

ارتباط سواد سلامت با انگیزه های درمان نگهدارنده با متادون در افراد مبتلا به اختلال

مصرف مواد: یک مطالعه مقطعی

رحمن پناهی^۱، کیهان جوانمردی^۲، محمد هادی سروری^۳، سمیرا قیومی اول نوقایی^۴

۱- مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

۳- مربی پرستاری مراقبت های ویژه، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی قائن، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

۴- دانشجوی دکتری سلامت در بلایا و فوریت ها، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۵- گروه هوشبری، دانشکده علوم پزشکی قاین، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند، بیرجند، ایران

DOI: [10.18502/ijre.v22i2.22726](https://doi.org/10.18502/ijre.v22i2.22726)

چکیده

اطلاعات مقاله

مقدمه و اهداف: سواد سلامت بر میزان اعتیاد، موثر است. از طرفی، درمان نگهدارنده با متادون یکی از شناخته شده ترین روش های دارودرمانی برای مصرف کنندگان مواد است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط انگیزه های درمان نگهدارنده با متادون با سواد سلامت در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام شد.

روش کار: در یک پژوهش مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی، ۲۳۰ نفر از معتادان واجد شرایط مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان قاینات، در سال ۱۴۰۳ از طریق نمونه گیری خوشه ای یک مرحله ای برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل مشخصات دموگرافیکی زمینه ای، پرسشنامه سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی (HELIA) و پرسشنامه سنجش انگیزه های درمان نگهدارنده با متادون بود. داده ها با به کارگیری نسخه ۲۳ نرم افزار SPSS و آمارهای توصیفی و رگرسیون لجستیک، تحلیل شدند.

یافته ها: متغیرهای میزان تحصیلات ($P=0/021$ ، $OR=2/124$ ، $CI: 1/218-3/101$)، وضعیت استعمال قرص های روانگردان، ترامادول و ریتالین ($P=0/015$ ، $OR=1/371$ ، $CI: 1/019-1/791$) و میزان ماده مصرفی ($P=0/013$ ، $OR=2/336$ ، $CI: 1/131-3/457$ ، $P=0/009$) کافی ($OR=3/115$ ، $CI: 1/128-5/134$ ، $P=0/004$) به ترتیب ۱/۲۴۹، ۲/۳۳۶ و ۳/۱۱۵ برابر افراد با سواد سلامت-ناکافی بود.

نتیجه گیری: نظر به سطح متوسط انگیزه های درمان نگهدارنده با متادون، ارتقای آن بایستی در اولویت سیاستگذاران سلامت و مسئولان مراکز ترک اعتیاد قرار گرفته و در طراحی و اجرای برنامه های آموزشی جهت ارتقای آن، به معتادان با مشخصات زیر توجه ویژه ای مبذول گردد: سطح تحصیلات زیردیپلم، عدم استفاده از قرص های روانگردان، ترامادول و ریتالین، میزان مصرف پایین از مواد مخدر و سواد سلامت ناکافی.

مقدمه

پیچیده است که شدت آن با پیچیدگی و تنوع

عوامل اجتماعی اقتصادی فردی، پویایی سبک زندگی، فرآیندهای جهانی شدن و سایر عوامل تعیین می شود (۱). استعمال مواد مخدر مضر با صدها بیماری جسمانی و روانی مرتبط است و

استعمال مواد مخدر قانونی و غیرقانونی یکی از مسائل اصلی سلامت عمومی است که با پیامدهای منفی شدید برای سلامت افراد و جامعه، همراه است. استعمال مواد مخدر پدیده ای

استعمال مواد مخدر قانونی و غیرقانونی یکی از مسائل اصلی سلامت عمومی است که با پیامدهای منفی شدید برای سلامت افراد و جامعه، همراه است. استعمال مواد مخدر پدیده ای

استعمال مواد مخدر قانونی و غیرقانونی یکی از مسائل اصلی سلامت عمومی است که با پیامدهای منفی شدید برای سلامت افراد و جامعه، همراه است. استعمال مواد مخدر پدیده ای

بنابراین، در میان بزرگترین عوامل خطر برای ابتلا و مرگ و میر قابل پیشگیری، طبقه بندی می شود (۲). سوء مصرف مواد یکی از مشکلات اساسی در ایران است و کیفیت زندگی و ارزش های بنیادین جامعه مانند خانواده و معنویت را تهدید می کند و ناهنجاری ها و معضلات اجتماعی فراوانی را به همراه می آورد (۳). علی رغم تلاش های گسترده ای که در سراسر جهان برای کنترل مواد مخدر انجام شده است، شیوع استعمال مواد مخدر همچنان در حال افزایش است (۴). در مطالعه باغبانیان و همکاران، استعمال مواد مخدر در بین بزرگسالان برابر با ۱۵/۵ درصد برآورد شد (۵). این میزان در مطالعه فلاح زاده و همکاران برابر با ۸/۴ درصد بود (۶).

معتادان به مواد مخدر اغلب درباره ترک اعتیاد خویش تردید دارند. این تردید و احساس دودلی باعث می شود معتادان به سرعت درصدد درمان برنیایند یا حتی هرگز به درمان خویش نیندیشند. عده ای دیگر از معتادان نیز به این نتیجه می رسند که باید درمان شوند، اما خیلی زود از این فکر منصرف می شوند و فرآیند درمان را رها می کنند. بسیاری نیز به طور جدی می کوشند که خود را تغییر دهند، اما پس از مدتی عهد و پیمان خویش را می شکنند و مصرف مواد را از سر می گیرند (۷). درمان نگهدارنده با متادون یکی از شناخته شده ترین روش های دارودرمانی برای مصرف کنندگان مواد است (۸). برای بسیاری از افراد وابسته به مواد افیونی استفاده از متادون، درمان جایگزین مناسبی است، زیرا آنان می توانند با مصرف این

دارو تغییراتی در زندگی خود ایجاد نمایند و به فعالیت های اجتماعی خود برگردند (۹). در بین مصرف کنندگان مواد تحت درمان با متادون، کاهش مصرف مخفیانه مواد و مرگ و میر مشاهده شده است (۱۰). با این وجود، گزارشات و مطالعاتی وجود دارد که نشان داده است وابستگی به متادون و استفاده طولانی مدت از آن موجب بروز اختلالات شناختی در افراد مصرف کننده می شود و در دراز مدت این اختلالات شناختی موجب کاهش کارایی فردی، خانوادگی و اجتماعی مصرف کننده می گردد (۸).

در خصوص انگیزه های درمان نگهدارنده با متادون در بین معتادان، مطالعات بسیار محدودی انجام شده است. اورن و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که ۴ عامل انگیزه درونی، انگیزه بیرونی، کمک جویی بین فردی و بی اعتمادی از مهم ترین انگیزه های شروع و ادامه درمان اعتیاد به الکل و مواد بودند (۱۰). همچنین نتایج مطالعه کوک و همکاران نشان داد که انگیزه های جستجوی درمان در سطح متوسطی قرار داشته و عواملی مانند فقدان دانش در مورد اعتیاد و دسترسی به کمک حرفه ای، همراه با نگرانی هایی پیرامون انگ، به عنوان موانع قابل توجهی برای انگیزه جستجوی درمان در بین معتادان مطرح هستند (۱۱). در مطالعه باباخانیان و همکاران، عوامل انگیزشی موثر در ورود افراد معتاد به درمان نگهدارنده با متادون عبارت بودند از: کسب اطلاعات درباره درمان با متادون، مشاهده بهبودی در دوستان و آشنایان، تشویق

اعضای سالم خانواده، نیاز به مراقبت از خانواده و فرزندان، رفع عوارض جسمانی و روانی حاصل از مصرف افیون‌ها، و نارضایتی از سایر شیوه‌های رایج درمان وابستگی به مواد (۱۲).

شواهد نشان می‌دهد که سواد سلامت پایین ممکن است با رفتارهای خطرپذیر سلامتی مانند استعمال سیگار (۱۳) و مشروبات الکلی یا استعمال مواد مخدر همراه باشد (۱۴). سواد سلامت را می‌توان به صورت توان دسترسی، درک، ارزیابی و انتقال اطلاعات از طریق ترویج، حفظ و بهبود سلامت در عرصه‌های گوناگون زندگی تعریف کرد (۱۵). به گفته سازمان جهانی بهداشت، امروزه سواد سلامت به عنوان یک چالش مهم در حوزه سلامت جهانی مطرح است (۱۶). سواد سلامت پایین با نتایج بهداشتی ضعیف‌تر و استفاده ضعیف از خدمات بهداشتی ارتباط دارد. سواد سلامت ممکن است یک راهبرد موثر برای بهبود وضعیت سلامت و کاهش استفاده از خدمات گران‌قیمت بیمارستان و اورژانس باشد (۱۷). بررسی‌ها حاکی از آن است که مطالعات محدودی درباره سطح سواد سلامت در بین افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد انجام شده (۱)، و نتایج متفاوتی نیز گزارش شده است. در مطالعه خویی و همکاران، فقط ۲۳/۷ درصد (۱۸) و در مطالعه دالمن و همکاران، فقط ۴۶ درصد از معتادان، سواد سلامت کافی داشتند (۱۹). همچنین سواد سلامت معتادان در مطالعه کریمی و همکاران، در سطح محدود (۲۰) و در مطالعه Chaipichitpan و همکاران، در سطح متوسطی قرار داشت (۲۱).

با توجه به متناقض بودن نتایج مطالعات انجام شده در خصوص سواد سلامت در بین معتادان (۲۱-۱۸) و محدود بودن مطالعات در خصوص انگیزه‌های درمان اعتیاد (۱۲-۱۰)، و نظر به افزایش شیوع اعتیاد (۲) و تاثیر سواد سلامت بر میزان اعتیاد (۲۰)، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون با سواد سلامت در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام شد.

روش کار

در یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی، ۲۳۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد واجد شرایط مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر قاین در فاصله زمانی مهرماه تا آبان ماه ۱۴۰۳ مورد مطالعه قرار گرفتند. این افراد برای پذیرش و یا شروع درمان نگهدارنده با متادون و یا ادامه درمان نگهدارنده با متادون به این مراکز مراجعه می‌کردند. نمونه‌گیری در مطالعه حاضر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای یک مرحله‌ای انجام شد، بدین صورت که ابتدا فهرستی از تعداد (۳ مرکز) و اسامی تمامی مراکز ترک اعتیاد شهرستان قاینات تهیه شد. سپس به صورت تصادفی، از بین تمامی مراکز موجود، تعداد دو مرکز انتخاب شده و معتادان مراجعه کننده به این مراکز منتخب به شرط دارا بودن معیارهای ورود، انتخاب و وارد مطالعه شدند.

برای برآورد تعداد نمونه از جدول حجم نمونه برای پژوهش‌های همبستگی استفاده شد. لذا با توجه به نتایج برگرفته از مطالعه پایلوت در بین

۳۰ نفر و در نظر گرفتن $r = 0/15$ برای میزان همبستگی بین سواد سلامت و انگیزه های درمان نگهدارنده با متادون، حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۱۷۵ نفر تخمین زده شد (۲۲). در ادامه با احتساب $Design\ Effect = 1.2$ ، حجم نمونه ۲۱۰ نفر برآورد شد. نهایتاً با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۲۰ درصدی نمونه ها، ۲۵۰ نفر دعوت به شرکت در مطالعه گردیدند که در نهایت ۲۳۰ نفر وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود به مطالعه حاضر شامل تمایل به شرکت در مطالعه، اعتیاد به یکی از مواد مخدر به مدت حداقل یک سال، داشتن تابعیت ایرانی، قرار داشتن در رنج سنی ۱۸ تا ۶۵ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن پرونده در یکی از مراکز ترک اعتیاد شهرستان قاینات و سکونت در شهرستان قاینات بودند. همچنین مواردی مانند سابقه ابتلا به اختلالات روانی مانند افسردگی، دو قطبی و بیماری هایی از این قبیل، تکمیل ناقص پرسشنامه ها و عدم رضایت به ادامه کار در هر مرحله از پژوهش، معیارهای خروج بودند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه ای سه قسمتی بود که عبارتند از:

الف) بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیکی و زمینه ای که مشتمل بر سوابق دربارۀ سن، جنس، وضعیت تاهل، محل سکونت، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، تعداد اعضای خانواده، وضعیت اقتصادی خانواده، سابقه مصرف مواد مخدر در بین اعضای خانواده، وضعیت استعمال دخانیات، وضعیت

استعمال الکل، وضعیت استعمال قرص های روانگردان، ریتالین و ترامادول، نوع مواد مخدر مصرفی در حال حاضر، میزان ماده مصرفی، اولین ماده مخدر مصرف شده، سن در زمان مصرف اولین ماده مخدر و راه های کسب اطلاعات در خصوص ترک اعتیاد بود.

ب) برای سنجش سواد سلامت از پرسشنامه سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی (HELIA) استفاده شد (۲۳). این پرسشنامه دارای ۵ مهارت اصلی (خواندن، دسترسی، درک و فهم، ارزیابی و تصمیم گیری و استفاده از اطلاعات سلامت) و ۳۳ سوال بوده و مهارت های فوق را می سنجد. مقیاس نمره دهی این پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ گزینه ای است، بدین صورت که در سؤالات مربوط به مهارت خواندن؛ امتیاز ۵ به گزینه کاملاً آسان، امتیاز ۴ به گزینه آسان، امتیاز ۳ به گزینه نه آسان است نه سخت، امتیاز ۲ به گزینه سخت و امتیاز ۱ به گزینه کاملاً سخت اختصاص می یابد. در مورد ۴ مهارت دیگر سواد سلامت؛ امتیاز ۵ به گزینه همیشه، امتیاز ۴ به گزینه بیشتر اوقات، امتیاز ۳ به گزینه گاهی از اوقات، امتیاز ۲ به گزینه به ندرت و امتیاز ۱ به گزینه به هیچ وجه (یا هیچ وقت) اختصاص داده شده است. نحوه امتیازدهی در این ابزار به این صورت است که ابتدا امتیاز خام هر فرد در هر یک از مهارت ها از جمع جبری امتیازات به دست می آید. سپس برای تبدیل این امتیاز به طیف صفر تا ۱۰۰ از فرمول تفاضل نمره خام به دست آمده از حداقل نمره خام ممکن تقسیم بر تفاضل

حداکثر امتیاز ممکن از حداقل امتیاز ممکن استفاده می‌شود. نهایتاً برای محاسبه امتیاز کل، امتیازات همه مهارت‌ها (بر اساس طیف صفر تا ۱۰۰) جمع شده و بر تعداد مهارت‌ها (عدد ۵) تقسیم می‌شود. نهایتاً سطوح مختلف سواد سلامت به صورت زیر در نظر گرفته می‌شوند: نمرات ۰ تا ۵۰ به عنوان سواد سلامت ناکافی، ۵۰/۱ تا ۶۶ به عنوان سواد سلامت نه چندان کافی، ۶۶/۱ تا ۸۴ به عنوان سواد سلامت کافی و ۸۴/۱ تا ۱۰۰ به عنوان سواد سلامت عالی (۲۳). برخی از محققان معتقدند مجموع دو دسته "نه چندان کافی و ناکافی"، را می‌توان به عنوان دسته "سواد سلامت محدود" و مجموع دو دسته "عالی و کافی"، را می‌توان به عنوان دسته "سواد سلامت مطلوب" نام‌گذاری کرد (۱۶، ۲۴). طراحی و روانسنجی این ابزار توسط منتظری و همکاران انجام شده است و روایی مطلوب و پایایی قابل قبولی (میزان آلفای کرونباخ گویه‌ها ۷۲ درصد تا ۸۹ درصد) دارد (۲۳). در مطالعه حاضر در ابتدا این پرسشنامه در اختیار ۳۰ نفر از معنادان قرار داده شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ محاسبه شد.

ج) جهت تدوین ابزار سنجش انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون در بین معنادان، از یکی از مطالعات انجام گرفته در این خصوص استفاده شد (۱۲). بدین منظور، تیم تحقیق در ابتدا ۶ مولفه حاصل از این مطالعه (برای مثال: رفع عوارض جسمانی و روانی حاصل از مصرف افیون‌ها) را اقتباس کرده و آنها را با استفاده از

طیف لیکرت، به صورت یک پرسشنامه تنظیم کردند. پرسشنامه تنظیم شده در ابتدا جهت انجام روایی صوری کیفی در اختیار ۱۲ نفر از معنادان قرار داده شد و نظرات آنان در خصوص وجود یا عدم وجود سطح دشواری در درک کلمات، وجود یا عدم وجود برداشت‌های اشتباه از عبارات، وجود یا عدم وجود نارسایی در معنای کلمات در نظر گرفته شد. سپس جهت انجام روایی صوری کمی، پرسشنامه در اختیار ۱۵ نفر از معنادان دیگر قرار داده شد و اهمیت هر عبارت با استفاده ضریب تاثیر^۱ سنجیده شد. در این روش، در صورتی که نمره تاثیر عبارتی مساوی و یا بیشتر از ۱/۵ باشد، آن عبارت حفظ می‌شود (۲۵). در این مرحله، تمامی عبارت‌ها حفظ شدند. سپس برای بررسی روایی محتوا به شکل کمی، از ۲ شاخص نسبت روایی محتوا^۲ و شاخص روایی محتوا^۳ استفاده شد. برای تعیین نسبت و شاخص روایی محتوا، پرسشنامه به تنی چند از اساتید و متخصصان در حیطه آموزش بهداشت، روانشناسی و روانسنجی، ارسال و درخواست شد تا ابتدا هر گویه را براساس طیف ۳ قسمتی (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست، ضرورتی ندارد) بررسی نمایند. در این بخش ۱۳ نفر از متخصصان پاسخ دادند. براساس جدول لاوشه، برای تعیین حداقل ارزش نسبت روایی محتوا، عباراتی که میزان عددی CVR آنها حداقل ۰/۵۴ بود (براساس ارزیابی ۱۳

¹ Impact score

² Content Validity Rate

³ Content Validity Index

نفر متخصص)، در پرسشنامه حفظ شدند. در این مرحله، CVR برابر با ۰/۸۵ محاسبه شد. سپس از اساتید و متخصصان خواسته شد تا براساس شاخص روایی محتوایی والتس و باسل، میزان مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن هر یک از عبارات موجود در پرسشنامه را به صورت مجزا در یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی تعیین کنند. در این بخش عباراتی که CVI کمتر از ۰/۷۹ داشتند، حذف و یا مورد بازنگری قرار گرفتند (۲۵). در این قسمت، CVI برابر با ۰/۹۱ محاسبه شد. در بررسی کیفی روایی محتوا، پرسشنامه‌ها به چندین متخصص فرستاده شد تا آنها نظرات خود را درباره گویه‌هایی مثل رعایت دستور زبان، استفاده از واژه‌های مناسب و قرارگیری مناسب عبارات در جای خود و امثالهم را ارائه دهند که نظراتشان در برخی موارد اعمال شد. سپس برای تعیین پایایی، این پرسشنامه در اختیار ۳۰ نفر از معنادان قرار داده شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ محاسبه شد. نحوه امتیاز گذاری پرسشنامه بدین صورت بود که تمامی سوالات مربوطه با مقیاس لیکرت ۵ سطحی (از کاملاً موافقم = ۵ نمره تا کاملاً مخالفم = ۱ نمره) رتبه بندی شدند. این پرسشنامه دارای ۶ گویه اصلی بود و دامنه نمرات آن بین ۶ تا ۳۰ بوده و نمره بالاتر نشان دهنده انگیزه درمانی بیشتر است. طبق نظر محققان، میزان انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون در دو سطح محدود (کسب نمره کمتر از ۵۰ درصد نمره کل) و مطلوب (کسب نمره

۵۰-۱۰۰ درصد) طبقه بندی شد و در رگرسیون لجستیک مورد استفاده قرار گرفت. در مورد ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، ابتدا شماره طرح پژوهشی از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (با کد اخلاق IR.BUMS.REC.1403.226) دریافت شده و هماهنگی‌های لازم با مراکز ترک اعتیاد منتخب، انجام شد. همچنین هدف از اجرای این تحقیق برای معنادان شرکت کننده توضیح داده شد و رضایت آنها به صورت کتبی اخذ گردید. ضمناً تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارشی و به صورت کتبی بود، بدین صورت که از همه معنادان خواسته شد با صداقت کامل به سوالات پرسشنامه پاسخ دهند. همچنین به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات خواسته شده در پرسشنامه به طور محرمانه و بدون ذکر نام افراد استفاده خواهد شد. پس از جمع آوری، داده‌ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ شدند و سپس با به کارگیری آمارهای توصیفی (مانند میانگین و انحراف معیار، تعداد و درصد) و آزمون رگرسیون لجستیک مورد تحلیل قرار گرفتند. ورود متغیرها به صورت همزمان (Enter) و با روش تقابل متغیرهای مستقل طبقه بندی شده به صورت شاخص (indicator)، انجام شده و اولین طبقه از متغیرها به عنوان طبقه مرجع انتخاب شده است. در این مطالعه، انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون به عنوان متغیر وابسته و تمامی متغیرهای جمعیتی-زمینه‌ای، به همراه سواد سلامت، به عنوان متغیرهای مستقل وارد مدل

رگرسیون‌های شدند. تمامی متغیرهای جمعیتی-زمینه‌ای (به جز سن) و سواد سلامت به صورت کیفی وارد مدل رگرسیونی شدند. ضمناً سطح معنی‌داری در این مطالعه، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۲۳۰ نفر از معتادان، مورد مطالعه قرار گرفتند (میزان پاسخ‌گویی: ۹۲

درصد). میانگین و انحراف معیار سن معتادان مورد مطالعه برابر با $40/12 \pm 3/247$ سال بود. در این بین، ۷۸/۷ درصد (۱۸۱ نفر) از نمونه‌ها متاهل بودند، تحصیلات ۷۰ درصد (۱۶۱ نفر) از آنها در سطح زیردیپلم بود و ۷۹/۵ درصد (۱۸۳ نفر) دارای شغل آزاد بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیت شناختی و زمینه‌ای جامعه مورد مطالعه

متغیر	سطوح	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۱۹۵	۸۴/۸
	زن	۳۵	۱۵/۲
وضعیت تاهل	مجرد	۴۹	۲۱/۳
	متاهل	۱۸۱	۷۸/۷
محل سکونت	شهر	۱۴۲	۶۱/۷۴
	روستا	۴۸	۲۰/۸۶
	حومه شهر	۴۰	۱۷/۴۰
میزان تحصیلات	زیردیپلم	۱۶۱	۷۰
	دیپلم	۴۰	۱۷/۴۰
	بالتر از دیپلم	۲۹	۱۲/۶۰
میزان تحصیلات همسر	زیردیپلم	۴۷	۲۰/۴۳
	دیپلم	۱۲۲	۵۳/۰۵
	بالتر از دیپلم	۶۱	۲۶/۵۲
شغل	کارگر	۸۵	۳۶/۹۰
	آزاد	۸۰	۳۴/۸
	بازنشسته	۴۰	۱۷/۴۰
	سایر	۲۵	۱۰/۸۸
شغل همسر	خانه دار	۱۷۶	۷۶/۵۲
	کارمند	۲۵	۱۰/۸۸
	بازنشسته	۲۹	۱۲/۶۰
تعداد اعضای خانواده	۲ نفر	۵۰	۲۱/۷۴
	۳ نفر	۴۶	۲۰
	۴-۶ نفر	۹۲	۴۰
	۷ نفر یا بیشتر	۴۲	۱۸/۲۶
	نامطلوب	۷۵	۳۲/۶۵
وضعیت اقتصادی خانواده	متوسط	۷۵	۳۲/۶۵

۳۴/۷	۸۰	مطلوب	
۲۶/۱	۶۰	خیر	سابقه مصرف مواد مخدر در بین اعضای خانواده
۷۳/۹	۱۷۰	بله	
۳۹/۱۳	۹۰	خیر	وضعیت استعمال سیگار
۶۰/۸۷	۱۴۰	بله	
۵۸/۷	۱۳۵	خیر	وضعیت استعمال قلیان
۴۱/۳	۹۵	بله	
۶۸/۷	۱۵۸	هرگز	وضعیت استعمال الکل
۲۰	۴۶	گاهی اوقات	
۱۱/۳	۲۶	هر روز	
۶۰/۸۷	۱۴۰	هرگز	وضعیت استعمال قرص های روانگردان، ترامادول و ریتالین
۲۴/۳۵	۵۶	گاهی اوقات	
۱۴/۷۸	۳۴	هر روز	
۳۱/۳	۷۲	تریاک	نوع مواد مخدر مصرفی در حال حاضر
۲۰	۴۶	هروین	
۱۷/۴	۴۰	حشیش	
۱۰	۲۳	شیشه	
۱۱/۳	۲۶	کراک	
۱۰	۲۳	سایر	
۵۸/۷	۱۳۵	روزانه یکبار	میزان ماده مصرفی
۱۹/۵۷	۴۵	روزانه دو بار	
۲۱/۷۳	۵۰	روزانه بیشتر از دو بار	
۲۸/۲۶	۶۵	تریاک	اولین ماده مخدر مصرف شده
۱۶/۱	۳۷	هروین	
۳۰/۴۴	۷۰	حشیش	
۷/۸	۱۸	شیشه	
۱۰	۲۳	کراک	
۷/۴	۱۷	سایر	
۲۶/۱	۶۰	بیشتر از ۲۵ سال	سن شما در زمان مصرف اولین ماده مخدر
۵۶/۵	۱۳۰	۱۵ تا ۲۵ سال	
۱۷/۴۰	۴۰	کمتر از ۱۵ سال	
۳۰/۴۳	۷۰	اینترنت	راه های کسب اطلاعات مربوط به ترک اعتیاد
۱۹/۵۷	۴۵	کارکنان بهداشتی و درمانی	
۱۵/۳	۳۵	رادیو و تلویزیون	
۱۳	۳۰	دوستان و آشنایان	
۱۳	۳۰	کتاب، روزنامه و مجله	
۸/۷	۲۰	سایر	

سطح متوسطی قرار داشت. طبق نتایج، انگیزه های درمان نگهدارنده با متادون در ۵۶/۶ درصد (۱۳۰ نفر) از افراد، در سطح مطلوب و در ۴۳/۴ درصد

طبق نتایج حاصله، میانگین و انحراف معیار نمره انگیزه های درمان نگهدارنده با متادون در بین معتادان برابر با $19/126 \pm 3/362$ از ۳۰ بود و در

(۱۰۰ نفر)، در سطح محدود قرار داشت. جدول شماره ۲، توزیع فراوانی عوامل انگیزشی موثر در ورود افراد معتاد به درمان نگهدارنده با متادون را نشان می‌دهد. همان‌طور که جدول نشان می‌دهد

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی عوامل انگیزشی موثر در ورود افراد معتاد به درمان نگهدارنده با متادون در مطالعه حاضر

عوامل انگیزشی موثر	تعداد	درصد
کسب اطلاعات درباره درمان با متادون	۱۱۸	۵۱/۳۰
مشاهده بهبودی در دوستان و آشنایان	۹۲	۴۰
تشویق اعضای سالم خانواده	۷۶	۳۳
رفع عوارض جسمانی و روانی حاصل از مصرف افیون‌ها	۶۹	۳۰
نارضایتی از سایر شیوه‌های رایج درمان وابستگی به مواد	۵۴	۲۳/۵
نیاز به مراقبت از خانواده و فرزندان	۴۸	۲۰/۹

- متغیر میزان تحصیلات از عوامل موثر بر انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون بود، به طوری که شانس داشتن انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون در سطح مطلوب در بین معتادان دارای میزان تحصیلات بالاتر از دیپلم، ۲/۱۲۴ برابر معتادان دارای تحصیلات زیردیپلم بود.

- متغیر وضعیت استعمال قرص‌های روانگردان، ترامادول و ریتالین از عوامل موثر بر انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون بود. به طوری که شانس داشتن انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون در سطح مطلوب در بین معتادانی که استفاده روزانه از این قرص‌ها داشتند، ۱/۳۷۱ برابر معتادانی بود که هرگز از این قرص‌ها استفاده نمی‌کردند.

- متغیر میزان ماده مصرفی یکی دیگر از عوامل موثر بر انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون

نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت در بین معتادان برابر با $۵۳/۲۵۷ \pm ۴/۲۴۷$ بود و در سطح محدودی قرار داشت، به طوری که ۲۸/۷ درصد (۶۶ نفر) سواد سلامت ناکافی، ۳۷/۴ درصد (۸۶ نفر) سواد سلامت نه چندان کافی، ۲۱/۳ درصد (۴۹ نفر) سواد سلامت کافی و ۱۲/۶ درصد (۲۹ نفر) سواد سلامت عالی داشتند.

جدول شماره ۳، نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک جهت تعیین عوامل موثر بر انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون در بین افراد مورد مطالعه را نشان می‌دهد. همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد، متغیرهای میزان تحصیلات، وضعیت استعمال قرص‌های روانگردان، ترامادول و ریتالین، میزان ماده مصرفی و سواد سلامت از عوامل موثر بر انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون بودند:

بود. به طوری که شانس داشتن انگیزه های درمان نگهدارنده با متادون در سطح مطلوب در بین معتادانی که روزانه بیشتر از دو بار ماده مخدر استعمال می کردند، ۱/۴۵۸ برابر معتادانی بود که روزانه فقط یکبار ماده مخدر استعمال می کردند. - متغیر سواد سلامت یکی دیگر از عوامل موثر بر انگیزه های درمان نگهدارنده با متادون بود. به طوری که شانس داشتن انگیزه های درمان

نگهدارنده با متادون در سطح مطلوب در بین معتادان دارای سواد سلامت نه چندان کافی، کافی و عالی به ترتیب ۱/۲۴۹، ۲/۳۳۶ و ۳/۱۱۵ برابر معتادان دارای سواد سلامت ناکافی بود. ضمناً سایر متغیرهای جمعیت شناختی و زمینه ای تأثیری بر انگیزه های درمان نگهدارنده با متادون نداشتند ($P > 0.05$).

جدول شماره ۳- عوامل موثر بر انگیزه های درمان نگهدارنده با متادون در بین معتادان مورد مطالعه در رگرسیون لجستیک*

متغیرها	Odds (CI 95%)	P
سن	۱/۱۹۱ (۰/۸۳۵-۱/۶۵۹)	۰/۱۲۸
جنس	۱/۰۰ (ref.)	
مرد		
زن	۲/۶۵۸ (۰/۹۲۵-۴/۵۵۱)	۰/۶۹۸
وضعیت تاهل	۱/۰۰ (ref.)	
مجرد		
متاهل	۰/۷۹۱ (۰/۴۱۷-۱/۲۸۸)	۰/۲۵۸
محل سکونت	۱/۰۰ (ref.)	
شهر		
روستا	۱/۶۸۱ (۰/۳۶۶-۳/۱۰۵)	۰/۸۴۵
حومه شهر	۲/۱۴۷ (۰/۸۷۱-۳/۶۵۷)	۰/۴۸۹
میزان تحصیلات	۱/۰۰ (ref.)	
زیردیپلم		
دیپلم	۲/۵۱۱ (۰/۹۰۹-۴/۲۱۹)	۰/۲۲۲
بالتر از دیپلم	۲/۱۲۴ (۱/۲۱۸-۳/۱۰۱)	۰/۰۲۱
میزان تحصیلات همسر	۱/۰۰ (ref.)	
زیردیپلم		
دیپلم	۰/۹۲۱ (۰/۱۲۶-۱/۸۴۹)	۰/۲۱۳
بالتر از دیپلم	۱/۰۱۲ (۰/۱۵۹-۲/۰۹۸)	۰/۳۲۹
شغل همسر	۱/۰۰ (ref.)	
خانه دار		
کارمند	۲/۱۶۵ (۰/۳۷۹-۴/۱۱۱)	۰/۶۸۷
بازنشسته	۱/۶۵۸ (۰/۶۹۸-۲/۸۹۸)	۰/۵۲۶
شغل		

متغیرها	Odds (CI 95%)	P
کارگر	۱/۰۰ (ref.)	
آزاد	۳/۲۵۸ (۰/۵۸۹-۶/۱۲۹)	۰/۲۵۸
بازنشسته	۱/۶۱۲ (۰/۵۱۷-۲/۸۹۱)	۰/۲۱۲
سایر	۱/۶۷۸ (۰/۳۹۲-۳/۱۵۴)	۰/۱۲۵
تعداد اعضای خانواده		
۲ نفر	۱/۰۰ (ref.)	
۳ نفر	۱/۸۹۱ (۰/۷۹۷-۳/۱۵۸)	۰/۴۴۱
۴ تا ۶	۱/۵۲۹ (۰/۷۷۵-۲/۴۸۹)	۰/۴۵۸
۷ نفر و بیشتر	۱/۱۰۱ (۰/۶۷۸-۱/۶۸۹)	۰/۸۵۲
وضعیت اقتصادی خانواده		
نامطلوب	۱/۰۰ (ref.)	
متوسط	۰/۹۱۷ (۰/۵۲۷-۱/۴۸۷)	۰/۵۶۳
مطلوب	۱/۷۸۹ (۰/۷۴۱-۲/۹۸۷)	۰/۱۲۱
سابقه استعمال مواد مخدر در بین اعضای خانواده		
خیر	۱/۰۰ (ref.)	
بله	۰/۵۸۵ (۰/۱۵۹-۱/۱۱۵)	۰/۵۸۷
وضعیت استعمال سیگار		
خیر	۱/۰۰ (ref.)	
بله	۰/۵۳۵ (۰/۱۲۵-۱/۰۱۹)	۰/۱۵۹
وضعیت استعمال قلیان		
خیر	۱/۰۰ (ref.)	
بله	۳/۱۲۵ (۰/۵۴۲-۵/۸۰۱)	۰/۲۵۱
وضعیت استعمال قرص‌های روانگردان، ترامادول و ریتالین		
هرگز	۱/۰۰ (ref.)	
گاهی اوقات	۰/۶۵۸ (۰/۴۵۹-۱/۰۱۴)	۰/۲۵۹
هر روز	۱/۳۷۱ (۱/۰۱۹-۱/۷۹۱)	۰/۰۱۵
نوع مواد مخدر مصرفی در زمان حاضر		
تریاک	۱/۰۰ (ref.)	
هرویین	۰/۴۹۹ (۰/۱۰۷-۱/۰۱۲)	۰/۲۵۸
حشیش	۰/۷۸۶ (۰/۴۸۶-۱/۲۴۱)	۰/۴۵۹
شیشه	۰/۵۸۱ (۰/۲۶۹-۱/۰۲۸)	۰/۱۹۸
کراک	۰/۷۸۹ (۰/۲۵۵-۱/۵۴۹)	۰/۶۵۳
سایر	۱/۵۱۱ (۰/۳۹۶-۲/۷۹۲)	۰/۸۵۹
میزان ماده مصرفی		
روزانه یکبار	۱/۰۰ (ref.)	
روزانه دو بار	۰/۸۶۸ (۰/۲۳۵-۱/۶۸۱)	۰/۱۵۳

متغیرها	Odds (CI 95%)	P
بیشتر از دو بار	۱/۴۵۸(۱/۱۹۶-۲/۰۵۷)	۰/۰۱۳
اولین ماده مخدر مصرف شده		
تریاک	۱/۰۰ (ref.)	
هرویین	۰/۷۴۶(۰/۴۲۱-۱/۲۹۸)	۰/۲۱۵
حشیش	۱/۱۱۴(۰/۴۳۴-۱/۸۵۱)	۰/۳۲۵
شیشه	۰/۶۲۵(۰/۱۶۳-۱/۲۹۴)	۰/۳۲۲
کراک	۰/۸۹۵(۰/۲۵۴-۱/۶۹۶)	۰/۴۱۹
سایر	۱/۱۰۶(۰/۶۵۲-۱/۶۸۸)	۰/۳۳۲
سن در زمان مصرف اولین ماده مخدر		
بیشتر از ۲۵ سال	۱/۰۰ (ref.)	
۱۵ تا ۲۵ سال	۰/۷۵۶(۰/۵۸۳-۱/۱۲۶)	۰/۶۲۴
کمتر از ۲۵ سال	۱/۳۵۹(۰/۶۵۸-۲/۲۴۶)	۰/۴۶۵۶
راه های کسب اطلاعات درباره ترک اعتیاد		
اینترنت	۱/۰۰ (ref.)	
کارکنان بهداشتی-درمانی	۰/۷۲۸(۰/۳۴۹-۱/۲۱۴)	۰/۷۵۸
رادیو و تلویزیون	۰/۶۶۹(۰/۲۵۵-۱/۲۱۵)	۰/۱۵۹
کتاب، روزنامه و مجله	۰/۶۲۱(۰/۱۱۳-۱/۲۱۸)	۰/۳۲۱
سایر	۲/۱۱۲(۰/۷۸۸-۳/۶۱۱)	۰/۴۱۳
سواد سلامت		
ناکافی	۱/۰۰ (ref.)	
نه چندان کافی	۱/۲۴۹(۱/۱۳۹-۱/۴۷۸)	۰/۰۱۱
کافی	۲/۳۳۶(۱/۱۳۱-۳/۴۵۷)	۰/۰۰۹
عالی	۳/۱۱۵(۱/۱۲۸-۵/۱۳۴)	۰/۰۰۴

*متغیرهای مستقل به روش همزمان وارد مدل رگرسیون لجستیک شدند.

(The number of participants included in the logistic regression analysis=230, Hosmer-Lemeshow test P=0.762, Pseudo R²=0.390, overall percentage correct classification=56.5, Number of participants with "Optimal" Motivations for methadone maintenance treatment= 130, total N=230).

بحث

در سطح متوسطی قرار داشت. این یافته از مطالعه حاضر با نتایج مطالعه کوک و همکاران (۱۱) همخوانی داشت. همچنین در مطالعه حاضر مهم-ترین عوامل انگیزشی به ترتیب عبارت بودند از: کسب اطلاعات درباره درمان با متادون، مشاهده بهبودی در دوستان و آشنایان و تشویق اعضای

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط انگیزه های درمان نگهدارنده با متادون با سواد سلامت در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که انگیزه های درمان نگهدارنده با متادون در بین معتادان مورد مطالعه

سالم خانواده. این نتایج تقریباً همسو با نتایج مطالعه باباخانیان و همکاران (۱۲) بود، با این تفاوت که در مطالعه باباخانیان و همکاران، انگیزه نیاز به مراقبت از خانواده و فرزندان در رتبه چهارم قرار داشت، اما در مطالعه حاضر در رتبه آخر قرار گرفت. دلیل احتمالی این مساله می‌تواند این باشد که مطالعه باباخانیان و همکاران در بین زنان معنادار انجام شده و زنان به دلیل داشتن خصوصیات فیزیولوژیکی و داشتن حس مادری، معمولاً خود را حافظ فرزندان و خانواده خویش می‌دانند، در حالی که زنان در مطالعه حاضر، فقط ۱۵ درصد شرکت کنندگان را شامل می‌شدند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سواد سلامت در بین معنادان مورد مطالعه در سطح محدودی قرار داشت. این یافته را می‌توان این‌طور استنباط کرد که یکی از دلایل محدود بودن سواد سلامت در مطالعه حاضر، می‌تواند تاثیر سطح تحصیلات بر سطح سواد سلامت افراد باشد (۱۶، ۲۶)، زیرا در مطالعه حاضر، ۷۰ درصد از معنادان مورد مطالعه دارای سطح تحصیلات زیردیپلم بودند. این یافته از مطالعه حاضر با نتایج مطالعات کریمی و همکاران (۲۰) و خوبی و همکاران (۱۸) همخوانی داشت، اما با نتایج مطالعات دالمن و همکاران (۱۹) و Chaipichitpan و همکاران (۲۱)، مغایرت داشت. از جمله دلایل احتمالی این مغایرت می‌توان به استفاده از ابزار متفاوت برای سنجش سواد سلامت و تفاوت سطح تحصیلات در بین مطالعات مذکور و مطالعه حاضر اشاره کرد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان تحصیلات از دیگر عوامل موثر بر انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون بود. همسو با این یافته در مطالعه کوک و همکاران نیز، فقدان دانش در مورد اعتیاد و دسترسی به کمک حرفه‌ای، به عنوان یک مانع مهم و بازدارنده از انگیزه جستجوی درمان در بین معنادان مطرح شد (۱۱). ضمناً همسو با مطالعه حاضر، در مطالعه باباخانیان و همکاران نیز، داشتن مهارت لازم کسب اطلاعات درباره درمان با متادون، مهم‌ترین عامل انگیزشی جهت ورود افراد معنادار به درمان نگهدارنده با متادون بود (۱۲).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که وضعیت استعمال قرص‌های روانگردان، ترامادول و ریتالین از دیگر عوامل موثر بر انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون بود. در توجیه این یافته می‌توان این‌طور استنباط کرد که معنادانی که علاوه بر استعمال مواد مخدر، از این قرص‌ها نیز استفاده می‌کنند، احتمالاً خود به این نتیجه می‌رسند که برای رهایی از این وضعیت، بایستی هر چه زودتر اقدام خاصی را انجام دهند تا شاید بتوانند لااقل یکی از این مواد (ماده مخدر یا قرص‌ها) را ترک کنند. لذا این افراد احتمالاً از انگیزه‌های بالاتری برای دریافت متادون برخوردار خواهند بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان ماده مصرفی از دیگر عوامل موثر بر انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون بود. در توجیه این یافته می‌توان این‌طور استنباط کرد که معنادانی که

مصرف بیشتری دارند، دچار مشکلات بیشتری شده و احتمالا شمات‌های بیشتری را از سوی اطرافیان‌شان تحمل می‌کنند. لذا احتمالا انگیزه‌های بیشتری برای ترک مصرف و دریافت متادون خواهند داشت.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سواد سلامت از دیگر عوامل موثر بر انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون بود. همسو با این یافته، در مطالعه کوک و همکاران بین سواد سلامت روان و انگیزه جستجوی درمان در بین معتادان ارتباط معناداری وجود داشت (۱۱). در توجیه این یافته می‌توان گفت سواد سلامت نقش اساسی در ارتقای مسئولیت افراد در قبال حفظ سلامت خود ایفا می‌کند. در واقع سواد سلامت مجموعه‌ای از مهارت‌ها، توانمندی‌ها و ظرفیت‌ها در ابعاد گوناگون است. این مهارت‌ها و ظرفیت‌ها گاه در بعد کسب و به دست آوردن اطلاعات پزشکی و سلامت، گاه در بعد خواندن آنها، گاه در بعد فهم و درک آنها، گاه در بعد پردازش و تفسیر آنها و گاهی در بعد تصمیم‌سازی و به کارگیری این اطلاعات بروز نموده (۲۷، ۲۸)، و از این طرق احتمالا توانسته‌اند بر انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون در بین معتادان مورد مطالعه تاثیر داشته باشند.

به دانش ما، مطالعه حاضر نخستین مطالعه‌ای است که ارتباط بین انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون و سطوح مختلف سواد سلامت در بین معتادان را مورد سنجش قرار می‌دهد. لذا می‌توان این مورد را به عنوان نوآوری این مطالعه در نظر

گرفت. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به خودگزارشی در زمان تکمیل پرسشنامه توسط معتادان اشاره نمود که ممکن است اطلاعات صحیح و دقیقی را در اختیار تیم تحقیق قرار ندهد. همچنین دوبخشی کردن متغیر وابسته و در نتیجه احتمال از دست رفتن اطلاعات و کاهش قدرت آماری، فقدان آزمون‌های آماری اولیه، تعداد نسبتاً کم نمونه‌ها، نبودن مطالعه در خصوص ارتباط بین انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون و سواد سلامت در بین معتادان و عدم دسترسی به معتادانی که به مراکز ترک اعتیاد مراجعه نمی‌کنند، از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. دیگر محدودیت مهم مطالعه حاضر این بود که با توجه به ماهیت مقطعی مطالعه، ارتباطات یافت شده در خصوص ارتباط بین سواد سلامت و انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون، از نظر علیتی ضعیف است، زیرا به دلیل استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی در موضوعات حساس مانند اعتیاد، احتمال بروز سوگیری تمایل به پاسخ اجتماعی (social desirability bias) وجود دارد که می‌تواند منجر به بیش‌برآورد یا کم‌برآورد برخی متغیرهای کلیدی از جمله انگیزه درمان شود. با توجه به انتخاب نمونه از میان مراجعان مراکز درمان اعتیاد و همچنین حذف افراد فاقد سواد خواندن و نوشتن، احتمال بروز سوگیری انتخاب (selection bias) وجود دارد که می‌تواند قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج به کل جمعیت مصرف‌کنندگان مواد را محدود کند. احتمال وجود مخدوش‌کنندگی

باقیمانده (residual confounding) به دلیل عدم اندازه‌گیری یا کنترل برخی عوامل مهم مانند شدت وابستگی، وضعیت روانی و حمایت اجتماعی وجود دارد که می‌تواند بر برآورد ارتباط بین سواد سلامت و انگیزه درمان اثرگذار باشد. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره کرد که مطالعه حاضر فقط در میان معتادان مراجعه کننده به مراکز اعتیاد شهرستان قاینات انجام شد. لذا نتایج حاصل از آن قابل تعمیم به معتادان سایر نقاط کشور نیست. بنابراین انجام این مطالعه در مقیاس وسیع‌تری از معتادان سایر نقاط کشور، توصیه می‌شود. نادیده گرفتن زمینه‌های فرهنگی و دانش زمینه‌ای افراد نیز از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر بود، چرا که مهارت‌های مذکور، مهارت‌هایی هستند که در هنگام سنجش سواد سلامت باید مورد بررسی قرار گیرند، هر چند که این مهارت‌ها نه تنها در این ابزار؛ بلکه در ابزارهای دیگر نیز مغفول واقع شده‌اند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، ارتباط بین مهارت‌های سواد سلامت و انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که در بین معتادان مورد مطالعه، انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون در سطح متوسط و سواد

سلامت در سطح محدودی قرار داشت. انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون در بین معتادان با سطح تحصیلات زیردپلم، معتادانی که از قرص‌های روانگردان، ترامادول و ریتالین استفاده نمی‌کردند، معتادان با میزان ماده مصرفی پایین و معتادان با سواد سلامت ناکافی، کمتر بود. لذا ارتقای انگیزه‌های درمان نگهدارنده با متادون بایستی در اولویت سیاستگذاران سلامت و مسئولان مراکز ترک اعتیاد قرار گرفته و در طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی جهت ارتقای آن، به معتادان مذکور توجه ویژه‌ای مبذول گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و همکاری مسئولان مراکز ترک اعتیاد شهرستان قاینات به اجرا در آمده است. بدین وسیله نویسندگان این مقاله از تمامی مسئولانی که محققان را در اجرای پژوهش حاضر یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند هیچ گونه تضاد منافی ندارند.

References

1. Rolova G, Gavurova B, Petruzelka B. Health Literacy, Self-Perceived Health, and Substance Use Behavior among Young People with Alcohol and Substance Use Disorders.

International Journal of environmental research and public health. 2021; 18(8): 4337.

2. Degenhardt L, Charlson F, Ferrari A, Santomauro D, Erskine H, Mantilla-Herrera A, et al. The global burden of

- disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet. Psychiatry*. 2018; 5: 987-1012.
3. Roshanpajouh M, Mirkazemi R, Ehterami M, Narenjiha H, Malek Afzal H, Sarraimi HR, et al. The Prevalence of Drug and Stimulant Substance Abuse Among Households in Tehran Province, Iran. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2019; 16(4): 329-340. [In Persian].
4. Cousijn J, Luijten M, Feldstein Ewing SW. Adolescent resilience to addiction: A social plasticity hypothesis. *The Lancet. The Lancet. Child & Adolescent Health*. 2018; 2(1): 69-78.
5. Bagbanian M, Momayyezi M, Fallahzadeh H, Mirzaei M. Prevalence of Illicit Drug Use and Related Factors in Adults: Results of First Phase of Shahedieh Cohort Study 2015-2016. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2022; 17(4): 353-361. [In Persian].
6. Fallahzadeh MA, Salehi A, Naghshvarian M, Fallahzadeh MH, Poustchi H, Sepanlou SG, et al. Epidemiologic Study of Opium Use in Pars Cohort Study: A Study of 9000 Adults in a Rural Southern Area of Iran. *Archives of Iranian Medicine*. 2017; 20(4): 205-10.
7. Emadi Chashmi SJ, Shahrajabian F, Ghayerin E. Motivational Interviewing Approach to the Treatment of Alcohol Dependence Syndrome. *The Journal of New Advances in Behavioral Sciences* 2020; 5(48): 28-42. [In Persian].
8. Bell J, Burrell T, Indig D, Gilmour S. Cycling in and out of treatment; participation in methadone treatment in NSW, 1990–2002. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006; 81(1): 55-61.
9. Clausen T, Anderssen K, Waal H. Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008; 94(1-3): 151-157.
10. Evren C, Saatcioglu O, Dalbudak E, Danismant BS, Cakmak D, Ryan RM. Factorial Structure and Reliability and Validity of Turkish Version Treatment Motivation Questionnaire (TMQ) in Alcohol Dependents. *Journal of Dependence*. 2006; 7(3): 117-122.
11. Koç A, Tok HH, Taştekin N, Ensari H. Relationship Between Mental Health Literacy Level and Treatment Motivation in Alcohol and Drug Addicts. *Current Approaches in Psychiatry*. 2023; 15(Suppl 1): 429-438.
12. Babakhanian M, AlamMehrerjerd Z, Sotodeh N, Shenaiy Y. A Survey on Motivational Factors Associated with Entry to Methadone Maintenance Treatment Clinics among Women: A Short Report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2013; 12(8): 667-672. [In Persian].
13. Panahi R, Osmani F, Javanmardi K, Ramezankhani A, Dehghankar L, Amini RA, et al. The relationship between different levels of Health Literacy and smoking prevention among medical sciences student. *International Journal of Preventive Medicine*. 2021; 12: 124.
14. Rolová G, Barták M, Rogalewicz V, Gavurová B. Health literacy in people undergoing treatment for alcohol abuse—A pilot study. *Kontakt*. 2018; 20(4): e394-e400.
15. Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Haeri Mehrizi A, Niknami S. The Psychometric Properties of Health Literacy for Iranian Adults (HELIA) in Medical Sciences Students. *Journal of Research and Health*. 2020; 10(1): 53-58.
16. Sajadi FA, Sajadi HS, Panahi R. Health literacy of university students and its influential factors: A case study at Isfahan university. *Journal of Education and Community Health*. 2020; 7(1): 23-28. [In Persian].
17. Mosalman M, Mikaeli N, Mahdavi A. Predicting Addiction Readiness based on Health Literacy in Students. *Research on Addiction*. 2021; 15(59): 43-64. [In Persian].
18. Khoie M, Jafary Nodoushan Z, Alipour Nodoushan KH. Investigating the health literacy of addicts referring to addiction treatment centers in Qom city and its relationship with demographic variables. *Journal of Health Literacy*. 2019; 4(3): 9-16.
19. Dahlman D, Ekefall M, Garpenhag LG. Health Literacy among Swedish Patients in Opioid Substitution Treatment: A Mixed-Methods Study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2020; 214: 108186.
20. Karimi M, Jalili Z, Mahmoodi M. Relationship between Health Literacy and Addiction among Women of Reproductive Age Referring to Addiction Treatment Centers in Tehran, Iran. *Journal of Education and Community Health*. 2018; 5(1): 36-41. [In Persian].
21. Chaipichitpan N, Meeail W, Lampoo S. Factors Affecting Health Literacy in Methamphetamine Addicted Patients: Addiction Services Center in Department of Medical Services Thailand. *Journal of the Department of Medical Services*. 2022; 47(4): 122-129.
22. Panahi R, Shokhmgar Z, Tavakoli M, Yari F, Gholipour Saftouk M, Vafainasab A, et al. The relationship between health literacy and the adoption of preventive behaviors against high blood pressure among villagers: A cross sectional study in Iran. *Journal of Education and Health Promotion*. 2026; 15: 345.
23. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh*. 2014; 13(5): 589-599. [In Persian].
24. Tavousi M, Haeri Mehrizi AA, Rafiefar SH, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: findings from a national study. *Payesh*. 2016; 15: 95-102. [In Persian].
25. Panahi R, Baleshzar N, Javanmardi K, Baleshzar A. The relationship between mental health literacy and motivations for receiving methadone among addicts. *Payesh*. 2026; 25(3): 431-440. [In Persian].
26. Panahi R, Namdar P, Nayeibi N, Anbari M, Yekefallah L, Dehghankar L. Sexual Health Literacy and the Related Factors among Women in Qazvin, Iran. *Journal of Education and Community Health*. 2021; 8(4): 265-270.
27. Panahi R, Kheiri M, Daronkolaei ZA, Arjeini Z, Taherpour M, Dehghankar L, et al. The effect of sexual health literacy on the sexual life quality of women referring to healthcare centers in Qazvin, Iran. *Journal of Education and Health Promotion*. 2021; 10: 391.
28. Panahi R, Ghorbanpour Z, Moradi B, Eidy F, Amjadian M. The relationship between health literacy and the adoption of COVID-19 preventive behaviors: A cross-sectional study in Iran. *Plos One*. 2024; 19(5): e0299007.

Original Article

The Relationship Between Health Literacy and Motivation for Methadone Maintenance Treatment among People with Substance Use Disorders: A Cross-Sectional Study

Rahman Panahi¹, Keyhan Javanmardi², Mohammad Hadi Sarvari^{3,4}, Samira Ghayoumi Aval Noughabi⁵

1- Health Metrics Research Centre, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

2- MS.C. in clinical Psychology, Faculty of Psychology, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran

3- Instructor of Critical Care Nursing, Department of Nursing, Qaen Faculty of Medical Sciences, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

4- PhD student of Health in Disasters and Emergencies, School of Management and Medical Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

5- Department of Anesthesia, Qaen Faculty of Medical Sciences, Student Research Committee, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

DOI: [10.18502/ijre.v22i2.22726](https://doi.org/10.18502/ijre.v22i2.22726)

Article Information

Received

06 December 2025

Accepted

03 August 2026

Corresponding author

Samira Ghayoumi Aval Noughabi

Corresponding author E-mail

samira.ghayoumi@gmail.com

Keywords:

Motivation, Methadone maintenance treatment, Health literacy, People with substance use disorders, Addiction treatment centers

Abstract

Background and Objectives: Health literacy (HL) has an impact on the level of addiction. On the other hand, methadone maintenance treatment is one of the most widely used treatments for opioid use disorder. Therefore, the present study aimed to determine the relationship between motivations for methadone maintenance treatment and HL in people with substance use disorders.

Methods: In a cross-sectional descriptive-analytical study, 230 eligible individuals with substance use disorders referring to addiction treatment centers in Qayenat city were recruited in 2024–2025 through one-stage cluster sampling. Data collection tools included demographic and background characteristics, the HL of Iranian Adults (HELIA) questionnaire, and a questionnaire to measure motivations for methadone maintenance treatment. Data were analyzed using SPSS version 23 and descriptive statistics and logistic regression.

Results: Education level ($P=0.021$, $CI=1.218-3.101$, $OR=2.124$), use of psychotropic drugs, tramadol and Ritalin ($P=0.015$, $CI=1.019-1.791$, $OR=1.371$), and amount of substance used ($P=0.013$, $CI=1.196-2.057$, $OR=1.458$) were significantly associated with motivation for methadone maintenance treatment. Furthermore, compared with individuals with inadequate health literacy, the odds of having a desirable level of motivation for methadone maintenance treatment were 1.249 times higher among those with problematic health literacy (95% CI : 1.139–1.478, $P=0.011$), 2.336 times higher among those with sufficient health literacy (95% CI : 1.131–3.457, $P=0.009$), and 3.115 times higher among those with excellent health literacy (95% CI : 1.128–5.134, $P=0.004$).

Conclusion: Given the moderate level of motivation for methadone maintenance treatment, its promotion should be a priority for health policymakers and addiction treatment center officials. In designing and implementing educational programs to promote it, special attention should be paid to addicts with the following characteristics: education level below diploma, no use of psychotropic drugs, tramadol, and Ritalin, low drug use, and insufficient HL.

Copyright © 2026 The Authors. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.