

مطالعه کیفی عوامل مؤثر بر پابندی به درمان در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون در شهر اصفهان*

فاطمه خاقانی^۱، هاجر ترکان^۲، زهرا یوسفی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۵/۱۹

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر، مطالعه کیفی عوامل مؤثر بر پابندی به درمان در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون در شهر اصفهان بود. **روش:** این پژوهش از نوع کیفی و تحلیل مضمون بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد وابسته به مواد مراکز ترک اعتیاد با متادون شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود. از میان این جامعه، ۱۰ نفر به شکل هدفمند و به روش همگون انتخاب شدند. ابزار پژوهش مصاحبه نیمه ساختاریافته بود که حاوی سوالات مرتبط با عوامل مؤثر بر پابندی به درمان در افراد وابسته به مواد تحت درمان بود. داده‌های گردآوری شده به کمک روش تحلیل مضمون کلارک و براون (۲۰۰۰) تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که عوامل مؤثر بر پابندی به درمان شامل شش مقوله اصلی بودند: (۱) پابندی به کمک عوامل خانوادگی، (۲) پابندی به کمک عوامل رفتاری، (۳) پابندی به کمک عوامل معنوی، (۴) پابندی به کمک عوامل اجتماعی، (۵) پابندی به کمک اصلاح زندگی شخصی، و (۶) پابندی به کمک عوامل درمانی. **نتیجه‌گیری:** در کل، نتایج نشان می‌دهد پابندی به درمان با متادون در کنار شش عامل مهم مذکور رخ می‌دهد و درمانگران اعتیاد برای درمان با متادون باید به تقویت شش حیطه توجه کنند.

کلیدواژه‌ها: پابندی به درمان، اعتیاد، درمان نگهدارنده با متادون

* مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان و با حمایت مالی ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری انجام پذیرفته است.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. پست الکترونیک: h.torkan@khuisf.ac.ir

۳. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک اختلال روانپزشکی، با ابعاد زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی یکی از مشکلات عصر حاضر است. متأسفانه گسترش مصرف مواد مخدر در جامعه امروزی به حدی است که حتی قشر جوان و متفکر و تحصیل کرده را نیز به سمت خود کشانده است (دی‌کلمنته^۱، ۲۰۱۸). بر اساس مطالعات انجام شده، ایران یکی از کشورهایی است که در آن اعتیاد یک مشکل جدی در نظر گرفته شده است. با بروز اعتیاد کارآیی فرد در زمینه اجتماعی، خانوادگی، ارتباطی و شغلی دچار آسیب می‌گردد. بنابراین وقتی کارآیی فرد در فعالیت شغلی دچار آسیب شود، رضایت و عملکرد شغلی وی نیز دستخوش تغییر می‌شود. بنابراین مطالعه عواملی که منجر به عدم بازگشت به اعتیاد می‌شود، حائز اهمیت است. اعتیاد یا وابستگی به مواد که در تقسیم‌بندی‌های روان‌پزشکی تحت عنوان اختلالات مرتبط با مواد تعریف شده است به عنوان دومین اختلال شایع محسوب می‌شود (سادوک، سادوک و روتیز، ۱۳۹۶). طبق تعریف انجمن روانپزشکی آمریکا در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، ویژگی اصلی هر یک از اعتیادها و اختلالات مرتبط با مصرف مواد عبارت است از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک که نشان می‌دهند فرد به رغم مشکلات مهمی که برایش به وجود می‌آید به مصرف مواد ادامه می‌دهد. یکی از ویژگی‌های مهم اختلالات مصرف ماده تغییر در مدارهای مغزی است که مدت‌ها بعد از ترک اعتیاد ادامه می‌یابد، مخصوصاً افرادی که اعتیاد شدیدتری دارند. نشانه‌های این تغییرات را در دو نوع رفتار می‌توان مشاهده کرد: الف) فرد بارها ترک می‌کند ولی دوباره مصرف را از سر می‌گیرد؛ ب) هر بار که در معرض محرک‌هایی قرار می‌گیرد که به نوعی با ماده اعتیادآور مرتبط هستند، به شدت هوس مصرف دوباره به وی دست می‌دهد (گنجی، ۱۳۹۲).

1. Diclemente

2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM- V)

روش‌های درمانی مختلفی برای افراد دارای اعتیاد بکار گرفته شده است. یکی از این درمان‌ها، درمان نگهدارنده با متادون^۱ است. درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست یکی از متداول‌ترین درمان‌ها برای بیماران با رفتارهای پرخطر است (ماتیک، برین، کیمبر و داوولی^۲، ۲۰۱۴). دو داروی متادون و بوپرونورفین در میان داروهای آگونیست از همه بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد. متادون یک آگونیست گیرنده‌های مو^۳ و یک ضد درد ترکیبی است که قدرت چسبندگی بالاتری به گیرنده‌های اپیوئیدی نسبت به تریاک و مشتقات آن را دارد. به ویژه نورفین یک آگونیست نسبی گیرنده مو و آنتاگونیست گیرنده گابا است و یکی از شایع‌ترین داروهایی است که برای سم زدایی بیماران وابسته به مواد استفاده می‌شود (ریکشیم، گوسوب و کلاسم^۴، ۲۰۱۴). شواهد به دست آمده از مطالعات آزمایشی بررسی شده به مؤثر بودن درمان‌های دارویی وابستگی به مواد مخدر افیونی و درمان نگهدارنده با آگونیست، به خصوص درمان نگهدارنده با متادون به عنوان درمانی رایج در بیشتر کشورها اشاره داشته‌اند (دراموند^۵، ۲۰۰۷). علاوه بر اثربخشی متادون درمانی در ترک مصرف مواد مخدر، برخی نتایج به دست آمده به اثربخشی متادون درمانی بر طول مدت پرهیز، بهبود وضعیت روان‌شناختی، سلامت و بهزیستی روانی (مارمانی، پانی، پسینی و پراگی^۶، ۲۰۰۷؛ بیگی، فراهانی، محمدخانی و محمدی فر، ۱۳۹۰)، جرم‌های مرتبط با مصرف مواد، کاهش رفتارهای پرخطر، مرگ‌ومیر ناشی از مصرف بیش از حد مواد (براکل^۷ و همکاران، ۲۰۰۵) و بهبود اضطراب و افسردگی (دین، بل، کرایستی و ماتیک^۸، ۲۰۰۴) اشاره داشته‌اند.

عود یا بازگشت به مصرف چالش برانگیزترین مشکلی است که محققین و متخصصین شاغل در اعتیاد با آن مواجه می‌شوند. عوامل مؤثر در بازگشت به اعتیاد به ارزیابی شناختی، منابع سازگاری بیمار و وضعیت خلقی، عاطفی و روانشناختی بیمار مرتبط است

1. Methadone maintenance treatment
2. Mattick, Breen, Kimber & Davoli
3. Mu
4. Riksheim, Gossop & Clausen
5. Drummond

6. Maremmani, Pani, Pacini & Perugi
7. Brugal, Domingo, Puig, Barrio, Garcia & Fuente
8. Dean, Bell, Christie & Mattick

(لندی^۱، ۲۰۱۷). در مطالعات مختلف میزان عود و بازگشت به مواد مخدر ۷۵ درصد در شش ماه اول سال نشان داده شده است (تام، شیک و لام^۲، ۲۰۱۶). تحقیقات نشان داده‌اند که سه چهارم افرادی که ترک کرده بودند در فاصله یک سال پس از تکمیل درمان عود مجدد داشته‌اند (دیل و مارلات^۳، ۲۰۰۶). مریدی، خوش‌روش، نوری و پاشایی (۱۳۹۶) سبک‌های عود در میان مصرف‌کنندگان مواد مخدر را بررسی کردند. بر حسب سبک‌های عود، بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان دچار عود ناگهانی شده بودند. همچنین ۳۰/۱۱ درصد عود زودرس، ۱۸ درصد عود دیررس و ۱۳/۱۷ درصد بیش از یک عود داشتند. نتایج تحقیقات نبوی (۱۳۹۶) در بررسی فراوانی و عوامل پابندی به درمان نگهدارنده با متادون نشان داد ۷۵ نفر (۲۱/۸ درصد) به درمان خود پایبند و ۲۳۹ نفر (۷۱/۶ درصد) بدون پابندی و ۲۲ نفر (۶/۶ درصد) نیز عدم پابندی بالا داشتند. سن اولین مصرف، مدت زمان مصرف و سابقه‌ی قبلی دارو درمانی به صورت معنی‌دار پابندی به درمان را پیش‌بینی می‌کرد. در پژوهشی که در زنجان بین ۹۶ معتاد مراجعه‌کننده به مراکز بازپروری انجام شد تمامی آنها سابقه حداقل یک بار ترک اعتیاد را داشته‌اند (یزدانی، ۱۳۹۳). شاطریان، منتی، کسایی و منتی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان عوامل مرتبط با عود اعتیاد در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر ایلام به این نتیجه رسیدند که عود اعتیاد با متغیرهای سابقه ترک اعتیاد، معاشرت با دوستان معتاد، سابقه اعتیاد، تحصیلات، نوع مواد مخدر، سابقه سیگار، سن و تعداد افراد خانواده ارتباط معنی‌داری وجود دارد (شاطریان، منتی، کسایی، منتی، ۱۳۹۳). همانگونه که مشاهده می‌شود احتمال عود اعتیاد پس از درمان خطری است که همچنان فرد ترک‌کننده را تهدید می‌کند. بنابراین لازم است مشخص شود در کنار درمان چه عواملی باید قرار داشته باشد که درمان مؤثر واقع شود. انجام پژوهش‌هایی در حیطه عوامل مؤثر بر پابندی به درمان در معتادان می‌تواند بسیار حائز اهمیت باشد. نتایج این چنین پژوهشی می‌تواند در غنی‌سازی علمی حیطه درمان اعتیاد و فرایندهای مؤثر بر پابندی به درمان در نزد معتادان مؤثر باشد. به هر

ترتیب متادون به عنوان یک درمان رایج اعتیاد استفاده می‌شود و این سوال را ایجاد می‌کند که چه عواملی در کنار متادون درمانی کمک می‌کند تا متادون به ترک اعتیاد و ماندگاری ترک کمک کند؟ از این رو پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال بود که چه عواملی برپایبندی به درمان در بین معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون مؤثرند؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

با توجه به این که موضوع این پژوهش مطالعه کیفی عوامل موثر بر پایبندی به درمان در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون در شهر اصفهان بود، به این ترتیب این پژوهش از نوع کیفی و از نوع تحلیل مضمون بود (براون و کلارک^۱، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر نمونه پژوهش عبارت بود از معتادان تحت درمان در مراکز درمانی نگهدارنده با متادون در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷. شرکت کنندگان پژوهش به شکل هدفمند از بین مراجعه کنندگان به مراکز درمانی نگهدارنده با متادون در اردیبهشت، خرداد و تیر سال ۹۷ انتخاب شدند. حجم شرکت کنندگان بر اساس معیار اشباع داده‌ها بود. از آنجا که این پژوهش به روش کیفی انجام شد به منظور گردآوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده شد. سوالات مصاحبه بر اساس تجارب محققین و پژوهش‌گران فعال در حوزه اعتیاد تهیه شد. پس از اخذ مجوز و هماهنگی‌های لازم، با مراجعه به مراکز ترک اعتیاد به صورت هدفمند افراد انتخاب شدند و انتخاب شرکت کنندگان برای اطمینان از اشباع داده‌ها ادامه یافت. جلسات مصاحبه در فضایی آرام و مورد توافق مصاحبه‌کننده (پژوهشگر) و مصاحبه‌شونده از لحاظ زمانی و مکانی در مراکز برگزار شد و هر مصاحبه حدود ۹۰ دقیقه زمان برد. ضمن هماهنگی با روان‌شناس مصاحبه‌شوندگان پرونده‌های منتخبین نیز مطالعه شد. به منظور تحلیل داده‌ها از روش شش مرحله‌ای براون و کلارک (۲۰۰۶) به شرح زیر استفاده شد:

۱) آشنا شدن با داده‌ها: ابتدا پژوهشگر کلیه مصاحبه‌های ضبط شده را پس از انجام هر مصاحبه پیاده‌سازی و به شکل دست‌نویس تبدیل کرد. طبق دستورالعمل قرار شد صداها،

نفس‌ها، اشک‌ها، لبخندها، حسرت‌ها، حالات مهم‌چهره و هرگونه حالت جسمانی که می‌تواند بارمعنایی داشته باشد یادداشت شود. در این مرحله محققین و یک متخصص دیگر کدگذاری، به‌طور مجزا هر یک چندین بار داده‌ها را مطالعه کردند؛ در این مرحله، پیش‌داوری‌ها تحت نقشه ذهنی نسبت به معتادین آماده شد و این نتیجه اتخاذ شد که آنان دانش بسیار اندکی نسبت به عوامل مؤثر بر پابندی به درمان به‌طور دقیق و مشروح دارند. در این مرحله محققین هر یک از خرده‌تحلیل‌های خود از مصاحبه‌های پیاده‌شده و از داده‌های خام آنچه او را تحت تاثیر قرار داده و آنچه یاد گرفته بود را یادداشت می‌کردند. (۲) تولید کدهای اولیه: این مرحله واحدهای معنادار مرتبط با عوامل مؤثر بر پابندی مشخص شد و سایر جملات اضافی حذف شد. محققین در کنار هم طی جلسات کدگذاری مرتبه اول را بررسی کردند و برخی از موضوعات از خردتحلیل‌ها حذف یا اضافه شد.

(۳) جستجوی مضامین: در این مرحله محققین کوشیدند تا کدهای مرتبه اول مشابه را تحت عنوان کدبندی مقدماتی در مقوله‌های سازمان‌دهنده داده‌ها دسته‌بندی کنند.

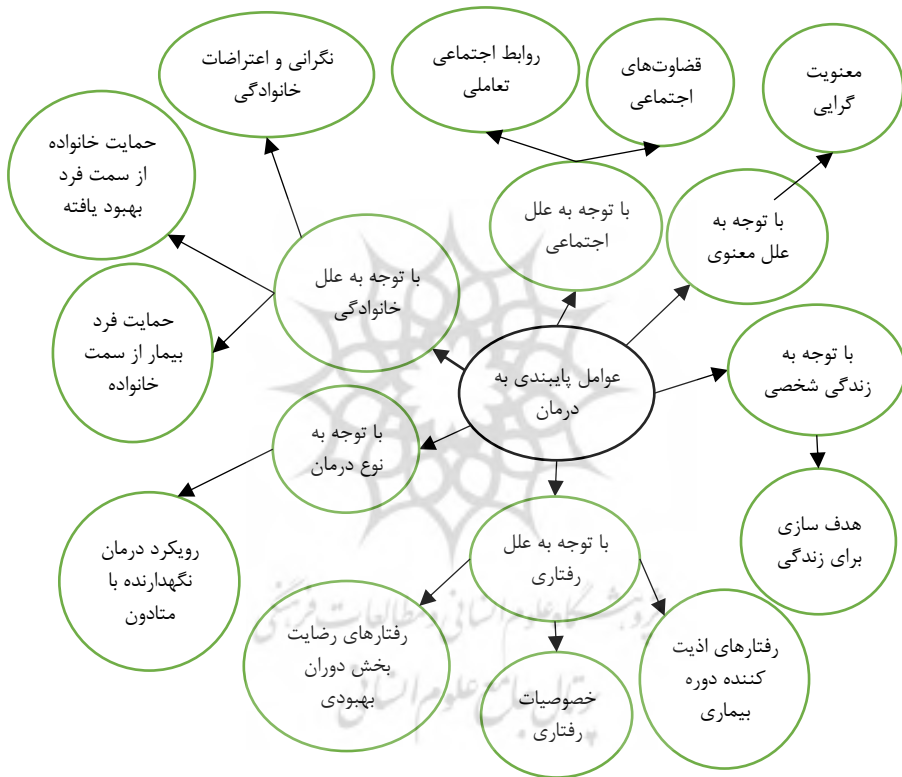
(۴) بررسی مضامین: طی جلسات مختلف و بازبینی مصاحبه‌ها و کدبندی‌های اولیه و مقوله‌بندی‌های سازمان‌دهنده به تدریج مقوله‌های هسته‌ای پدیدار شدند. در این مرحله برخی مقوله‌ها تغییر نام داد و برخی کدبندی‌های اولیه در مقوله‌های سازمان‌دهنده جا به جا شد.

(۵) تعریف و نام‌گذاری مضامین: در این مرحله محققین تماتیک برگرفته از کدبندی مرحله اول و مقوله‌های سازمان‌دهنده را با جاگذاری در مقوله‌های هسته‌ای استخراج کردند و طی جلسه‌ای در یک توافق کلی به تایید نهایی رسیدند.

(۶) آماده‌سازی گزارش: در نهایت گزارش نهایی توسط توسط محققین به انجام رسید. لازم به ذکر است پژوهش حاضر با کسب رضایت کامل از سوی شرکت‌کنندگان، مسئولین مراکز ترک اعتیاد استان اصفهان انجام شد. همچنین به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها کاملاً به صورت محرمانه باقی می‌ماند و نتایج به صورت گروهی و صرفاً جهت پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد.

یافته‌ها

برای پژوهش از روش تحلیل مضمون کیفی به روش براون و کلارک (۲۰۰۶) استفاده شد که شامل شش مرحله ذیل است: (۱) آشنا شدن با داده‌ها، (۲) تولید کدهای اولیه، (۳) جستجوی مقوله‌ها، (۴) بررسی مقوله‌ها، (۵) تعریف و نامگذاری مقوله‌ها، (۶) آماده‌سازی گزارش. نمودار (۱) تحلیل تماتیک مقوله‌ها را ارائه می‌دهد.



نمودار ۱: تحلیل تماتیک عوامل پایبندی به درمان در معنادان تحت درمان نگهدارنده با متادون

همانگونه که در نمودار (۱) مشاهده می‌شود شش مقوله از تحلیل مضمون استخراج شد که در ادامه به هر یک پرداخته می‌شود.

مقوله اصلی پایبندی به درمان با توجه به علل خانوادگی: تحلیل مضمون مصاحبه با افراد معتاد نشان داد که یکی از مقوله‌های اصلی در پایبندی به درمان علل خانوادگی می‌باشد. این عامل در ارتباط با تعامل فرد با خانواده است که می‌تواند بر پایبندی به درمان نقش موثری داشته باشد. این مقوله سه مقوله سازمان‌دهنده را در بر می‌گیرد: (الف) نگرانی و اعتراضات خانوادگی که شش مقوله مرتبه را در بر می‌گیرد: (۱) ترس از فروپاشی خانواده؛ (۲) ترس از مطلع شدن خانواده؛ (۳) ترس از الگوپذیری فرزند؛ (۴) ترس از آینده فرزند؛ (۵) طرد شدن توسط خانواده؛ (۶) اعتراض خانواده به مصرف؛ (ب) حمایت فرد بیمار از سمت خانواده که حاوی ۶ مقوله‌ی مرتبه اول است: (۱) حمایت مالی خانواده؛ (۲) پذیرش از سوی خانواده؛ (۳) جلب اعتماد خانواده؛ (۴) حمایت عاطفی؛ (۵) کاهش کنترل از سوی خانواده؛ (۶) کاهش شماتت از طرف خانواده؛ (ج) حمایت خانواده از سمت فرد بیمار که پنج مقوله‌ی مرتبه اول را در بر می‌گیرد: (۱) جلب رضایت خانواده؛ (۲) حمایت مالی از خانواده؛ (۳) بودن در کنار خانواده؛ (۴) ارزش قائل شدن برای خانواده؛ (۵) داشتن ارتباط موثر با خانواده؛ که همگی علل پایبندی به درمان را نشان می‌دهند.

مقوله اصلی پایبندی به درمان با توجه به علل رفتاری: در تحلیل مضمون مصاحبه‌ها مشخص شد که یکی دیگر از مقوله‌های اصلی در پایبندی به درمان علل رفتاری است. این مقوله به ویژگی‌های رفتاری در فرد اشاره دارد و فرد را مستعد عدم استفاده از مواد مخدر می‌کند و شامل سه مقوله‌ی سازمان‌دهنده است: (الف) رفتارهای رضایت‌بخش دوره درمان که در بردارنده شانزده مقوله مرتبه اول است: (۱) بازیابی توانایی جسمی؛ (۲) مدیریت زمان؛ (۳) تنظیم هیجانات و احساسات؛ (۴) کاهش علائم محرومیت؛ (۵) نداشتن درگیری فکری؛ (۶) نرفتن به مکان مصرف؛ (۷) بالا رفتن سطح عملکرد؛ (۸) توانایی انجام کار؛ (۹) کنترل خشم؛ (۱۰) داشتن بینش و آگاهی؛ (۱۱) تنظیم شدن مکانیزم خواب و بیداری؛ (۱۲) کاهش وسوسه با بالا بردن دوز دارو؛ (۱۳) عدم نیاز به مکان مصرف؛ (۱۴) پذیرش خود؛ (۱۵) عدم اهمال کاری؛ (۱۶) مطلع نشدن دیگران از مصرف؛ (ب) خصوصیات رفتاری که شامل دو مقوله مرتبه اول بود: (۱) داشتن اراده؛ (۲) تمایل به قطع مصرف؛ (ج) کنترل رفتارهای اذیت‌کننده دوره بیماری که شامل چهارده مقوله مرتبه اول بود: (۱) عدم توانایی

انجام کار؛ ۲) درماندگی؛ ۳) اجبار به مصرف؛ ۴) درگیری فکری؛ ۵) عدم کنترل رفتار؛ ۶) شکست در زندگی؛ ۷) ارتباط با ساقی؛ ۸) احساس یاس و ناامیدی؛ ۹) مشکل در میل جنسی؛ ۱۰) نوسانات شدید خلقی؛ ۱۱) عدم ابراز وجود؛ ۱۲) نداشتن بینش و آگاهی؛ ۱۳) نداشتن قدرت تصمیم‌گیری؛ ۱۴) اهمال کاری.

مقوله اصلی پایبندی به درمان با توجه به علل معنوی: عوامل معنوی یکی دیگر از عوامل پایبندی به درمان شامل یک مقوله‌ی سازمان‌دهنده بود: (الف) معنویت‌گرایی، که به بررسی این مطلب می‌پردازد که چه عوامل معنوی می‌تواند سبب پایبندی به درمان گردد. معنویت‌گرایی شامل پنج مقوله‌ی مرتبه‌ی اول بود: ۱) توکل و توسل به خداوند؛ ۲) تقویت ایمان؛ ۳) حضور خدا در تمام مراحل زندگی؛ ۴) دریافت نیرو از سوی خداوند؛ ۵) داشتن اراده ترک از جانب خدا.

مقوله اصلی پایبندی به درمان با توجه به علل اجتماعی: تحلیل مضمون مصاحبه‌ها مشخص کرد که مقوله‌ی دیگری از مقوله‌های اصلی پایبندی به درمان عوامل اجتماعی است که شامل دو مقوله‌ی سازمان‌دهنده شامل: (الف) روابط اجتماعی تعاملی که شامل پنج مقوله‌ی مرتبه اول می‌باشد: ۱) دریافت اعتبار؛ ۲) پذیرش در جامعه؛ ۳) جلب رضایت و اعتماد دیگران؛ ۴) نداشتن ارتباط با ساقی؛ ۵) دریافت احترام. مقوله سازمان‌دهنده دوم: (ب) قضاوت‌های اجتماعی که شامل سه مقوله‌ی مرتبه اول می‌شود: ۱) ترس از اخراج از کار؛ ۲) ترس از مجرم شناخته شدن؛ ۳) ترس از مطلع شدن دیگران.

مقوله اصلی پایبندی به درمان با توجه به زندگی شخصی: تحلیل مضمون مصاحبه‌ها مشخص کرد که مقوله‌ی دیگری از مقوله‌های اصلی پایبندی به درمان با توجه به زندگی شخصی است که با توجه به ویژگی‌های زندگی شخصی، فرد به درمان خود پایبند می‌ماند این مقوله اصلی در بردارنده یک مقوله سازمان‌دهنده بود: (الف) هدف‌سازی برای زندگی، که دو مقوله‌ی مرتبه اول را در بر می‌گرفت: ۱) ایجاد هویت جدید؛ ۲) میل به تشکیل زندگی.

مقوله اصلی پایبندی به درمان با توجه به نوع درمان: تحلیل مضمون مصاحبه‌ها مشخص کرد که مقوله‌ی دیگری از مقوله‌های اصلی پایبندی به درمان، نوع درمان است که با توجه

به ماهیت درمان شامل یک مقوله سازمان‌دهنده می‌باشد که عبارت است از: (الف) رویکرد درمان نگهدارنده با متادون که خود شامل پنج مقوله‌ی مرتبه اول است: (۱) انزجار از مواد؛ (۲) کامل شدن فرایند درمان؛ (۳) کاهش عوارض دارویی؛ (۴) کاهش هزینه‌ی مصرف؛ (۵) دسترسی راحت به دارو.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مطالعه کیفی عوامل مؤثر بر پابندی به درمان در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون در شهر اصفهان بود. تحلیل مضمون نشان داد که عوامل پابندی معتادان به درمان نگهدارنده با متادون در شش مقوله اصلی دسته‌بندی می‌شود که عبارتند از: (۱) پابندی به درمان با توجه به عوامل خانوادگی در قالب سه مقوله سازمان‌دهنده نگرانی و اعتراضات خانوادگی، حمایت فرد معتاد از سمت خانواده و حمایت خانواده از سمت فرد بیمار، (۲) پابندی به درمان با توجه به عوامل رفتاری در قالب سه مقوله سازمان‌دهنده حمایت خانواده از سمت فرد بیمار، رفتارهای رضایت‌بخش دوره درمان و خصوصیات رفتاری، (۳) پابندی به درمان با توجه به عوامل معنوی که حاوی یک مقوله سازمان‌دهنده معنویت‌گرایی بود؛ (۴) پابندی به درمان با توجه به عوامل اجتماعی که از دو مقوله سازمان‌دهنده قضاوت اجتماعی و روابط اجتماعی تشکیل شده بود؛ (۵) پابندی به درمان با توجه به زندگی شخصی که از یک مقوله‌ی سازمان‌دهنده هدف‌سازی برای زندگی برخوردار بود؛ (۶) پابندی به درمان با توجه به نوع درمان که شامل مقوله‌ی سازمان‌دهنده رویکرد درمان نگهدارنده با متادون بود.

اگرچه پژوهشی تاکنون به عوامل پابندی به درمان در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون نپرداخته است، اما پژوهش‌های محدودی در این زمینه انجام شده است. فیضی‌منش و یاراحمدی (۱۳۹۶) به بررسی تأثیر درمان نگهدارنده با متادون بر کارکردهای شناختی مصرف‌کنندگان مواد مخدر افیونی در زندان مرکزی همدان پرداختند. یافته‌ها نشان داد که کارکردهای شناختی در گروه شاهد با گروه تحت درمان با متادون تفاوت معناداری نداشتند، اما هر دو گروه شاهد و گروه تحت درمان با متادون با گروه وابسته به مواد مخدر افیونی تفاوت معناداری داشتند. نتایج پژوهش بیانگر این موضوع است که

درمان نگهدارنده با متادون بر بهبود کارکردهای شناختی (حافظه و توجه انتخابی) افراد وابسته به موادمخدر تأثیر گذار است.

نتایج تحقیقات دولان^۱ و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که درمان متادون به طور معناداری با کاهش رفتارهای پر خطر نظیر مصرف تزریقی، اشتراک وسایل تزریقی، و رفتارهای جنسی نایمن همراه بوده است. نتایج تحقیقات مدنی فرد، مظاهری و الله‌بیگدلی (۱۳۹۸) نشان داد که اگر چه متادون و بوپرنورفین منجر به نقصان در کنش‌های عصب اجرایی و تنظیم هیجانی می‌گردند اما به نظر می‌رسد بوپرنورفین برای حفظ کارکردهای شناختی در طول درمان معنادار داروی بهتری است. نتایج تحقیقات کیانی و محمدی (۱۳۹۶) نشان داد که درمان نگهدارنده با متادون به عنوان یکی از روش‌های مناسب برای ترک مواد و ماندگاری و کاهش رفتارهای پر خطر می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. پژوهش کارکی، شرتا، هیدو-مدینا و کوپنهاور^۲ (۲۰۱۶) نشان داد که پس از شرکت در برنامه متادون درمانی میزان رفتارهای پر خطر در آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشته است. نمازیور، رادفر، قوامی و شیخی (۱۳۹۶) در بررسی اثربخشی مدل پیگیر بر لغزش و اشتیاق بیماران تحت درمان با متادون به این نتیجه رسیدند که اجرای مدل مراقبت پیگیر در کاهش لغزش و اشتیاق بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون مؤثر بوده است. نتایج تحقیقات لطفی کاشانی، مجتبابی و منصور (۱۳۹۲) نشان داد که بین اثر بخشی متادون درمانی و درمان شناختی رفتاری و روش ترکیبی بر میزان افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد، بنابراین هر دو شیوه‌ی درمانی بر بهبود افسردگی مؤثر واقع می‌شود. نتایج تحقیقات توصیفیان، قادری‌بگه‌جان، خالدیان و فرخی (۱۳۹۶) نشان داد که کارکرد خانواده و خودشفقت‌ورزی عامل مهمی در ایجاد ولع و عود مصرف مواد معنادار می‌باشد، از این رو توجه به نقش کارکردهای خانواده و همبسته‌های آن در مسیر درمان امری ضروری است. روحانی، سالاریه، صالح و خیرخواه (۱۳۹۱) در بررسی تاثیر درمان نگهدارنده با متادون بر کیفیت زندگی نشان داد که دارو درمانی و بهره‌گیری

1. Dolan,

2. Karki, Shrestha, Huedo-Medina & Copenhaver

از متادون درمانی می‌تواند یک شیوه‌ی مناسب برای معالجه افراد وابسته به مواد مخدر بوده و می‌تواند سبب بهبود چشم‌گیری در بهبود کیفیت زندگی آن‌ها شود. دیو^۱ و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند که والدین خوب بودن برای فرزندان خود تاثیر مثبتی بر پایداری درمان دارد. نتایج پژوهش فرن و مک‌الروی^۲ (۲۰۱۰) نشان داد که در دوره‌ی پاک‌ی رفت و آمد با افرادی که الکل یا مواد مصرف می‌کنند تاثیر زیادی در بازگشت عود داشت. نتایج پژوهش اختری، خدایی، زرگر و فیض‌اللهی (۱۳۹۵) نشان داد که حمایت اجتماعی نقش مؤثری در پیشگیری از بازگشت به اعتیاد افراد وابسته به مصرف تحت درمان دارد. در پژوهش چونگ و لوپز^۳ (۲۰۰۸) ویژگی‌هایی مانند روابط مثبت خانوادگی، ارتباط کمتر با افراد منفی، خودکارآمدی و اعتماد به نفس در پرهیز از مصرف مواد نقش مهمی دارد.

یکی از مقوله‌های اصلی بر آمده از تحلیل داده، پایبندی به درمان اعتیاد با توجه به علل خانوادگی است که نشان می‌دهد علل خانوادگی شامل سه مقوله‌ی سازمان‌دهنده نگرانی و اعتراضات خانوادگی و حمایت فرد بیمار از سمت خانواده و حمایت خانواده از سمت فرد بهبود یافته باعث پایبندی به درمان اعتیاد شده است. مقوله سازمان‌دهنده نگرانی و اعتراضات خانوادگی به عواملی اشاره دارد که در یک خانواده طرد شدن توسط خانواده باعث عدم ارتباط مناسب با خانواده شده و این ارتباط منفی و طرد شدن از سوی خانواده باعث اقدام به ترک و پایبندی به درمان خواهد شد. برای مثال ترس از مطلع شدن خانواده و ترس از فروپاشی خانواده، باعث می‌شود که شخص اقدام به ترک کند. این نکته نشان می‌دهد که خانواده هنوز برای فرد از جذابیت برخوردار است که مایل نیست به خاطر اعتیاد دچار فروپاشی شود. در واقع جو خانواده می‌تواند بر تلاش برای ترک اعتیاد و پایبندی بر درمان تاثیر گذار باشد. مثلاً زمانی که فرزندان از اعتیاد پدر ناراحت هستند و پدر را عامل اصلی سرافکنندگی خود می‌دانند و همچنین والدینی که همواره دغدغه آینده فرزندان و همچنین آینده زندگی خود را دارند در تلاش برای ترک کردن مصمم‌ترند، زیرا همواره ترس این را دارند که فرزندان‌شان از آن‌ها الگو بپذیرند و آینده‌ای مانند آن‌ها

1. Dew

2. Farren & McElroy

3. Chong & Lopez

خواهند داشت. بنابراین برای ترک اعتیاد خود تلاش می‌کنند برای مثال علی می‌گوید: ((واقعاً اگر خانواده‌ام بفهمند قطعاً زندگیم از هم پاشیده می‌شود پسر خواهرزنمو دیدم که مصرف‌کننده هست و وقتی فهمیدن چی به سرش آوردن و واقعاً ترسیدم چون من زندگیمو به همین راحتی به دست نیاورده بودم که بخوام به راحتی از دست بدم)).

در مقوله اصلی عوامل پایبندی به درمان با توجه به علل خانوادگی یکی دیگر از مقوله‌های سازمان‌دهنده مقوله‌ی حمایت فرد بیمار از سمت خانواده بود که نشان می‌دهد چه عوامل حمایتی از سوی خانواده می‌تواند موجب پایبندی به درمان شود. به طور مثال حمایت عاطفی خانواده و پذیرش در خانواده، کاهش کنترل از سوی خانواده و ایجاد اعتماد از سوی خانواده می‌تواند باعث ایجاد انگیزه و پایبندی به فرایند درمان شود. باید توجه داشت که خانواده نباید از حمایت‌های خود فروگذار شود زیرا حمایت‌ها می‌تواند مشوق و محرک خوبی برای قدم گذاشتن در مسیر ترک و ادامه دادن به این مسیر باشد. اگر به هر دلیلی فردی از اعضای خانواده دچار اعتیاد به مواد مخدر شده باشد باز هم اعضای خانواده هستند که با حمایت‌های سالم خود می‌توانند درمان اعتیاد را تسهیل و تسریع کنند. به تجربه ثابت شده است بسیاری از معتادانی که قادر به ترک مستمر شده‌اند اغلب از حمایت خانوادگی مناسب برخوردار بوده‌اند و در رابطه نزدیک با خانواده خود قرار داشته‌اند. در واقع وجود زمینه‌های مناسب در خانواده شرط مهمی در درمان اعتیاد می‌باشد و چنانچه حمایت خانواده نباشد، رفتار اعتیادی نیز ادامه پیدا خواهد کرد برای مثال محمد می‌گوید: ((خانواده کمتر می‌گن کجا میری با کی میری راحت شدم میدونند دارم ترک می‌کنم و سربه‌سرم نمی‌گذارند)).

سومین مقوله سازمان‌دهنده پایبندی با توجه به علل خانوادگی حمایت خانواده از سمت فرد بهبود یافته است. این موضوع بیانگر این مطلب است که چه حمایت‌هایی از سمت فرد بهبود یافته می‌تواند علل پایبندی به درمان شود. برای مثال بودن در کنار خانواده، داشتن ارتباط موثر با خانواده، جلب رضایت خانواده و حمایت مالی از خانواده از عوامل حمایتی از سوی بیمار می‌باشد. حمایت‌ها فقط از سمت خانواده و دوستان به سمت فرد معتاد نیست که می‌تواند محرک ترک اعتیاد باشد بلکه حمایت و دلبستگی فرد معتاد به خانواده نیز

می‌تواند او را به سمت ترک اعتیاد تشویق کند. مثلاً فرد معتادی که همواره دغدغه‌ی پدر و مادر و همسر خود را دارد و می‌داند با اعتیاد خود به آن‌ها آسیب می‌زند و آنان را سرافکنده می‌کند صددرصد اگر به خانواده خود دلبستگی داشته باشد و در زندگی خود برای اعضای خانواده ارزش قائل باشد به دنبال ترک اعتیاد خواهد رفت تا بتواند روح تازه‌ای به اعضای خانواده خود ببخشد برای مثال حسین می‌گوید: «اما الان خیلی شب‌ها زودتر می‌روم به خانه و با پسرم بازی می‌کنم».

یکی دیگر از مقوله‌های اصلی پایبندی به درمان عوامل رفتاری بود. یکی از مقوله‌های سازمان‌دهنده در این حیطه، رفتارهای رضایت‌بخش دوره درمان است که به بررسی عوامل رفتاری رضایت‌بخش در زمان بهبودی می‌پردازد به عنوان مثال بازیابی توانایی جسمی، تنظیم هیجانات و احساسات، کاهش علائم محرومیت، بالا رفتن سطح عملکرد، داشتن بیش و آگاهی و عدم اهمال کاری باعث می‌شود که فرد از شرایط خود احساس رضایتمندی داشته باشد و این احساس سبب پایبندی به درمان می‌شود. زمانی که فرد دوره‌های درمان اعتیاد خود را پشت سر می‌گذارد متوجه بهبود در شرایط زندگی فردی و خانوادگی، بهبود موقعیت اجتماعی، دریافت عزت و اعتماد هم در خانواده و هم در جامعه می‌شود و این حس به فرد معتاد قوت بیشتری برای پیمودن این مسیر می‌دهد. برای مثال عباس می‌گوید: «همیشه امروز و فردا می‌کردم اما الان نه، نهایتاً یکی دو روز کارام عقب بیفته اما در نهایت انجامش می‌دهم».

دومین مقوله سازمان‌دهنده در این حیطه، خصوصیات رفتاری است باید توجه داشت که خصوصیات رفتاری فرد معتاد می‌تواند در بهبود شرایط معتاد نقش موثری داشته باشد مثلاً فردی که دارای اراده و پشتکار است و تمایل به بهبودی دارد خیلی سریعتر می‌تواند اوضاع خود را بهبود ببخشد. برای مثال رضا می‌گوید: «اوادم دارو درمانی خودم خواستم و اراده کردم که پیام ترک کنم».

سومین مقوله سازمان‌دهنده در مقوله اصلی پایبندی به درمان با توجه به عوامل رفتاری، رفتارهای اذیت‌کننده دوره بیماری است که نشان می‌دهد نجات از رفتارهای اعتیادی دوران مصرف باعث پایبندی به درمان می‌شود. رفتارهای اذیت‌کننده دوره اعتیاد می‌تواند

شامل نوسانات شدید خلقی، نداشتن بینش و آگاهی، اهمال کاری، عدم توانایی انجام کار و نداشتن قدرت تصمیم‌گیری باشد. اینها اگر کم باشد فرد با آنها کنار می‌آید ولی وقتی تمامی این حس‌ها وجود فرد معتاد را در برمی‌گیرد، فرد معتاد از شرایط خود احساس ناراحتی می‌کند و دوست دارد هرچه سریع‌تر از شرایط موجود رهایی یابد به همین دلیل برای رهایی از شرایط موجود در مسیر ترک اعتیاد قدم می‌گذارد. امیرمی‌گوید: ((نمی‌تونستم کار کنم امروز و فردا می‌کردم برای انجام کارام)).

یکی دیگر از مقوله‌های اصلی پایبندی به درمان با توجه به علل معنوی بود. معنویت با افزایش توانایی درونی به شخص کمک می‌کند تا در استرس‌های شدید بتواند جایگاه خود را در زندگی پیدا کند. باورها و اعتقادات معنوی افراد در مقابله با مشکلات زندگی به آنان کمک می‌کند و به زندگی آنان معنی و مفهوم بخشیده است. با توجه به پیامدهای اعتیاد، طلب یاری از خداوند راهبرد موثری در برابر میل به مصرف مجدد است. برای مثال علی می‌گوید: ((واجبات رو انجام نمی‌دهم اما همیشه بهش توکل می‌کنم می‌دونم بنده‌هاشو تنها نمی‌گذارد)).

یکی دیگر از مقوله‌های اصلی پایبندی به درمان اعتیاد با توجه به عوامل اجتماعی بود که اشاره به آن دارد که در یک جامعه چه عوامل زمینه‌سازی در پایبندی به درمان در بین بهبود یافتگان موثر است. یکی از مقوله‌های سازمان‌دهنده‌ی آن قضاوت‌های اجتماعی است. فرد معتاد فقط از طریق خانواده سرزنش و طرد نمی‌شود بلکه جامعه نیز با دید بدی به این قشر از جامعه نگاه می‌کند. این طرد شدن تا جایی پیش می‌رود که فرد عزت، احترام و اعتماد خود را از دست می‌دهد و به واسطه آن شغل خود را نیز از دست می‌هد اما این تنها بخش طرد شدن از جامعه نیست، بلکه معتاد در شرایط و جایگاهی قرار می‌گیرد که احساس می‌کند دارند به او توهین می‌کنند و شخصیت او را زیر سوال می‌برند. اخراج از کار، تحقیر شدن و مجرم شناخته شدن از سوی جامعه باعث می‌شود که افراد از مشارکت کامل در جامعه محروم شوند در نتیجه از داشتن فرصت‌های اقتصادی و سیاسی و اجتماعی که پیش روی اکثر جمعیت است باز داشته شوند. این عدم مشارکت و قطع ارتباط پیوندهای اجتماعی در نهایت باعث گم کردن هویت، هدف و احساس تنهایی در فرد طرد

شده می‌شود. طرد اجتماعی و تحقیر شدن و حس ناشی از آن معتاد را در یک بی‌هویتی و محرومیت مضاعف فرو می‌برد طوری که اغلب برای رهایی خودش از این وضعیت تصمیم به درمان و پابندی به آن می‌گیرد. برای مثال حسن می‌گوید: ((الان اگر منو با دارو بگیرند نمی‌ترسم چون مجرم نیستم و تحت دارو درمانی هستم)).

ارتباطات اجتماعی تعاملی مقوله‌ی سازمان‌دهنده‌ی دیگر در این حیطه بود که نشان می‌دهد افراد به واسطه روابط اجتماعی که در جامعه با یکدیگر برقرار می‌کنند و همچنین به واسطه دریافت اعتبار و پذیرش در جامعه و دریافت احترام از سوی دیگران، به سرعت به سمت ترک اعتیاد پیش می‌روند تا بتوانند گذشته خود را جبران کنند و دیگر وارد وادی اعتیاد نشوند. زیرا همواره می‌خواهند عزت و احترام خود را در جامعه از دست ندهند. برای مثال رحیم می‌گوید: ((به خدا پشت سرم نماز می‌خوانند این قدر قبولم دارند)).

مقوله پنجم که در این پژوهش شناسایی شد مقوله اصلی پابندی به درمان با توجه به زندگی شخصی بود. برخی از افراد خیلی ساده‌لوحانه وارد ماجرای اعتیاد می‌شوند. آن‌ها به صورت تفریحی که لحظه‌ای خوش بگذرانند یا در زمان حال بهبودی یابند مواد مصرف می‌کنند، اما با ادامه یافتن چندباره مصرف مواد دیگر نمی‌توانند آن را ترک کنند و زمانی خود را می‌یابند که گرفتار مواد شده‌اند و توانایی اداره خود و زندگی را از دست داده‌اند. این افراد احساس درماندگی می‌کنند زیرا همواره در سر خود اهدافی داشته‌اند که به آن‌ها نرسیده‌اند بنابراین برای دستیابی به اهدافی از قبیل میل به تشکیل خانواده، ایجاد هویت جدید در زندگی درصدد ترک اعتیاد خود برمی‌آیند و معمولاً افرادی که با چنین هدف‌هایی به دنبال ترک اعتیاد می‌روند به این دلیل که نابودی را در زندگی خود احساس می‌کنند در ترک اعتیاد خود موفق‌تر هستند. برای مثال امیر می‌گوید: ((با خودم فکر می‌کنم یعنی می‌خوام همینطور بمیرم نمی‌خوام یه بچه‌ای داشته باشم)).

آخرین مقوله اصلی شناسایی شده پابندی به درمان با توجه به نوع درمان است که مقوله سازمان‌دهنده‌ی آن رویکرد درمانی است، که افراد معمولاً با توجه به شرایط زندگی و شغلی خود نوعی از درمان که احساس می‌کنند برای آنها موثرتر است و می‌توانند در

کنار پرداختن به درمان به زندگی شخصی خود برسند انتخاب می‌کنند. این درمان با کامل شدن فرایند درمان و ایجاد بیزاری از مواد، دسترسی راحت به داروها و کاهش عوارض مصرف و کاهش هزینه مصرف سبب ایجاد پایداری به درمان می‌شود. به عنوان مثال حمید می‌گوید: ((کسی که دارو مصرف می‌کند خیلی کم بیش میاد بره و دوباره مصرف کنه چون تنفر ایجاد می‌کنه)). با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت که اثرات متادون درمانی زمانی تثبیت و مؤثر واقع می‌شود که در کنار آن مداخله‌های خانوادگی، اجتماعی، معنوی، تغییر سبک زندگی و عوامل رفتاری نیز مورد توجه قرار گیرد.

این پژوهش هم‌چون سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت. در پژوهش کیفی امکان دخالت پیش‌فرض‌های پژوهشگر ممکن است نتایج پژوهش را دچار مشکل کرده و آن را خدشه دار کند که در این تحقیق تلاش شد تا حد امکان به دور از جهت‌گیری انجام گیرد. عدم دسترسی به معتادان زن در پژوهش و همکاری نکردن آنها از جمله دیگر محدودیت‌ها بود. همچنین نتایج این پژوهش متکی بر داده‌هایی است که در فرایند انجام مصاحبه‌ها با تعداد محدودی از معتادان به دست آمد از این رو این نتایج تا حد زیادی وابسته به پارادایم‌های ذهنی این معتادان است. پیشنهاد می‌شود با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش، درمان اعتیاد مستلزم حمایت سالم و واکنش مناسب اعضای خانواده فرد معتاد به اعتیاد، روند درمان، مراقبت بعد از درمان و دوران بهبودی کامل می‌باشد و درمانگر اعتیاد این عوامل را مدنظر قرار دهد. توصیه می‌شود خانواده‌ها از طریق ایجاد شوق و امید در فرد معتاد و آگاه کردن وی از عواقب رفتارش و حمایت و پشتیبانی از او مسیر ترک را هموار کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود با توجه به تفاوت‌های فردی و خانوادگی باید آموزش مهارت‌هایی مانند نه گفتن از سن کم و ابتدایی به کودکان مد نظر قرار گیرد. اعتیاد نه مشکل اخلاقی و نه ضعف اراده است، بلکه بیماری جسمی و روانی با پیامدهای اجتماعی است. با عوض شدن تعریف اعتیاد از جرم به بیماری نوع برخورد با معتادان نیز از برخورد قهر آمیز باید به برخورد ترحم آمیز و حمایت شونده مبدل گردد تا از طریق حمایت و پذیرش از سوی جامعه بتوانند به فرایند درمان پایبند شوند. پیشنهاد می‌شود که در

پژوهش‌های بعدی تفاوت پابندی به ترک در بین معتادان براساس متغیرهای جمعیت شناختی مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری‌های کلینیک‌های ترک اعتیاد که در اجرا و انجام پژوهش ما را یاری نمودند و همچنین کلیه افراد شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- اختری، فرزاد؛ خدایی، امه؛ یاقوتی زرگز، حسن و فیض‌اللهی، سارا (۱۳۹۵). مروری بر نقش حمایت اجتماعی در پیش‌بینی بازگشت اعتیاد. *مجله‌ی سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳(۱۰)، ۵۴-۳۳.
- بیگی، علی؛ محمدی فر، محمد علی؛ فراهانی، محمد نقی و محمدخانی، شهرام (۱۳۹۰). مقایسه سبک‌های مدارا با استرس و سطح امیدواری بین اعضای انجمن معتادان گمنام و معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۵(۲۰)، ۷۳-۵۵.
- توصیفیان، نگین؛ قادری بگه‌جان، کاوه؛ خالدیان، کاوه و فرجی، نورعلی (۱۳۹۶). مدل یابی ساختاری کارکرد خانواده و ولع و صرف مواد در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون با تاکید بر نقش واسطه‌ی خود شفقت ورزی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۴)، ۲۲۶-۲۰۹.
- روحانی، صمد؛ سالاریه، ایرج؛ عابدی، صالح و خیرخواه، فرزاد (۱۳۹۱). بررسی تاثیر درمان نگهدارنده متادون بر کیفیت زندگی. *مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۲(۸۷)، ۵۵-۴۷.
- شاطریان، محسن؛ منتی، رستم؛ کسانلی، عزیز و منتی، والیه (۱۳۹۳). عوامل مرتبط با عود اعتیاد در بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر ایلام. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲(۶)، ۱۷۳-۱۶۵.
- فیضی منش، بهزاد؛ یاراحمدی، یحیی (۱۳۹۶). تأثیر درمان نگهدارنده با متادون (MMT) بر کارکردهای شناختی مصرف کنندگان مواد مخدر افیونی در زندان مرکزی همدان. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۷(۱۴)، ۱-۸.
- جیمز سادوک، بنجامین؛ آلکوت سادوک، ویرجینیا؛ روئیز، پدرو (۱۳۹۶). خلاصه روانپزشکی، ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۶). تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۳)
- کیانی، ژاله و محمودی، گلاویژ (۱۳۹۶). اثر بخشی درمان نگهدارنده متادون بر کاهش رفتارهای پرخطر و پیشگیری از عود مصرف در مردان ساکن شهید کرمانشاه. *مجله‌ی جامعه*، ۱۱(۱)، ۴۸-۴۰.
- گنجی، محمد (۱۳۹۲). *آسیب‌شناسی روانی براساس DSM-5*. جلد دوم، تهران: ساوالان.

لطفی کاشانی، فرح، مجتبیایی، مینا و منصور، علی مهدی (۱۳۹۲). مقایسه‌ی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری، متادون درمانی و روش ترکیبی بر بهبود افسردگی معتادان تحت درمان. *مجله‌ی روانشناسی کاربردی*، ۱۴(۵۴)، ۲۵-۱۸.

مدنی فرد، مهدی؛ مظاهری، مهرداد و الله بیگدلی، ایمان (۱۳۹۷). ارزیابی کارکردهای عصب شناختی و هیجانی در معتادان تحت درمان با متادون و بوپرنورفین. *مجله‌ی شفای خاتم*، دوره ۶ (۳)، ۱۰-۱.

مریدی، مینو؛ خوش‌روش، سحر؛ نوری، رقیه و پاشایی، طاهره (۱۳۹۶). سبک‌های عود در میان مصرف کنندگان مواد مخدر و محرک‌ها. *مجله‌ی علمی پژوهشی اعتیاد*، ۱۵(۳)، ۱۵-۱۰. نبوی، سید حسین (۱۳۹۶). بررسی فراوانی و عوامل موثر بر پابندی به درمان نگهدارنده با متادون در مراجعین به مراکز ترک اعتیاد سیرجان. پایان نامه دکترا، رشته MPH پزشکی خانواده، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

نمازپور، جواد؛ رادفر، مولود؛ قوامی، هاله و شیخی، ناصر (۱۳۹۶). بررسی مدل اثربخشی مدل مراقبت پیگیر بر لغزش و اشتیاق بیماران نگهدارنده با متادون. *مجله‌ی دانشگاه پرستاری ارومیه*، ۱۵(۲)، ۱۳۸-۱۲۷.

یزدانی، فاطمه (۱۳۹۰). مقایسه حمایت اجتماعی بین افرادی که پس از قطع مصرف مواد عود داشته‌اند با افرادی که عود نداشته‌اند در کمپ تولد دوباره شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته‌ی مددکاری اجتماعی، چاپ نشده، دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی.

References

- Brugal, M. T., Domingo, A., Puig, R., Barrio, G., Garcia, DO., Fuente, L. (2005). Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Journal Addiction*, 2, 981-989.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006), "Using thematic analysis in psychology", *Qualitative Research in Psychology*, 3, (2), 77-101.
- Chong, J., & Lopez, D. (2008). Predictors of relapse for American Indian women after substance abuse treatment. American Indian and Alaska Native Mental Health Research, *the Journal of the National Center*, 14(3), 24-48.
- Dolan, K. A., Shearer, I., MacDonald, M., Matrick, R. P., Hall, W., Woduk, A. D. (2003). A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system, *Drug and alcohol dependence*, 72(1), 59-65.
- Drummond, C. D. (2007). *psychosocial interventions in pharmacotherapy of opioid dependence: a literature review*. new York: University of London.
- Dean, A J., Bell, J., Christie, M., Mattick, R. (2004). Depressive symptoms During Buprenorphine vs. Methadone Maintenance: Findings from a Randomised, controlled Trial in opioid dependence. *Journal European Psychiatry*, 19, 510-513

- Diclemente, C. C. (2018) . *Addiction and change: how addictions develop and addicted people recover*. Guilford Publications.
- Dew, M. A., DiMartini, A. F., Steel, J., De Vito Dabbs, A., Myaskovsky, L., Unruh, M., & Greenhouse, J. (2008). Meta analysis of risk for relapse to substance use after transplantation of the liver or other solid organs, *Liver transplantation*, 14(2), 159-172.
- Ddyel, D. C., Marlatt, A. (2006) . *Overcoming Your Alcohol or Drug Problem: Workbook: Effective recovery strategies (2end)*. Oxford University Press.
- Farren, C. K., & McElroy, S. (2010). Predictive factors for relapse after an integrated inpatient treatment programme for unipolar depressed and bipolar alcoholics, *Alcohol and Alcoholism*, 45(6), 527-533.
- Landy, R. J. (2017). The Love and Marriage of Psychodrama and DramaTherapy . *The Journal of Psychodrama, Sociometry, and Group Psychotherapy*, 65(1), 33-40.
- Mattick R P, Breen C, Kimber J, Davoli M. (2014) Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD002207. DOI: 10.1002/14651858.CD002207.pub4.
- Maremmani, I., Pani, P. P., Pacini, M., Perugi, G. (2007). Substance use and quality of life over 12 month Among buprenorphin maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin addicted patients. *Journal Substance Abuse Treatment*, 4 (33), 41-48.
- Karki, P., Shrestha, R., Huedo-Medina, T. B., Copenhaver, M. (2016). The Impact of Methadone Maintenance Treatment on HIV Risk Behaviors among High-Risk Injection Drug Users: A Systematic Review. *Evidence-based Public Health*, 2:e1229.
- Tam, H. L., Shik, A. W. Y., & Lam, S. S. L. (2016). Using expressive arts in relapse prevention of young psychotropic substance abusers in Hong Kong. *Children and Youth Services Review*, 60, 88-100.
- Riksheim, M., Gossop, M., Clausen, T. (2014). From methadone to buprenorphine: changes during a 10year period within a national opioid maintenance treatment programme, *Journal of substance abuse treatment*, 46(3), 291-294.