علی‌رغم گستردگی رویکردهای درمانی، در کنار مدل‌های تاب‌آوری تنها چند مدل مسلط در حوزه اعتیاد وجود دارد. بریکمن و همکاران^۵ (۱۹۸۲)، به نقل از لوییس، دانا و بلوینس^۶ (۲۰۰۲)، در یک مدل کمک و مقابله^۷ بر مبنای نظریه اسناد^۸، چهار رویکرد مفهومی مختلف را در ایجاد و درمان اعتیاد بر اساس پاسخ به دو سوال زیر مطرح نمودند:

(۱) فرد تا چه اندازه مسئول شروع مشکل اعتیاد خود در نظر گرفته می‌شود.

(۲) فرد تا چه اندازه مسئولیت تغییر رفتار یا حل مشکل خود را بر عهده دارد.

بر اساس پاسخ به این سوالات ۴ مدل اصلی کمک و مقابله شکل می‌گیرد که در حال حاضر در حوزه اعتیاد به کار برده می‌شوند. این چهار مدل عبارتند از

۱-Mu

۲-Kappa

۳-Sigma

۴-Delta

۵-P.Brickman

۶-J.A.Lewis. R.Dana &G.A.Blevins

۷-Helpeng & coping

۸-Allributin theory

۲-۱-۷-۱-مدل اخلاقی^۱

در این مدل فرد هم مسئول ایجاد و هم مسئول حل مشکلاتش قلمداد می شود. در مدل اخلاقی اعتیاد نشانه ضعف شخصیت یا نیروی اراده^۲ در نظر گرفته می شود. به فرد تذکر داده می شود که خود را کنترل نماید و شکست در تغییر رفتار به عنوان نشانه ای از عدم تلاش یا تلاش های بی حاصل در نظر گرفته می شود (میلر، ۲۰۰۵).

در این مدل شکست فرد در تغییر الگوهای رفتاری سوء مصرف مواد به عنوان نقص^۳ فرد در نظر گرفته می شود و در صورت تداوم رفتار بد، فرد مستحق مجازات محسوب می شود.

جنبش خویشتن داری^۴ در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم در ایالات متحده آمریکا و تصویب جنگ بر علیه مواد، نمونه هایی از مدل اخلاقی می باشد. این مدل با برچسب زدن^۵ به افرادی که از اعتیاد رنج می بردند، اغلب باعث شرم و گناه، ترس از برملا شدن مصرف مواد و اجتناب از پذیرش مشکل می شود و اکثر بیماران، جستجوی درمان را رها می کنند (باوئن و همکاران، ۲۰۰۶).

۲-۱-۷-۲-مدل بیماری یا پزشکی^۶

بر اساس این مدل، فرد نه مسئول ایجاد و نه مسئول تغییر رفتار در نظر گرفته می شود. مدل پزشکی در اعتیاد به اختلالات فیزیولوژیکی مانند اختلال غدد درون ریز^۸، آمادگی ژنتیکی^۹، واکنش آلرژیک^{۱۰}، توجه می کند اگر چه نظریه های مدل پزشکی ممکن است در تعریف و توصیف اعتیاد کمک نمایند، اما در ایجاد درمان های اختصاصی موفقیت چندانی ندارند. مدل بیماری اعتیاد، به عنوان یک مدل پیش رونده، اعتیاد را همراه با نشانه های بیماری در نظر می گیرد. دو عنصر اصلی این مدل، از دست دادن کنترل و پیشرفت بیماری است (میلر^{۱۱}، ۲۰۰۵).

مدل بیماری یا پزشکی از نظر زیستی با ۱۲ گام متولد شد. اگر چه بریکمن، مدل بیماری را از مدل معنوی متمایز نمود، این دو، غالباً در چارچوب رویکرد ۱۲ گام^{۱۲} در سال ۱۹۳۵ به دلیل ناامیدی تعدادی از بیماران الکلی از

۱-Moral model

۲-Will power

۳-Fault

۴-Temperance movement

۵-Stigma

۶-S.Bawen et al

۷-Disease or medical model

۸-Endocrine dysfunction

۹-Genetic preaisposition

۱۰-Allergic reaction

۱۱-G.Miller

۱۲-Twelve step

درمان‌های پزشکی و روان پزشکی و نیز تجربه نقش معنویت در بهبودی این بیماران بر مبنای اصول مسیحیان پروتستان شکل گرفت (نیس^۱، ۲۰۰۵). درمان‌های استاندارد در چار چوب ۱۲ گام مانند الکلی‌های گمنام^۲، معتادان، معتادان گمنام^۳ و کوکایینی‌های گمنام^۴، بر این عقیده هستند که الکلیسم و اعتیاد بیماری‌های وابستگی شیمیایی^۵ هستند که همانند سایر بیماری‌های مزمن جسمانی از قبیل دیابت و سرطان از طریق عوامل زنتیکی یا زیستی خارج از کنترل فرد ایجاد می‌شوند (جلینک^۶، ۱۹۶۰، به نقل از باون و همکاران، ۲۰۰۶).

رویکرد ۱۲ گام نسبت به منشاء، حفظ و درمان اعتیاد یک مدل زیستی - روانی - اجتماعی - معنوی است (والاس^۷، ۲۰۰۳). سوء مصرف و وابستگی به مواد از این دیدگاه یک بیماری پیش رونده و مزمن در نظر گرفته می‌شود که از نظر جسمانی، روانی و معنوی بر فرد تاثیر می‌گذارد.

۲-۱-۷-۳- مدل معنوی یا بصیرت^۸

در این مدل فرد مسئول ایجاد رفتار مشکل خود شناخته می‌شود، اما برای تغییر بر یک "قدرت برتر"^۹ یا باورهای معنوی^{۱۰} و تکیه بر یک قدرت برتر برای مقابله با اعتیاد تاکید می‌شود (مارلات و همکاران، ۲۰۰۴). در مدل معنوی (همچون رویکرد ۱۲ گام) بر دوستی^{۱۱} و همدلی، اهمیت یافتن خدا یا یک قدرت برتر، نیایش^{۱۲} و بیدار سازی معنوی^{۱۳} و تکیه بر یک قدرت برتر برای مقابله با اعتیاد تاکید می‌شود (همان منبع). بهبودی در این رویکرد مستلزم تاکید و واگذاری و قدرت شخصی فرد به یک قدرت برتر است، که از این طریق فرد می‌تواند سلامت خود را باز یابد. در واقع، به طور ضمنی پذیرفته می‌شود که :

۱-E.P.Nace

۲-Alcoholic anonymous(A.A)

۳-Narcotic anonymous(N.A)

۴-Ccaine anonymous(C.A)

۵-Chemical dependency

۶-Jellineck

۷-J.Wallace

۸-Enlightenment

۹-Hiher power

۱۰-Spiritual bliefs

۱۱-Fellowship

۱۲-Prayer

۱۳-Spiritual awakening

• فرد مبتلا^۱، خود توانایی تغییر افکار، هیجانات و رفتار های خود را ندارد و تنها راه امید، تسلیم شدن و پذیرش عجز^۲ و ناتوانی در مقابل مواد و شرایط و واگذار کردن کنترل شخصی به قدرتی فراتر از خود است. بر این اساس اگر فرد زمینه زیستی - ژنتیکی بیماری را داشته باشد هرگز درمان نمی شود تنها با متعهد شدن به ترک کامل می تواند بیماری خود را مدیریت نماید.

• تلویحات دیگر این مدل، عدم تحمل هر نوع لغزش در فرایند ترک است. این گفته الکلی های گمنام که "یک بار مصرف زیاد و هزار بار کافی نیست"، بیانگر این است که یک بار مصرف باعث می شود که معتاد به اشتباهی سیری ناپذیر مصرف مواد که غیر قابل کنترل و ارضا نشدنی است، برگردد. هر چیزی به غیر از اعتراف و پذیرش کامل بیماری، به عنوان انکار از طرف بیمار در نظر گرفته می شود که در اصطلاح الکلی های گمنام بیان می شود: "ما بیماری داریم که به ما می گوید بیمار نیستیم" (باون و همکاران^۳، ۲۰۰۶؛ نیس^۴، ۲۰۰۵؛ والاس^۵، ۲۰۰۳).

همچنین در مدل ۱۲ گام، اعتیاد نوعی مشکل وجودی است و مصرف مواد به عنوان یک پاسخ غیر سالم به خلاء معنوی^۶ در نظر گرفته می شود. هدف درمان بیدار سازی معنوی است (بلوم^۷، ۲۰۰۵)، که از طریق پذیرش ۱۲ سنت و کار بر روی ۱۲ گام به شرح زیر حاصل می شود:

گام اول: می پذیریم که درمقابل مواد عاجز هستیم و زندگی امان غیر قابل تحمل شده است.

گام دوم: باور می کنیم که قدرتی برتر از ما می تواند سلامت ما را به ما باز گرداند.

گام سوم: تصمیم می گیریم که خواست و اراده و زندگی خود را به دست پروردگار، همانطور که خود او را درک می کنیم، بسپاریم.

گام چهارم: با اتخاذ نگرشی جستجوگرانه و بی باکانه، سیاهه ای اخلاقی از نقاط مثبت و منفی خود تهیه می کنیم.

گام پنجم: درباره ماهیت اصلی اشتباهمان، نزد پروردگار، خود و انسانی دیگر اعتراف می کنیم.

گام ششم: کاملاً آماده هستیم که خداوند تمامی کمبود هایمان را برطرف کند.

۱-Affected

۲-Powerlessness

۳- Bowen et al

۴-Niss

۵-Wallace

۶-Spiritual void

۷-A.W.Blume

گام هفتم: با فروتنی از خدای خود می‌خواهیم تا کمبودهایمان را برطرف کند.

گام هشتم: فهرستی از کسانی که به آنها آسیب رسانده ایم تهیه می‌کنیم و این تمایل را در خود رشد می‌دهیم که آن آسیب را به شکلی جبران کنیم.

گام نهم: مستقیماً و در هر کجا که ممکن است آسیب‌های گذشته را جبران می‌کنیم، مگر در مواردی که موجب آسیب بیشتر شویم.

گام دهم: به تهیه‌ی سیاهه‌ی نکات مثبت و منفی خود ادامه می‌دهیم و بی‌درنگ پس از ارتکاب اشتباه آنرا می‌پذیریم.

گام یازدهم: به کمک دعا و مراقبه می‌کوشیم ارتباط آگاهانه خود را با خدای خود تقویت کنیم. تنها راه دست یافتن به معرفت پروردگار دعا می‌کنیم تا به خواست و اراده او درباره خود پی ببریم و قدرت به عمل گذاشتن آن را بیابیم.

گام دوازدهم: پس از رسیدن به بیداری معنوی که در نتیجه پیمودن گام‌ها حاصل می‌شود، سعی می‌کنیم این پیام را به اشخاص معتاد برسانیم و در تمامی امور به این اصول عمل کنیم. به طور سنتی رویکرد‌های معنوی در بهبودی و درمان سوء مصرف مواد بیشتر به مدل ۱۲ گام مینه سوتا^۱ نسبت داده می‌شود، اما مستقیماً شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد سایر مداخله‌های معنوی مانند مراقبه و ذهن آگاهی نیز با کاهش مصرف مواد رابطه دارند (برسلین، زاک، مک ماین^۲، ۲۰۰۲). در این رویکرد بر زمان حال، یک روز واحد، اجتناب از نوشیدن یا مصرف مواد و نوشتار فقط برای امروز، تمرکز می‌کنند. استعاره این برنامه عبارت است از، بهبود یافتن از بیماری (هارتر و گلانتز^۳، ۱۹۹۷). هادج^۴ (۲۰۰۰)، با مرور نظریه‌ها و یافته‌های پژوهشی موجود یک مدل نظری از معنویت را ارائه نموده است. در این مدل معنویت بر پنج حوزه رفتاری موثر است:

- کاهش مصرف مواد

- کاهش مرگ و میر و بیماری

- افزایش مقابله و مقاومت

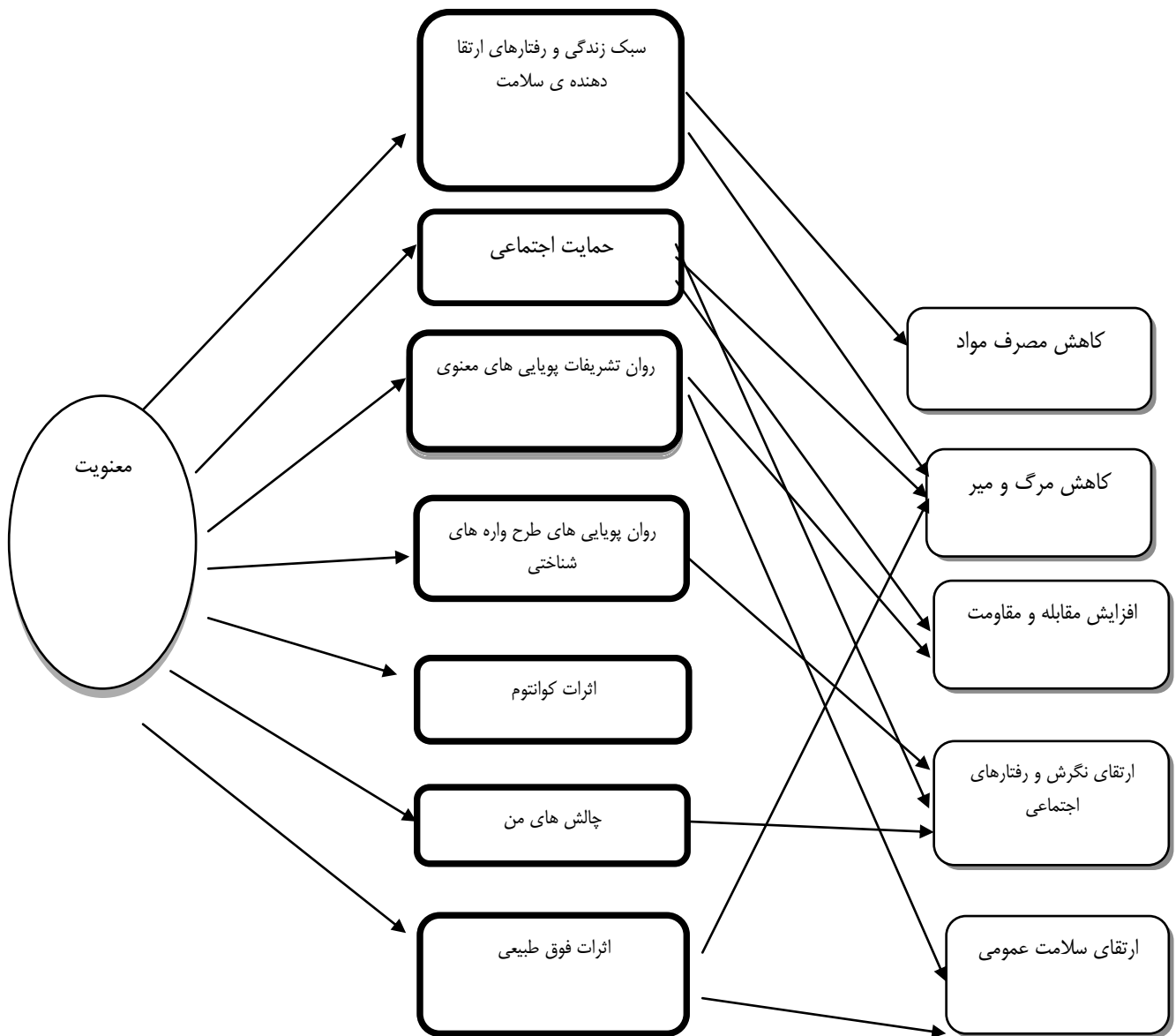
- ارتقاء نگرش‌ها و رفتارهای اجتماعی

۱-Minnesota

۲-F.C.Breslin. M.Zack & M. Maine

۳-Harter & Gelanter

۴-D.R. Hodge



نمودار ۲-۲ روابط بین مسیرهای مجزا و واسطه ای در معنویت

(اقتباس از هاج، ۲۰۰۰)

پنج حوزه فوق الذکر از طریق هفت مسیر تعدیل کننده ی مختلف، شامل: سبک زندگی، حمایت اجتماعی پویایی رفتار معنوی، پویایی طرحواره های شناختی، چالش های من^۱، اثرات کوانتوم^۲، اثرات فوق طبیعی^۳ ناشی از معنویت حاصل می شوند. نمودار شماره (۲-۲) روابط بین مسیرهای مجزا و واسطه ای در معنویت نشان داده شده است.

۲-۱-۸- گستره نظری رفتاری-شناختی یا جبرانی

بر اساس دیدگاه رفتاری - شناختی، فرد مسئول ایجاد مشکل تلقی نمی شود، اما مسئولیت تغییر رفتار و حل مشکل را بر عهده دارد. از این دیدگاه اعتیاد ناشی از تعامل فرایندهای شناختی، رفتاری، هیجانی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی و فرایندهای زیستی- روانی - اجتماعی است. بنابراین درمان شامل نقاط مختلف ورود به سیستمهای ناکارآمد است. با اینحال در درمان رفتاری شناختی، بیشتر بر فرایندهای شناختی، شامل فعالیت های مختلفی مانند افکار، باورها، انگاره ها، طرحواره ها، ارزشها، عقاید، انتظارات و فرضیات تاکید می شود. فرایندهای شناختی که بیشتر در سبب شناسی و درمان اعتیاد نقش دارند، است. در این دیدگاه فرایندهای شناختی مانند خود کارآمدی و مکان کنترل، هدف درمان هستند.

در مدل شناختی، مصرف مواد بعنوان راهبردهای جبرانی برای تنظیم و مقابله با احساسات مورد استفاده قرار می گیرد. در این مدل بر خلاف مدل بیماری، مسئولیت تغییر از طریق ایجاد انگیزش لازم، کسب دانش درباره الگوهای مصرف و تمرین و کاربرد مهارت های مقابله ای رفتاری و شناختی بر عهده ی افراد مبتلا به اعتیاد است (لایس، بک و سیتون، ۲۰۰۲).

در مدل رفتاری شناختی اعتیاد (لایس و فرانز^۴، ۱۹۹۶، به نقل از لایس، بک و سیتون، ۲۰۰۲)، تجارب اولیه زندگی باعث شکل گیری طرحواره های معین^۵، باورهای اصلی و شرطی می شوند که بسته به ماهیت تجارب اولیه زندگی می توانند مثبت، منفی، سازگار ناساگار یا طبیعی باشند. این باورها بعد از مواجهه و تجربه، فرد را مستعد رفتارهای

۱-Ego chalange

۲-Quantum effects

۳-Compensatory

۴-K.Seaton & M.Feranz

۵-Centrain schema

اعتیادی می‌کنند. در نتیجه تداوم رفتارهای اعتیادی، این باورها تثبیت شده و پیش‌یادگیری^۱ می‌شوند (نمودار شماره ۳-۲).

بر اساس نظریه شناختی رفتاری تا کنون چند مدل مختلف درمان رفتاری شناختی در حوزه اعتیاد بنا شده است اما در مجموع از جنبه‌های مختلف می‌توان مفهوم سازی درمان رفتاری شناختی و مدل درمانی مبتنی بر ۱۲ گام را در درمان سوء مصرف مواد، دو سر یک پیوستار در نظر گرفت. رویکرد رفتاری شناختی بر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، شناسایی و مقابله موثر با عوامل شناختی - رفتاری مانند، موقعیت‌های پر خطر^۲، عواطف منفی^۳، خود کار آمدی پایین^۴، انتظارات مثبت^۵ و مقابله ضعیف^۶ تاکید می‌شود.

در مقابل در مدل ۱۲ گام بر پذیرش یک بیماری لاعلاج^۷ و پیش رونده و جستجوی بیدار سازی معنوی از طریق تسلیم شدن به یک قدرت برتر به عنوان تنها راه نجات از اعتیاد تاکید می‌شود. علی‌رغم متفاوت بودن مبانی مفهومی، تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که هر دو رویکرد، درمان موثری برای مشکلات مصرف مواد می‌باشد و احتمالاً مکانیسم‌های تغییر هر دو روش همپوشی زیادی با یکدیگر دارند (مورگانسترن و همکاران^۸، ۱۹۹۷).

در جمع‌بندی مدل‌های مفهومی اعتیاد می‌توان گفت، مدل اخلاقی به لحاظ بر چسب زدن اخلاقی به فردی که از اعتیاد رنج می‌برد، شرم و گناه و ترس از بر ملا شدن مصرف مواد را دامن زده و موجب رها کردن درمان توسط آنان می‌شود و همیشه اعتیاد به عنوان یک پدیده ضد اخلاقی که مستوجب تنبیه است پنهان می‌ماند. مدل پزشکی یا مدل بیماری، به دلیل این که فرد را نه مسئول ایجاد و نه مسئول تغییر رفتار در نظر گرفته، فقط مکانیزمی برای فرار از مسئولیت شخصی برای ایجاد و درمان اختلال فراهم می‌کند. در مدل معنویت یا بصیرت نیز، فرد مبتلا توانایی تغییر افکار، هیجانات و رفتارهای خود را ندارد. و اساساً فرد مسئول درمان خود نیست و این با روح روان درمانی که فرد بایستی در درمان مسئولیت بپذیرد، مغایر است. مدل رفتاری - شناختی یا جبرانی، نیز از این جهت که مسئولیت فردی یا عاملیت انسانی در شروع اعتیاد نفی می‌کند، مورد انتقاد می‌تواند قرار گیرد. اما با توجه به اینکه اعتیاد را ناشی از تعامل فرایندهای شناختی رفتاری، هیجانی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی و فرایندهای زیستی - روانی - اجتماعی

۱-Over learned

۲-High-risk situations

۳-Negative affects

۴-Low self-efficacy

۵-Positive expectations

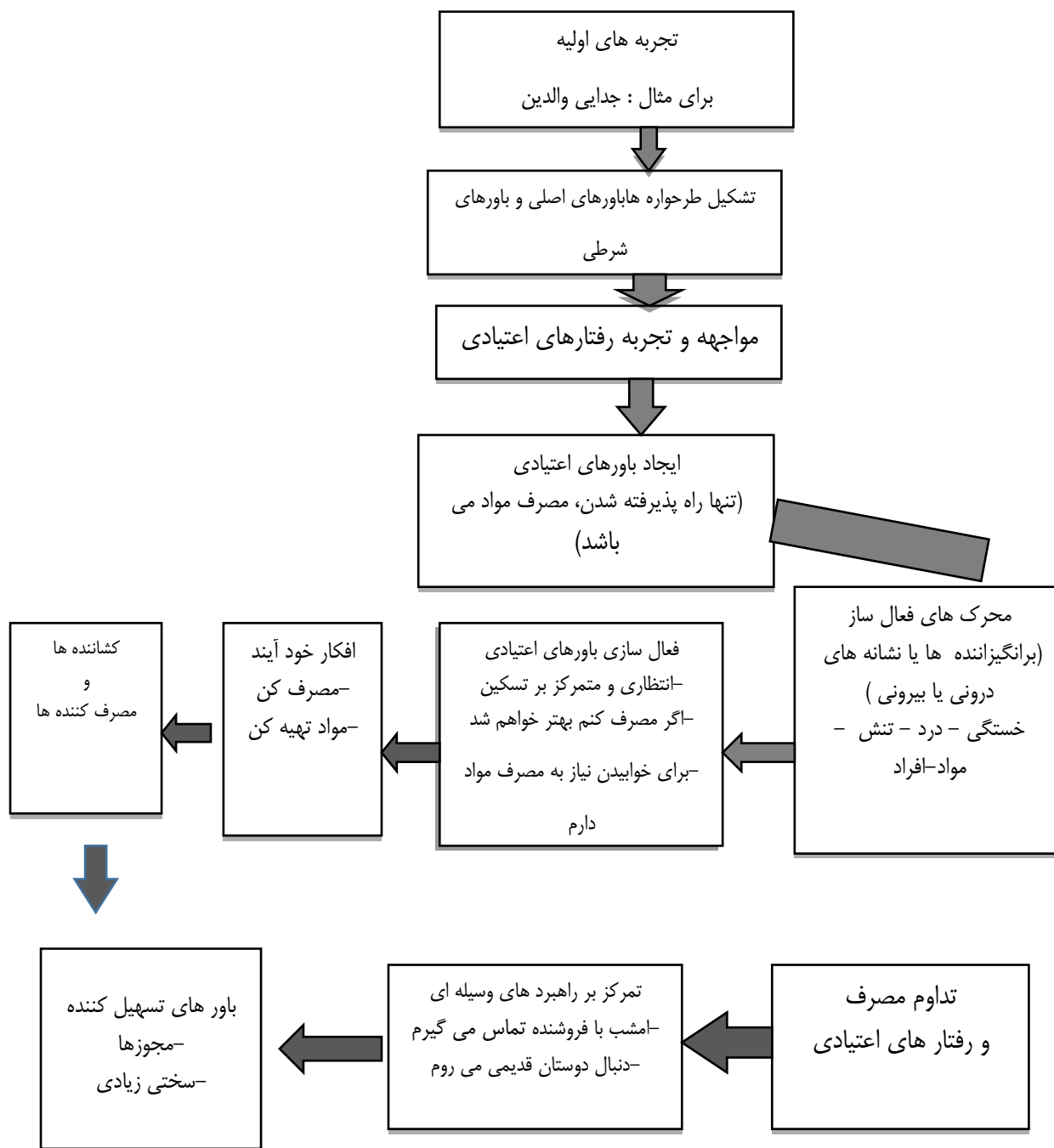
۶-Poor coping

۷-Incurable

۸-Morganstern et al

می‌داند، از سایر دیدگاهها برتری دارد. این دیدگاه به افراد امکان می‌دهد تا نیروهای درونی خود را برای حل مشکلات و یا تغییر محیط به طرف بیرون از خود هدایت نمایند، بدون این که در اولین برخورد با مشکل، خود و یا دیگران را بخاطر نقشی که در بروز مشکلات آنان داشته اند، سرزنش کنند و یا مقصر بدانند (بریکمن و همکاران^۱، ۱۹۸۲). مارلات و گوردون^۲ با ذکر یک مثال سازگاری این مدل را با مباحث سوء مصرف مواد نشان داده و خاطر نشان می‌سازند، جریان درمان موثر اعتیاد بیشتر مستلزم تمایز قائل شدن بین مجموعه‌ای از عوامل متفاوت؛ شامل رفتار معیوب، هویت فردی و خود پنداره ی مراجع است تا فقط بحث از یک فرد.

^۱-Berickman et al
^۲. Marlat & Gordon



نمودار ۳-۲ مدل رفتاری شناختی رفتارهای اعتیادی
(اقتباس از لایس، بک و سیتون، ۲۰۰۲)

این پژوهشگران در بیان ارجحیت مدل شناختی- رفتاری ادامه می‌دهند؛ افراد سوء مصرف کننده ی مواد قادرند در تغییر رفتار خود نقشی فعال داشته باشند. در حقیقت حس تسلط بر خود، ممکن است مهم ترین عامل تعیین

کننده ی بهبودی فردی باشد که معتقد است (۱) اعتیاد به وی صدمه می زند و لذا آرزوی غلبه بر آن را دارد. (۲) حس می کند کفایت لازم برای برگشتن به شیوه زندگی بدون وجود اعتیاد را دارد. (۳) صلاحیت کسب پاداش های مناسب در جهت یک زندگی ارزشمند و بدون وجود اعتیاد را دارد.

۲-۱-۹- مدل طرحواره های شناختی در درمان اعتیاد

آلبرت الیس به عنوان یک روان شناس، باذکر مثال مردی که در خیابان منتظر ایستاده است تا از تقاطع عبور کند و در این هنگام فرد دیگری از پشت با او برخورد می کند، به روشنی این مفهوم را بیان کرده است او فوراً بر می گردد تا با فرد حمله کننده روبرو شود - تنها زن نابینایی را که ناخواسته با او برخورد کرده است پیدا می کند. بنابراین، مسئله اصلی این می شود که "برای خشمی که در اصل مبتنی بر فرض دیگری بود چه اتفاقی می افتد؟" مثال فوق بیانگر لزوم قاب گیری مجدد، این است که محتواهای روان فرد در کنترل او هستند. قاب گیری مجدد، معنای اصلی رویداد یا موقعیت را با قرار دادن آن در زمینه ای جدید که در آن تبیینی به همان اندازه موجه، ممکن است تغییر می دهد. قاب گیری مجدد آن گونه که بوسیله ساختار گراها بکار می رود به سمت نام گذاری مجدد مشکل یا توصیف در باره آنچه فرد در حالتی خود شکن و نا امید، توصیف کرده است.

این جمله زیر را در نظر بگیرید ؛ "هیچ یک از چیزهایی که شخصی به عنوان یک فرد به آن اعتقاد دارد مورد اعتقاد هیچ فرد دیگری نیست ". پدیده واقعیت مبتنی بر تجربه هوشیار خود فرد است. بنابراین، واقعیت فردی بر ادراک فردی مبتنی است. این عبارت اساس پدیدار شناسی^۱ در فلسفه است. مفهوم منطق خصوصی آدلر در اینکه "فیلتر" خود فرد، تجربه او را تعیین می کند، با چنین فلسفه ای هماهنگ است. متأسفانه شرطی شدن ناهوشیار در زندگی قالبی اولیه ی فرد، موجب سوگیری های نظام مند و انحراف کارکرد کنونی می شود. یکی از کاربردهای نظریه فوق در درمان سوءمصرف مواد و پیشگیری از رفتارهای پر خطر مانند ایدز توسط آوانتس و مارگولین^۳ (۲۰۰۴) ارایه شده است.

از این دیدگاه درمان های موجود در حوزه اعتیاد تنها به دنبال سوءمصرف می باشند و کمتر به کاهش رفتارهای پرخطر و تغییر دادن رفتارهای آسیب رسان به خود و دیگران توجه دارند. ایمان دینی - معنوی^۴ به عنوان یکی از عوامل موثر در کاهش رفتارهای پر خطر و و یک مکانیسم مقابله ای موثر در نظر گرفته می شود. علیرغم مشخص شدن اثر

۱-Phenomenology

۲-Formolative

۳-Avantce& Margoline

۴-Spiritual-religios faith

بخشی معنویت و باورهای معنوی در پیشگیری و تداوم بهبود در اعتیاد یکی از دلایل عدم استفاده از این منبع بالقوه در درمان اعتیاد، مشکل ذاتی در تعریف عملیاتی، اندازه گیری و پرداختن به آن به شیوه علمی می‌باشد. برای ایجاد یک روش مداخله علمی، ایمان دینی - معنوی را بعنوان یک سازه^۱ یا طرحواره شناختی مفهوم سازی می کنند که به کاهش اختلاف بین اهداف موجود و اهداف آرزومندانه^۲ یا حالت های مرجع^۳ کمک می کند. این مفهوم سازی، امکان تلفیق مفاهیم روش شناختی^۴ روانشناسی شناختی و اجتماعی معاصر را فراهم می سازد. فرآیند فعال سازی یک طرحواره دینی یا معنوی تفاوتی با فرآیندهای عمومی فعال سازی طرحواره های شناختی دیگر ندارد (مک اینتاش، ۱۹۹۵، به نقل از آوانتس و مارگولین^۵، ۲۰۰۴).

طرحواره شناختی بدون در نظر گرفتن حوزه محتوایی اش^۶ فرض می شود که شناسایی سریع محرک یاد آوری اطلاعات مرتبط با طرحواره^۷، تفسیر محرک های مبهم و انتخاب راهنمای پاسخ^۸ را تسهیل می کند بنابراین طرحواره های شناختی بعنوان ساختارهای تنظیم کننده^۹، قابلیت بررسی تجربی را دارند. در روان شناسی شناختی، یک طرحواره خویشتن^{۱۰}، مجموعه ای از باورها یا دانش های کاملاً خودکار، منظم سازمان یافته در باره مقاصد^{۱۱} و قابلیت های فرد می باشد که در حافظه بلند مدت ذخیره شده است و ملاک های اثر بخشی را برای تنظیم توجه، تمرکز و ساختار کد گذاری، ذخیره و بازیابی اطلاعات ایجاد می کند و یک رابطه تداعی قوی با سایر مولفه های سیستم مانند فیزیولوژی و هیجان دارد (کارور و شیپر^{۱۲} ۱۹۹۰؛ سینگر و سالوی^{۱۳} ۱۹۹۱؛ به نقل از آوانتس و مارگولین، ۲۰۰۴).

زمانی که یک طرحواره فعال می شود، باور های مخصوص^{۱۴} درباره خود نیز فعال می شوند که به این ترتیب دسترسی سریع به منابع رفتاری و طرح نماهای^{۱۵} خود کار و طرح های عمل را فراهم می کنند (نمودار ۲-۴). این فرایند زمانی که پردازش سریع اطلاعات ورودی و سازگاری سریع سیستم را جهت حفظ تعادل تسهیل می کند، سازگار

۱-Constrict
 ۲-Desired goals
 ۳-Reference state
 ۴-Methodology
 ۵-Avantce&Margoline
 ۶-Content domain
 ۷-Schema-elevant information
 ۸-Guiding response
 ۹-Oganizing structures
 ۱۰-Self-schema guiding structures
 ۱۱-Intentions
 ۱۲-Carorer&Scheier
 ۱۳-Singer& Salovey
 ۱۴-Spicific beliefs
 ۱۵-Scripts

است، در غیر این صورت می تواند ناسازگار باشد (سینگر، ۱۹۹۷؛ به نقل از آوانتس و مارگولین، ۲۰۰۴). بر اساس خویشتن ناهمخوان^۱، که درمان طرحواره های خویشتن معنوی بر اساس آن می باشد، خود یک ساختار چند عاملی و پویا است که از باز نمایی خویشتن^۲ زیادی تشکیل شده است. در این نظریه "رفتار با هدف کاهش اختلاف و ناهمخوانی درونی" نامیده می شود و این وضعیت منجر به حالت های غمگینی و ناراحتی می شود. خطاهای درونی در بین یک حالت خویشتن موجود و استانداردهای درونی شده یا خود راهنما^۳ یا حالت مرجع^۴ بر انگیزته می شوند. عدم تطابق دائمی بین یک حالت ادراک خویشتن با یک مرجع درونی در این وضعیت"، خطای این نظریه باعث تشکیل ساختارها، مانند حالت های هیجانی می شوند که در یک شبکه تداعی به سازه های خود متصل شده اند (آوانتس، مارگولین و سینگر، ۱۹۹۴).

(آوانتس و مارگولین، ۱۹۹۳) در یک مطالعه در مورد افراد معتاد نشان دادند که بیماران معتاد به کواکین بازنمایی خویشتن منفی از خود دارند که افسردگی را ست و اختلاف بارزی باخویشتن آرمانی یا مورد تمایل آنان دارند. این درمان می تواند موجب برانگیختن خویشتن های مکن و پرکردن ذهن آنها، سازمان دادن و نیرو بخشیدن به رفتار فرد جهت پیگیری حالت های پایانی خواسته شده شود. در این روش از طریق فنون مختلف به بیمار کمک می شود با فراخوانی طرح واره های معنوی، اصیل، درونی، اولیه و آرمانی که متضاد با طرح واره های منفی و ثانویه خویشتن معتاد می باشد، بیمار با خود ارزیابی مجدد، انگیزه لازم را جهت استفاده از رفتارهای معنوی برای بهبودی از اعتیاد کسب نماید. این ایده هماهنگ با نظریه مراحل تغییر پرچسکا و دیکلمنت^۵ (۱۹۸۶) و مصاحبه انگیزشی می باشد. مولفه های اصلی این روش آموزش عقلانیت (درک و فهم درست و تفکر و قد درست)، آموزش اخلاق (سخن درست، رفتار درست، معاش درست) و آموزش کنترل ذهن (تلاش درست، ذهن آگاهی و تمرکز درست) می باشد (آوانتس و مارگولین، ۲۰۰۴).

۱-Self-discrepancy

۲-Self-responsentation

۳-Self-guide

۴-Refrence

۵-Perchescka& Dicklement



نمودار ۲-۴ مدل درمان طرح واژه های خویشتن معنوی

(اقتباس از آوانتس و مارگولین، ۲۰۰۴).

گروهی از پژوهشگران در هاروارد، مدل کاهش خطر شیوه زندگی جهت کنترل مصرف مواد و الکل که در قالب مدلی چند وجهی ارایه شده است، پیروی کرده‌اند. سه هدف رفتاری در این مدل مورد توجه قرار می‌گیرد. (۱) افزایش پرهیز از مصرف مواد، (۲) تأخیر در شروع مصرف، و (۳) کاهش مصرف پرخطر. این مدل در اواخر دهه ی ۱۹۷۰ و اوایل دهه ی ۱۹۸۰ توسط دافرتی ۱ و تری اُ بریان رشد داده شد. این مدل داده ها را از پژوهش‌های زیستی، روانی، اجتماعی جمع آوری کرد. اصول پنجگانه‌ی مدل کاهش خطر شیوه ی زندگی برای کنترل مصرف مواد و الکل عبارت است از

(۱) هر فردی با سطحی از خطر یا آسیب‌پذیری نسبت به رشد مشکلات بهداشتی متولد می‌شود.

(۲) انتخاب های شیوه زندگی نیز خطر را مهیا می‌کنند.

(۳) سطح خطر زیست شناختی تعیین می‌کند که تا چه اندازه و چند وقت به چند وقت خطر بالا است.

(۴) فقط چیزهایی که برای تولید مشکلات بهداشتی ضروری هستند، برای سطح انتخاب های پر خطر وجود دارند

که با خطر زیست شناختی برابری کرده یا بر آنها پیشی می‌گیرد.

(۵) عوامل روانشناختی و بهداشتی، از طریق کمیت / فراوانی انتخاب ها، نقش مهمی برای مشکلات بهداشتی

مرتبط به شیوه زندگی بازی می‌کنند.

به طور خلاصه این مدل می‌گوید: سوء مصرف مواد و الکل ناشی از تعامل کمیت ها و بسامد انتخاب های افراد

و خطر زیست شناختی است (زیست شناسی + فرمول کمیت/بسامد) (آوانتس و مارگولین ۲۰۰۴).

۲-۲- نظریه‌های روان شناختی

بسیاری از روان‌شناسان انحراف را بر حسب نقص شخصیت توجیه می‌کنند؛ به این معنا که برخی از گونه‌های

شخصیت بیشتر از گونه‌های دیگر به انحراف اجتماعی گرایش دارند (کوئن، ۱۳۸۵). روان‌شناسان برای توضیح انواع

کج‌روی‌ها اختلالات روانی و شخصیتی را به سه دسته تقسیم می‌کنند:

- نقص فکری یا عقب‌ماندگی ذهنی.

- روان‌پریشی یا جنون.

- اختلالات از نوع نژندی یا روان‌نژندی (سخاوت، ۱۳۸۰).

زیگموند فروید در تحلیل روان‌کاوانه خود با بکارگیری مفاهیمی چون غرایز سکس و پرخاشگری، عقده ادیپ و

هم‌چنین «نهاد»، «خود» و «فراخود» به‌عنوان عناصر اساسی ساختار شخصیت، استدلال کرده است که خلاف‌کاران،

کسانی هستند که غرایز و تمایلات آن‌ها در دوران کودکی بویژه در سنین ۴ یا ۵ سالگی از سوی قواعد و فرهنگ حاکم بر خانواده و اجتماع، سرکوب شده و دچار عقده اودیپ شده‌اند؛ زیرا تمایلات شخصی افراد در ضمیر ناخودآگاه آن‌ها یعنی «نهاد» پیوسته در تلاش است که خود را بروز دهد و «فراخود» آگاهانه وظیفه دارد تمایلات شخص را جرح و تعدیل کرده، آن‌هایی را اجازه بروز می‌دهد که در سطح جامعه و فرهنگ مقبولیت داشته باشند و «خود» نیز جنبه کنترلی دارد. حال کسانی که دارای رفتار ناسازگارانه هستند. بدلیل این است که «فراخود» از وظیفه خود غفلت ورزیده است. بنابراین به راحتی فرد می‌تواند اصول حاکم در جامعه و عزت نفس خود را زیر پا گذاشته و دست به رفتار انحرافی بزند (گیدنز، ۱۳۷۳).

هورنای معتقد است شخص برای فرار از اضطراب ممکن است به انکار وجود آن به هر وسیله ممکن بپردازد که در این صورت شخص با آگاهی و اصرار گرایش به انجام رفتارهای انحرافی از قبیل مصرف الکل و مواد مخدر پیدا می‌کند. ویلکر^۱ نیز معتقد است که فرد معتاد قادر به حل مشکلات خود نیست و نمی‌تواند درگیری‌های عاطفی خود را به صورت مورد پسند حل کند. بنابراین به مواد مخدر روی می‌آورد (شایسته ۱۳۷۵). از نیمه دوم قرن بیستم به بعد، تبیین‌های روان‌شناسی رفتار انحرافی مورد تردید و انتقاد دانشمندان به ویژه جامعه‌شناسان قرار گرفت. آن‌ها چنین استدلال می‌کنند که این قبیل نظریه‌ها، عوامل اجتماعی و فرهنگی را در تبیین انحرافات نادیده می‌گیرند. هم‌چنین در روش مطالعات روان‌شناختی اتفاق نظر چندانی وجود ندارد. در میان روان‌شناسان توافق ناچیزی در مورد علل تشکیل دهنده سلامت ذهن و چگونگی سنجش ویژگی‌های شخصیتی وجود دارد. از سوی دیگر بسیاری از جامعه‌شناسان، اولویت دادن به تجارب دوران کودکی را مردود می‌دانند، زیرا این برداشت سبب می‌شود که تأثیر و نفوذ شمار کثیری از عوامل اجتماعی که بر رفتار در طول زمان اثر می‌گذارد، نادیده گرفته شود (شومیکر^۲، ۱۹۹۰ به نقل از غلامی آبیژ، ۱۳۸۲). از سوی دیگر از آن‌جایی که مسائل اجتماعی، پدیده‌هایی چند بعدی و پیچیده هستند، عوامل روان‌شناسی و فردی نمی‌تواند عامل بروز و گرایش افراد به بزه‌کاری باشد. لذا تبیین این مسائل از دیدگاه روان‌شناسانه اگر چه لازم است ولی کافی نیست. چه‌بسا ممکن است ایجاد اضطراب‌ها، افسردگی‌ها، اختلال روانی و... ناشی از محیط خانوادگی و اجتماعی فرد باشد (قریشی نژاد، ۱۳۷۹).

۱-Wilker

۲-Shomicker

۲-۲-۱- درمان‌های روانکاوی

این روش‌ها به علت وقت‌گیر بودن و هزینه فراوان منسوخ شده به خصوص در زمینه اعتیاد که نیاز به مداخله فوری هست. درمان‌های مبتنی بر دیدگاه رفتاری بیشتر برای کنترل وسوسه و شرطی‌زدایی از ابزارها و اماکنی که با مصرف مواد پیوند خورده‌اند استفاده می‌شود.

روش‌های رویارویی با نشانه‌ها:

شرطی سازی تقابلی

شرطی سازی بیزاری‌آور

مدیریت وابستگی

رویکرد تقویت

روش‌های مبتنی بر دیدگاه رفتاری

روان‌درمانی فردی

۲-۲-۲- درمان‌های شناختی رفتاری

در این نوع درمان‌ها علاوه بر توجه به بعد اصلاح رفتارهای بیرونی، بر نوع تفکر و فرایندهای خاص آن که احتمالا می‌تواند رفتار مصرف مواد را در فرد تحریک کند توجه می‌شود مهم‌ترین این رویکردهای درمانی عبارتند از :

مدل پیشگیری از بازگشت

تقویت کارایی شخصی

رویکرد مصرف کنترل شده

۲-۲-۳- دیدگاه عقلانی عاطفی

دیدگاه عقلانی - عاطفی، افکار انسان‌ها بر احساسات و رفتارهای آنها تأثیر می‌گذارد و حتی آنها را به وجود می‌آورد. احساسات بر افکار و رفتار، و رفتار بر افکار و احساسات تأثیر می‌گذارد، بنابراین برای تغییر دادن یکی از این سه عامل باید دست کم یکی از دو عامل دیگر را تغییر داد (جورج و کریستانی، ۱۳۷۷).

الیس در اختلالات عاطفی اصل A-B-C را بنیان نهاد که بر اهمیت کنترل شناختی بر حالات عاطفی تأکید می‌کند. این اصل با این نظر پدیدارشناختی همسو است که ادراک فرد از یک رویداد، چگونگی پاسخ رفتاری او را تعیین می‌کند.

دیدگاه الیس مبتنی بر این واقعیت است که حوادث و اتفاقاتی که برای انسان رخ می‌دهد بیشتر تحت تأثیر عوامل علت و معلول خارج و فراسوی اراده و اختیار فرد است. البته الیس بر این باور نیز می‌باشد که انسان امکاناتی دارد که هرچند دشوار به نظر می‌رسند، اما چنانچه او اقدام لازم را به عمل آورد می‌تواند آینده خود را کنترل کند و به شکلی دلخواه در آورد. به رسمیت شناختن توانایی تعیین‌کننده انسان در شکل دادن به رفتار و تجربه‌های عاطفی‌اش در تئوری شخصیت دیدگاه درمان عقلانی - عاطفی رفتار به ترتیب A-B-C تشریح شده است (تقی پور، ۱۳۷۷).

به نظر الیس وقتی حادثه فعال‌کننده‌ای (A) برای فرد اتفاق می‌افتد، او براساس تمایلات ذاتی خود ممکن است دو برداشت متفاوت و متضاد (B) داشته باشد: یکی افکار، عقاید و باورهای منطقی و عقلانی (rB) و دیگری افکار، عقاید و برداشت‌های غیرعقلانی و غیرمنطقی (iB) در حالتی که فرد تابع افکار و عقاید عقلانی و منطقی باشد، به عواقب منطقی (rC) دست خواهد یافت و شخصیت سالمی خواهد داشت و در حالتی که فرد تابع افکار و عقاید غیرمنطقی و غیرعقلانی باشد، با عواقب غیرمنطقی (iC) روبه‌رو خواهد شد که در این حالت، او فردی مضطرب و غیرعادی است که شخصیت ناسالمی دارد (قائمی، ۱۳۸۰). (A) عبارت است از وجود یک واقعیت، رخداد یا رفتار و نگرش مشخص دیگر (B). تعریف فرد یا تعبیر و تفسیر فرد از A می‌باشد و (C) واکنش فرد است؛ یعنی ناکامی‌ها و آشفته‌گی‌های عاطفی که تصور می‌شود به طور مستقیم در پی پدیده A به وجود آمده و پیامدهای آن است. تشخیص دادن و شناخت درست این ارتباط‌ها می‌تواند به احتمال تغییر و به کنترل درآوردن شخص از نگرش‌ها و رفتارش درباره واکنش‌های خود در برابر شرایط و اوضاع و احوال زندگی منجر شود. بدین سان هرچند تجربه‌های برانگیزنده ممکن است منشأ و سرچشمه رنج زیاد انسان شوند، ولی این باورها و عقاید غیرمنطقی ماست که مشکل‌آفرین بوده و برای مدت‌ها موجب ناراحتی ما می‌شوند.

همچنین ایس دو عامل دیگر را نیز بیان می‌کند (D) : یعنی بحث کردن و (E) ؛ یعنی اثرات. درمانگران و مشاوران باید با مراجعان خود به بحث و گفت و گو بپردازند تا غیرمنطقی بودن افکار آنان را روشن سازند. این بحث کردن باید به گونه‌ای پیش برود که بیمار یا مراجع تحت تأثیر قرار گرفته و از اثرات بحث مثبت مشاور به عقاید منطقی دست یابد و به رضایت خاطر و شادی برسد. برخی از لغزش‌ها و اشتباه‌های فکری مراجع به این شرح هستند: ۱. نادیده گرفتن مثبت‌ها؛ ۲. بزرگ کردن موارد منفی؛ ۳. کلی‌گویی کردن و تعمیم‌دادن (جورج و کریستانی، ۱۳۷۷).

باورهای غیرمنطقی ایس عبارت‌اند از:

انتظار تأیید از دیگران؛

زیاده از خود انتظار داشتن؛

سرزنش کردن؛

واکنش به ناکامی؛

بی‌مسئولیتی عاطفی (کنترل هیجانی)؛

نگرانی زیاد توأم با اضطراب (توجه مضطربانه)؛

اجتناب از رویارویی با مسائل (مشکلات)؛

وابستگی؛

درماندگی نسبت به تغییر؛

کمال‌طلبی (کمال‌گرایی).

۲-۳- رویکردهای جامعه‌شناختی

در این دیدگاه گفته می‌شود که هر نظام اجتماعی قوت‌ها و ضعف‌های خاص خودش را دارد. نظام‌های اجتماعی پیشین، نقاط قوت و در عین حال نقاط ضعفی داشتند. نظام‌هایی که بر اطاعت بی‌چون و چرا از سلسله مراتب اقتدار سنتی مبتنی بود و در آن روح جمع‌گرایی غلبه داشت، از جهات فراوانی مثبت بود و خلاء عاطفی و انسانی در آن کمتر بود، اما در عین حال تحرک اجتماعی زیاد، پویایی و نوآوری گسترده و نیز آزادی‌های فردی در آن در حداقل بود. نظام‌های اجتماعی جدید، از تحرک اجتماعی رو به تزاید، پویایی، نوآوری و آزادی‌های فردی پرمایه برخوردارند. اما در

مقابل مشکلات خاص خود را نیز دارند. به هر حال هر ساختار اجتماعی - فرهنگی خاص، انواع خاصی از مسائل اجتماعی را به همراه دارد.

در این دیدگاه مسائل اجتماعی، ابعاد و پیامدهای ناخواسته، غیر مستقیم و پیش‌بینی نشده الگوهای جدید رفتار و نظام اجتماعی‌اند؛ به دیگر سخن، مسائل اجتماعی هزینه‌های اجتماعی سازمان خاصی از زندگی اجتماعی‌اند. در واقع اگر بپذیریم که مدرنیسم و الگوهای مدرن شده زندگی اجتماعی برای جوامع ارمن‌های زیادی داشته است و رفاه، آسایش و تحرک اجتماعی و آزادی‌های فردی را در جوامع گسترش داده است تلویحاً باید هزینه‌های این پیشرفت را نیز بپردازیم. مسائل اجتماعی عصر ما هزینه‌هایی است که ما باید برای اتخاذ الگوهای مدرن در جامعه خویش در نظر بگیریم؛ یا الگوهای سنتی زندگی اجتماعی را در پیش گیریم و از مزایای پیشرفت در عرصه‌های مختلف زندگی اجتماعی، اقتصادی محروم شویم و در عوض مشکلات اجتماعی زندگی معاصر را نداشته باشیم و یا با جایگزین کردن ساختار اقتصادی، اجتماعی مدرن از زندگی نسبتاً مرفه و آزاد برخوردار شویم، اما تاوان آن را با شیوع مسائل اجتماعی جدید، بپردازیم (معیدفر، ۱۳۸۵).

۲-۳-۱- تئوری محرومیت نسبی^۱

جرم‌شناسان معتقدند که نابرابری درآمد در جوامع مختلف هم تولید فشار می‌نماید و هم باعث افزایش میزان جرم در آن‌ها می‌شود. به خاطر این‌که شکاف عمده بین فقیر و غنی، کینه‌توزی و عدم اعتماد را به وجود می‌آورد و چنین وضعیتی سرانجام منجر به خشونت و جرم می‌شود. در جوامعی که در آن‌ها نابرابری درآمد افزایش یافته است یک نوع حقارت و سرافکندگی در افراد کم درآمد ایجاد می‌شود که این عامل باعث ایجاد انگیزه‌های مجرمانه در برخی از این افراد می‌گردد. روان‌شناسان یادآوری کرده‌اند که تحت این شرایط مردان جوان نسبت به وضعیت خود نگران خواهند شد، در نتیجه نسبت به افرادی که از وضعیت مطلوبی برخوردار هستند حسادت خواهند ورزید. چنانچه آن‌ها نسبت به استفاده از شیوه‌های پرخاشگرانه و مخاطره آمیز در رقابت‌های اجتماعی ناتوان باشند، شانس کم‌تری برای موفقیت‌های آینده خواهند داشت. به همین خاطر اکثر این افراد مرتکب جرم و خشونت می‌شوند. این فرآیند تحت عنوان تئوری محرومیت نسبی بیان گردیده است.

۱- The theory of relative deprivation

مفهوم محرومیت نسبی توسط جامعه‌شناسان جودیس بلاو و پیتر بلاو^۱ (۱۹۸۲) مطرح شده است. آن‌ها مفاهیمی را از تئوری آنومی با مفاهیمی که در مدل‌های بی‌سازمانی اجتماعی یافت شده است، ترکیب کرده‌اند. بر طبق نظر آن‌ها، افراد طبقات پایین ممکن است هنگام مقایسه شرایط زندگی خود با افراد ثروتمند، احساس محرومیت نمایند. این احساس محرومیت منجر به احساس بی‌عدالتی و نارضایتی گردیده و عدم اعتماد را در آن‌ها پرورش می‌دهد. در نتیجه شانس پیشرفت آن‌ها از طریق معیارهای مشروع مسدود می‌گردد و احساس ناتوانی را به وجود می‌آورد که دشمنی و پرخاشگری و سرانجام خشونت و جرم را به دنبال خواهد داشت (مبارکی، ۱۳۸۳).

۲-۴- نظریه‌های خرده فرهنگ^۲

نظریه‌های خرده فرهنگی به تبیین این‌که چگونه مردم با زندگی در محلات بی‌سازمان نسبت به انزوای اجتماعی و محرومیت اقتصادی واکنش نشان می‌دهند، پرداخته‌اند. به خاطر تحلیل رفتگی سبک زندگی ناکامی و افسردگی اعضای طبقات پایین تر جامعه یک خرده فرهنگ مستقلی را با مجموعه قوانین و ارزش‌های خودی ایجاد می‌کنند. در حالی‌که فرهنگ طبقات متوسط بر تلاش و کوشش زیاد، به تأخیر انداختن ارضاء نیازها و آموزش رسمی تأکید دارد، خرده فرهنگ طبقات پایین تر به هیجانان، قلدری، ریسک کردن شجاعت و ارضاء فوری نیازها تأکید می‌نماید. هنجارهای خرده فرهنگی اغلب با ارزش‌های متداول جامعه تضاد پیدا می‌کند، به خاطر این‌که افراد فقیر شهری دریافته‌اند که از عهده تقاضاهای رفتاری طبقه متوسط جامعه برآمدن غیر ممکن است. در نتیجه ساکنان محلات فقیرنشین مجبور می‌شوند قانون را زیر پا بگذارند و از قوانین فرهنگ کج‌رو پیروی نمایند (مبارکی، ۱۳۸۳). این نظریه بر بزهکاری جوانان متمرکز شده و در یک تحلیل جامعه‌شناختی، بزهکاری جوانان را برحسب ویژگی‌های خرده فرهنگی آن‌ها مانند ارزش‌ها، باورها عادات و شیوه‌های زندگی مورد بررسی قرار می‌دهد. از جمله کوهن^۳ (۱۹۵۵)، کلووارد و اوهلین^۴ (۱۹۶۰) ماتزا^۵ (۱۹۶۴) و میلر^۶ (۱۹۷۵) معتقدند که توجه به خرده فرهنگ‌ها در تبیین بزهکاری جوانان از اهمیت خاصی برخوردار است. زیرا جوامع مدرن با خرده فرهنگ‌های متفاوت ساخته شده‌اند و رفتاری که در یک

۱- J. Blave and P. Blave

۲- Subcultural theory

۳- Cohen

۴- Cloward & Ohline

۵- Matza

۶- Miller

جایگاه خرده فرهنگی خاص به عنوان رفتار به هنجار شناخته شده است، ممکن است در جایگاه خرده فرهنگی دیگر به عنوان رفتار انحرافی در نظر گرفته شود (احمدی، ۱۳۷۷).

۲-۴-۱- نظریه پیوند افتراقی^۱

این رویکرد توسط ادوین ساترلند برای نخستین بار در سال ۱۹۳۹ و در نخستین ویرایش‌های کتاب او به نام اصول جرم‌شناسی مطرح شد. وی آن را به تدریج و به هم‌کاری دونالد کرسی، در ویرایش‌های بعدی کتاب یاد شده، کامل نمود.

نظریه پیوند افتراقی بر این نکته تأکید دارد که نزدیکان و همسالانی که بزه‌کار باشند تأثیر زیادی بر تشکیل و تقویت نگرش بزه‌کاری می‌گذارند و فرد را به سوی بزه‌کاری سوق می‌دهند. نظریه پیوند افتراقی محتوای اجتماعی بزه‌کاری را در نظر دارد و فرد بزه‌کار را در جایگاه اجتماعی او از حیث رابطه اش با خانواده، محله رفقا و صاحبان در نظر می‌گیرد (مشکانی، ۱۳۸۱). ساترلند درباره چگونگی انتقال فرهنگی کج‌روی اظهار می‌دارد که کج‌روی از طریق یک گروه جریان ارتباطات اجتماعی حاصل می‌شود که در واقع اصطلاح «یار بد»^۲ را زنده می‌کند (عدل، ۱۳۸۳). نظریه ساترلند شامل ۹ خصیصه به قرار زیر است:

- ۱- عمل مجرمان آموختنی است، نه موروثی. یعنی تا فرد آن را نیاموزد به فکر انجام دادن آن نمی‌افتد.
- ۲- آموزش از طریق ارتباط فرد با سایر افراد صورت می‌گیرد و عموماً به صورت شفاهی و به کمک کلمات است و فقط در برخی موارد ممکن است از طریق حرکات چهره و قیافه انجام گیرد.
- ۳- بخش اعظم آموزش رفتار بزه‌کارانه در گروه‌های نزدیک که با فرد روابط صمیمانه دارند انجام می‌گیرد.
- ۴- آموزش عمل مجرمان مراحل مختلفی دارد.
- الف: فنون ارتکاب جرم که گاه پیچیده و گاه ساده است.
- ب: جهت دادن به انگیزه‌ها، گرایش‌ها، کشش‌های درونی و توجیه عمل مجرمانه.
- ۵- کسب انگیزه‌ها و میل به ابراز کشش‌های درونی آموختنی است. همه مردم جامعه نظر مطلوب نسبت به رعایت هنجارهای حقوقی ندارند. در برخی موارد فرد با گروهی در ارتباط است که هنجارهای حقوقی برای اعضای آن مطلوب است و گاه فرد در محیطی زندگی می‌کند که افراد نزدیک به او مخالف اطاعت از آن قواعداند.

^۱-Differential association theory

^۲-Bad companion

۶- زمانی فرد به عمل بزه‌کارانه دست می‌زند که آمیزش او با کسانی که موافق شکستن قاعده‌اند بیش‌تر از کسانی است که با شکستن قاعده مخالف‌اند. این بند در واقع اساس نظریه ساترلند است و به ارتباط فرد بزه‌کار و غیر بزه‌کاران اشاره می‌کند. به عبارت دیگر براساس این نظریه روابط فرد با دیگران هنگامی که به مساله جرم ارتباطی ندارد و تا زمانی که با کار جرم آمیز پیوستگی نکند، اثری در ایجاد رفتار مجرمانه ندارد (سختاوت، ۱۳۸۵).

۷- فراوانی معاشرت از نظر دفعات وقوع، مدت، ارجحیت و شدت می‌تواند متفاوت باشد. یعنی میزان معاشرت فرد با افراد کج‌رفتار در مقابل افراد به‌هنگار مورد نظر است. فراوانی و مدت زمان معاشرت بسیار با اهمیت‌اند. ارجحیت با اهمیت است از این نظر که اگر رفتار موافق رعایت قانون در کودکی آموخته شود، فرد در وضعیتی متفاوت با کسی قرار دارد که از ابتدا به عدم رعایت قانون تشویق شده است. ارجحیت و شدت به منزلت معاشرت، به اهمیت الگوی رفتار و میزان درگیری عاطفی فرد با آن مربوط می‌شود.

۸- جریان یادگیری رفتار کج‌روانه از طریق معاشرت شامل تمام مکانیسم‌های یادگیری می‌شود که برای هر رفتار دیگری ضروری است. منظور این است که یادگیری کج‌روی تنها شامل تقلید نمی‌شود و عمیق‌تر از آن است.

۹- در حالی که کج رفتاری بیان نیازها و ارزش‌های کلی است، نمی‌تواند از طریق همان نیازها و ارزش‌ها توجیه شود. زیرا رفتار به‌هنگار هم بیان نیازها و ارزش‌هاست. کوشش بعضی محققین برای تبیین کج‌رفتاری از طریق نیازها و ارزش‌ها مانند اصل خوشحالی، به دنبال منزلت بودن، انگیزه پولی و یا تحت فشار قرار گرفتن نمی‌تواند کج‌رفتاری را تبیین کند. زیرا این انگیزه‌ها و گرایش‌ها در رفتارهای به‌هنگار هم وجود دارد (ممتاز، ۱۳۸۱).

نظریه ساترلند^۱ یکی از قوی‌ترین نظریه‌ها در زمینه پیدایش انحرافات است که تا به امروز قدرت تبیین زیادی دارد. ساترلند در قالب نظریه‌اش معتقد بود که انحرافات عموماً در قالب گروه‌های نخستین نظیر گروه دوستان یا خانواده آموخته می‌شود. این گروه‌ها بسیار متنفذتر از مأمورین و مسئولین رسمی مانند معلمان، کشیشان، افراد پلیس یا ابزارهای ارتباط جمعی نظیر فیلم و روزنامه می‌باشند. از نظر ساترلند فرآیند یادگیری رفتار بزه‌کارانه شامل تکنیک‌های تبهکاری، انگیزه‌ها، گرایش‌ها و دلیل تراشی‌های لازم برای آن می‌شود. بدین ترتیب یک جوان هم می‌آموزد که چگونه با موفقیت دزدی کند و هم چگونه استدلال بیاورد تا دزدی خود را توجیه کند و برای آن عذر بتراشد (رفیع پور، ۱۳۷۸).

۱-Sutherland

بر اساس این دیدگاه در ایران تحقیقات مختلفی انجام گرفته است و معاشرت با نزدیکان، همکاران و به‌ویژه دوستان معتاد و منحرف، تقلید از اطرافیان، معاشرت در محیط‌های ناسالم و گوناگون از جمله مدرسه و محیط‌های آموزشی نامطلوب از جمله عوامل اصلی اعتیاد به مواد مخدر ذکر شده است (کرم پور، ۱۳۷۹).

۲-۵- نظریه‌های مورد استفاده در امر پیشگیری

۲-۵-۱ نظریه بی‌هنجاری^۱

در این نظریه که ریشه در نظریات امیل دورکیم^۲، جامعه‌شناسی فرانسوی دارد به عواملی اصلی تضعیف معیارها و هنجارهای اجتماعی پرداخته و چنین مطرح می‌شود که سستی ارزشها و هنجارهای اجتماعی- فرهنگی موجب روی آوردن افراد به مواد مخدر و اعتیاد می‌شود. تحولات سریع صنعتی- اقتصادی و به تبع آن تغییرات سریع در گستره اجتماعی مانند شهرنشینی، نوسازی، تضعیف باورها، ارزشی‌ها و سنت‌های فرهنگی مذهبی، ملی و موروثی، متزلزل شدن ساختار سنتی خانواده، همه موجب تغییر در هویت افراد شده و باعث می‌شوند تا رفتار سنتی آنان تغییر نماید. جالب توجه این که پیشرفت بر گسترش شاخص‌های توسعه که خود، گواهی بر تغییر جوامع سنتی هستند، رابطه مبتنی با میزان شیوع مواد مخدر دارند و مثلاً به نظر می‌رسد در شهرها مصرف مواد مخدر بیش از روستاهاست. یا در خانواده‌هایی که در معرض نوگرایی قرار داشته و بافت سنتی خود را از دست داده یا در حال از دست دادن هستند (باوی ساسان، ۱۳۸۸).

۲-۵-۲ نظریه انزو اطلبی^۳ مرتون^۴

این نظریه روایت دیگری از نظریه بی‌هنجاری است و بی‌شبهت به نظریه پیرامون‌گرایی که اخیراً رواج گسترده‌ای یافته، نیست طبق این نظریه، چون جوامع مدرن اغلب به موفقیت فردی اصالت داده و کسب آن در گروه مشارکت فعال اجتماعی، داشتن کار مفید بهره‌مندی مناسب از ثروت مادی، سواد مناسب با موفقیت اجتماعی فرد و غیره است محرومیت از هریک از این‌ها به پیرامونی شدن و انزو اطلبی فرد منجر می‌شود و در چنین شرایطی یا در شرایطی که فرد خود را با نگرش‌ها، باورها، ارزش‌ها و هنجارهای حاکم بر جامعه بیگانه می‌یابد و یا حداقل خود را با

۱- Anomaly theory

۲- Emile Durkheim

۳- Withdrawn

۴- Merton

آنها یگانه نمی‌یابد از جامعه جدا شده و در انزوایی بیشتر قرار می‌گیرد این قبیل افراد عموماً کسانی هستند که یا قادر به تطابق خود با محیط نیستند و یا از تطبیق محیط با خود ناتوانند و بنابراین برای گریز از این موقعیت به مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی روی می‌آورند جالب آنکه همین راه فرار خود عامل مهم در تقویت پیرامونی شدن این افراد است افرادی که احساس موفقیت نمی‌کنند اغلب تنگدست و فقیر یا بی‌کارند سواد کافی یا موقعیت اجتماعی مناسب ندارند درگیر روابط بد خانوادگی هستند یا حتی در صورت فقدان مشکلات مذکور، ارزش‌های حاکم بر جامعه را قبول ندارند بیشتر در معرض انزوایی و احتمالاً سوء مصرف مواد مخدر هستند چرا که یکی از مهم‌ترین دلایل انزوایی تغییر برداشت خود از واقعیت از طریق مصرف این گونه مواد است و معمولاً مصرف داروهای روان‌گردان را یکی از راههای فرار از واقعیت مطرح می‌کنند (همان منبع).

۲-۵-۳- نظریه برچسب زنی^۱

این نظریه بیشتر در نوشته‌های بکر به چشم می‌خورد که به تعامل گرایی^۲ یا روابط متقابل نمادین^۳ پرداخته است. این نظریه معتقد است که تفکر و رفتار افراد مبتنی بر پیام‌هایی است که از محیط اطراف خود و از جمله از مردم کسب می‌کنند این نظریه نیز مانند دو نظریه قبلی واکنش افراد نسبت به محیط خود را مبنای رفتار آنها قرار می‌دهند طبق این نظریه ساختار افراد درچارچوب توقعات و انتظارات دیگران از آنها شکل می‌گیرد در زمینه اعتیاد به مواد مخدر چنین مطرح می‌شود که نمادها، علائم، توقعات و رفتار کسانی که معتاد نیستند و می‌توانند به قول گیدنز تعاریف اخلاقی متعارف را به دیگران به قبولانند و به صورت رسمی یا غیررسمی نمایند، نیروهای نظم و قانون هستند. منابع اصلی برچسب زنی را فراهم می‌آورند مثلاً با بروز علائمی از قبیل رنگ پریدگی، چشمان خمار، سست راه رفتن، شخص معتاد شناسایی می‌شود و اگر تلقی دیگران این باشد که اعتیاد جرم است شخص معتاد نه تنها از سوی جامعه طرد می‌شود بلکه از ابتدایی‌ترین حقوق اجتماعی‌اش نیز محروم می‌شود در مصاحبه با معتادان به مواردی از این نوع برخورد می‌شود که چنین را عامل اضطراب انزوایی ترس، صرف‌نظر کردن از حقوق اجتماعی و غیره می‌دانستند طبق این نظریه برچسب زنی هم باعث جدایی فرد از جامعه و رانده شدن او به پیرامون می‌شود و هم موجبات تقویت گرایش او به اعتیاد را فراهم می‌آورد (باوی، ساسان، ۱۳۸۸).

۱-Labeling Theory

۲-Interactionism

۳-Symbolic reciprocity

۲-۵-۴- نظریه انتقال فرهنگی^۱

این نظریه به نظریه خرده فرهنگ‌ها نیز معروف است و در زمینه مصرف و سوء مصرف مواد مخدر این گونه مطرح می‌کند خرده فرهنگی که بعضی از مردم به آن تعلق دارند در برگیرنده بینش ارزش و هنجارهای معینی است که به نحوی مصرف و گاهی سوء مصرف مواد را مجاز شمرده و یا با اغماض از کنار آن می‌گذرد برای نمونه خرده فرهنگی وجود دارد که استفاده از داروهای غیرپزشکی مثلاً تریاک را مجاز می‌شمارد اگر چه امروزه کمبود پزشک و دارو تا حدود زیادی در ایران حل شده و به مسائل بهداشتی نیز توجه می‌شود و مردم مجبور به استفاده از تریاک برای تسکین درد و رفع بیماری خود نیستند هنوز خرده فرهنگ استفاده از تریاک برای درمان انواع بیماری‌ها در بین اقشار خاص از مردم رایج است تا جایی که برای تسکین درد در کودکان نیز به کار برده می‌شود در ضمن برای هر دردی هر قدر هم مزمن باشد بوسیله افرادی پزشک نما فوراً تریاک تجویز می‌شود بدون اینکه بفهمند چه تأثیر نامطلوبی دارد و عوارض جسمی آن چیست و حتی بی‌توجه به این که رهایی از درد موقتی است و ادامه استفاده از آن شخص را معتاد خواهد کرد به همین دلیل هنوز نوعی اعتیاد طلبی به تریاک در ایران به خصوص در میان بزرگسالان و پیرامون وجود دارد گاه مصرف مواد مخدر از دیدگاه فرد فرهنگی خاص جنبه مذهبی می‌یابد و در مراسم مذهبی از آن استفاده می‌شود مثلاً گروهی از هندی‌ها نه فقط تریاک را دارویی آسمانی و شفا بخش و بهترین مسکن دردهای جسمانی می‌دانند معتقدند تریاک تأثیر معنوی بسیار قوی دارد و موجب دور شدن پلیده‌های انسان از جمله خشم، غضب، حسد، هوی و هوس نفسانی می‌شود (باوس ساسان، ۱۳۸۸).

۲-۵-۵- نظریه تعهد به رسوم^۲، قواعد و تعلق اجتماعی

نظریه کنترل اجتماعی^۳ الیوت^۴ و الگوی رشد اجتماعی^۵ هاو کینز^۶ و ویس بر^۷ نقش تعلق عاطفی با همسالان به عنوان مهم‌ترین علت مصرف مواد تأکید می‌کنند این نظریه‌ها عمدتاً براساس نظریات جامعه‌شناسی کلاسیک کنترل بنا شده‌اند در این نظریه‌ها چنین فرض می‌شود که رفتارهای اجتماعی در اکثر مردم وجود دارد ولی این رفتارها تحت تأثیر پیوندهای قوی فرد با اجتماع خانواده، مدرسه و مذهب کنترل می‌شوند این در حالی است که در بعضی از نوجوانان

۱-Cultural transmission theory

۲-Commitment theory to practice

۳-Social control theory

۴-Elliott

۵-Growth patterns of social

۶-Haw Keynes

۷-Weiss ber

ضعف رسوم و قواعد موجب می‌شود که وی چندان فشاری را در پیروزی از معیارهای مرسوم رفتاری احساس نکند در این نظریات فقدان تعهد به اجتماع و ارزش‌های آن و عدم وجود موسسات و عوامل تسهیل کننده فراینده جامعه پذیری نظیر مدارس و مذهب از مصادیق مهم این نظریه است بنابراین نوجوانی با چنین ویژگی‌هایی ارزش‌ها و معیارهای مورد قبول جامعه را درونی نمی‌کند و در واقع چنین افرادی احتمال بیشتری دارد که با همسالانی احساس پیوند و وفاداری کنند که ماده مخدر استفاده می‌کنند (باوس ساسان، ۱۳۸۸).

۲-۵-۶- نظریه کنترل اجتماعی^۱

این دیدگاه در مورد علل سست شدن تعهد فرد به جامعه و تعلق شکننده به الگوهای نقش بیان می‌دارد که فشار یا فرسودگی بر اثر فاصله بین آرزوهای نوجوانان و برداشت او از فراهم بودن شرایط لازم برای دستیابی به آن آرزوها تحقق پیدا می‌کند بر اساس این دیدگاه نوجوانان که به دلیل شرایطی نامساعد تربیتی و شغلی به امیدها آرزوها، اهداف تحصیلی و شغلی خویش نرسیده است نسبت به اجتماع و ارزش‌های آن تعهدی احساس نکرده و بیشتر به سوی همسالان منحرف که مصرف مواد را تشویق می‌نمایند گرایش پیدا می‌کنند علاوه بر این اگر نوجوان ارتباط صمیمانه‌ای با والدین نداشته باشد فشار درون خانواده دلبستگی نوجوان را به خانواده‌ای که معمولاً مخالف مصرف مواد است تضعیف می‌کند و به نوعی سبب گرایش به همسالانی می‌شود که معمولاً مشوق مصرف مواد هستند. فارینگتون^۲ بی‌نظمی اجتماعی^۳ را عاملی که بیان‌گر ضعف یا فروپاشی نمادهای اجتماعی^۴ است می‌داند به گونه‌ای که ناتوانی این موسسات در کنترل رفتار شهروندان زمینه‌های گسترش مشکلاتی نظیر اعتیاد را فراهم می‌سازد بر این اساس اگر نوجوانان در محله‌هایی زندگی کند که جرم و بیکاری در آن زیاد باشد مدارس کفایت لازم را ندارند و نهادهای اجتماعی هم عملکرد ضعیفی دارند او نیز به ارزش‌ها و قواعد اجتماعی پایبند نخواهد بود و احساس تعهدی نیز پدید نخواهد آمد همچنین احساس دلبستگی در خانواده از هم پاشیده و یا عدم وجود یکی از والدین و یا متارکه کمتر می‌باشد (همان منبع).

۱-Social control theory

۲-Faryngton

۳-Social disorder

۴-Social symbols

۲-۵-۷- نظریه الگوی رشد اجتماعی^۱

هاوکینز و ویس طراحان این نظریه بر این باورند که احساسی عدم تعهد نوجوانان به جامعه و قراردادهای آن و احساس عدم صمیمت با والدین و سایر الگوهای نقش باعث گرایش فرد به همسالان مصرف کننده مواد مخدر می شود در این نظریه تاکید بر افراد، رشد اجتماعی و تعاملات اجتماعی آنهاست یعنی تاثیری که خانواده مدارس و همسالان بر رفتار نوجوان دارند با رشد فردی نوجوان تغییر می نماید به طوری که والدین در سالهای پیش از مدرسه معلمان در سالهای مدرسه و پیش نوجوانی و همسالان در دوره نوجوانی بیشترین تاثیر را دارند براساس این دیدگاه اگر شرایط و فرصت کافی برای تقویت تعاملات نوجوان در خانه و مدرسه فراهم نشده باشد مهارتهای بین فردی و تحصیلی او برای تعاملات موفق و مطلوب در خانواده و مدرسه کم باشد و سرانجام تعاملات وی با والدین و معلمان ضعیف باشد نوجوانان بیشتر به سوی همسالان مصرف کننده مواد روی می آورند (گلپور، ۱۳۸۲).

۲-۵-۸- نظریه های یادگیری^۲

در این نظریه، اعتیاد برای کاهش اضطراب و احساس محرومیت است زیرا فرد معتاد به دفعات مکرر مشاهده می کند که این عمل با کاهش اضطراب توأم است و لذا رفتار معتادانه او مطابق قوانین یادگیری روز به روز قویتر می شود و به شکل عادت در می آید. به نظر "ساراسون"^۳، برخی از مردم از آن رو به اعتیاد و باده نوشی روی می آورند که بتوانند از پس مسائل زندگی برآیند و براساس اصول یادگیری نظیر اثر تقویت^۴ (پذیرفته شدن بین دوستانی که باده نوشی را ارج می نهند) و سرمشق برداری^۵ (مشاهده اینکه دیگران مسائل خود را با نوشیدن مقدار زیادی مسکرات حل می کنند) پدیده می زدگی^۶ را می توان زاینده اصول کلی یادگیری دانست (احمدوند، ۱۳۸۴).

۲-۶- درمان نگهدارنده با متادون^۷

در حال حاضر درمان نگهدارنده با متادون در بسیاری از نقاط دنیا روش مهمی برای درمان وابستگی به مواد افیونی محسوب می گردد. در این روش فرد وابسته برای چندین سال و حتی گاهی تا آخر عمر تحت درمان با متادون

۱-The theory of social development model

۲-Learning theories

۳-Sarason

۴ -Reinforcement

۵-Paradigm Imaging

۶-The sting

۷-Methadone Maintenance Treatment

قرار می‌گیرد. البته در MMT مصرف مواد افیونی به‌طور قطع پایان نخواهد یافت و در بسیاری از موارد تنها از شکل غیرقانونی (هروئین و تریاک) به شکلی قانونی، کم ضرر و طبی در می‌آید. درمان نگهدارنده با متادون در سال ۱۹۶۴ ابداع شد و مبدعان آن بیان کردند که مصرف دوزهای بالای متادون تمایل به مصرف مواد را کاهش داده و مانع از ایجاد سرخوشی حاصل از مصرف آن خواهد شد. در نتیجه کاهش وسوسه^۱، بیمار می‌تواند به جای هدر دادن انرژی، وقت و تلاش خود در تأمین مواد مورد نیازش، آن را در جهت فعالیت‌های سازنده به کار گیرد. هرچند ممکن است این روش به قطع کامل مصرف مواد منتهی نشود، اما بهبود کارکرد اجتماعی معتادان و کاهش عمده در عوارض جسمی، جرم و جنایت، افت تحصیلی، شغلی، عوارض روانی مانند افسردگی^۲ و نابسامانی‌های اجتماعی و خانوادگی را به دنبال خواهد داشت. در درمان نگهدارنده با متادون به فرد بیمار یا دوز پایین (۶۰-۲۰) mg یا دوزهای بالا (۱۸۰-۱۲۰) mg برای هر روز داده می‌شود. تجربیات بالینی نشان می‌دهد درصد ترک دوره درمانی توسط بیمارانی که دوزهای پایین متادون را دریافت کرده‌اند، بیشتر بوده و احتمال اینکه این افراد پس از ترک، موفق به قطع کامل مصرف ماده افیونی شوند بسیار کم است. باوجود آنکه بی‌خطر بودن نسبی متادون در مصارف طولانی مدت آن کاملاً اثبات شده است، اما بدلیل کامل نبودن تحمل ایجاد شده نسبت به برخی از اثرات آن، عوارض جانبی همراه با مصرف در فرد بروز می‌یابد. برخی از این اثرات چون سرخوشی و خواب‌آلودگی در هفته‌های اول درمان به سرعت افزایش می‌یابند ولی برخی دیگر چون یبوست، تعرق بیش از حد، کاهش میل جنسی و اختلال در عملکرد جنسی ماه‌ها پس از شروع درمان هم ادامه دارند.

۲-۶-۱- نتایج درمان

MMT در اکثر بیماران منجر به کاهش مصرف مواد افیونی، کاهش رفتار بزهکارانه، کاهش افسردگی و افزایش اشتغال می‌گردد. میزان موفقیت در MMT تا حدی به خصوصیات بیماران بستگی دارد، اما مهم‌تر از همه ویژگی‌های برنامه درمانی و خدماتی است که در حین درمان به بیماران ارائه می‌گردد.

۱-Reduce the temptation

۲-Depression

۲-۶-۲- دلیل برتری MMT در درمان وابستگی به هروئین

متادون^۱ به صورت خوراکی تجویز می شود و خطرات ناشی از تزریق هروئین^۲ را ندارد. در نتیجه خطر ابتلا به بیماری های عفونی چون هپاتیت و ایدز کاهش می یابد.

از آنجائیکه فرد نگران چگونگی تأمین هروئین برای مصرف خود نیست، کمتر تحت استرس قرار می گیرد.

نیمه عمر^۳ متادون نسبت به هروئین طولانی تر است، در نتیجه روزانه یکبار مصرف می شود.

میزان ارتکاب جرم به منظور تأمین هزینه خرید هروئین کاهش می یابد.

متادون نسبت به هروئین ارزان تر است. در برخی از شرایط می توان در صورت تشخیص پزشک، مصرف متادون

را قطع نمود. اما در مورد زنان حامله مصرف متادون به دلایلی عوارض ناشی از مصرف مواد افیونی را کاهش می دهد:

ترک ناگهانی مواد که منجر به آسیب به جنین می گردد، در مصرف روزانه متادون رخ نمی دهد. کیفیت زندگی

این افراد در درمان با MMT بهبود می یابد که منجر به بهبود تغذیه و در نهایت سلامت جنین می گردد.

متادونی که توسط داروخانه ها و یا مراکز درمانی توزیع می شود، فاقد هرگونه ماده مضر است که به جنین

منتقل شود (اسماعیلی، ۱۳۹۱).

قاچاق مواد مخدر و پدیده اعتیاد مسبوق به شرایط و نظام اجتماعی است. باید گفت این پدیده معلول

ساختارهای فرهنگی، اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و عرصه های بین المللی و منطقه ای است. تا زمانی که دلایل و علل

مشخص نشوند، نمی توانیم تحلیل و تبیین دقیقی از این مساله داشته باشیم. پدیده سوء مصرف و قاچاق مواد مخدر

متاثر از باند های مافیایی و دست های پنهان، امروزه از چنان پیچیدگی هایی برخوردار شده که سازمان ملل متحد آن را

از جمله جرائم سازمان یافته تلقی و اقدام به صدور کنوانسیون ها و عقد پروتکل های مختلف برای مقابله با آن کرده

است. (کنوانسیون های ۱۹۶۱، ۱۹۷۱، پروتکل اصلاحی ۱۹۷۲ و کنوانسیون ۱۹۸۸) حجم گسترده تجارت و گردش مالی

مرتبط با قاچاق مواد مخدر در سطح جهان و نقش مافیای منطقه ای و جهانی این موضوع را بسیار قابل تامل کرده

است. مجامع بین المللی، قاچاق مواد مخدر و اعتیاد را در کنار سه بحران دیگر (هسته ای، جمعیتی و زیست محیطی)

قرار داده که بشریت را در قرن حاضر تهدید می کند. سرمایه در گردش این فعالیت در جهان از نظر تجاری نیز، آن را

در رتبه بعد از نفت، توریسم و سلاح قرار داده است. بر اساس آخرین آمار منتشره (از سوی سازمان ملل متحد) وجود

۱ -Methadone

۲-Heroin

۳-Half-life

حداقل ۲۰۰ میلیون نفر معتاد در جهان، بازار مناسبی را برای قاچاقچیان و باندهای مافیایی فراهم کرده است. آنها مواد مورد نیاز معتادان را از مناطق تولید به ارزان ترین قیمت ممکن تهیه کرده و با ترفندهای مختلف و افزایش حجم ناخالصی‌ها با گران‌ترین قیمت به دست مصرف‌کنندگان می‌رسانند. بر اساس اسناد و مدارک موجود، نقش تولید و قاچاق مواد مخدر در افغانستان در تامین نیازهای مادی گروه‌های مافیایی و حتی برخی از جریانات افراطی نامحسوس در صحنه داخلی و خارجی افغانستان روشن و قابل تامل است. پس از حوادث ۱۱ سپتامبر و سقوط طالبان در دوران حاکمیت دولت موقت در افغانستان کشت خشخاش و تولید مواد مخدر در آن کشور شتاب فزاینده‌ای به خود گرفت. حجم انبوه تولید و برداشت تقریبی ۸ هزار تن تریاک در سال ۱۳۸۶ در افغانستان موجب بروز معضلات عدیده امنیتی و اجتماعی شده است (پیوند قاچاق مواد مخدر با درگیری‌های مسلحانه، گروگانگیری، قتل و ارباب و تهدید و نیز خرید و فروش غیرقانونی اسلحه و.....) (پروژه‌هایی همچون توسعه جایگزین یا کشت محصولات مجاز نیز به دلیل عدم حمایت سایر کشورها و نابودی زیر ساخت های اقتصادی افغانستان (به دلیل دو دهه بی ثباتی و جنگ و خونریزی) قابلیت اجرا نداشته و لذا امید چندی به قطع تولید مواد طی یک دهه آتی وجود ندارد. از یاد نبریم که ایران کوتاه ترین و ارزان ترین مسیر ترانزیت مواد مخدر شناخته شده و چشم طمع مافیای جهانی کماکان به این مسیر دوخته شده است. مبارزه بی امان نظام جمهوری اسلامی با قاچاقچیان و عدم استفاده از خاک ایران برای عبور و ترانزیت مواد مخدر، منجر به سرازیر شدن آن در داخل کشور و دسترسی آسان معتادان به این قبیل مواد شده است. بروز بیکاری های ناشی از سوءمصرف مواد مخدر و ورود سرمایه های نامشروع در سیستم اقتصادی، هزینه های ناشی از جلوگیری از قاچاق، هزینه های از کار افتادگی و غیره همگی لطماتی است که هر یک به تنهایی از لحاظ اقتصادی خود یک بحران است. قاچاق مواد از نظر سیاسی، هویت ملی، دینی و بنیان های امنیت ملی کشور را تهدید می‌کند. شاخص های مختلف در سوءمصرف و قاچاق مواد مخدر مشکلاتی را برای کشور ترسیم می‌کند. قاچاق مواد مخدر و اعتیاد دیگر یک آسیب اجتماعی نیست، بلکه یک بحران اجتماعی است. چرا که تلقی ۹۰ درصد مردم (طبق نظرسنجی از مردم شهر تهران) آن است که این پدیده حیات و امنیت اجتماعی را تهدید می‌کند. هم اکنون قرائن و شواهد متعددی از انگیزه های مختلف اقتصادی (مافیای قدرتمند جهانی)، سیاسی و امنیتی (که پشتوانه های مردمی انقلاب اسلامی و نیروهای جوان کشور را هدف قرار داده اند) به چشم می خورد که « تغییر نوع ماده مصرفی» را پیگیری می‌کنند. شرایط اقتصادی (بیکاری یکی از شاخص های مهم آن است)، جوانی جمعیت، ضعف نهادها و سازمان های اجتماعی و اقتصادی، فقدان ارائه یک مدل اجتماعی اوقات فراغت، فقدان اثرگذاری رسانه های کشور در موضوعات اجتماعی و شاید ده ها عامل دیگر

روند رو به رشد آسیب ها به ویژه آسیب های اجتماعی را در کشور ما تسهیل کرده اند. متأسفانه نسل جوان که منشاء نشاط، پویایی، سرزندگی، ابداع و نوآوری، سرشار از انرژی و آرمان خواهی است، در معرض بیشترین آسیب ها قرار دارند. اگر مروری اجمالی بر روند آمار و شاخص های اصلی پدیده قاچاق مواد مخدر در دو دهه گذشته داشته باشیم؛ در می یابیم که نرخ رشد نگران کننده است. برخلاف باورهای موجود، حتی در صورت تشدید قوانین و مجازات ها، معضل اعتیاد حل نشده و نیازمند نگرش سیستمی و رویکرد جدید است چرا که مطالعات نشان می دهد، در شکل گیری اعتیاد و قاچاق مواد مخدر علل گوناگونی نقش دارند (همچون فقر، بیکاری، یاس و ناامیدی، اختلالات روانی و شخصیتی، تبعیض، ماجراجویی و کنجکاوی، باورهای غلط، فقدان نشاط و شادابی و...) نباید انتظار داشت که با تشدید مجازات ها، بتوان مساله را حل کرد. لذا ضرورت دارد با تفکیک معتاد از قاچاقچی در تدوین قوانین و تنظیم برنامه ها با رویکرد جدید (بیمار پنداری معتاد) گام برداشت. با توجه به ارزش افزوده مواد مخدر از نظر اقتصادی در مقایسه با سایر موارد، میل به قاچاق وجود داشته و افرادی که خواسته یا ناخواسته وارد این گردونه می شوند و تجربه پول بادآورده را کسب می کنند به راحتی دست از این کار نخواهند کشید. حتی در قبال از دست دادن جان خود (چه در درگیری های مسلحانه، چه به واسطه اعمال مجازات های سخت همچون اعدام و چه حتی به واسطه مسمومیت ناشی از حمل و جاسازی مواد در بدن که منجر به فوت می شود) باز هم حاضر به ادامه کار هستند. قاچاق مواد مخدر در سطح بین الملل جدا از منافع کلان مادی، آثار و منافع سیاسی نیز برای دولت ها و قدرت ها به همراه داشته است. با بررسی جنبه های اقتصادی قاچاق بین المللی مواد مخدر، دخالت قدرت ها، سازمان های مافیایی و گردش مالی تجارت مواد مخدر که «از گردش مالی نفت در روابط بین المللی بیشتر است، نمی توان پذیرفت که سیاستمداران فاسد جهانی در مورد آن دخالتی نداشته باشند.» به رغم مشخص بودن مراکز تولید مواد مخدر، متأسفانه مجامع و مراکز ذی ربط هیچ گونه اقدام عملی تاکنون برای مبارزه ریشه یی با منشاء تولید مواد مخدر نکرده اند. تجارت غیرقانونی و قاچاق مواد مخدر، نمی تواند از مسائل سیاسی به دور باشد و مساله قاچاق مواد مخدر در دهه های گذشته با سیاست آمیخته بوده است. جنبه های اقتصادی این تجارت مرگبار عامل پیوند قاچاق مواد مخدر با سیاست و سیاستمداران و دولتمردان در کشورهاست.

۷-۲- بسترهای گرایش به قاچاق مواد مخدر

علل بسیاری را می توان برای این موضوع از ابعاد جغرافیایی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مطرح کرد، که به اجمال به بعضی از آنها اشاره می شود. از بعد جغرافیایی، قرار گرفتن ایران در مجاورت کانون «هلال طلایی»

(افغانستان و پاکستان) و مسیر ترانزیت مواد مخدر، ضعف در انسداد فیزیکی مرزهای شرقی و وجود محرومیت در آنجا، وجود محله‌های آلوده و جرم زاء، پدیده حاشیه نشینی و مناطق خاکستری (مناطق خراج از مهار دولت و دارای اقتصاد بیمار) نمونه‌هایی از ابعاد جغرافیایی است. در بعد فرهنگی و اخلاقی، به بحران‌های خانوادگی، موضوع اعتیاد، بی سرپرستی خانواده‌های زندانیان، سست بودن مبانی اعتقادی، فقر فرهنگی و عدم پایداری به ارزش‌های اخلاقی و انسانی می‌توان اشاره کرد. در بعد اجتماعی، می‌توان به فقدان عدالت اجتماعی در توزیع عادلانه درآمد و امکانات، وجود ضعف در دستگاه‌های انتظامی و قضایی و افزایش بی حد و حصر جمعیت اشاره کرد. در بعد اقتصادی، به سودآوری بیکاری، افزون طلبی و قانع نبودن به درآمدهای حاصل از شغل متعارف و امکان به کارگیری شگردهای پولشویی می‌توان اشاره کرد.

۲-۸- رویکردهای مبارزه با مواد مخدر

نگاهی به رویکردهای مختلف مبارزه با مواد مخدر حاکی از آن است که هر چه از دوردست به زمان فعلی نزدیک می‌شویم روند توجه به مصرف مواد مخدر به جای خود مواد مخدر شدت بیشتری می‌یابد. رویکردها و قوانین پیش از انقلاب البته عمدتاً معطوف به مواد مخدر بود و کمتر به موضوع مصرف کننده توجه می‌شد. البته این نگاه در دوره‌ی تغییر کرد و موضوع مصرف کننده نیز وارد توجه رژیم شاه شد. اما آنچه که درباره رویکردهای رژیم پهلوی می‌توان گفت آن است که نگاه برخی از مهره‌های اصلی رژیم به مواد مخدر یک نگاه تجاری بود و به همین خاطر باندهای بزرگ ترانزیت مواد مخدر و نیز باندهای توزیع کننده داخلی عمدتاً با وابستگان خاندان پهلوی زلفی گره زده بودند و آنها دستی در این بازار پرسود داشتند. می‌توان رویکردهای پس از انقلاب را در چهار دوره دسته بندی کرد. دوره اول شامل سال‌های پس از انقلاب تا دوره سازندگی می‌شود. دوره دوم دوره سازندگی است. دوره سوم دوره اصلاحات و دوره چهارم زمانه کنونی است. برای مقدمه لازم است چگونگی شکل گیری مساله مواد مخدر در ایران پس از انقلاب را مرور کنیم. در سال ۱۳۵۹ لایحه قانون تشدید مجازات مرتکبین جرائم مواد مخدر و اقدامات تامینی و درمانی برای مداوا و اشتغال به کار معتادان تصویب شد و بدین ترتیب کلیه قوانین مربوط به مواد مخدر به استثنای مصوبه ۱۳۴۸ (تشدید مجازات قاچاقچیان و سختگیری نسبت به معتادان) فسخ شدند. قوانین جدید، مجازات‌های شدیدتری برای مجرمان مواد مخدر در نظر می‌گرفتند و رسیدگی به این جرائم به دادگاه‌های انقلاب و دادگستری محول شد. در این قانون به معتادان ۶ ماه مهلت داده شد تا اعتیاد خود را ترک کنند و مجازات‌هایی نیز برای قاچاقچیان در نظر گرفته

شد. در سال ۱۳۶۷، قانون مبارزه با مواد مخدر جایگزین مصوبه سال ۱۳۵۹ شد. در این قانون مجدداً دیدگاه های سختگیرانه تری برای مقابله با مواد مخدر بر قوانین حاکم شد. در سال ۱۳۷۷ قانون اصلاحی به مرحله اجرا گذاشته شد. در این قانون به نقش و جایگاه ستاد مبارزه با مواد مخدر توجه شد. پس از آن نیز قوانین دیگری تدوین شد که شاید مهم ترین آنها قانون «سیاست های کلی نظام» در حوزه مواد مخدر بود که در سال ۱۳۸۴ در مجمع تشخیص مصلحت نظام به تصویب رسید و از سوی رهبر جمهوری اسلامی ایران ابلاغ شد. گفته می شود پس از پایان جنگ رهبر فقید انقلاب تاکید کرده بودند پس از ختم جنگ مساله اول کشور عبارت از مبارزه با قاچاق و اعتیاد مواد مخدر است. در واقع به همین دلیل بود که این موضوع در سال ۱۳۶۷ در مجمع تشخیص مصلحت نظام بررسی شد و قانون این «معضل» را مجمع، تدوین و تصویب کرد. پس از آن بود که ستاد مبارزه با مواد مخدر متشکل از چندین وزارتخانه و سازمان دولتی شکل گرفت و مأموریت یافت معضل مواد مخدر را هرچه سریع تر و به طور ضرب الاجلی حل کند. ایران پس از انقلاب اسلامی تمام مزارع کشت خشخاش را نابود و با کاشت پراکنده آن نیز برخورد جدی کرد. بدین ترتیب بخش عمده ای از مواد مخدر کشور از طریق مرزهای شرقی کشور و از افغانستان و پاکستان وارد کشور می شود. اگر به تولید مواد مخدر توجه کنیم، در سال ۱۳۵۹ تولید افغانستان حدود ۲۷۰ تن بوده است اما در سال جاری این رقم به ۸۵۰۰ تن رسیده است یعنی بیش از ۳۱ برابر. بنابر آمارهای رسمی از سال ۱۹۸۶ تا کنون افغانستان بیش از ۶۲۵۰۰ تن تریاک تولید کرده است. مطابق آمارهای رسمی از سال ۱۳۵۸ تاکنون ۳۵۸۹ تن مواد مخدر کشف شده است، ۱۹۷۳۹ باند مواد مخدر متلاشی شده، ۱۶۹۶۷ عملیات مسلحانه علیه تجارت مواد مخدر صورت گرفته، ۲۱۶۹۸ قبضه سلاح از قاچاقچیان ضبط شده، ۵۴۱۶۶ خودرو و ۱۹۴۹۵ دستگاه موتور سیکلت توقیف شده، ۵۷۷۰ نفر از اشرار کشته شده، ۳۵۵۷ نفر از نیروهای امنیتی به شهادت رسیده اند و حدود ۴/۵ میلیون نفر در ارتباط با جرائم مرتبط با تولید، قاچاق، توزیع و مصرف مواد مخدر دستگیر و روانه زندان شده اند. مطالعه یک نمونه از آمارهای سال جاری نشان می دهد که موضوع در حوزه مواد مخدر چقدر پیچیده است. کل تولید هروئین افغانستان در سال ۱۳۸۵ حدود ۴۰۰ تن بوده است که در سال جاری به ۶۶۰ تن رسیده است. در ده ماه اول سال ۱۳۸۶ مجموع کشفیات هروئین توسط نیروی انتظامی بیش از ۱۳ تن بوده است که نسبت به سال گذشته ۴۹ درصد افزایش داشته است. اما نکته جالب توجه در نوع هروئین کشف شده نسبت به سال گذشته است. در حالی که ۶۰ درصد از هروئین کشف شده سال گذشته از نوع خاکستری (یعنی نوع سبک تر) و ۴۰ درصد از نوع هروئین خاکستری و کراک (یعنی نوع سنگین تر) بوده است این نسبت در سال جاری به طور چشمگیری تغییر کرده و به نسبت ۳۱ به ۶۹ تغییر کرده است (سایت خبری ناجا،

۸۶/۱۱/۹). یعنی هروئین سنگین تر و مخرب تر به طور چشمگیری افزایش پیدا کرده است. همچنین در همین مدت بیش از ۳۴ کیلو مواد شیمیایی از نوع شیشه کشف شده است که نسبت به سال گذشته ۹۰ درصد افزایش داشته است. این دو آمار جزیی به خوبی نشان می‌دهد که نوعی تغییر الگوی مصرف در میان افراد مصرف‌کننده مواد مخدر در حال شکل‌گیری است که نه به طور تدریجی بلکه به سرعت مصرف مواد مخدر جدید و اغلب شیمیایی در حال جایگزین شدن مواد مخدر سنتی و گیاهی است. این زنگ خطری جدی برای جامعه ایران به شمار می‌رود که بخش عمده‌ی آن جمعیت آن را گروه‌های سنی جوان تشکیل می‌دهند، چه باید کرد؟

(۱) قاچاق مواد مخدر پدیده‌ی چند وجهی است که همه ارکان اساسی جامعه را تحت تاثیر قرار می‌دهد، لذا مبارزه با آن نیز مستلزم به کارگیری همه ظرفیت‌های موجود است. برخورد جدی و اصولی با این پدیده، جز از طریق همکاری فراگیر میسر نیست و همگان از بالاترین تا پایین‌ترین سطوح حاکمیت باید در این جهاد مقدس مشارکت کنند. مقابله با قاچاق مواد مخدر و مهار و کنترل اعتیاد نیاز مبرم به جنبشی اجتماعی و مردمی دارد.

(۲) قاچاق مواد مخدر و اعتیاد یک بحران و مساله اجتماعی (در سطح کلان) است و تبیین و تحلیل آن نیازمند یک رویکرد جامعه‌شناختی و امنیتی است، اساساً باید این مساله و بحران را در سطح کلان و میانی تبیین کرد، نه در سطح خرد، هر چند به سطح خرد نیز باید توجه شود.

(۳) ضرورت تعریف ملی از قاچاق مواد مخدر و اعتیاد؛ مطالعات مربوط به مواد مخدر و اعتیاد، امروزه نه تنها محدود به آسیب‌های فردی و اجتماعی نمی‌شود، بلکه موضوعاتی چون استقلال، تمامیت ارضی، کارآمدی نظام سیاسی و اداری، امنیت ملی و جایگاه منطقه‌ی و بین‌المللی نظام را به طور جدی تحت تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین درک و شناخت و نهایتاً ارائه «تعریف ملی» از این پدیده وظیفه‌ی ملی و ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است.

(۴) قطع رابطه مصرف‌کننده از قاچاقچیان؛ این موضوع البته نیازمند جسارت و شجاعت بیشتری است. مبارزه با ورود مواد مخدر به کشور در طول همه سال‌های پس از انقلاب مبارزه‌ی پر هزینه بوده است که فقط یکی از موارد آن به شهادت رسیدن صدها مامور جان‌بر کفی است که برای نجات جامعه ما از چنگال اعتیاد جان خود را فدا کرده‌اند. هزینه مادی فراوانی که صرف این مبارزه می‌شود و فشار روانی زیادی که بر جامعه تاثیر می‌گذارد تنها بخشی از این هزینه کلان است. اما همه این مبارزات و تلاش‌ها هنوز نتوانسته است احساس امنیت جامعه ما را تولید کند. در سویه مقابل، همه مصرف‌کنندگان مواد مخدر را به دامان قاچاقچیان سوق داده است که تنها به منفعت مادی و حداکثر سود فکر می‌کنند. گاهی اوقات تلاش‌های ما، به طور آبرونیک و طنزآلودی، باعث سود بیشتر آنها نیز شده است. ما

سختگیری کرده ایم و آنها «جنس شان» را گران کرده اند، ما مبارزه کرده ایم و هر سال بیش از سال قبل مواد مخدر کشف کرده ایم، آنها مواد مخدر بیشتری تولید کرده و وارد بازار کرده اند. در واقع یکی از عواملی که مساله را بغرنج تر می کند حضور قاچاقچیان در این معادله است. قاچاقچی ها به دلیل آنکه در کنترل قرار ندارند و به طور غیرشفاف و ناپیدا عمل می کنند نقش بر هم زننده هر نوع برنامه ریزی و اقدام عملی را ایفا می کنند. باید به دنبال راهی گشت که قاچاقچیان را از این معادله حذف کرد و مدیریت مصرف مواد جایگزینی در اختیار نهادهایی باشد که بتوان از طریق آنها برنامه های کلان و بلند مدت کاهش آسیب را اجرا کرد.

(۵) استفاده از پتانسیل های مهم موجود در سازمان های غیردولتی؛ در کشورهای مختلف دنیا هر روز نقش دولت در اداره جامعه مخصوصاً در حوزه آسیب های اجتماعی کوچک تر و در عین حال مهم تر و کلان تر می شود. دولت ها به جای آنکه نیروی اجرایی باشند در جایگاه برنامه ریز و هدایتگر نشسته و با تامین نهادهای دیگر تلاش می کنند نتایج بهتری بگیرند.

فصل سوم

روش شناسی

مقدمه

تحقیق یک فعالیت سیستماتیک است که به کشف و پروراندن مجموعه ای از دانش سازمان یافته معطوف است و می تواند به تجزیه و تحلیل و ثبت عینی و سیستماتیک مشاهدات کنترل شده که ممکن است به پروراندن قوانین کلی، اصول یا نظریه هایی بینجامد و به پیش بینی و یا احتمالاً به کنترل نهایی رویدادها منتج شود، است (بست، ۱۹۸۳ ترجمه پاشا شریفی و طالقانی ۱۳۷۹، ۳۵ و ۳۶).

تصمیم‌گیری درباره روش تحقیق بستگی به هدف تحقیق، ماهیت مساله مورد مطالعه و روش‌های مختلف بررسی آن دارد. بنابراین روش تحقیق می بایست با توجه به مساله مورد مطالعه انتخاب شود (دلور، ۱۳۸۶). در دو فصل گذشته طرح پژوهش و مروری بر ادبیات و پیشینه‌ی تحقیق ارائه گردید که کلیات پژوهش و مبانی نظری پژوهش را روشن می‌نمودند. در این فصل ابتدا روش تحقیق بکار گرفته شده، توضیح داده خواهد شد سپس جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری شرح داده می شود؛ در ادامه ابزار تحقیق، روایی و پایایی پرسشنامه ها، روش اجرا و روش تجزیه و تحلیل اطلاعات مطرح می‌گردد.

۳-۱- طرح پژوهش

انتخاب روش تحقیق بستگی به هدفها و ماهیت موضوع پژوهش و امکانات اجرای آن دارد. به عبارت دیگر، هدف از انتخاب روش تحقیق آن است که محقق مشخص نماید، چه شیوه و روشی را اتخاذ کند، که او را هر چه دقیق تر، آسان تر و ارزان تر در دستیابی به پاسخ های تحقیق مورد نظر کمک کند (نادری و سیف نراقی، ۶۴-۶۳). روش تحقیق حاضر از نوع توصیفی پیمایشی است. برای بررسی توزیع ویژگی‌های یک جامعه ی آماری، روش تحقیق پیمایشی به کار می‌رود (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۶).

۳-۲- جامعه ی آماری

جامعه عبارت است از مجموعه ای از افراد یا اشیاء یا حوادث که حداقل دارای یک صفت یا ویژگی مشترک باشند (دلور، ۱۳۸۶، ۴). یک جامعه آماری را اینگونه تعریف می‌کنند: همه اعضای یک طبقه کاملاً تعریف شده از

افراد، رویدادها یا اشیاء (دانالدری و دیگران، ترجمه وازگن سر کسبان و دیگران، ۱۳۸۰، ۲۱۹). جامعه آماری در این پژوهش بیماران تحت درمان متادون مستقر در مرکز کاهش آسیب رمضان، پرسنل نیروی انتظامی و کادر درمانی کلینیک های ترک اعتیاد می باشد.

۳-۳- نمونه و روش نمونه گیری

نمونه گیری هدفمند یا نظری در این پژوهش انجام می گیرد. نمونه گیری هدفمند که نمونه گیری غیراحتمالی، هدفدار یا کیفی نیز نامیده می شود به معنای انتخاب هدف دار واحدهای پژوهش برای کسب دانش یا اطلاعات است. این نوع نمونه گیری به دنبال ایجاد قوانین ثابت و تغییر ناپذیر و یا تعمیم نتایج نیست بلکه سعی در شناخت بهتر هر پدیده در زمینه خاص دارد. به این منظور نمونه آماری شامل پرسنی نیروی انتظامی و کادر درمانی و بیماران است. روش نمونه گیری روش متوالی یا متواتر با رویکرد گلوله برفی است و استفاده از روش اشباع داده در پژوهش های کیفی به عنوان استاندارد طلایی پایان نمونه گیری در نظر گرفته می شود. این نوع نمونه گیری یک روش زمانی مناسب است که اعضای یک گروه یا جامعه به راحتی قابل مشخص شدن نباشند. در این روش پژوهشگر ابتدا افرادی را شناسایی می کند و پس از دریافت اطلاعات از آنها می خواهد که فرد یا افراد دیگری را به وی معرفی کنند. حجم نمونه در این روش تا رسیدن به اشباع است یعنی تا زمانی که مشارکت کنندگان جدید اطلاعات جدیدی در اختیار ما نگذارند. اشباع نظری قضاوتی است که پژوهشگر تصمیم می گیرد که نیاز به جمع آوری اطلاعات بیشتر ندارد و اطلاعات جدیدی که به تعریف خصوصیات طبقات کمک کند به پژوهش وارد نمی شود (گرادی، ۱۹۹۸). نمونه گیری بر اساس نسبت پراکندگی کلینیک های ترک اعتیاد برای هر شهرستان می باشد که بصورت تصادفی بر اساس لیست کلینیک های درمانی انجام می پذیرد.

۱. مصرف کننده غالب اپیود و یا همراه متاآمفتامین باشد.

۲. سن بین ۲۰ تا ۵۵ باشد.

۳. حداقل شش سال درس خوانده باشد.

۴. بتواند به زبان فارسی صحبت کند.

۵. برای شرکت در مطالعه رضایت آگاهانه داشته باشد.

معیارخروج

۱. مبتلا به بیماری جدی روانی باشد.

۲. در طی ماه گذشته اقدام به خودکشی کرده باشد

انتخاب نمونه

نمونه در این پژوهش کلیه کادر درمانی و بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد و ماموران نیروی

انتظامی می‌باشد.

مصاحبه مقدماتی

۱۳ عامل از عوامل نشت و ۹ عامل از عوامل تقاضا متادون توسط پژوهشگر به صورت سوال از مصاحبه شوندگان (بیماران تحت درمان متادون) مطرح گردید و مورد نظر سنجی قرار گرفت که بر اساس میزان اولویت طبقه بندی و تدوین شد. شرح سوالات در پیوست می‌باشد. بدیهی است در طی روند مصاحبه‌ها که به صورت نیمه بسته است. عوامل دیگری کشف و مورد تحلیل قرار می‌گیرند.

۳-۴- ابزار اندازه گیری

نظریه مبنایی^۱ یعنی آنچه که به‌طور استقرایی^۲؛ یعنی از جزء به کل، از مطالعه پدیده‌ای به دست آید و نمایانگر آن پدیده است. به عبارت دیگر، باید آن را کشف کرد و کامل نمود و به طور آزمایشی از طریق گردآوری منظم اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده‌هایی که از آن پدیده نشأت گرفته است، اثبات نمود (استراس، آنسلم و جولیت کوربین؛ ۲۰). ابزار پژوهش در این تحقیق مصاحبه ساختار یافته ای است که با تدوین سوالات از پیش تعیین شده است و نیز سوالات باز پیرامون پدیده تقاضا و نشت متادون که به صورت عمیق با سوالات نیمه باز صورت می‌گیرد. گروه‌های مصاحبه شونده در این پژوهش کادر درمانی، بیماران تحت درمان متادون و ماموران نیروی انتظامی می‌باشد.

^۱-Grounded theory

^۲-Induction

۳-۴-۱- تعیین روایی و پایایی پرسشنامه

منظور از روایی این است که مقیاس و محتوای ابزار یا سؤالات مندرج در ابزار، دقیقاً متغیرها و موضوع مورد مطالعه را بسنجد (حافظ نیا، ۱۳۸۷). روایی این پرسشنامه توسط چند نفر از اساتید و کارشناسان علوم اجتماعی، و روان شناسی تأیید شده است. برای تعیین پایایی این پرسشنامه از فرمول آلفای کرونباخ استفاده شده است که با توجه به جدول پایین ضریب پایایی این پرسشنامه ۰/۷۴۳ گزارش شده که نشان دهنده پایایی بسیار مطلوب این پرسشنامه است. پایایی بدین معنا است که اگر خصیصه مورد سنجش را با همان وسیله تحت شرایط یکسان و مشابه دوباره اندازه بگیریم. نتایج حاصله تا چه حد مشابه، دقیق و قابل اعتماد است و بطور ساده تر یعنی ابزار اندازه گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی بدست می دهد.

برای سنجش پایایی ابزار تحقیق، معروفترین ابزاری که مورد استفاده اکثر پژوهشگران قرار می گیرد میزان آلفای کرونباخ مربوط به پرسش های های موجود در پرسشنامه و یک آلفای کلی برای ابزار گردآوری است که این معیار توسط نرم افزار به راحتی قابل محاسبه می باشد. برای محاسبه آلفای کرونباخ از فرمول زیر استفاده می شود:

رابطه (۳-۱)

$$r_{\alpha} = j / (j-1) (1 - \sum s_j^2 / s^2)$$

برای بررسی پایایی، محقق تعداد ۳۰ (پیش آزمون) توزیع و پس از جمع آوری اقدام به محاسبه ضریب آلفای کرونباخ با استفاده از نرم افزار SPSS برای پرسشنامه نمود که نتایج به شرح جداول زیر ارائه گردیده است.

جدول ۳-۱

آلفا کرونباخ	تعداد سؤالات
۰/۷۲۴	۳۸

میزان پایایی آزمون جهت مجموعه کل سؤالات در پرسشنامه ۰/۷۴۳ محاسبه گردید. که با توجه به میزان نوسانات آلفای کرونباخ که بین صفر تا یک بوده و اعداد فوق بیانگر درصد سطح مطلوبی از پایایی می باشد می توان گفت که سؤالات پرسشنامه از پایایی خوب و قابل قبولی برخوردار می باشند.

۳-۴-۲- شیوه نمره گذاری

باتوجه به این که پرسشنامه دارای ۲۲ سوال می باشد این پرسشنامه در چارچوب مقیاس پنج ی تنظیم شده است، دامنه پاسخ به سؤالات درباره هر گویه بر اساس فراوانی ها جمع بسته شده و سپس درباره آنها بر اساس نمرات قضاوت می شود. این مقیاس بر اساس پیوستار پنج درجه ای به این صورت تنظیم شده است: نمره ۱ برای گزینه ی خیلی ضعیف، نمره ۲ برای گزینه ی ضعیف، نمره ۳ برای گزینه ی متوسط، نمره ۴ برای خوب و نمره ۵ برای گزینه عالی.

۳-۴-۳- مراحل اجرای پژوهش

- مطالعات نظری و انجام مصاحبه جهت تدوین پرسشنامه.
- ساخت و تنظیم پرسشنامه.
- تعیین روایی و پایایی پرسشنامه با هماهنگی متخصصان علوم روانشناسی و اجتماعی.
- هماهنگی جهت توزیع پرسشنامه.
- توزیع پرسشنامه به منظور تعیین پایایی آن با استفاده از آلفای کرو نباخ.
- توزیع پرسشنامه در یک برنامه آموزشی جهت گرد آوری اطلاعات (جهت تکمیل پرسشنامه ها).
- داده کاوی و تجزیه تحلیل کمی و کیفی اطلاعات.
- تنظیم و تدوین سؤالات بر اساس داده های آماری با استفاده از نرم افزار SPSS۲۰
- تبیین و تدوین نتایج پژوهش و ارائه راهکارهای مناسب.

۳-۵- روش تجزیه و تحلیل داده ها

برای اینکه پژوهشگر بتواند داده های پژوهشی را تجزیه و تحلیل و سپس تفسیر نماید باید از روش آماری استفاده کند. در این پژوهش از دو دسته کلی روش های آماری استفاده شده است:

۳-۵-۱- آمار توصیفی

در این تحقیق نیز به پیروی از سایر پژوهش ها از آمار توصیفی (شاخص های مرکزی و پراکندگی) جهت دسته بندی اطلاعات استفاده می گردد.

۳-۵-۲- آمار استنباطی

در این پژوهش برای مشخص کردن اولویت عوامل موثر در نشت و قاچاق متادون از روش تحلیل عاملی استفاده شده است.

۳-۶-۲- بررسی و تبیین های کیفی تحقیق:

۳-۶-۱- جامعه آماری

جامعه آماری در این پژوهش پرسنل نیروی انتظامی و کادر درمانگر در کلینیک های ترک اعتیاد استان مرکزی هستند، می باشد.

۳-۶-۲- نمونه آماری

نمونه گیری هدفمند یا نظری در این پژوهش انجام می گیرد. نمونه گیری هدفمند که نمونه گیری غیراحتمالی هدفدار یا کیفی نیز نامیده می شود به معنای انتخاب هدف دار واحدهای پژوهش برای کسب دانش یا اطلاعات است. این نوع نمونه گیری به دنبال ایجاد قوانین ثابت و تغییرناپذیر و یا تعمیم نتایج نیست بلکه سعی در شناخت بهتر هر پدیده در زمینه خاص دارد.

روش نمونه گیری روش متوالی یا متواتر با رویکرد گلوله برفی است و استفاده از روش اشباع داده در پژوهش های کیفی به عنوان استاندارد طلایی پایان نمونه گیری در نظر گرفته می شود. این نوع نمونه گیری یک روش زمانی مناسب است که اعضای یک گروه یا جامعه به راحتی قابل مشخص شدن نباشند. در این روش پژوهشگر ابتدا افرادی را شناسایی می کند و پس از دریافت اطلاعات از آنها می خواهد که فرد یا افراد دیگری را به وی معرفی کنند.

۳-۶-۳- حجم نمونه

حجم نمونه در این روش تا رسیدن به اشباع است یعنی تا زمانی که مشارکت کنندگان جدید اطلاعات جدیدی در اختیار ما نگذارند. اشباع نظری قضاوتی است که پژوهشگر تصمیم می گیرد که نیاز به جمع آوری اطلاعات بیشتر

ندارد و اطلاعات جدیدی که به تعریف خصوصیات طبقات کمک کند به پژوهش وارد نمی‌شود (گرادی، ۱۹۹۸). معمولاً بین هشت تا پانزده نفر است. در این تحقیق ۸ نفر در مصاحبه شرکت کردند.

۳-۶-۴- محیط پژوهش

برخلاف روش کمی پیمایشی، رویکرد کیفی بر آن است که به مطالعه‌ی عمیق در محیط معینی بپردازد که در آن محیط، پدیده‌ی موردنظر بتواند به نحو معنی داری در یک زمینه‌ی اجتماعی ویژه قرار بگیرد محیط پژوهش در این تحقیق کلینیک‌های درمانی و ستاد مبارزه با مواد مخدر بود.

۳-۶-۵- روش تحقیق

تحقیق کیفی عبارت از مجموعه فعالیت‌هایی (چون مشاهده، مصاحبه و شرکت گسترده در فعالیت‌های پژوهشی) است، که هر کدام به نحوی محقق را در کسب اطلاعات دست اول، درباره‌ی موضوع مورد تحقیق یاری می‌دهند. آنسلم استراس می‌گوید: «منظور ما از تحقیق کیفی عبارت از هر نوع تحقیقی است که یافته‌هایی را به دست می‌دهند که با شیوه‌هایی غیر از روش‌های آماری یا هرگونه کمی کردن کسب نشده‌اند. شیوه مذکور ممکن است به تحقیق درباره‌ی زندگی افراد، شرح حال‌ها، رفتارها و همچنین درباره‌ی کارکرد سازمانی جنبش‌های اجتماعی یا روابط بین الملل معطوف باشد» (استراس، ۱۳۸۵، ۴۵).

۳-۶-۶- اجزای عمده‌ی تشکیل دهنده‌ی تحقیق کیفی

در تحقیق کیفی سه بخش عمده وجود دارد:

بخش اول: داده‌ها؛ داده‌ها می‌توانند از منابع مختلف گردآوری شده باشند. مصاحبه، مشاهده و مشارکت معمول

ترین منابع اند؛

بخش دوم: شامل روش‌های تحلیلی و تعبیر و تفسیری است؛ که برای رسیدن به یافته‌ها یا نظریه‌ها به کار

می‌رود. این روش‌ها شامل شیوه‌های مفهوم پردازی از داده‌ها است؛ که به "کدگذاری (Coding)" موسوم است.

شیوه های دیگری مثل نمونه گیری غیرآماري، یادداشت برداري و نمایش روابط مفهومي به صورت دیاگرام نیز بخشی از مرحله ی تحلیلی اند.

بخش سوم: عبارت است از گزارش های نوشته شده و شفاهی و ارائه آن ها در مجله ها و کنفرانس های علمی (آنسلم و کوربی، ۱۳۸۵، ۲۰).

۳-۶-۷- ابزار پژوهش

نظریه مبنایی^۱ یعنی آن چه که به طور استقرایی^۲؛ یعنی از جزء به کل، از مطالعه پدیده ای به دست آید و نمایان گر آن پدیده است. به عبارت دیگر، باید آن را کشف کرد و کامل نمود و به طور آزمایشی از طریق گردآوری منظم اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده هایی که از آن پدیده نشأت گرفته است، اثبات نمود (استراس آنسلم و جولیت بین؛ ۲۰). در این پژوهش از یک سوال کلی در مورد علل نشت و قاچاق متادون خارج از چرخه درمان و سپس سوالات اکتشافی به منظور تشویق و دست یافتن به ابعاد عمیق تحقیق استفاده شد.

۳-۶-۸- تایید روایی و دقت، معتبر بودن، اطمینان پذیری و قابلیت تایید داده ها

برای تضمین معتبر بودن، یافته های این مطالعه به شرکت کنندگان ارائه شد و آنها نظرات خود را در مورد هماهنگی یافته ها با تجربیات خود به محققین ابراز نمودند. همچنین تعمق مشارکتی پیرامون مضمون های پدیدار شده توسط تیم تحقیق در مراحل مختلف مطالعه انجام می گیرد. پژوهشگران با حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش قابلیت تعمیم این پژوهش را تضمین نمودند. علاقمندی پژوهشگران به پدیده تحت مطالعه تماس دراز مدت با داده ها و همچنین، تلاش برای کسب نظرات از دیگران در این زمینه از دیگر عوامل تضمین کننده قابلیت تایید بودن. علاوه بر این، پژوهش حاضر به صورت تیمی و با راهنمایی و نظارت صاحب نظران انجام می گردد که هم اطمینان پذیری داده ها و هم قابلیت تایید را امکان پذیر می نماید.

۳-۷- تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش تحلیل های متمرکز بر معنا های خاص و مبتنی بر زمینه و تجربه اجتماعی صورت می پذیرد.

^۱-Grounded theory

^۲-Induction

۳-۷-۱-روش بررسی

این مطالعه به روش تحقیق کیفی با رویکرد پدیدار شناسی انجام شده است. یکی از موارد مناسب برای کاربرد روش پدیدار شناسی پاسخ به این سوال است که آیا نیاز به روشن سازی بیشتر پدیده وجود دارد (صلصالی، ۱۳۸۲، ۳۷). از اینرو پژوهشگران رویکرد فوق را جهت بررسی علل زمینه ای نشت و قاچاق متادون خارج از چرخه درمان انتخاب کردند. در این مطالعه از فنونولوژی هرمنیوتیک (تاویلی) با تاکید بر دیدگاه فن منن برای کشف پدیده قاچاق متادون خارج از چرخه درمان استفاده شده است. به اعتقاد ون منن (۱۹۹۷) فنونولوژی هرمنیوتیک رویکردی سیستماتیک برای مطالعه و تفسیر یک پدیده ارائه می‌کند و اجازه می‌دهد پدیده مورد نظر با یک دید تفسیری تحلیل و کشف شود تا محقق در طی فرایند تفسیر به درک عمیقتری از مورد تحقیق دست یابد. مصاحبه‌ها ۴۵ دقیقه‌ای صورت پذیرفت.

با اجازه مشارکت کنندگان مصاحبه‌ها روی نوار کاست ضبط شده و بلافاصله پس از اتمام هر مصاحبه و شنیدن چندین باره آن، متن مصاحبه‌ها پیاده و مورد آنالیز مضمونی^۱ قرار گرفت. در این پژوهش برای جدا کردن جملات مضمونی از رویکرد کل نگر^۲ و انتخابی^۳ استفاده شد. به این ترتیب که ابتدا متن هر مصاحبه به عنوان یک کل مورد توجه قرار گرفت و معنی بنیادی یا مفهوم عمده متن به مثابه یک کل در یک یا چند بند توصیف شد (رویکرد کل نگر). پس از آن، متن هر مصاحبه چندین بار خوانده و جملات یا عباراتی که به نظر می‌رسیدند مربوط به پدیده توصیف شده یا آشکارکننده آن هستند، انتخاب شدند (رویکرد انتخابی). سپس طبقات اولیه طراحی و مضامین در آن طبقات قرار گرفتند و با تغییر و جاب‌جایی مضامین، تلفیق مضامین مشترک و همپوشان و حذف مضامین نابجا، مضامین اساسی مشترک پدیدار شدند. به عبارت دیگر عبارات، جملات و بندهای متعلق به هر کدام از مصاحبه‌ها به طور مجزا از مصاحبه‌های دیگر و با توجه به وجوه مشترک، در قالب مضمون‌ها و زیرمضمون‌ها سازماندهی شدند.

۳-۷-۲-سوالات مصاحبه

^۱ analysis Thematic

^۲ Wholistic Approach

^۳ Selective Approach

سوالات مصاحبه نیروی انتظامی و کادر درمانی

۱. به نظر شما علت نشت متادون خارج از چرخه درمان چیست؟

۲. به نظر شما علل تقاضای متادون خارج از چرخه درمان چیست؟

۳. به نظر شما داروی قاچاق متادون از چه محل هایی تامین می شود؟

۳-۸- ملاحظات اخلاقی پژوهش

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، قبل از شروع مصاحبه، شرکت کنندگان از اهداف و اهمیت تحقیق آگاه شدند و با رضایت‌آگاهانه در تحقیق شرکت کردند. از آنها برای شرکت در تحقیق و استفاده از ضبط صوت برای ضبط مصاحبهها اجازه گرفته شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده صرفاً برای اهداف تحقیق مورد استفاده قرار می گیرد و در اختیار افرادی غیر از تیم پژوهش قرار نخواهد گرفت.

فصل چهارم

استخراج و تحلیل داده های آماری

مقدمه

نتایج این تحقیق حاصل تجزیه و تحلیل داده ها و استخراج اطلاعات پرسشنامه است. در این فصل پس از ارائه ویژگی‌های نمونه مورد مطالعه، یافته‌های تحقیق در مورد بررسی عوامل مؤثر بر نشت و تقاضای متادون خارج از چرخه درمان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۴-۱- آمار توصیفی

۴-۱-۱- مشخصات دموگرافیک معتادان، کادر درمانی و نیروی انتظامی (جمعیت شناختی)

الف) مشخصات دموگرافیک معتادان

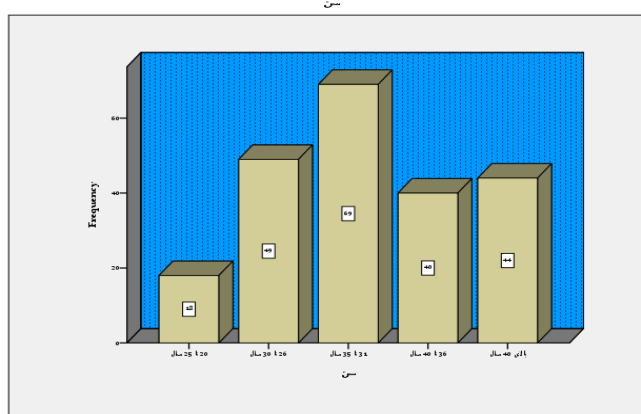
جدول ۴-۱ وضعیت سن

سن	درصد	فراوانی
۲۰ تا ۲۵ سال	۸/۲	۱۸
۲۶ تا ۳۰ سال	۲۲/۳	۴۹
۳۱ تا ۳۵ سال	۳۱/۴	۶۹
۳۶ تا ۴۰ سال	۱۸/۲	۴۰
۴۰ سال به بالا	۲۰	۴۴
جمع	۱۰۰	۲۲۰

نتایج مربوط به سن نشان می‌دهد: ۸/۲ درصد از معتادان را زیر ۲۰ سال، ۲۲/۳ درصد ۲۶ تا ۳۰ سال، ۳۱/۴

درصد ۳۱ تا ۳۵ سال، ۱۸/۲ درصد ۳۶ تا ۴۰ سال و ۲۰ درصد آنها بالای ۴۰ سال سن داشتند. بیشترین مقدار فراوانی

۳۱ تا ۳۵ سال و کمترین مقدار فراوانی زیر ۲۰ سال تعلق داشت.

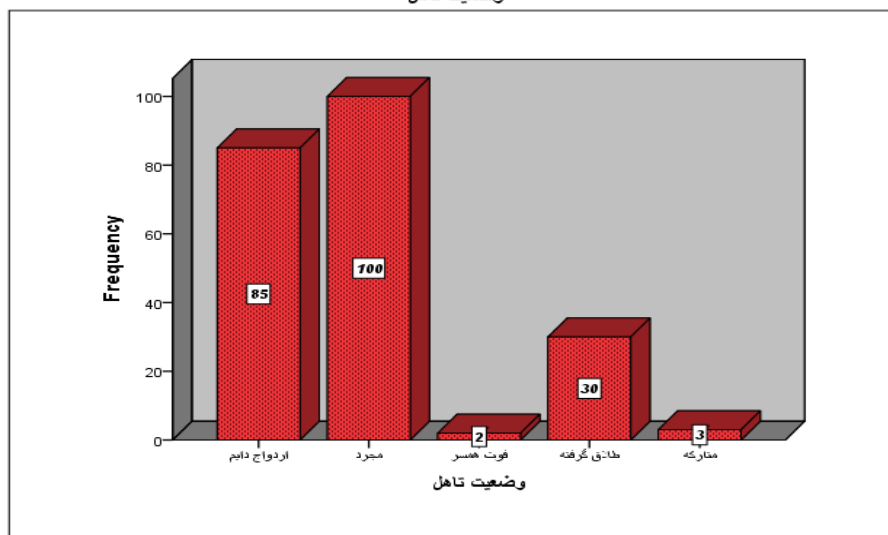


نمودار ۴-۱ وضعیت سن

جدول ۴-۲ وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	درصد	فراوانی
ازدواج دایم	۳۸/۶	۸۵
مجرد	۴۵/۵	۱۰۰
فوت همسر	۰/۹	۲
طلاق گرفته	۱۳/۶	۳۰
متارکه	۱/۴	۳
جمع	۱۰۰	۲۲۰

وضعیت تاهل



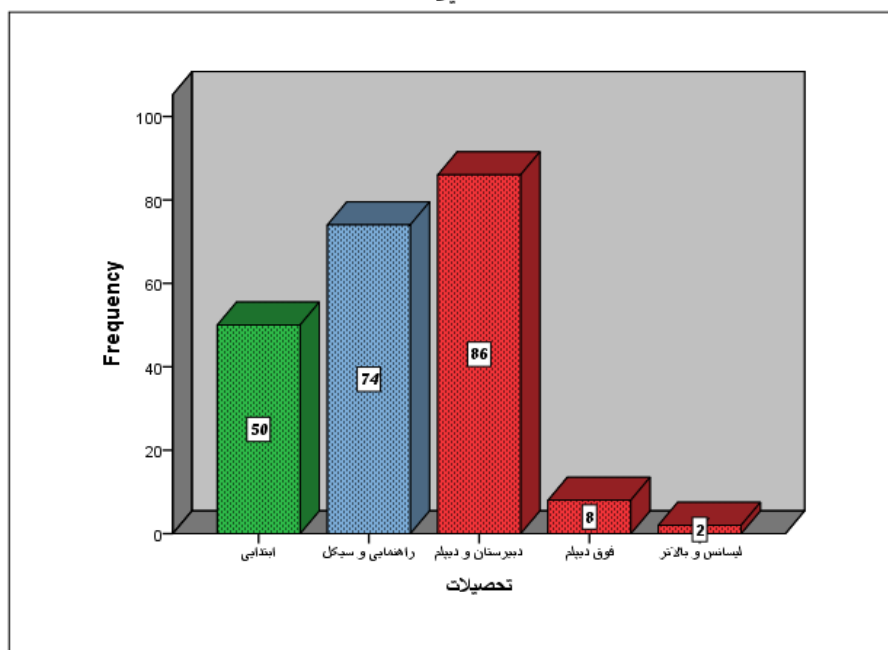
نمودار ۴-۲ وضعیت تاهل

نتایج جدول در مورد وضعیت تاهل مصرف کنندگان نشان می دهد: ۳۸/۶ درصد ازدواج دایم داشته اند و ۴۵/۵ درصد مجرد، ۰/۹ درصد فوت همسر، ۱۳/۶ درصد طلاق گرفته و ۱/۴ درصد متارکه بوده است.

جدول ۳-۴ وضعیت تحصیلات

وضعیت تحصیلات	درصد	فراوانی
ابتدایی	۲۲/۷	۵۰
راهنمایی و سیکل	۳۳/۶	۷۴
دبیرستان و دیپلم	۳۹/۱	۸۶
فوق دیپلم	۳/۶	۸
لیسانس و بالاتر	۰/۹	۲
جمع	۱۰۰	۲۲۰

تحصیلات



نمودار ۳-۴ وضعیت تحصیلات

نتایج جدول نشان می دهد وضعیت تحصیلات مصرف کنندگان به صورت ۲۲/۷ درصد ابتدایی، ۳۳/۶ درصد

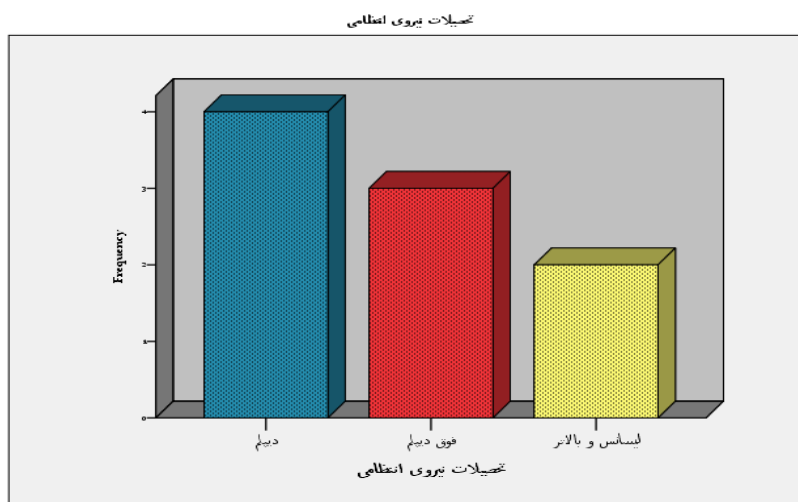
راهنمایی و سیکل، ۳۹/۱ دبیرستان و دیپلم، ۳/۶ فوق دیپلم، ۰/۹ لیسانس و بالاتر بوده است.

ب) مشخصات دموگرافیک کادر نیروی انتظامی

جدول ۴-۴: تحصیلات

درصد	تعداد / فراوانی	
۴۴/۴	۴	دیپلم
۳۳/۳	۳	فوق دیپلم
۲۲/۲	۲	لیسانس و بالاتر
۱۰۰	۹	کل

نتایج جدول نشان می دهد وضعیت تحصیلات کادر نیروی انتظامی به صورت ۴۴/۴ دیپلم، ۳۳/۳ درصد فوق دیپلم، ۳۹/۱ و ۲۲/۲ لیسانس و بالاتر بوده است.

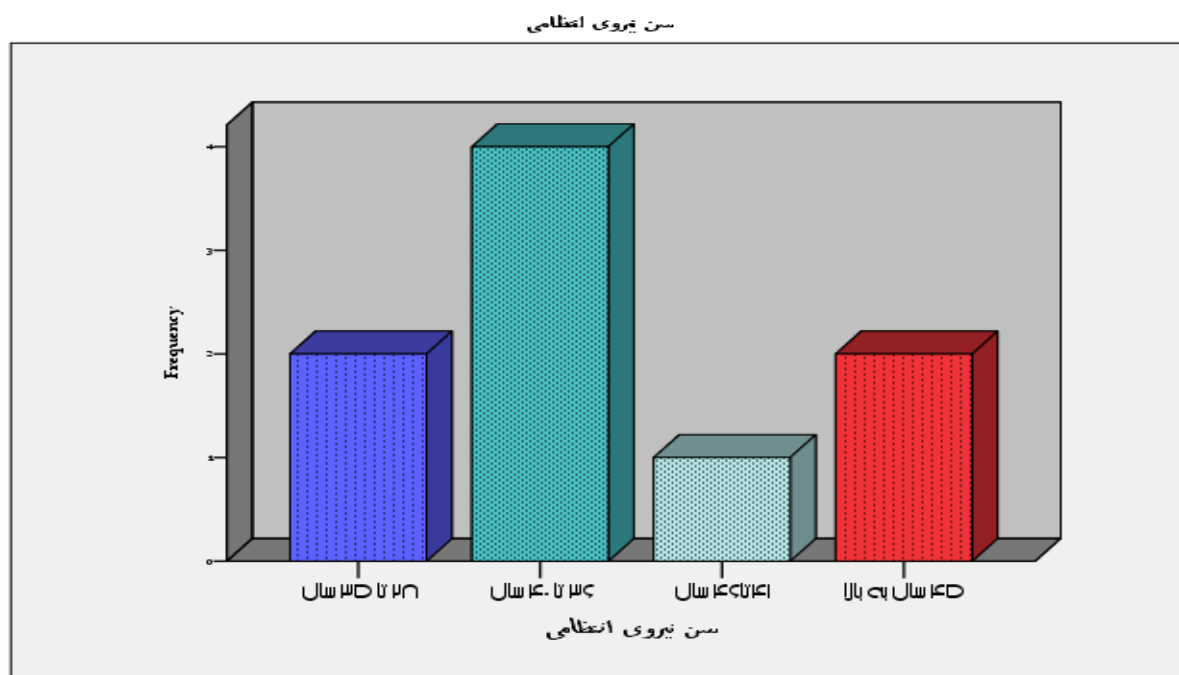


نمودار ۴-۴ میزان تحصیلات

جدول ۴-۵. سن

درصد	تعداد/ فراوانی	
۲۲/۲	۲	۲۸ تا ۳۵ سال
۴۴/۴	۴	۳۶ تا ۴۰ سال
۱۱/۱	۱	۴۱ تا ۴۶ سال
۲۲/۲	۲	۴۶ سال به بالا
۱۰۰	۳۰	کل

نتایج جدول نشان می دهد ۲۲/۲ ازکادر نیروی انتظامی ۸ تا ۳۵ سال، ۴۴/۴ : ۳۶ تا ۴۵۰ سال، ۱۱/۱ : ۴۱ تا ۴۶ سال و ۲۲/۲ درصد ۴۶ سال به بالا داشتند.



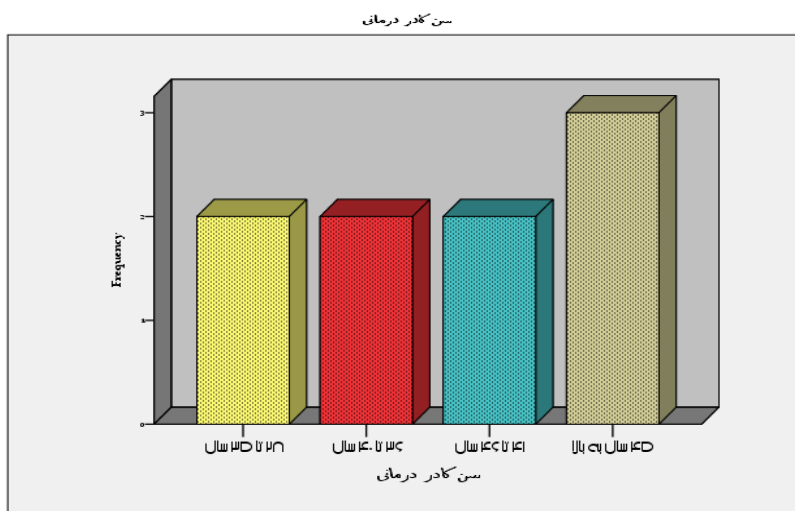
نمودار ۴-۵ سن

ج) مشخصات جمعیت شناختی کادر درمانی

جدول ۴-۶: سن

درصد	تعداد / فراوانی	
۲۲/۲	۲	۲۸ تا ۳۵ سال
۲۲/۲	۲	۳۶ تا ۴۰ سال
۲۲/۲	۲	۴۱ تا ۴۶ سال
۴۳/۴	۳	۴۵ سال به بالا
۱۰۰	۹	کل

نتایج جدول نشان می دهد سن کادر درمانی به صورت ۲۲/۲ تا ۲۵ سال ، ۲۲/۲ تا ۳۶ سال ، ۲۲/۲ تا ۴۰ سال ، ۲۲/۲ تا ۴۱ سال و ۴۳/۴: ۴۵ سال به بالا است.

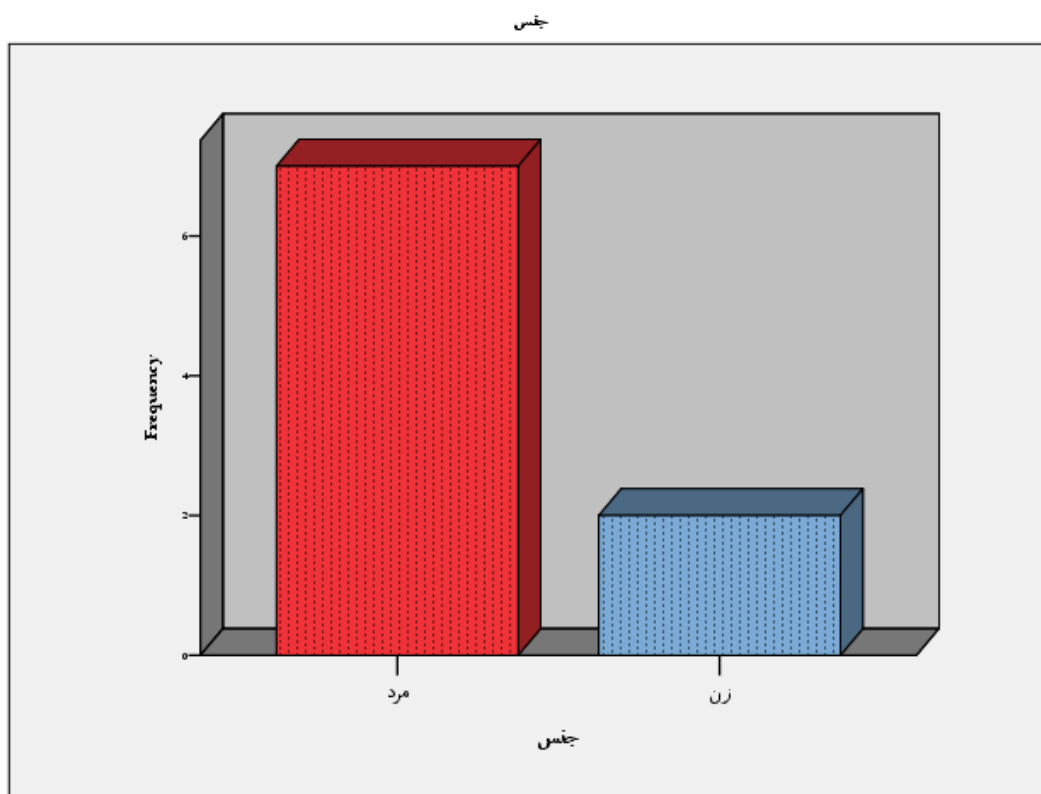


نمودار ۴-۶: سن

جدول ۷-۴: جنس

درصد	تعداد / فراوانی	
۷۷/۸	۷	زن
۲۲/۲	۲	مرد
۱۰۰	۹	کل

نتایج جدول نشان می دهد ۷۷/۸ درصد از مصاحبه شدگان کادر درمانی را مردان و ۲۲/۲ درصد را زنان تشکیل دادند.

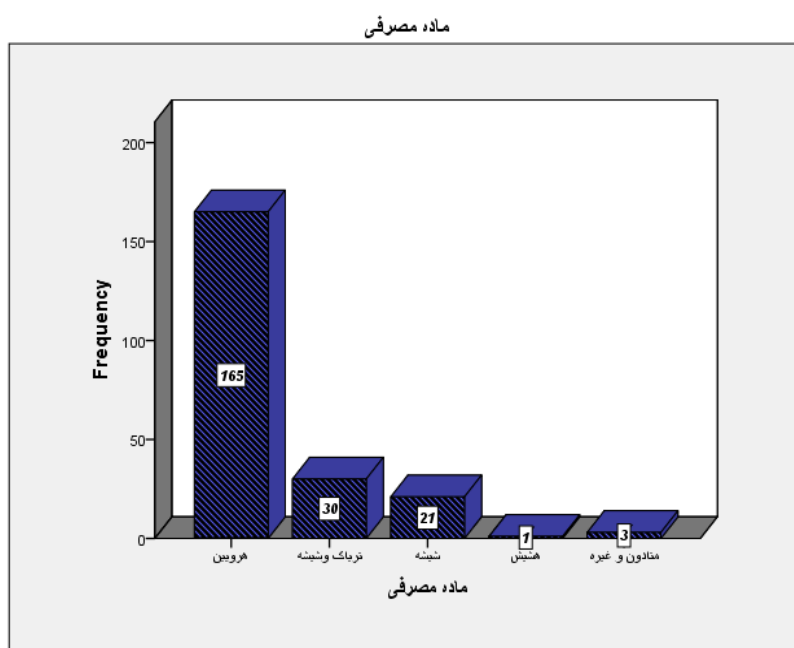


نمودار ۴-۷ جنس

۴-۱-۲- شاخص های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

جدول ۴-۸ نوع ماده مصرفی

ماده مصرفی	درصد	فراوانی
هرویین	۷۵	۱۶۵
تریاک و شیشه	۱۳/۶	۳۰
شیشه	۹/۵	۲۱
هشیش	۰/۵	۱
متادون و غیره	۱/۴	۳
جمع	۱۰۰	۲۲۰



نمودار ۴-۸ نوع ماده

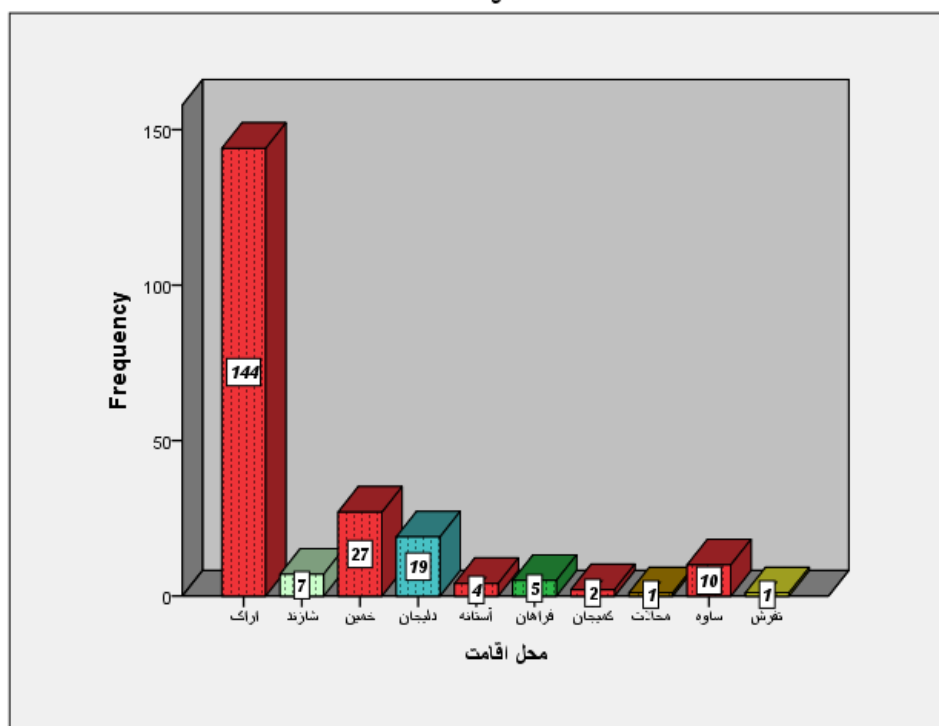
نتایج مربوط به نوع ماده مصرفی نشان می‌دهد: ۷۵ درصد هرویین، ۱۳/۶ درصد تریاک و شیشه، ۹/۵ درصد

شیشه، ۰/۵ هشیش، ۱/۴ درصد متادون و... مصرف شده است.

جدول ۴-۹ محل اقامت

محل اقامت	درصد	فراوانی
اراک	۶۵/۵	۱۴۴
شازند	۳/۲	۷
خمین	۱۲/۳	۲۷
دلیجان	۸/۶	۱۹
آستانه	۱/۵	۴
فراهان	۲/۳	۵
کمیجان	۰/۹	۲
محلات	۰/۵	۱
ساوه	۴/۵	۱۰
تفرش	۰/۵	۱
جمع	۱۰۰	۲۲۰

محل اقامت

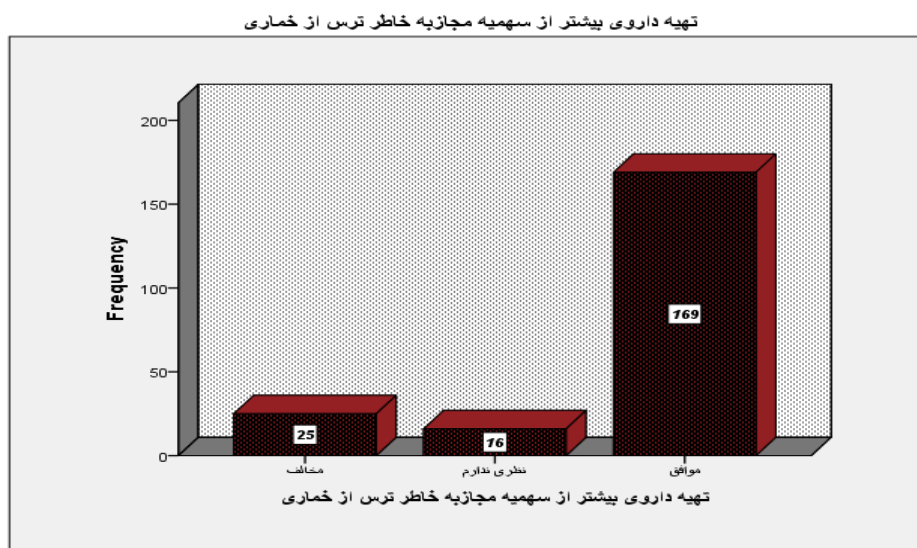


نمودار ۴-۹ محل اقامت

نتایج جدول جمعیت مصرف‌کنندگان در میان شهرهای استان مرکزی نشان می‌دهد: ۶۵/۵ درصد اراک، ۳/۲ درصد شازند، ۱۲/۳ درصد خمین، ۸/۶ دلیجان، ۱/۵ درصد آستانه، ۲/۳ درصد فراهان، ۰/۹ درصد کمijan، ۰/۵ درصد محلات، ۴/۵ درصد ساوه، ۰/۵ درصد تفرش را شامل می‌شود.

جدول ۴-۱۰ تهیه داروی بیشتر از سهمیه مجاز به خاطر ترس از خماری

درصد	فراوانی	تهیه داروی بیشتر از سهمیه مجاز به خاطر ترس از خماری
۱۱/۹	۲۵	مخالف
۷/۶	۱۶	نظری ندارم
۸۰/۵	۱۶۹	موافق
۱۰۰	۲۱۰	جمع



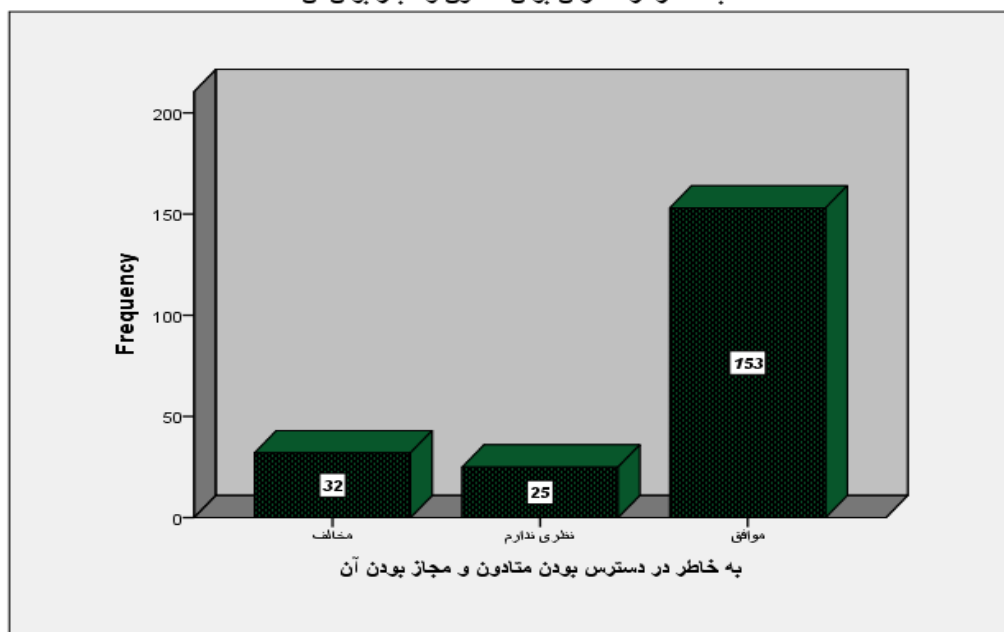
نمودار ۴-۱۰

نتایج جدول نشان می‌دهد، نظرات مصرف‌کنندگان درمورد تهیه داروی بیشتر از سهمیه مجاز به خاطر ترس از خماری بدین شرح بوده است: ۱۱/۹ درصد مخالف، ۷/۶ درصد بدون نظر و ۸۰/۵ درصد موافق بوده‌اند.

جدول ۴-۱۱ نشت متادون به خاطر در دسترس بودن متادون و مجاز بودن آن

درصد	فراوانی	به خاطر در دسترس بودن متادون و مجاز بودن آن
۱۵/۲	۳۲	مخالف
۱۱/۹	۲۵	نظری ندارم
۷۲/۹	۱۵۳	موافق
۱۰۰	۲۱۰	جمع

به خاطر در دسترس بودن متادون و مجاز بودن آن



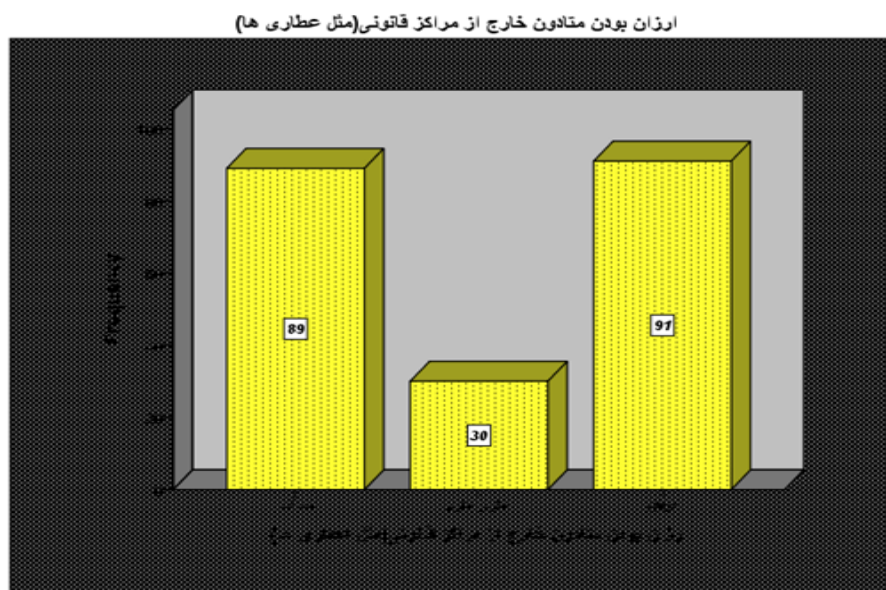
نمودار ۴-۱۱

نتایج جدول نشان می‌دهد، نظرات مصرف‌کنندگان در مورد نشت متادون به خاطر در دسترس بودن متادون و

مجاز بودن آن بدین شرح بوده است: ۱۵/۲ درصد مخالف، ۱۱/۹ درصد بدون نظر ۷۲/۹ موافق بوده اند.

جدول ۴-۱۲ ارزان بودن متادون خارج از مراکز قانونی (مثل عطاری ها)

درصد	فراوانی	ارزان بودن متادون خارج از مراکز قانونی(مثل عطاری ها)
۴۲/۴	۸۹	مخالف
۱۴/۳	۳۰	نظری ندارم
۴۳/۳	۹۱	موافق
۱۰۰	۲۱۰	جمع



نمودار ۴-۱۲ ارزان بودن متادون خارج از مراکز قانونی (مثل عطاری ها)

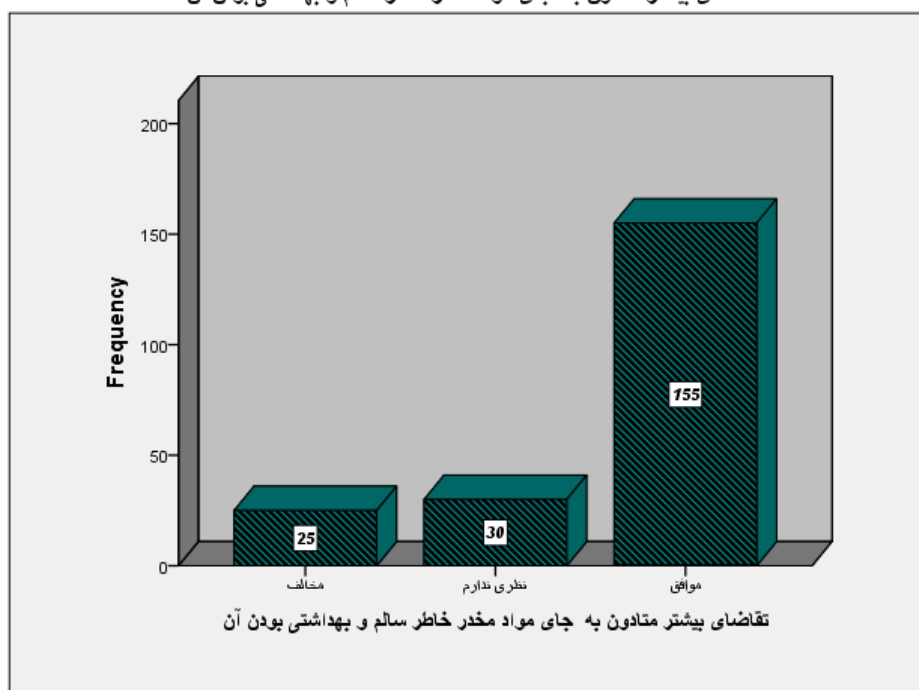
نتایج جدول نشان می‌دهد، نظرات مصرف کنندگان در مورد ارزان بودن متادون خارج از مراکز قانونی (مثل عطاری ها)

بدین شرح بوده است: ۴۲/۴ درصد مخالف، ۱۴/۳ درصد بدون نظر و ۴۳/۳ موافق بوده اند.

جدول ۴-۱۳ تقاضای بیشتر متادون به جای مواد مخدر خاطر سالم و بهداشتی بودن آن

درصد	فراوانی	تقاضای بیشتر متادون به جای مواد مخدر خاطر سالم و بهداشتی بودن آن
۱۱/۹	۲۵	مخالف
۱۴/۳	۳۰	نظری ندارم
۷۳/۸	۱۵۵	موافق
۱۰۰	۲۱۰	جمع

تقاضای بیشتر متادون به جای مواد مخدر خاطر سالم و بهداشتی بودن آن



نمودار ۴-۱۳ تقاضای بیشتر متادون به جای مواد مخدر خاطر سالم و بهداشتی بودن آن

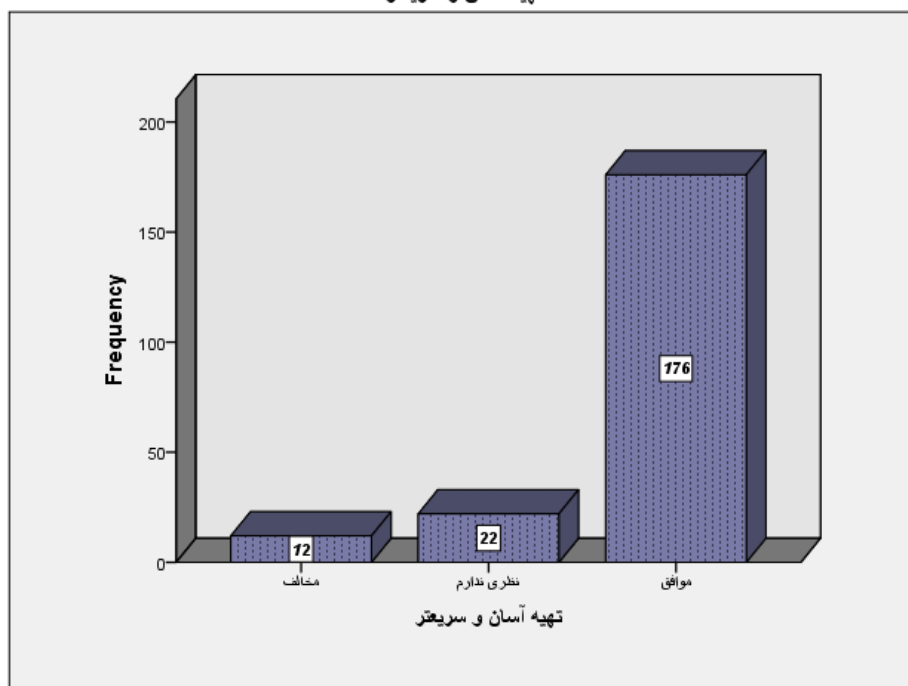
نتایج جدول نشان می‌دهد، نظرات مصرف‌کنندگان در مورد تقاضای بیشتر متادون به جای مواد مخدر خاطر سالم

و بهداشتی بودن آن بدین شرح بوده است: ۱۱/۹ درصد مخالف، ۱۴/۳ درصد بدون نظر و ۷۳/۸ موافق بوده اند.

جدول ۴-۱۴ تهیه آسان و سریعتر

درصد	فراوانی	تهیه آسان و سریعتر
۵/۷	۱۲	مخالف
۱۰/۵	۲۲	نظری ندارم
۸۳/۸	۱۷۶	موافق
۱۰۰	۲۱۰	جمع

تهیه آسان و سریعتر



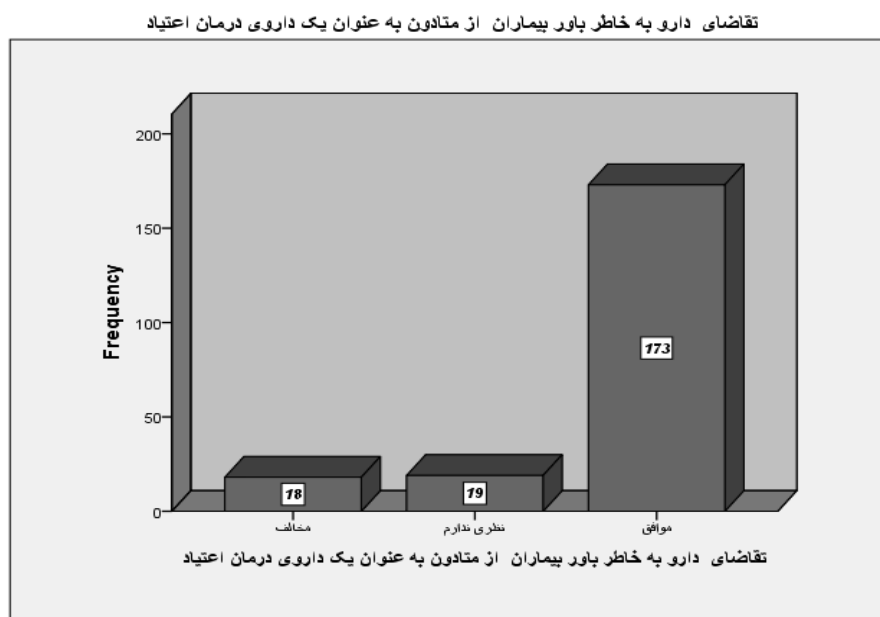
نمودار ۴-۱۴ تهیه آسان و سریعتر

نتایج جدول نشان می‌دهد، نظرات مصرف کنندگان در مورد تقاضای بیشتر متادون به جای مواد مخدر به خاطر

تهیه آسان و سریعتر بدین شرح بوده است: ۵/۷ درصد مخالف، ۱۰/۵ درصد بدون نظر و ۸۳/۸ موافق بوده اند.

جدول ۴-۱۵ تقاضای دارو به خاطر باور بیماران از متادون به عنوان یک داروی درمان اعتیاد

درصد	فراوانی	تقاضای دارو به خاطر باور بیماران از متادون به عنوان یک داروی درمان اعتیاد
۸/۶	۱۸	مخالف
۰/۹	۱۹	نظری ندارم
۸۲/۴	۱۷۳	موافق
۱۰۰	۲۱۰	جمع



نمودار ۴-۱۵ تقاضای دارو به خاطر باور بیماران از متادون به عنوان یک داروی درمان اعتیاد

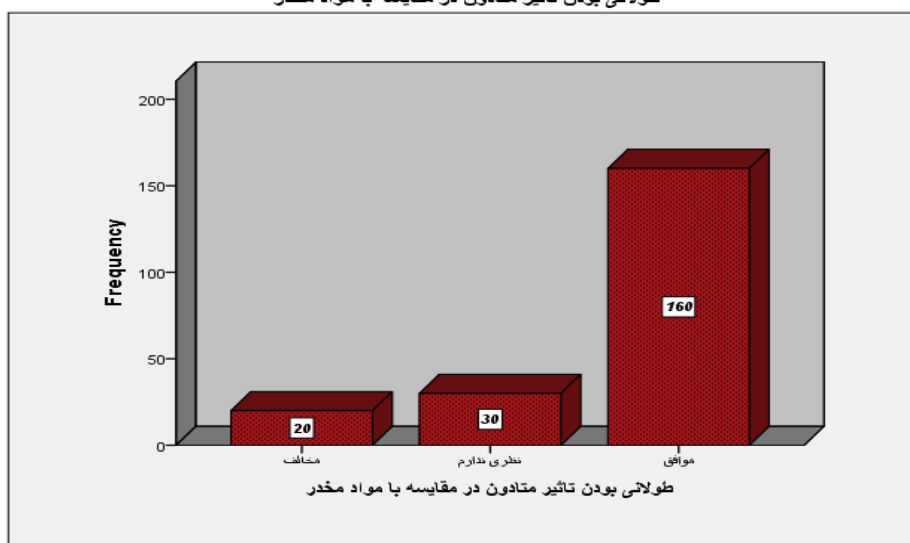
نتایج جدول نشان می‌دهد، نظرات مصرف‌کنندگان در مورد تقاضای دارو به خاطر باور بیماران از متادون به

عنوان یک داروی درمان اعتیاد بدین شرح بوده است: ۸/۶ درصد مخالف، ۰/۹ درصد بدون نظر ۸۲/۴ موافق بوده اند.

جدول ۴-۱۶ طولانی بودن تاثیر متادون در مقایسه با مواد مخدر

طولانی بودن تاثیر متادون در مقایسه با مواد مخدر	فراوانی	درصد
مخالف	۲۰	۹/۵
نظری ندارم	۳۰	۱۴/۳
موافق	۱۶۰	۷۶/۲
جمع	۲۱۰	۱۰۰

طولانی بودن تاثیر متادون در مقایسه با مواد مخدر



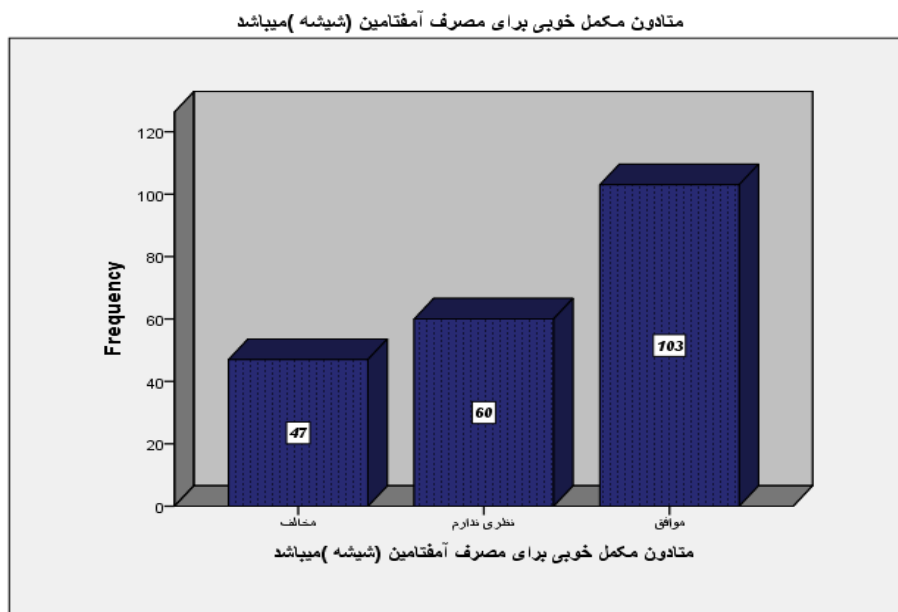
نمودار ۴-۱۶ طولانی بودن تاثیر متادون در مقایسه با مواد مخدر

نتایج جدول نشان می‌دهد، نظرات مصرف‌کنندگان در مورد طولانی بودن تاثیر متادون در مقایسه با مواد مخدر

بدین شرح بوده است: ۹/۵ درصد مخالف، ۱۴/۳ درصد بدون نظر ۷۶/۲ موافق بوده اند.

جدول ۴-۱۷ متادون مکمل خوبی برای مصرف آمفتامین (شیشه) می باشد

درصد	فراوانی	متادون مکمل خوبی برای مصرف آمفتامین (شیشه) می باشد
۲۲/۴	۴۷	مخالف
۲۸/۶	۶۰	نظری ندارم
۴۲/۰	۱۰۳	موافق
۱۰۰	۲۱۰	جمع



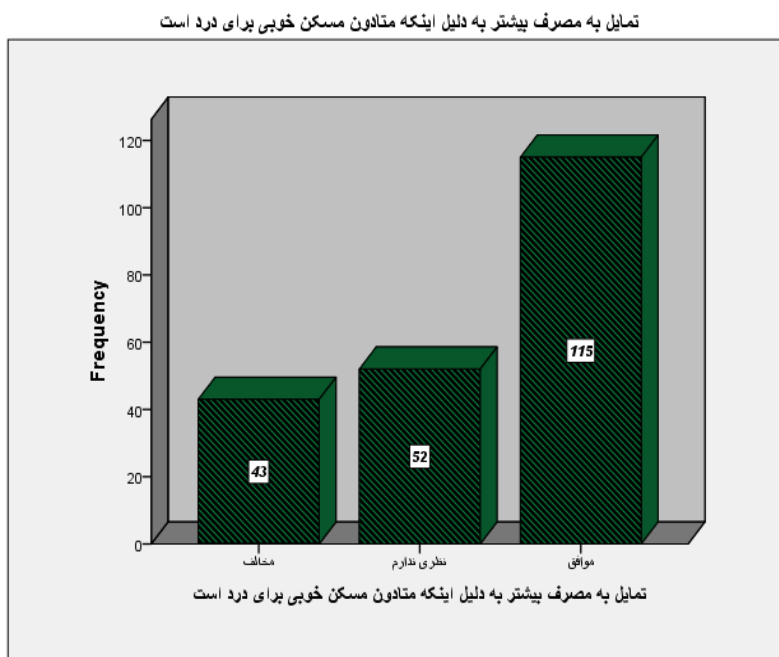
نمودار ۴-۱۷ متادون مکمل خوبی برای مصرف آمفتامین (شیشه) می باشد

نتایج جدول نشان می دهد، نظرات مصرف کنندگان در مورد اینکه متادون مکمل خوبی برای مصرف آمفتامین

(شیشه) می باشد بدین شرح بوده است: ۲۲/۴ درصد مخالف، ۲۸/۶ درصد بدون نظر ۴۲ درصد موافق بوده اند.

جدول ۴-۱۸ تمایل به مصرف بیشتر به دلیل اینکه متادون مسکن خوبی برای درد است

درصد	فراوانی	تمایل به مصرف بیشتر به دلیل اینکه متادون مسکن خوبی برای درد است
۲۰/۵	۴۳	مخالف
۲۴/۸	۵۲	نظری ندارم
۵۴/۸	۱۱۵	موافق
۱۰۰	۲۱۰	جمع



نمودار ۴-۱۸ تمایل به مصرف بیشتر به دلیل اینکه متادون مسکن خوبی برای درد است

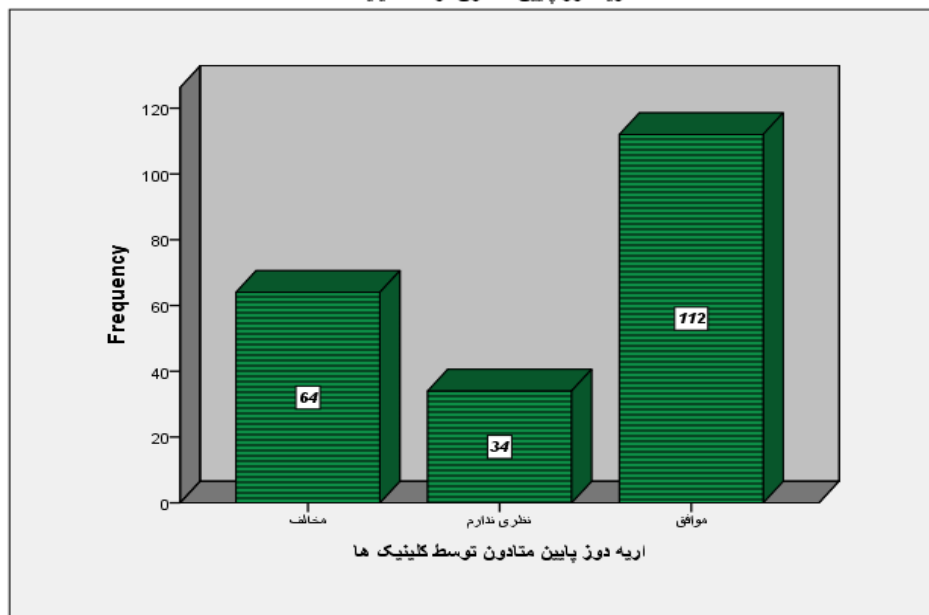
نتایج جدول نشان می‌دهد، نظرات مصرف‌کنندگان در مورد اینکه متادون مسکن خوبی برای درد است، بدین

شرح بوده است: ۲۰/۵ درصد مخالف، ۲۴/۸ درصد بدون نظر ۵۴/۸ درصد موافق بوده اند.

جدول ۴-۱۹ ارایه دوز پایین متادون توسط کلینیک ها

درصد	فراوانی	ارایه دوز پایین متادون توسط کلینیک ها
۳۰/۵	۶۴	مخالف
۱۶/۲	۳۴	نظری ندارم
۵۳/۳	۱۱۲	موافق
۱۰۰	۲۱۰	جمع

ارایه دوز پایین متادون توسط کلینیک ها



نمودار ۴-۱۹ ارایه دوز پایین متادون توسط کلینیک ها

نتایج جدول نشان می‌دهد، نظرات مصرف‌کنندگان در مورد اینکه ارایه دوز پایین متادون توسط کلینیک‌ها باعث

نشت متادون می‌گردد، بدین شرح بوده است: ۳۰/۵ درصد مخالف، ۱۶/۲ درصد بدون نظر ۵۳/۳ درصد موافق بوده اند.

جدول ۴-۲۰ بالا بودن سهمیه دارویی بیماران از کلینیک ها و فروش آن

بالا بودن سهمیه دارویی بیماران از کلینیک ها و فروش آن	فراوانی	درصد
مخالف	۸۵	۴۰/۵
نظری ندارم	۳۶	۱۷/۱
موافق	۸۹	۴۲/۴
جمع	۲۱۰	۱۰۰

بالا بودن سهمیه دارویی بیماران از کلینیک ها و فروش آن

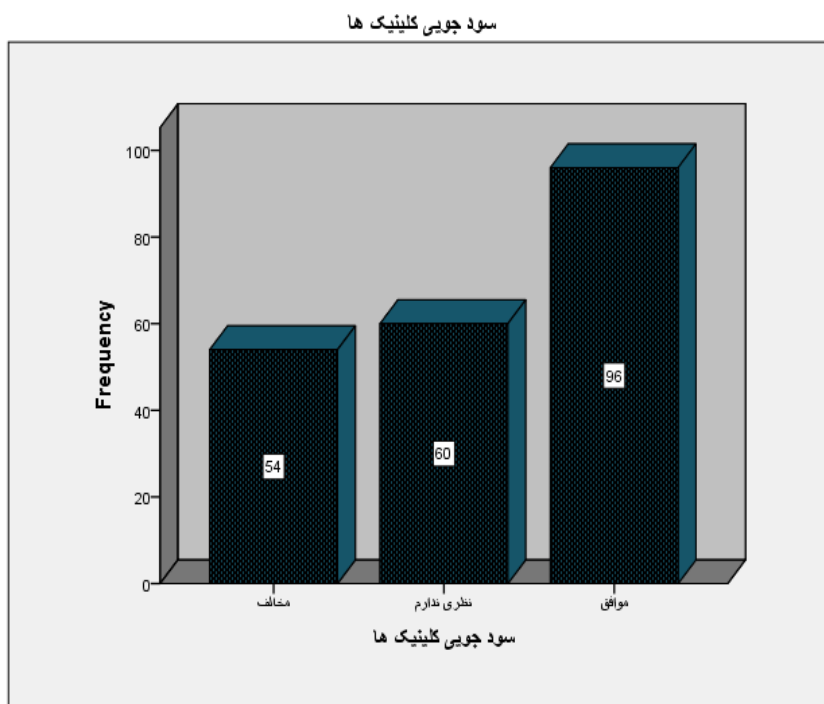


نمودار ۴-۲۰ بالا بودن سهمیه دارویی بیماران از کلینیک ها و فروش آن

نتایج جدول نشان می‌دهد، نظرات مصرف‌کنندگان در مورد بالا بودن سهمیه دارویی بیماران از کلینیک‌ها و فروش آن باعث نشت متادون می‌گردد، بدین شرح بوده است: ۴۰/۵ درصد مخالف، ۱۷/۱ درصد بدون نظر ۴۲/۴ درصد موافق بوده‌اند.

جدول ۴-۲۱ سود جویی کلینیک ها

درصد	فراوانی	سود جویی کلینیک ها
۲۵/۷	۵۴	مخالف
۲۸/۶	۶۰	نظری ندارم
۴۵/۷	۹۶	موافق
۱۰۰	۲۱۰	جمع



نمودار ۴-۲۱ سود جویی کلینیک ها

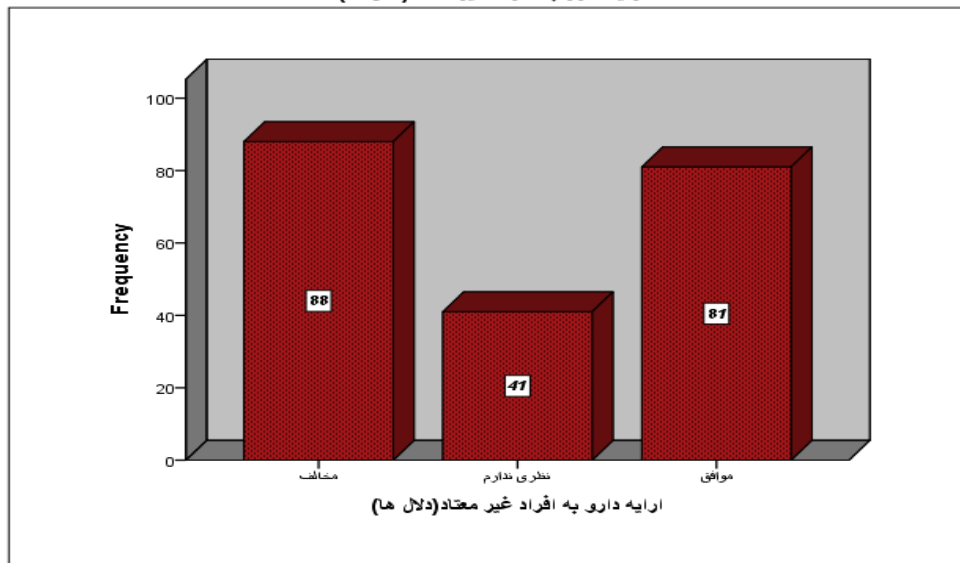
نتایج جدول نشان می‌دهد، نظرات مصرف‌کنندگان در مورد اینکه سود جویی کلینیک‌ها باعث نشت متادون خارج

از چرخه درمان می‌گردد، بدین شرح بوده است: ۲۵/۷ درصد مخالف، ۲۸/۶ درصد بدون نظر ۴۵/۷ درصد موافق بوده‌اند.

جدول ۴-۲۲ رایاه دارو به افراد غیر معتاد (دلال ها)

درصد	فراوانی	رایاه دارو به افراد غیر معتاد(دلال ها)
۴۱/۹	۸۸	مخالف
۱۹/۵	۴۱	نظری ندارم
۳۸/۶	۸۱	موافق
۱۰۰	۲۱۰	جمع

رایاه دارو به افراد غیر معتاد(دلال ها)



نمودار ۴-۲۲ رایاه دارو به افراد غیر معتاد (دلال ها)

نتایج جدول نشان می دهد، نظرات مصرف کنندگان در مورد اینکه رایاه دارو به افراد غیر معتاد (دلال ها) باعث

نشت متادون خارج از چرخه درمان می گردد، بدین شرح بوده است: ۴۱/۹ درصد مخالف، ۱۹/۵ درصد بدون نظر ۳۸/۶

درصد موافق بوده اند.

جدول ۴-۲۳ تهیه داروی آزاد به خاطر ترس از تشکیل پرونده و حفظ گمنامی بیماران

درصد	فراوانی	تهیه داروی آزاد به خاطر ترس از تشکیل پرونده و حفظ گمنامی بیماران
۲۹/۵	۶۲	مخالف
۱۵/۷	۳۳	نظری ندارم
۵۴/۸	۱۱۵	موافق
۱۰۰	۲۱۰	جمع



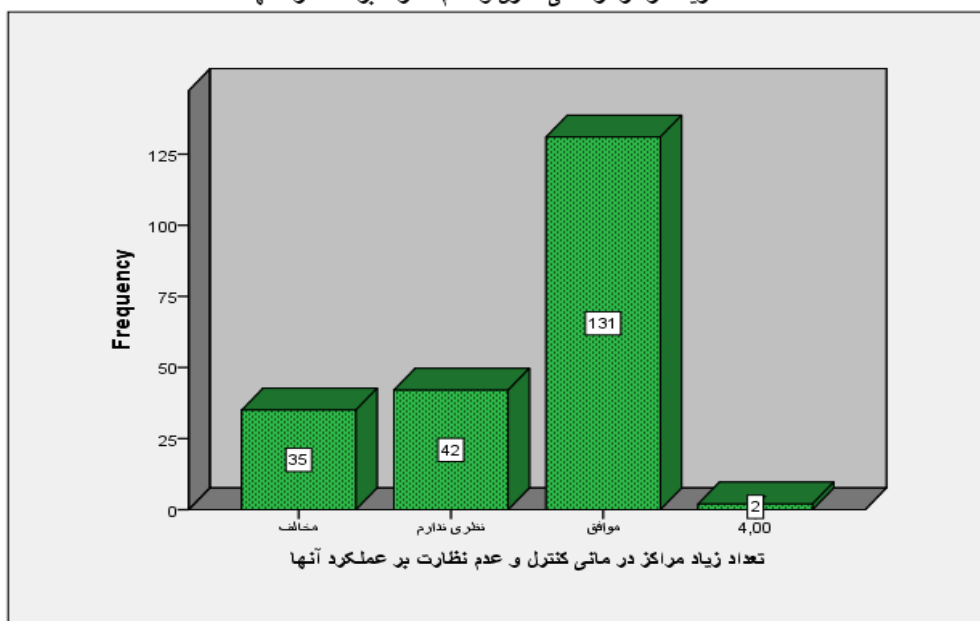
نمودار ۴-۲۳ تهیه داروی آزاد به خاطر ترس از تشکیل پرونده و حفظ گمنامی بیماران

نتایج جدول نشان می‌دهد، نظرات مصرف کنندگان در مورد تهیه داروی آزاد به خاطر ترس از تشکیل پرونده و حفظ گمنامی بیماران، باعث نشد متادون خارج از چرخه درمان می‌گردد، بدین شرح بوده است: ۲۹/۵ درصد مخالف، ۱۵/۷ درصد بدون نظر ۵۴/۸ درصد موافق بوده اند.

جدول ۴-۲۴ تعداد زیاد مراکز در مانی کنترل و عدم نظارت بر عملکرد آنها

درصد	فراوانی	تعداد زیاد مراکز در مانی کنترل و عدم نظارت بر عملکرد آنها
۱۶/۷	۳۵	مخالف
۲۰	۴۲	نظری ندارم
۶۲/۴	۱۳۱	موافق
۱	۲	۴۰۰
۱۰۰	۲۱۰	جمع

تعداد زیاد مراکز در مانی کنترل و عدم نظارت بر عملکرد آنها

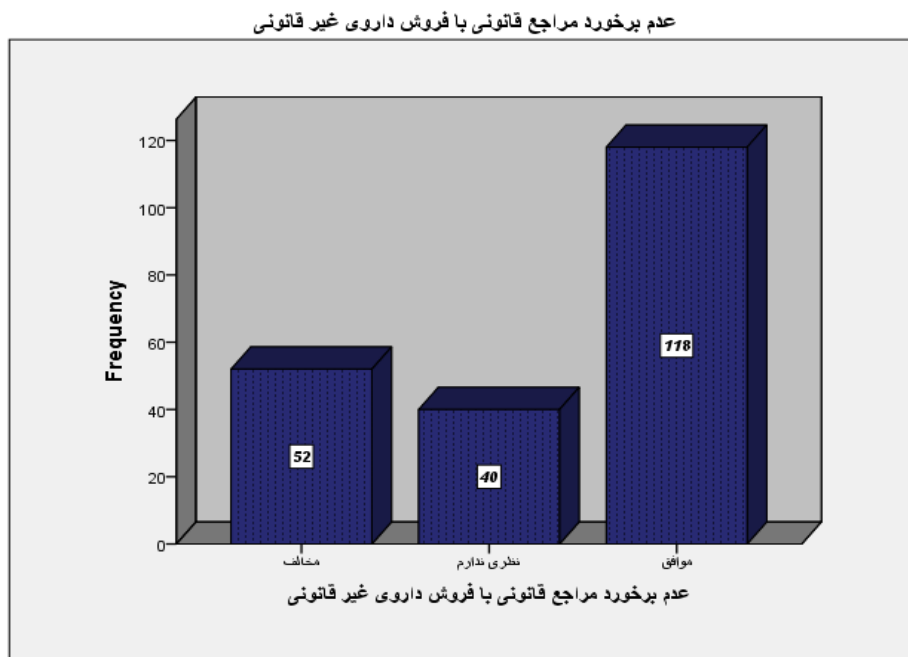


نمودار ۴-۲۴ تعداد زیاد مراکز در مانی کنترل و عدم نظارت بر عملکرد آنها

نتایج جدول نشان می‌دهد، نظرات مصرف‌کنندگان در مورد تعداد زیاد مراکز درمانی کنترل و عدم نظارت بر عملکرد آنها، باعث نشت متادون خارج از چرخه درمان می‌گردد، بدین شرح بوده است: ۱۶/۷ درصد مخالف، ۲۰ درصد بدون نظر ۶۲/۴ درصد موافق بوده اند.

جدول ۴-۲۵ عدم برخورد مراجع قانونی با فروش داروی غیر قانونی

درصد	فراوانی	عدم برخورد مراجع قانونی با فروش داروی غیر قانونی
۲۴/۸	۵۲	مخالف
۱۹	۴۰	نظری ندارم
۵۶/۲	۱۱۸	موافق
۱۰۰	۲۱۰	جمع



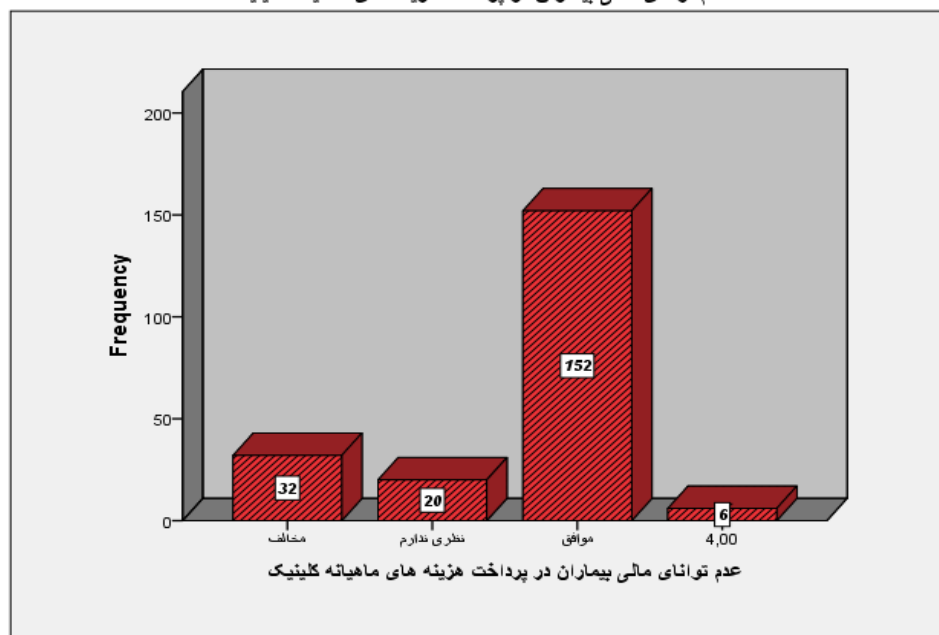
نمودار ۴-۲۵ عدم برخورد مراجع قانونی با فروش داروی غیر قانونی

نتایج جدول نشان می‌دهد، نظرات مصرف‌کنندگان در مورد عدم برخورد مراجع قانونی با فروش داروی غیر قانونی، باعث نشد متادون خارج از چرخه درمان می‌گردد، بدین شرح بوده است: ۲۴/۸ درصد مخالف، ۱۹ درصد بدون نظر ۵۶/۲ درصد موافق بوده اند.

جدول ۴-۲۶ عدم توانای مالی بیماران در پرداخت هزینه های ماهیانه کلینیک

درصد	فراوانی	عدم توانای مالی بیماران در پرداخت هزینه های ماهیانه کلینیک
۱۵/۲	۳۲	مخالف
۹/۵	۲۰	نظری ندارم
۷۲/۴	۱۵۲	موافق
۲/۹	۶	پاسخ نداده
۱۰۰	۲۱۰	جمع

عدم توانای مالی بیماران در پرداخت هزینه های ماهیانه کلینیک



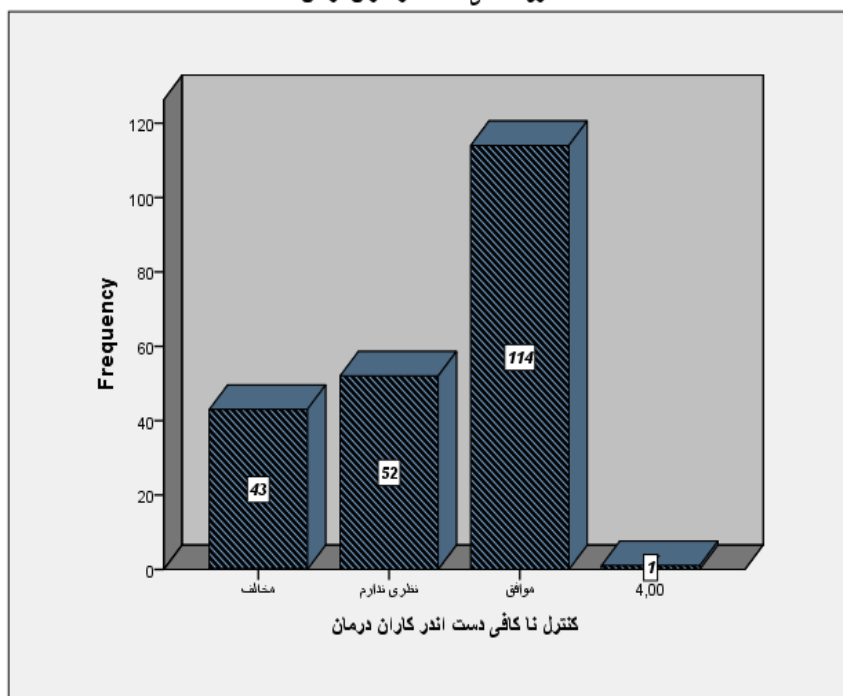
نمودار ۴-۲۶ عدم توانای مالی بیماران در پرداخت هزینه های ماهیانه کلینیک

نتایج جدول نشان می دهد، نظرات مصرف کنندگان در مورد اینکه عدم توانای مالی بیماران در پرداخت هزینه های ماهیانه کلینیک باعث نشت متادون خارج از چرخه درمان می گردد، بدین شرح بوده است: ۱۵/۲ درصد مخالف، ۲/۹ درصد پاسخ نداده ۹/۵ درصد بدون نظر ۷۲/۴ درصد موافق بوده اند.

جدول ۴-۲۷ کنترل نا کافی دست اندر کاران درمان

درصد	فراوانی	کنترل نا کافی دست اندر کاران درمان
۲۰/۵	۴۳	مخالف
۲۴/۸	۵۲	نظری ندارم
۵۴/۳	۱۱۴	موافق
۰/۵	۱	پاسخ نداده
۱۰۰	۲۱۰	جمع

کنترل نا کافی دست اندر کاران درمان



نمودار ۴-۲۷ کنترل نا کافی دست اندر کاران درمان

نتایج جدول نشان می‌دهد، نظرات مصرف‌کنندگان در مورد کنترل نا کافی دست اندر کاران درمان باعث نشت متادون خارج از چرخه درمان می‌گردد، بدین شرح بوده است ۲۰/۵ درصد مخالف، ۰/۵ درصد پاسخ نداده ۲۴/۸ بدون نظر، ۵۴/۳ درصد موافق بوده‌اند.

جدول ۴-۲۸ خالص بودن داروی کلینیک

خالص بودن داروی کلینیک	فراوانی	درصد
مخالف	۵۸	۲۷/۶
نظری ندارم	۴۸	۲۲/۹
موافق	۱۰۴	۴۹/۵
جمع	۲۱۰	۱۰۰

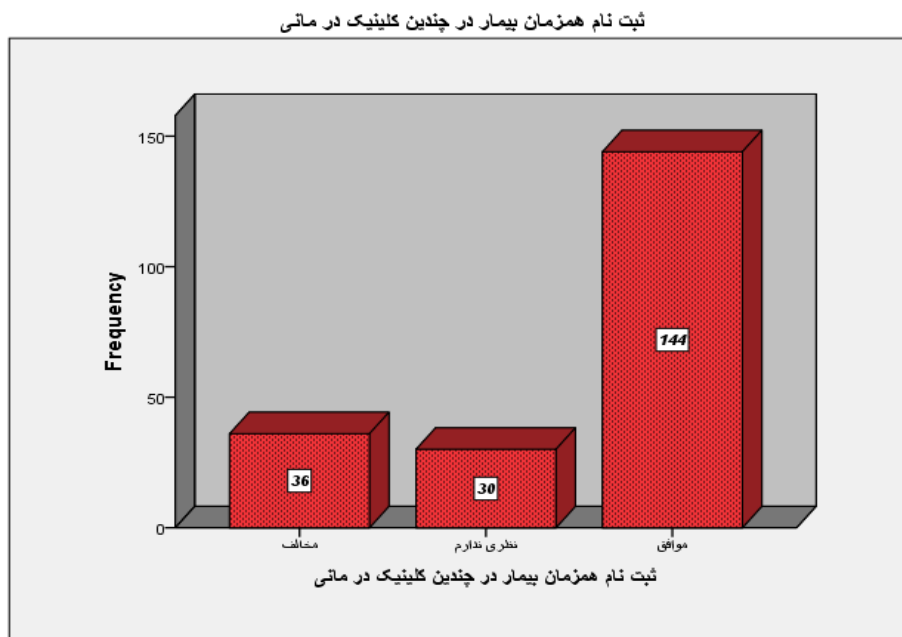


نمودار ۴-۲۸ خالص بودن داروی کلینیک

نتایج جدول نشان می‌دهد، نظرات مصرف‌کنندگان در مورد خالص بودن داروی کلینیک باعث نشت متادون خارج از چرخه درمان می‌گردد، بدین شرح بوده است ۲۷/۶ درصد مخالف، ۲۲/۹ درصد بدون نظر ۵۴/۳ درصد موافق بوده‌اند.

جدول ۴-۲۹ ثبت نام همزمان بیمار در چندین کلینیک در مانی

درصد	فراوانی	ثبت نام همزمان بیمار در چندین کلینیک در مانی
۱۷/۱	۳۶	مخالف
۱۴/۳	۳۰	نظری ندارم
۶۸/۶	۱۴۴	موافق
۱۰۰	۲۱۰	جمع

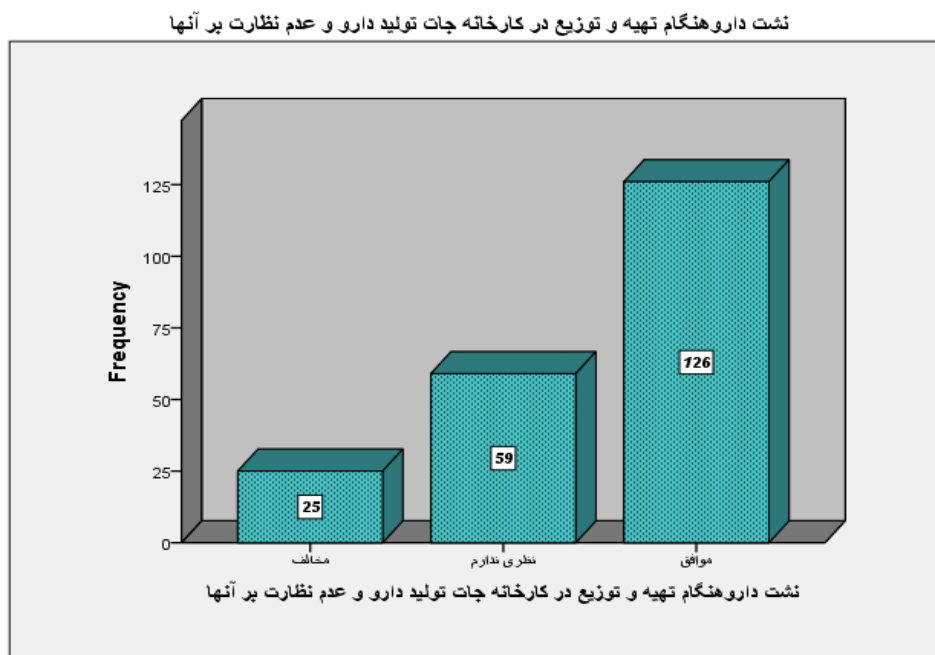


نمودار ۴-۲۹ ثبت نام همزمان بیمار در چندین کلینیک در مانی

نتایج جدول نشان می‌دهد، نظرات مصرف‌کنندگان در مورد ثبت نام همزمان بیمار در چندین کلینیک درمانی باعث نشت متادون خارج از چرخه درمان می‌گردد، بدین شرح بوده است ۱۷/۱ درصد مخالف، ۱۴/۳ درصد بدون نظر ۶۸/۶ درصد موافق بوده اند.

جدول ۴-۳۰ نشت داروهنگام تهیه و توزیع در کارخانه جات تولید دارو و عدم نظارت بر آنها

درصد	فراوانی	نشت داروهنگام تهیه و توزیع در کارخانه جات تولید دارو و عدم نظارت بر آنها
۱۱/۹	۲۵	مخالف
۲۸/۱	۵۹	نظری ندارم
۶۰	۱۲۶	موافق
۱۰۰	۲۱۰	جمع



نمودار ۴-۳۰ نشت دارو هنگام تهیه و توزیع در کارخانجات تولید دارو و عدم نظارت بر آنها

نتایج جدول نشان می‌دهد، نظرات مصرف‌کنندگان در مورد نشت داروهنگام تهیه و توزیع در کارخانه جات تولید

دارو و عدم نظارت بر آنها، باعث نشت متادون خارج از چرخه درمان می‌گردد، بدین شرح بوده است ۱۱/۹ درصد مخالف،

۲۸/۱ درصد بدون نظر ۶۰ درصد موافق بوده‌اند.

۴-۲- آمار استنباطی

در استفاده از روش تحلیل عاملی به منظور تحلیل عوامل موثر در تقاضا و نشت متادون در برنامه های آموزشی دو اصل مهم مد نظر گرفته شده است. اول اینکه عوامل موثر مورد نظر (ده متغیر) به عامل های محدودتری تقسیم شود و دوم نقش هر عامل در تبیین عوامل موثر در محدوده مورد مطالعه مشخص شود. در ادامه به منظور تعیین عوامل مشترک هر یک از شاخص ها و محاسبه برداری های ویژه برای تمامی مقادیر ویژه غیر صفر، اقدام به تشکیل ماتریس همبستگی شد (حکمت نیا، ۱۳۸۵، ۲۳۱). با توجه به اینکه در این مطالعه هدف تعیین همبستگی و تلخیص متغیرها و دستیابی به تعداد محدودی عامل برای اهداف پیش بینی شده می باشد و همچنین معنی دار بودن عامل ها دارای اهمیت است لذا از تحلیل عاملی نوع R و مدل تحلیل مولفه های اصلی، به منظور استخراج عامل ها از روش متعامد استفاده شد.

یافته های تحقیق در خصوص عوامل موثر بر قاچاق متادون نشان می دهد الف: مقدار آزمون KMO برابر با ۰/۷۱۱ و مقدار آزمون بارتلت در سطح خطای ۰/۰۱ برابر ۵۳۶ است که نشان دهنده تایید انجام تحلیل عاملی در خصوص موضوع مورد بررسی می باشد به عبارتی ارتباط معناداری بین متغیرها وجود دارد و امکان کشف ساختار جدید داده ها ممکن است.

ب) با توجه به آزمون های قاعده مقدار ویژه و نمودار سنگریزه تعداد عامل های مناسب در این تحقیق برای هر یک از مناطق یک و شش، تعداد سه عامل تعیین شده است. جدول زیر مبین ترکیب متغیرهای تحقیق و تقلیل آنها به سه عامل برتر در این خصوص می باشد.

جدول ۴-۳۱ عامل های برتر حاصل از تحلیل عاملی عوامل موثر بر علل تقاضا و نشت متادون خارج از چرخه درمان

علل نشت و تقاضای متادون خارج از چرخه درمان	عامل	مقدار ویژه	درصد واریانس	درصد تجمعی واریانس
علل نشت	عامل اول	۱/۶۹۰	۲۴/۰۸	۲۴/۰۸۰
		۱/۶۸۴	۲۴/۰۳۷	۲۸/۱۱۷
	عامل دوم	۱/۶۰۳	۲۳/۳۵۸	۴۱/۴۷۶
علل تقاضا	عامل سوم	۱/۶۹۰	۲۴/۰۸۰	۶۴/۰۸۰
	عامل اول	۱/۴۱۰	۲۶/۴۱۲	۲۶/۴۱۲
	عامل دوم	۲/۱۵۹	۲۲/۷۸۳	۵۰/۷۹۹
	عامل سوم	۱/۰۹۵	۱۴/۱۳۴	۶۲/۹۴۸

با توجه به جدول فوق می توان گفت در هر یک از علل (نشت و تقاضا)، تنها عامل هایی دارای اهمیت هستند که مقدار ویژه آنها بیشتر از یک است. شامل سه عامل به عبارتی ۱۰ متغیر مورد بررسی قابل تقلیل به سه عامل هستند. می توان از ترکیب این ۱۰ متغیر، به ساختار جدیدی دست یافت و بر اساس آن به تحلیل داده ها پرداخت. نکته مهم دیگر این است که سهم هر عامل در تبیین واریانس ۱۰ متغیر مربوط به عوامل نشت و تقاضا، در قاجاق متادون متفاوت است. به عبارتی عامل اول توانسته است ۲۴/۸۰ درصد واریانس متغیر ها را و عامل دوم ۲۳/۳۵۸ را تبیین کند. در مجموع در علل نشت متادون سه عامل با مقادیر بالاتر از یک ۶۴/۰۸۰ در صد و در علل نشت متادون خارج از چرخه درمان داشته اندو ۶۲/۹۴۸ در صد از واریانس مربوط به عوامل موثر در میزان تقاضای متادون را تبیین می کند. به منظور شناسایی متغیرهای تاثیرگذار هر یک از عوامل فوق اقدام به دوران عامل ها با استفاده از روش واریماکس شده است. در واقع دوران عاملی فرایندی است که برای تعدیل محور عامل، به منظور دستیابی به عامل های معنی دار و ساده انجام می شود که نتیجه آن به شرح زیر است.

جدول ۴-۳۲ متغیرهای مربوط به هر یک از عوامل و میزان ضرایب به دست آمده از ماتریس دوران یافته

عامل	علل تقاضا و نشت متادون خارج از چرخه درمان	متغیرها	میزان ضرایب
عامل اول	علل نشت	تعداد زیاد مراکز درمانی و عدم نظارت بر عملکرد آنها	۰/۹۸
		عدم برخورد مراجع قانونی با فروشداروی غیر قانونی	۰/۷۶
		کنترل ناکافی دست اندرکاران درمان	۰/۴۲
		نشت داروهنگام تهیه و توزیع در کارخانه جات تولید دارو و عدم نظارت بر آنها	۰/۲۲
	علل تقاضا	تهیه داروی بیشتر به خاطر ترس از خماری	۰/۷۵
		در دسترس بودن متادون و مجاز بودن آن	۰/۷۰
		ارزان بودن متادون خارج از مراکز درمانی	۰/۳۳
		تقاضای بیشتر متادون به جای مواد مخدر سالم و بهداشتی بودن آن	۰/۶۷۰
عامل دوم	علل نشت	تعداد زیاد مراکز درمانی و عدم نظارت بر عملکرد آنها	۰/۷۹
		عدم توانایی مالی بیماران در پرداخت هزینه های ماهیانه کلینیک	۰/۶۶
		خالص بودن داروی کلینیک	۰/۶۰
		ارایه دارو به افراد غیر معتاد (دلال)	۰/۶۷۴
	علل تقاضا	تقاضای دارو به خاطر باور بیماران از متادون بعنوان یک داروی درمان اعتیاد	۰/۷۸۶
		ارزان بودن متادون خارج از مراکز درمانی	۰/۷۸۰
		تهیه آسان و سریعتر	۰/۷۱۴
		طولانی بودن تاثیر متادون در مقایسه با مواد مخدر	۰/۶۲۸
عامل سوم	علل نشت	تهیه داروی آزاد به خاطر ترس از تشکیل پرونده و حفظ گمنامی بیماران	۰/۰۷۳
		ثبت نام همزمان بیمار در چندین کلینیک درمانی	۰/۰۷۱
	علل تقاضا	تقاضای بیشتر متادون به جای مواد مخدر سالم و بهداشتی بودن آن	۰/۹۳۸
		متادون مکمل خوبی برای مصرف آمفتامین ها است	۰/۰۷۰

در مرحله آنالیز مضمونی داده ها، از مجموع مصاحبه ها ۱۰ مضمون (علت) اولیه استخراج شد. در مراحل بعدی به تدریج این مضامین با حذف مضمونهای مشابه و همپوشان کمتر شد و در نهایت ۴ علت بعنوان علل اساسی در نشت و قاچاق متادون و محل عرضه متادون قاچاق (کلینیک ها و عطاری ها) در مصاحبه های نیروی انتظامی حاصل شدند .

جدول ۴-۳۳: اطلاعات به دست آمده حاصل از مصاحبه نیروی انتظامی

سوالات اصلی	مضامین
به نظر شما علت نشت متادون خارج از چرخه درمان چیست؟	عدم نظارت کافی بر عرضه متادون از تولید تا مصرف
	ارزان بودن داروی قاچاق نسبت به داروی کلینیک
به نظر شما علل تقاضای متادون خارج از چرخه درمان چیست؟	نداشتن قدرت کافی برای خرید متادون
به نظر شما داروی قاچاق متادون از چه محل هایی تامین می شود؟	کلینیک ها و عطاری ها

در مرحله آنالیز مضمونی داده ها، از مجموع مصاحبه ها ۱۰ مضمون (علت) اولیه استخراج شد. در مراحل بعدی به تدریج این مضامین با حذف مضمونهای مشابه و همپوشان کمتر شد و در نهایت ۵ علت بعنوان علل اساسی در نشت و قاچاق متادون در مصاحبه های کادر درمانی و محل عرضه متادون قاچاق (عطاری ها) حاصل شدند.

جدول ۴-۳۴: اطلاعات به دست آمده حاصل از مصاحبه کلینیک های درمانی

سوالات اصلی	مضامین
به نظر شما علت نشت متادون خارج از چرخه درمان چیست؟	عدم نظارت کافی بر عرضه متادون از مراکز ساخت دارو
	نداشتن برچسب هولوگرام
به نظر شما علل تقاضای متادون خارج از چرخه درمان چیست؟	قوانین و دستورالعمل ها و رویه هایی مرتب و منسجم ماه اول درمان که مستلزم صرف هزینه و زمان زیادی برای ترک می باشد
	ترس از دیده شدن در مراکز درمانی برای شاغلین در مراکز دولتی
به نظر شما داروی قاچاق متادون از چه محل هایی تامین می شود؟	عطاری ها

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

مقدمه

در این فصل به تحلیل یافته های تحقیق، محدودیت های تحقیق و پیشنهادها و راهکارهای حاصل از یافته های تحقیق خواهد پرداخته می شود. پژوهش حاضر به بررسی عوامل موثر در تقاضا و نشت متادون خارج از چرخه درمان پرداخته است.

در این پژوهش بررسی توصیفی داده ها نشان داد:

سن افراد مورد آزمون در این پژوهش را، ۸/۲ درصد زیر ۲۰ سال و ۲۲ درصد بالای ۴۰ سال بودند. سن ۳۱ تا ۳۵ سال بیشترین مقدار فراوانی را به خود اختصاص داده بود.

نوع ماده مصرفی در بین افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر، هرویین با ۷۵ درصد فراوانی بیشترین میزان مصرف و متادون... با ۱/۴ درصد کمترین میزان مصرف را داشته است.

در مورد وضعیت تاهل افراد مبتلا به سوء مصرف مواد می توان گفت: افراد با ۴۵/۵ درصد مجرد، بیشترین تعداد فراوانی و ۰/۹ درصد فوت همسر کمترین تعداد فراوانی را داشته اند.

در بین افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، بیشترین تعداد مصرف کنندگان با ۳۹/۱ درصد فراوانی دارای تحصیلات دبیرستان و دیپلم و کمترین تعداد ۰/۹ درصد فراوانی لیسانس و مقاطع بالاتر بوده است.

در مورد محل اقامت افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در استان مرکزی می توان گفت: با ۶۵/۵ درصد اراک بیشترین تعداد مصرف کننده و ۰/۵ درصد تفرش کمترین تعداد مصرف کننده را داشته است.

۱-۵- بررسی ها و تبیین های توصیفی تحقیق

۱-۱-۵- تحلیل و تفسیر عامل ها

عوامل موثر در تقاضا و نشت متادون خارج از چرخه درمان، با استفاده از تحلیل عاملی به سه عامل تقلیل یافت.

که در مجموع این سه عامل در علل تقاضا ۶۲/۹۴۸ درصد و در علل نشت ۶۴/۰۸۰ درصد در میزان نشت متادون خارج از چرخه درمان را تبیین می کند. جایگاه و نقش هر یک از عوامل به دست آمده در علل تقاضا نشت متادون و علل

تقاضای متادون خارج از چرخه درمان با یکدیگر متفاوت است. نتایج این بررسی به روش تحلیل عاملی به شرح زیر ارایه شده است.

تحلیل عاملی تکنیکی است که کاهش تعداد زیادی از متغیرهای وابسته به هم را به صورت تعداد کوچکتري از ابعاد پنهان یا مکنون امکان پذیر می سازد. هدف عمده آن رعایت اصل اقتصاد و صرفه جویی از طریق کاربرد کوچکتري مفاهیم تبیین کننده به منظور تبیین بیشینه مقدار واریانس مشترک در ماتریس همبستگی است. مفروضه اساسی تحلیل عاملی این است که عامل های زیربنایی متغیرها را می توان برای تبیین پدیده های پیچیده به کاربرد و همبستگی های مشاهده شده بین متغیرها حاصل اشتراک آنها در این عامل ها است. هدف تحلیل عاملی تشخیص این عامل های مشاهده ناپذیر بر پایه مجموعه ای از متغیرهای مشاهده پذیر است. این عامل ها، فی نفسه، سازه های فرضی یا نظری هستند که به تفسیر ثبات و هماهنگی در مجموعه داده ها کمک می کنند. بنابراین ارزش تحلیل عاملی این است که طرح سازمانی مفیدی به دست می دهد که می توان آن را برای تفسیر انبوهی از رفتار با بیشترین صرفه جویی در سازه های تبیین کننده، به کار برد.

هدف این است که تعداد کمی از این عامل ها (یعنی ترکیب های خطی نمره های اصلی متغیرهای مشاهده شده) بتواند تقریباً همه اطلاعاتی را که توسط مجموعه بزرگتری از متغیرها به دست می آید در برداشته در نتیجه توصیف ویژگی های پدیده مورد تحقیق را ساده سازد. هدف مرحله استخراج عامل ها، به دست آوردن سازه های زیر بنایی است که تغییرات متغیرهای مورد مشاهده را موجب شده است. SPSS نخست ترکیب هایی از متغیر ها را که همبستگی های آنها بالاترین میزان از واریانس کل مشاهده شده را نشان می دهد انتخاب می کند. این مجموعه عامل ۱ را می سازد. عامل ۲، مجموعه متغیر هایی است که بالاترین سهم را در تبیین واریانس باقیمانده دارد. این شیوه برای عامل سوم، چهارم و عامل های بعدی ادامه پیدا می کند تا تعداد عامل های استخراج شده برابر با تعداد متغیر ها گردد.

همبستگی هر متغیر با هر عامل بار عاملی (Factor Loading) نامیده می شود و مقدار آن بین -۱ و +۱ تغییر می کند. واریانس تبیین شده توسط هر عامل برابر است با مجذور بار های عاملی آن. این واریانس مقدار ویژه (Eigen Value) نامیده می شود. اولین مقدار ویژه همواره بیشترین بوده و از ۱ بزرگتر می باشد. مقدار ویژه برای عامل های بعدی کوچکتري می باشد.

۵-۱-۲- علل تقاضای متادون خارج از چرخه درمان

عوامل موثر در میزان تقاضای متادون خارج از چرخه درمان پس از انجام تحلیل عاملی به سه عامل تقلیل یافت. این عوامل در مجموع ۶۲/۹۴۸ در صد از واریانس متغیرهای موثر در میزان نشت متادون خارج از چرخه درمان را تبیین می‌کند. بررسی این عوامل نشان می‌دهد که علل تقاضای متادون در نشت متادون خارج از چرخه درمان (تهیه داروی بیشتر به خاطر ترس از خماری، در دسترس بودن متادون و مجاز بودن آن، ارزان بودن متادون خارج از مراکز درمانی، تقاضای بیشتر متادون به جای مواد مخدر سالم و بهداشتی بودن آن) بیشترین سهم را در تبیین عوامل موثر در میزان نشت متادون خارج از چرخه درمان دارد. در این بین متغیر تهیه داروی بیشتر به خاطر ترس از خماری ۰/۷۵ در اولویت اول قرار دارد. و متغیرهای در دسترس بودن متادون و مجاز بودن آن، با ضریب ۰/۷۰ ارزان بودن متادون خارج از مراکز درمانی با ضریب ۰/۶۷ و تقاضای بیشتر متادون به جای مواد مخدر به دلیل سالم و بهداشتی بودن آن با ضریب ۰/۴۴ به ترتیب در رتبه های بعدی قرار دارند.

در بین متغیرهای عامل دوم تقاضای دارو به خاطر باور بیماران از متادون بعنوان یک داروی درمان اعتیاد ۰/۷۸۶ بیشترین نقش را دارا بوده و ارزان بودن متادون خارج از متادون خارج از مراکز درمانی با ضریب ۰/۷۸۰، تهیه آسان و سریعتر با ضریب ۰/۷۱۴ طولانی بودن تاثیر متادون در مقایسه با مواد مخدر ۰/۶۲۸ به ترتیب در رتبه‌های بعدی قرار دارند.

متغیرهای عامل سوم تقاضای بیشتر متادون به جای مواد مخدر به خاطر سالم و بهداشتی بودن آن با ضریب ۰/۹۳۸ بیشترین نقش را دارد متادون مکمل خوبی برای مصرف آمفتامین‌ها است ۰/۷۰ کمترین نقش را دارد.

۵-۱-۳- علل نشت

تحلیل شاخص‌های تقاضای متادون خارج از چرخه درمان نشان می‌دهد که از میان متغیرهای مشخص شده، تعداد زیاد مراکز درمانی و عدم نظارت بر عملکرد آنها بیشترین سهم را در تبیین واریانس عوامل موثر در میزان نشت متادون خارج از چرخه درمان دارد. به گونه ای که این عامل با مقدار ویژه ۲/۶۹۰ به تنهایی ۲۴/۰۸ درصد واریانس عوامل موثر را تبیین می‌کند. این وضعیت نشان می‌دهد که از نظر معتادان، تعداد زیاد مراکز درمانی و عدم نظارت بر

عملکرد آنها نمود بیشتری دارد. در بین متغیرهای عامل نشت بیشترین نقش به تعداد زیاد مراکز درمانی و عدم نظارت بر عملکرد آنها با ضریب ۰/۹۸ داده شده است. عدم برخورد مراجع قانونی با فروش داروی غیر قانونی با ضریب ۰/۷۶، کنترل ناکافی دست اندرکاران درمان با ضریب ۰/۴۲ و نشت دارو هنگام تهیه و توزیع در کارخانجات تولید دارو و عدم نظارت بر آنها با ۰/۲۲ در رتبه های بعدی قرار دارد. در بین متغیرهای عامل دوم تعداد زیاد مراکز درمانی و عدم نظارت بر عملکرد آنها با ضریب ۰/۷۹ بیشترین نقش را در علل نشت متادون خارج از چرخه درمان دارد و عدم توانایی مالی بیماران در پرداخت هزینه های ماهیانه کلینیک با ضریب ۰/۶۶ خالص بودن داروی کلینیک ۰/۶۰ و ارایه دارو به افراد غیر معتاد (دلال) ۰/۶۷۴ در رتبه های بعدی قرار دارند. در مقایسه با عامل اول باید گفت علل عمومی نشت متادون خارج از چرخه درمان بیشترین تاثیر را در میزان نشت متادون خارج از چرخه درمان معتادان دارد و علل تقاضا کمترین تاثیر در میزان نشت متادون خارج از چرخه درمان را دارد.

تقاضای بیشتر متادون به جای مواد مخدر به خاطر سالم و بهداشتی بودن آن و متادون مکمل خوبی برای مصرف آموغامین ها است عامل سوم علل عمومی نشت در این تحلیل شناخته شده اند این عامل با مقدار ویژه ۱/۰۹۵ میزان ۱۴/۱۳۴ درصد از واریانس شاخص های عوامل موثر در میزان نشت متادون خارج از چرخه درمان را تبیین می کند.

۵-۱-۴- دلایل انحراف متادون از چرخه درمان از دیدگاه کادر درمانی و نیروی انتظامی

یافته های حاصل از مصاحبه با **نیروی انتظامی** نشان داد: مهمترین دلیل انحراف متادون خارج از چرخه درمان، عدم نظارت کافی بر عرضه متادون از تولید تا مصرف، و محل تامین آن کلینیک ها و عطاری ها می باشد. ارزان بودن داروی قاچاق نسبت به داروی کلینیک و نداشتن قدرت کافی برای خرید متادون و عدم تمایل برای تشکیل پرونده و پنهان ماندن اعتیاد افراد مبتلاء از دلایل تقاضای متادون خارج از چرخه درمان می باشد.

یافته های حاصل از مصاحبه **کادر درمانی** کلینیک ها نشان داد: عدم نظارت کافی بر عرضه متادون از مراکز ساخت دارو و نداشتن برچسب هولوگرام از مهمترین دلایل تاثیرگذار بر نشت متادون خارج از چرخه درمان و محل تامین داروی قاچاق عطاری ها می باشد. قوانین و دستورالعمل ها و رویه هایی مرتب و منسجم ماه اول درمان که

مستلزم صرف هزینه و زمان زیادی برای ترک می‌باشد و ترس از دیده شدن در مراکز درمانی برای شاغلین در مراکز دولتی نیز از دلایل عرضه و تقاضای غیر قانونی متادون خارج از چرخه درمان مشخص گردید.

۵-۲- محدودیت های پژوهش

۱- عدم دسترسی به منابع و گزارش‌های قابل استناد به منظور جمع‌آوری اطلاعات.

۲- عدم همکاری اغلب شرکت‌کنندگان در مصاحبه.

۵-۳- پیشنهاد های پژوهش

۱- با توجه به اینکه یکی از عوامل تاثیرگذار در نشت متادون خارج از چرخه درمان نبود بر چسب هولوگرام در داروها می‌باشد. پیشنهاد می‌شود تمهیداتی جهت نظارت کافی از تولید (برچسب هولوگرام) و جهت کنترل داروها در کلینیک‌ها و میزان مصرف در افراد مصرف‌کننده متادون اندیشیده شود.

۲- پیشنهاد می‌شود به منظور زمان بر بودن و پرهزینه بودن درمان در ماههای اول درمان، در پروتوکل درمانی بازنگری شود.

۳- راه اندازی سیستم هوشمند جهت ثبت نام بیماران در کلینیک‌های درمانی و اتصال این سیستم به پرتال دانشگاه.

۴- برگزاری همایش‌های در مانی برای عموم و اطلاع‌رسانی گسترده

۵- استفاده از رسانه‌های عمومی برای اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی مراجعین در بیماران و خانواده‌هایشان در

خصوص درمان MMT

۵-۴- نتایج کاربردی

تا کنون مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی در خصوص علل نشت متادون خارج از چرخه درمان صورت نگرفته است. نتایج آزمون علل تقاضای متادون خارج از چرخه درمان نشان داد، که **از نظر معتادان**، از بین عوامل موثر در نشت متادون خارج از چرخه درمان، تعداد زیاد مراکز درمانی و عدم نظارت بر عملکرد آنها نمود بیشتری دارد.

از دید نیروی انتظامی عدم نظارت کافی بر عرضه متادون از تولید تا مصرف، از مهمترین دلایل تاثیرگذار بر نشت متادون خارج از چرخه درمان بود. بدیهی است کاهش مراکز درمانی موجب افزایش نظارت کار آمد سیستم‌های ذیصلاح بر عملکرد کلینیک‌ها و افزایش کیفیت خدمات درمانی و روان‌شناختی می‌گردد.

عدم نظارت کافی بر عرضه متادون از مراکز ساخت دارو و نداشتن برچسب هولوگرام از مهمترین دلایل تاثیرگذار بر نشت متادون خارج از چرخه درمان از **دید گاه کادر درمانی** بود. منطقی به نظر می رسد داشتن برچسب هولوگرام از تولید به مصرف یکی از راهکارهای اساسی در جلوگیری از نشت متادون خارج از چرخه در مان است. همچنین از نظر نیروی انتظامی ارزان بودن داروی قاچاق نسبت به داروی کلینیک و نداشتن قدرت کافی برای خرید متادون و - عدم تمایل برای تشکیل پرونده و پنهان ماندن اعتیادافراد مبتلاء از دلایل تقاضای متادون خارج از چرخه درمان می باشد و از نظر کادر درمانی قوانین و دستورالعمل ها و رویه هایی مرتب و منسجم ماه اول درمان که مستلزم صرف هزینه و زمان زیادی برای ترک می باشد و ترس از دیده شدن در مراکز درمانی برای شاغلین در مراکز دولتی نیز از دلایل عرضه و تقاضای غیر قانونی متادون خارج از چرخه درمان مشخص گردید. لذا به نظر می رسد به منظور زمان بر بودن و پرهزینه بودن درمان در ماههای اول درمان که مستلزم رفت و آمد روزانه بیماران و صرفا در یافت دارو بدون ارائه خدمات روانشناختی و مددکاری و عدم توجه درمانگران به مسائل روانی در پروتوکل درمانی بازنگری شود. همچنین از مشکلات نشت دارو به دلیل نبود یک سیستم واحد و جامع متصل به دانشگاه، مشاهده می شود یک بیمار گاه در چندین مرکز و کلینیک پرونده درمانی داشته باشد، راه اندازی سیستم هوشمند جهت ثبت نام بیماران در کلینیک های درمانی و اتصال این سیستم به پرتال دانشگاه می تواند مشکل بیان شده را مرتفع نماید. از دیگر متغیر های مورد بررسی در این تحقیق از دید معتادان در علل تقاضا ترس خماری و از دید کادر نیروی انتظامی و کلینیک های درمانی ترس از دیده شدن در مراکز درمانی می باشد. همانطور که پیشتر اشاره شد ارائه خدمات روانشناختی بصورت منسجم وساختار مند به خانواده های و معتادان همچنین استفاده از رسانه در فرهنگ سازی و درمان میتواند در مرتفع نمودن این مشکل کمک کننده باشد. ضمن اینکه پژوهش در زمینه متغیر های روان شناختی تاثیر گذار بر این پدیده از لحاظ پیشگیری و درمان ضروری به نظر می رسد.

منابع و ماخذ

منابع فارسی:

۱. براهنی، محمد تقی و همکاران، (۱۳۸۳)، "زمینه روانشناسی"، چاپ دهم، تهران؛ نشر رشد، جلد ۱، صفحه ۷۱۰.
۲. بهروان، حسین؛ میرانوری، علیرضا، (۱۳۸۸)، "تحلیل جامعه شناختی بازگشت مجدد معتادان به اعتیاد در مرکز اجتماع درمان مدار شهر مشهد"، نشریه بررسی مسائل اجتماعی ایران، سال اول، شماره ۱، صص ۳۲۴-۳۱۲.
۳. پورافکاری، نصرت‌الله، (۱۳۸۵)، "فرهنگ جامع روان‌شناسی و روانپزشکی و زمینه‌های وابسته"، تهران، انتشارات فرهنگ معاصر.
۴. خداپناهی، محمدکریم، (۱۳۸۶)، "انگیزش و هیجان"، تهران. انتشارات سمت.
۵. دباغی، پرویز، (۱۳۸۵)، "اثربخشی شناخت درمانی براساس تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی در پیشگیری از عود مواد افیونی"، رساله دکتری، چاپ نشده. انیستیتو روانپزشکی تهران.
۶. دین محمدی، محمدرضا؛ امینی، کوروش؛ یزدانخواه، محمدرضا، (۱۳۸۶)، "بررسی عوامل محیطی و اجتماعی موثر بر گرایش مجدد به مصرف مواد افیونی از دیدگاه معتادان خود معرف مرکز پذیرش"، درمان و پیشگیری سازمان بهزیستی زنجان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، شماره ۱۵، صص ۸۴-۹۵.
۷. روح الامین، مریم؛ مولوی، حسین؛ آقایی، اصغر؛ آتش پور، حمید؛ عاطف، لاله، (۱۳۸۵)، "مقایسه عوامل مرتبط با امید به زندگی در افراد ۲۰ تا ۶۰ ساله شهر اصفهان"، فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی. (۲۷ و ۲۸). ۶۹-۹۴.
۸. صادقیه اهری، سعید؛ اعظمی، احد؛ براك، منوچهر؛ امانی، فیروز؛ صدیق، انوشیروان، (۱۳۸۳)، "علل مؤثر بر بازگشت به اعتیاد در بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد خود معرف وابسته به بهزیستی

تهران"، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردیبل، سال سوم، شماره دوازدهم، صص ۳۴-۴۲.

۹. صفاتیان، سعید، (۱۳۹۲)، "مراکز خصوصی درمان اعتیاد"، ضرورت همسویی نهادهای مسئول، طب اعتیاد، شماره ۱، صص ۹۰-۹۱.

۱۰. طباطبایی چهر، محبوبه؛ ابراهیمی ثانی، ابراهیم؛ مرتضوی، حامد، (۱۳۹۱)، "اثر بخشی روان درمانی گروهی شناختی- رفتاری در تغییر باورهای غیر منطقی افراد معتاد"، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، سال چهارم، صص ۴۳۰-۴۱۹.

۱۱. غلامی آبیژ، محسن، (۱۳۸۱)، "بررسی علل اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر اعتیاد؛ مطالعه موردی اردوگاه پیربنان شهر شیراز"، فصلنامه علمی، پژوهشی سؤ مصرف مواد، سال دوم، شماره ۵.

۱۲. کاپلان، هارولدوساک، بنیامین، (۲۰۰۳)، "خلاصه روان پزشکی"، ترجمه نصرت الله پور افکاری (۱۳۸۲) تهران انتشارات ارجمند.

۱۳. محمودی، ناهید؛ قنوتی، فاطمه؛ موالات، مهدی، (۱۳۸۹)، "بررسی عوامل مؤثر در بازگشت به اعتیاد مراجعین به مراکز خود ارجاعی"، مجله دانشکده پرستاری و مامایی همدان، شماره ۱، سال پانزدهم، صص ۴۷-۳۳.

۱۴. نجاری، رضا؛ دانایی فرد، حسن؛ حضوری، جواد؛ صالحی، علی، (۱۳۹۱)، "بررسی و تبیین نقش سرمایه روان شناختی در پیامدهای سازمانی"، فصلنامه مدیریت سازمان های دولتی، سال اول، شماره ۲، صص ۳۶-۲۵.

۱۵. نریمانی، محمد؛ شاه محمد زاده، یحیی؛ امیدوار، عظیم؛ امیدوار، خسرو، (۱۳۹۳)، "مقایسه سرمایه روانشناختی و سبک های عاطفی در بین دانش آموزان پسر با و بدون ناتوانی یادگیری"، مجله ناتوانی های یادگیری، دوره ۴، شماره ۱، صص ۱۱۹-۱۰۰.

۱۶. نوری، نجیب‌الله، (۱۳۸۵)، "نقش خوش‌بینی در کاهش اضطراب"، مجله راه تربیت، شماره ۳، مرکز جهانی، معاونت .

۱۷. ویسی، مختار؛ عاطف، وحید؛ رضایی، منصور، (۱۳۷۹)، "تأثیر استرس شغلی بر خشنودی و سلامت روان: اثر تعدیل‌کننده سرسختی و حمایت اجتماعی"، فصلنامه اندیشه و رفتار: ۶(۲) : ۷۸-۷۰.

۱۸. هچل، ام و زیگنر، اس، (۱۹۹۲)، "نظریه‌های شخصیت"، ترجمه ی علی عسگری (۱۳۷۹) ساوه: انتشاردانشگاه

۱۹. هدایتی، نرگس، (۱۳۸۴)، "بررسی ویژگیهای فردی محافظت‌کننده در برابر اعتیاد در معتادان گمنام شهرستان شیراز"، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

۲۰. هیئت مولفان، (۱۳۸۶)، "روانشناسی عمومی"، تهران، دانشگاه پیام نور، تهران انتشارات دانشگاه پیام نور.

۱. Ans, F, Luthans K, Luthans ,BC, (۲۰۰۴), “*Positive Psychological Capital: Going beyond human and social capital*”. Bus horiz; ۴۷ (۱):۴۵-۵۰.
۲. Bandura, A, (۱۹۷۷), “*Social learning theory*”. New York, NY: Prentice Hall.
۳. Bandura, A, Locke, EA, (۲۰۰۳), “*Negative self-efficacy and goal effects revisited*”. Jpurnal Appl Psychology; ۸۸ (۱): ۸۷-۹۹.
۴. Bandura, A, (۱۹۸۶), “*Social foundations of thought and action*”, A social cognitive theory. Englewood, Ciffs, NJ – Hall. Inc.
۵. Bandura, A, (۱۹۹۷), “*Cognitive processes in mediating behavioral change*”, Journal of personality and social psychology, ۳۵, ۱۲۵-۱۳۹.
۶. Bandura, A, (۲۰۰۰), “*Exercise of Human Agency Through Collective Efficacy*”. Current Directions in Psychological Science (۹)(۳), ۷۵-۷۸.
۷. Bandura, A, (۲۰۱۱), “*An agentic perspective on positive psychology*”. In Lopez SJ, ed. Positive psychology: Exploring the best in people. Westport, CT: Greenwood Publishing Co,pany;, pp: ۱۶۷-۱۹۶.
۸. Chang, C.E, Sanna, Y.L, Yang, M, (۲۰۱۳), “*Optimism, pessimism, affectivity, and psychological adjustment in USA and korea: A test of a mediation model*”. Personality and individual differences, ۳۴, ۱۱۹۵-۱۲۰۸.
۹. Chang, EC, Chang, R, Sanna LJ. (۲۰۰۹), “*Optimism, pessimism, and motivation: Relation to adjustment*”. Social Personal Psychol Compass; ۳(۴): ۴۹۴۵۰۶.
۱۰. Ching, C, Yu-Jhen, H, Fu-Cun Y, (۲۰۰۷), “*A Study on Factors Affecting the Abstention of Drug Abuse in Private Rehabilitation Institutes in Taiwan—Operation Dawn Taiwan as an Example*”. Flinders Journal of Law Reform, ۱-۲۲.

11. Conner, K.M., Davidson, J.R.T., (2003), *“Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson resilience scale (CD-RISC)”*. Depression and Anxiety; 18: 76-82.
12. Ellis, A., (2002), *“Overcoming resistance's rationale motive behavior therapy integrated approach”*, New York: Springer
13. Ellis, A., (1993), *“Humanistic psychotherapy”*. The rational-emotive approach, New York: Crown and McGraw-Hill.
14. Ellis, A., (1970), *“Rational-Emotive Therapy”*. In Four Psychotherapies, edited by R. Corsini, P.P. 167-206. Itasca, III: Peacock.
15. Holman, R.C., (2004), *“Emotion and motive effects on Drug Related cognition”*. Handbook of addictive disorders a practical guide to diagnosis and treatment. United States of America published John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.
16. Peterson, C., (2005), *“The future of optimism”*, Am Psychol; 60(1): 44-55.
17. Kobasa, S.C., (2000), *“Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness”*. Journal of Personality and Social Psychology; 78: 1-11.
18. Kobasa, S.C., Puccetti, M.C., (2002), *“Personality and social resources in stress resistance”*. Journal of Personality and Social Psychology; 82: 839-850.
19. Luthans, F., Luthans, K., Luthans, B.C., (2002), *“Positive Psychological Capital: Going beyond human and social capital”*. Bus Horiz; 46(1): 40-58.
20. Luthans, F., Avolio, B.J., (2007), *“Positive Psychological Capital : Measurement and relationship with performance and satisfaction”*, Personnel Psychologist; 60: 227-238.
21. Marlatt, G.A., Barrett, K., (1994), *“Relapse Prevention”*; In H. Kleber (Ed) the textbook of substance abuse; Washington D.C. American Psychiatric Press Inc.
22. Masten, A.S., (2001), *“Ordinary magic: Resilience processes in development American Snyder”*, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M.

23. McKay, J, Franklin, T, Patapis, N, Lynch, K, (2006), *“Conceptual, methodological, and analytical issues in the study of relapse”*. Clinical Psychology Review, 26(2), 109-127.
24. Milligan, M, (2008), *“Optimism and five-factor Model of personality Coping and health. Behavior”*. PhD dissertation psychology's personality. Burn University.
25. Puskar, KR, Sereika, SM, Lamb, J, Tusaie, Mumford, K, McGuinness, T, (1999). *“Optimism and its relationship to depression, coping, anger, and life events in rural adolescents”*. J Issue Ment Health Nurs. 20(2):115-3.
26. Seligman, ME, Csikszentmihalyi, M, (2000), *“Positive psychology: An introduction”*. Am Psychol; 55(12):12-2.
27. Sigmon, S. T, Yoshinobu, L, Gibb, J, Langel, C, Harney, P, (1991), *“The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope”*. Journal personality social psychology, 60(4):585-59.
28. Waller, MA, (2000), *“Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child”*. AM J orthopsychiat.; 70(3): 290 -297.

پیوست ها

پیوست الف) سوالات مصاحبه نیروی انتظامی و کادر درمانی

۱. به نظر شما علت نشت متادون خارج از چرخه درمان چیست؟
۲. به نظر شما علل تقاضای متادون خارج از چرخه درمان چیست؟
۳. به نظر شما داروی قاچاق متادون از چه محل هایی تامین می شود؟

پیوست ب) پرسشنامه علل نشت و تقاضای متادون خارج از چرخه درمان

ردیف	عبارت	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً موافقم
علل نشت متادون خارج از چرخه درمان	۱ پایین بودن دوز متادون باعث مصرف نکردن آن می شود.					
	۲ فروش داروی سهمیه ای جهت تهیه مواد مخدر					
	۳ سود جویی کلینیک ها جهت فروش غیر قانونی دارو					
	۴ ارائه داروبه افراد غیر معتاد					
	۵ ترس از تشکیل پرونده داروی آزاد تهیه می کنند					
	۶ تعداد زیاد مراکز درمانی					
	۷ عدم برخورد مراجع قانونی (نیروی انتظامی) با فروش غیر قانونی متادون					
	۸ عدم توانایی مالی در پرداخت شارژ کامل ماهیانه دارو					
	۹ قوانین خشک و سخت پروتکل درمانی					
	۱۰ خالص بودن داروی کلینیک					
	۱۱ ثبت نام همزمان بیمار در چند کلینیک					
	۱۲ عدم رعایت پروتکل درمانی توسط درمانگر					
	۱۳ از کارخانجات تهیه دارو					
علل تقاضا متادون خارج از چرخه درمان	۱ ترس از خماری					
	۲ قانونی بودن دارو					
	۳ ارزان بودن و دردسترس بودن					
	۴ سالم و بهداشتی بودن					
	۵ وقت گیر نبودن تهیه آن					
	۶ بعنوان یک دارو جهت درمان اعتیاد					
	۷ طولانی بودن تاثیرات دارودر مقایسه با مواد مخدر					
	۸ مکمل خوب برای مصرف شیشه					
	۹ خاصیت مسکن و کاهش درد					

A study of the factors influencing the demand and leakage of methadone in Central Province

Abstract:

The purpose of this research is to investigate the areas and factors affecting the demand and leakage of methadone in Markazi province. Depending on the purpose, the problem and the research questions in this research, descriptive-analytic method has been used. The statistical population of this study was patient and curative in addiction treatment clinics and central police officers of the central province. The sample was selected through available sampling method and with the volume of ۲۱۰ addicts during the period from June to September ۱۳۹۵.

The reliability of the research instrument was a researcher-made questionnaire based on ۲۲ questions based on Cronbach's alpha of ۰,۷۴۳. The findings showed by using factor analysis:

۱۰ indicators can be reduced to three factors with special values higher than one. In methadone outside the treatment cycle, ۶۴,۶۵% and ۶۲,۶۹۶%, respectively, explain the methadone demand outside the treatment cycle, and the complementary result of this study showed that the causes of methadone demand for methadone leakage outside the cycle of treatment (drug delivery Mostly due to the fear of hangover, the availability of methadone and its permissibility, the cheapness of methadone outside the treatment centers, the increased demand for methadone instead of healthy drugs and its health) contributed most to explaining the factors affecting methadone leakage outside Cycle of treatment.

Among the methadone leakage variables outside the treatment cycle, the greatest role was played by the large number of treatment centers and the lack of monitoring of their performance with a coefficient of ۰,۹۸. The lack of legal contact with the sale of illicit drugs with a coefficient of ۷۶%, inadequate control of care providers with a coefficient of ۰,۴۲, and the leakage of the drug, the distribution and distribution of drug production plants and the lack of supervision of them with ۰,۲۲ in the next ranks. has it. This research was based on a qualitative approach to the phenomenological approach to the medical staff and the police. Unstructured interviews with ۹ people. The data were analyzed using Fanman's phenomenology. The findings from an interview with the police showed that the most

important reason for the outflow of methadone outside the treatment cycle was the lack of adequate supervision of the supply of methadone from production to consumption, and the supply of those clinics and creams. The lack of drug trafficking in the clinic and the lack of power to buy methadone and the unwillingness to file and conceal the addiction of people suffering from methadone's out-of-cycle methadone demand. The findings from the interviews with the clinic staff showed that insufficient monitoring of methadone supply from manufacturing centers and the absence of hologram markings are one of the most important reasons for the outbreak of methadone leakage outside the treatment cycle and the supply of drug trafficking. Regular and consistent rules and procedures for the first month of treatment, which require a great deal of time and time to leave, and the fear of being seen at health centers for those working in government centers, also due to the reasons for the supply and demand of illicit methadone out of the specified treatment cycle It turned out

Keyword: Causes of methadone demand outside the treatment cycle, causes of methadone leakage outside the cycle of treatment.