

The Role of Personal, Familial and Social Awareness in Permanent Drug Abandonment in Kashan Drug Addiction Treatment Centers

Hoseinizadeh SS^{*1}, Niazi M², Mehtari Arani M³

1. Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, Payame Noor University, Tehran, Iran

2. Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, Kashan University, Kashan, Iran

3. Department of Management, Faculty of Humanities, Payame Noor University, Tehran, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989900713442, E-mail: Hoseynizadeh69@ut.ac.ir

Received: Jun 25, 2019 Accepted: Feb 16, 2020

ABSTRACT

Background & aim: Addiction is rooted in the unconsciousness of individual, family and society, so, increasing the knowledge and understanding of addicts about this disease is effective in treatment of addiction. Accordingly, the purpose of this research was to investigate the role of individual, familial and social awareness in the permanent drug abandonment in drug addiction treatment centers in Kashan.

Method: This research was carried out using mixed-method and semi-central interview and survey techniques. The statistical population of study included addiction treatment centers in Kashan. The sample size, in qualitative section, included 31 therapists, recovered addicts and their families and in the quantitative section, contained 343 patients and recovered addicts. Data analysis was performed through coding types using MAXQDA and SPSS softwares.

Results: In the qualitative section, using analysis of interviews, the following indicators were extracted: 1) individual awareness of addiction and signs of consumption, outcomes and the future of addiction, 2) family awareness before addiction, during addiction and during treatment, and 3) social awareness of addiction, the consequences of non-treatment and etc. The quantitative results also showed that those who were in a state of sustained abandonment had more personal, familial and social awareness in the area of addiction and treatment than others.

Conclusions: Addiction has signs, symptoms, consequences, unique and fragile treatment process and the lack of awareness of individual, family and society at different stages of life has a wide negative impact on its incurability, resulting in its more and wide promotion in the society. Therefore, increasing awareness and improving social cognition about addiction treatment can be an effective step in preventing and correcting it.

Keywords: Addiction, Individual Awareness, Familial Awareness, Social Awareness, Sustained Abandonment

نقش آگاهی‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی در ترک پایدار مواد مخدر در مراکز ترک اعتیاد منطقه کاشان

سیدسعید حسینی زاده^{۱*}، محسن نیازی^۲، محمد مهتری آرائی^۳

۱. گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲. گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

۳. گروه مدیریت، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۹۰۰۷۱۳۴۴۲ ایمیل: Hoseynizadeh69@ut.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: اعتیاد ریشه در ناآگاهی فرد، خانواده و جامعه دارد، به‌طوری‌که افزایش آگاهی و درک افراد معتاد از این بیماری در درمان اعتیاد مؤثر است. لذا، هدف از این پژوهش بررسی نقش آگاهی‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی در ترک پایدار مواد مخدر در مراکز ترک اعتیاد منطقه کاشان است.

روش کار: این پژوهش با استفاده از روش تلفیقی و تکنیک مصاحبه نیمه‌متمرکز و پیمایش انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل مراکز ترک اعتیاد منطقه کاشان بوده و حجم نمونه در بخش کیفی دربرگیرنده ۳۱ نفر از متخصصین درمانی، بیماران و بهبودیافتگان اعتیاد و در بخش کمی دربرگیرنده ۳۴۳ نفر از بیماران و بهبودیافتگان اعتیاد بود. تحلیل داده‌ها از طریق انواع کدگذاری و نیز آزمون‌های آماری و با کمک نرم‌افزار MAXQDA و SPSS صورت گرفت.

یافته‌ها: در بخش کیفی، از تحلیل مصاحبه‌ها شاخص‌های ۱- آگاهی فردی به اعتیاد و نشانه‌های مصرف، پیامدها و آینده اعتیاد، ۲- آگاهی خانوادگی پیش از اعتیاد، در حین اعتیاد، در حین درمان و ۳- آگاهی اجتماعی به اعتیاد، پیامدهای عدم درمان و غیره استخراج گردید. نتایج کمی نیز نشان دادند که آن دسته از افرادی که در وضعیت ترک پایدار به سر می‌بردند، از آگاهی فردی، خانوادگی و اجتماعی بیشتری در حوزه اعتیاد و درمان آن نسبت به سایرین برخوردار هستند ($p < 0.01$).

نتیجه‌گیری: اعتیاد، نشانه‌ها، علائم، پیامدها و جریان درمانی منحصر به فرد و شکننده‌ای دارد که فقدان آگاهی فرد، خانواده و جامعه از آن در برهه‌های زمانی گوناگون زندگی، تأثیر منفی گسترده‌ای بر درمان ناپذیری آن برجای گذاشته و موجب ترویج وسیع‌تر آن در جامعه می‌شود. لذا، با گسترش آگاهی و بهبود شناخت اجتماعی می‌توان گام مؤثری در پیشگیری و مواجهه صحیح با آن برداشت.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد، آگاهی فردی، آگاهی خانوادگی، آگاهی اجتماعی، ترک پایدار

دریافت: ۹۸/۴/۴

پذیرش: ۹۸/۱۱/۲۲

مقدمه

در جوامع در حال گذار امروزی نظیر ایران که به تبع ارتباط با جهان مدرن و اجرای برنامه‌های نوسازی از بالا توسط دولت‌ها، سرمایه اجتماعی قدیم دچار فرسایش شده و سرمایه جدید هم آن‌طوری که باید

شکل نگرفته است، با نوعی نابسامانی اجتماعی در سطوح خرد و کلان سروکار داریم که معرف پیدایش گسل‌ها و گسست‌های اجتماعی و زایش و افزایش مسائل و آسیب‌های اجتماعی است (۱). اعتیاد، به مثابه یکی از این مسائل عدیده اجتماعی، حالتی از مسمومیت

دائم یا متناوب است که با تداوم مصرف طبیعی یا مصنوعی مواد مخدر ایجاد شده و در آن نیاز یا میل شدید به افزایش مقدار مصرف و نشانه‌هایی از مقاومت، اجتناب و ترک وجود دارد که همیشه با وابستگی فیزیکی و روانی مصرف مواد همراه است (۲). گزارش آماری مرکز مبارزه با مواد مخدر حاکی از این است که دو میلیون و ۸۰۲ هزار نفر معتاد دائمی در ایران وجود دارند که با توجه به بعد خانوار (۳/۳ نفر) (۳)، حدود نه میلیون نفر از اعضای خانوارهای ایرانی درگیر اعتیاد شخصی یا خویشاوندی هستند.

اعتیاد، نه تنها زندگی فرد را تحت الشعاع قرار می‌دهد، بلکه به دلیل ماهیت پیش‌رونده‌اش نواقص و ناراحتی‌های متعددی را در همه ابعاد زندگی، سلامتی فرد، خانواده و جامعه، دوستان و همکاران ایجاد کرده و بار زیادی را به آن‌ها تحمیل می‌کند (۴). بنابر شواهد موجود، ۴۹ درصد قتل‌ها، ۶۸ درصد از درگیری‌های منجر به قتل، ۵۰ درصد مرگ‌ومیرهای ناشی از سوانح رانندگی، ۵۲ درصد تجاوزهای جنسی، ۲۰ تا ۳۵ درصد خودکشی‌ها، ۶۲ درصد نزاع‌ها و درگیری‌ها، ۵۰ درصد همسر آزاری‌ها و ۳۸ درصد کودک آزاری‌ها مربوط به مصرف مواد مخدر بوده است (۵). علی‌رغم اهمیت این مسئله، نتایج بررسی‌ها در خصوص عملکرد و دعاوی مطرح شده توسط مراکز درمانی ترک اعتیاد مؤید این امر بوده که بسیاری از روش‌های درمانی، تأثیرات مخرب و شدیدی بر سیستم زیستی، روانی و اجتماعی معتادان داشته و عدم موفقیت در درمان اعتیاد و حتی تشدید مصرف مواد مخدر را به همراه دارد (۶). به عبارتی دیگر، ترک جسمانی مواد مخدر چندان مشکل نیست، بلکه مسئله بنیادین، شیوع بالای بازگشت به مصرف مواد توسط بیماران پس از درمان و ترک اعتیاد است؛ بیشترین ریزش درمان در شش ماه اول ترک بوده و میزان بازگشت مجدد افراد به اعتیاد در خوش‌بینانه و بدبینانه‌ترین حالات بین ۴۲ تا ۹۰ درصد

برآورد شده است (۷). لذا اعتیاد، اختلالی مزمن و عودکننده است که قطع طولانی‌مدت آن نیز، دلیل بر درمان قطعی نیست.

حال با توجه به روند بازگشت‌کنندگی اعتیاد و هزینه‌های زیادی که گریبان‌گیر فرد، خانواده وی و نظام اجتماعی می‌گردد، این موضوع درخور بحث و مذاقه نظری- تجربی بیشتر است که کدام گروه از عوامل بر ماندگاری درمان اعتیاد اثرگذار هستند. منظور از «ماندگاری در ترک اعتیاد، عبارت از عود نکردن مصرف در معتادان است، دوره‌ای که فرد باید بدون لغزش و بازگشت مجدد به سوی مواد، آن را طی کند» (۸). در این زمینه، ارتقاء آگاهی فرد، خانواده و جامعه نقش مؤثری ایفا می‌کند، به‌طوری‌که افزایش آگاهی و درک بیماران اعتیاد از خطرات مصرف، روند درمان، پیامدهای ترک اعتیاد، حقوق و وظایف خانواده‌ها در مسیر درک بیماران و غیره منجر به بهبود سطح مقاومت درمانی و افزایش پایداری، توانمندسازی و ماندگاری در درمان افرادی می‌گردد که در مسیر ترک اعتیاد قدم گذاشته‌اند (۹). باین‌حال، تاکنون مطالعات اندکی در زمینه تأثیر آگاهی بر ترک پایدار مواد به انجام رسیده و مضامین پژوهشی عمدتاً بر علل و عوامل مؤثر بر گرایش به اعتیاد متمرکز بوده‌اند. خدایی و همکاران (۱۰)، دیوی^۱ (۱۱) و بهرامی‌نژاد و همکاران (۱۲) در مطالعاتی مجزا به نقش مؤثر خودآگاهی و آگاهی اجتماعی در کاهش گرایش به اعتیاد اشاره داشته‌اند. عزت‌پور و همکاران در پژوهشی با عنوان بررسی علل مصرف مواد مخدر در میان جوانان، عنصر ناآگاهی و دانش پایین را از عواقب مصرف مواد را به‌عنوان یکی از مهم‌ترین علل مصرف مواد در بار اول قلمداد می‌کنند (۱۳). آگاهی بخشی به جامعه و خصوصاً خانواده‌ها در خصوص اعتیاد و ویژگی‌های افراد معتاد از درون‌مایه‌های استخراجی پژوهش فتحي و همکاران در بررسی کیفی تجربیات معتادین در خصوص عوامل تسهیل‌کننده

¹ Davey

ترک اعتیاد است (۱۴). همچنین نتایج پژوهش محمدی و همکاران بیانگر سطح پایین آگاهی از علل و پیامدهای سوء مصرف مواد به علت عدم برخورداری از آموزش صحیح و مستمر می‌باشد (۱۵). لذا با توجه به اهمیت و کارکرد متغیر آگاهی در ترک پایدار مواد مخدر، این پژوهش در جهت بررسی «نقش آگاهی‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی در ترک پایدار مواد مخدر در مراکز ترک اعتیاد منطقه کاشان» در سال ۱۳۹۸ هدف‌گذاری شده است. بهره‌گیری از روش تلفیقی در این پژوهش به دلیل فقدان شناخت مطلوب نسبت به برخی عوامل مؤثر بر ترک پایدار اعتیاد به ویژه در حوزه آگاهی‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی در پیشینه و کشف نحوه اثرگذاری این شاخص‌ها می‌باشد.

روش کار

این پژوهش به روش تلفیقی اکتشافی (کیفی به کمی) صورت گرفت. روش تلفیقی، هم شامل جمع‌آوری داده‌های کمی و کیفی است و هم تحلیل آنها. هدف از این روش، تحت تأثیر قرار دادن نتایج روش کیفی در روش کمی است (۱۶). جامعه آماری پژوهش، مجموعه مراکز ترک اعتیاد منطقه کاشان در سال ۱۳۹۸ بود. حجم نمونه در بخش کیفی پژوهش شامل ۱۰ نفر از متخصصین، خبره‌گان و محققان حوزه اعتیاد، ۱۴ نفر از افراد موفق به ترک و ۷ نفر از اعضای خانواده‌هایی بود که دارای عضو موفق به ترک پایدار مواد بودند. این میزان حجم نمونه با توجه به بحث اشباع نظری تعیین‌شده‌اند. انتخاب نمونه در این بخش به صورت هدفمند و مبتنی بر اشباع نظری بوده و افراد نمونه با توجه به طرح پژوهش و توانایی همکاری آنان انتخاب شدند. حجم نمونه در بخش کمی با استفاده از نرم‌افزار سیمل پاور و بر مبنای تحلیل همبستگی، ۳۴۳ نفر تعیین گردید. در این روش، با در نظر گرفتن عوامل تأثیرگذار بر حجم نمونه در موقعیت‌های مختلف و متناسب با روش‌های آماری

تحلیل داده، حجم بهینه نمونه را برآورد می‌شود، به‌طوری که احتمال خطای نوع اول حداکثر ۵٪ و احتمال خطای نوع دوم حداکثر ۲۰٪ بوده و حجم نمونه به اندازه‌ای است که حداقل ۱۵/۰ همبستگی را بتوان در جامعه آماری به درستی تشخیص داد. بر این اساس، بیماران، بهبودیافتگان پایدار (۸ ماه پاکی به بالا) و ناپایدار (یک تا ۸ ماه پاکی) به شکل مقطعی مورد بررسی قرار گرفتند. سنجش ترک پایدار در قالب خوداظهاری و نیز تأیید مراجع ذیصلاحی نظیر خانواده‌ها و مراکز ترک اعتیاد (کمپ، مراکز مشاوره و انجمن معتادان گمنام) صورت گرفت.

ابزار اصلی گردآوری اطلاعات در بخش کیفی، مصاحبه نیمه‌متمرکز بود. در این نوع مصاحبه، اگرچه محقق از قبل موضوعات و عناوینی را که برای پوشش دادن به اطلاعات لازم است، تهیه می‌کند، اما همه سؤالات از قبل تهیه نشده و جریان مصاحبه تا حد زیادی متکی بر سؤالاتی است که خود به خود در تعامل بین مصاحبه‌گر و مصاحبه‌شونده پیش می‌آید. طی اجرای این روش، مصاحبه‌گر با طرح موضوع مصاحبه، شرکت‌کنندگان را به گفتگو در رابطه با موضوع پژوهش ترغیب کرده و بر اساس آنچه مصاحبه‌شونده در طی مصاحبه مطرح می‌کند، پرسش‌های بعدی خویش را مطرح ساخته است. لذا در ابتدا مجموعه سؤالات یکسانی تدوین گردید تا مسیر مصاحبه برای تمامی شرکت‌کنندگان یکسان گردد (نظیر این که اعتیاد شما چگونه آغاز گردید، چه عوامل در آن دخیل بود، چگونه به سمت پاکی حرکت کردید و غیره) و در عین حال اجازه داده شد تا روایتی از مسیر ترک اعتیاد توسط مصاحبه‌شوندگان بدون هر گونه محدودیت غیر اصولی ارائه شود. مجموع مصاحبه‌ها طی دو ماه جمع‌آوری شده و هر مصاحبه ۳۵ تا ۶۰ دقیقه زمان برده و مصاحبه‌کننده در عین یادداشت مصاحبه‌ها با رعایت اصل آگاهی‌بخشی، رازداری و گمنامی مصاحبه‌شوندگان، اقدام به ضبط مصاحبه‌ها کرد. جهت تحلیل داده‌های

کیفی از نرم‌افزار MAXQDA-10 استفاده شده و تلاش گردید تا از طریق انواع کدگذاری باز، محوری و انتخابی، مضامین اصلی ترک پایدار در حوزه آگاهی شناسایی گردد. جهت ارزیابی اعتبار پژوهش، از سه عنصر اعتبارپذیری (خودبازبینی محقق در فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها)، انتقال‌پذیری (توسعه و توصیف غنی از مجموعه داده‌های مطالعه در طول مرحله گردآوری و استفاده از رویه‌های ویژه کدگذاری در تحلیل عوامل) و تأییدپذیری (حفظ کلیه داده‌های خام، یادداشت‌ها و اسناد برای بازبینی مجدد کیفیت یافته‌ها و تفسیرها) گوبا و لینکلن بهره برده شده است (۱۷). ابزار گردآوری داده‌ها در بخش کمی، مقیاس آگاهی حسینی‌زاده (۵) بوده است. در این مقیاس، برای سنجش آگاهی فردی (۵ گویه)، خانوادگی (۵ گویه) و اجتماعی (۶ گویه) از ۱۶ گویه استفاده گردیده که در طیف لیکرت از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) نمره گذاری شده و امتیاز بالا در این مقیاس به معنی آگاهی بالاتر نسبت به اعتیاد و روش‌های درمانی آن بوده است. میزان آلفای محاسبه شده برای شاخص کل آگاهی و ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی آن به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۱، ۰/۸۳ و ۰/۷۵ بودند. به منظور تأیید اعتبار محتوایی این مقیاس از روایی صوری (رویکرد متخصصان حوزه درمان اعتیاد و پژوهشگران اعتیادسنجی) استفاده گردید. در تعیین کیفی روایی صوری موارد سطح دشواری، میزان عدم تناسب و ابهام مورد بررسی و اصلاح قرار گرفت. در گام بعدی برای کاهش و حذف آیتم‌های نامناسب و تعیین اهمیت هریک از آیتم‌ها از روش کمی تأثیر آیتم استفاده شد. در این روش به هریک از گزینه‌های آیتم مورد نظر بنا به تعداد آنها اعدادی اختصاص داده، فراوانی مربوط به هر یک را نیز محاسبه گردید و از رابطه ذیل استفاده شد:

شماره گزینه $\times (\%) = \text{فراوانی} = \text{شاخص}$

چنانچه این شاخص بیش از ۱/۵ باشد، آیتم برای تحلیل‌های بعدی مناسب تشخیص داده می‌شود. همچنین جهت تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن (سطح معنی‌داری ۰/۰۵) بهره برده شده است. به منظور امتیاز بندی مقیاس آگاهی از روش صفر تا ۱۰۰ بهره برده شده که در آن فاصله هر طبقه ۳۳/۳۳ بوده است.

یافته‌ها

م تخصصین مدنظر شامل ۹ مرد شاغل در بخش پیشگیری و درمان، روان‌شناسی و مشاوره، روان‌پزشکی، مددکاری (۲ نفر)، جامعه‌شناسی (۲ نفر)، پزشکی (۲ نفر) و یک نفر زن شاغل در بخش روان‌شناسی و درمان اعتیاد بوده که به‌طور میانگین، ۱۴ سال سابقه درمانی، مطالعاتی و مشاوره‌ای در حوزه ترک اعتیاد داشتند. از این تعداد، ۴ نفر دارای مدرک دکتری حرفه‌ای، ۳ نفر دکتری تخصصی و ۳ نفر کارشناسی ارشد بودند. در حوزه افراد ترک کرده، ۱۴ نفر از مردان مورد بررسی قرار گرفته که سن شروع مصرف در آن‌ها از ۱۴ تا ۲۹ سالگی، مدت مصرف از ۸ تا ۲۵ سال و مدت پاک‌ی فعلی از ۸ تا ۱۵۶ ماه بوده است. همچنین، ۳ نفر از آن‌ها دارای سیکل، ۴ نفر دیپلم، ۴ نفر لیسانس، یک دکترا و ۲ نفر نامشخص بوده است. در حوزه خانواده‌ها نیز ۳ نفر از همسران، ۲ نفر از برادران، ۱ نفر از پدران و ۱ نفر از فرزندان افراد ترک کرده مورد بررسی قرار گرفتند. تحلیل داده‌های کیفی، منتج به استخراج سه مقوله آگاهی‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی در حوزه درمان پایدار اعتیاد گردید. در این راستا، در ابتدا ۷۸۰ کد باز استخراج به دست آمد که در این بین ۵۴ کد مرتبط با مقوله آگاهی بود. در مرحله‌ای بالاتر، این کدها در قالب مضامین انتزاعی‌تر قرار گرفته و از ترکیب آنها ابعاد آگاهی استخراج گردید.

آگاهی فردی

در بعد فردی، هنگامی که فرد نسبت به مصرف مواد مخدر، نوع مواد و مشخصات آن، علل مصرف و نشانه‌های اعتیاد، آگاهی داشته باشد، یعنی درگیر در شرایط ترک اعتیاد گردیده، به نوعی خودآگاهی نائل شده و ادامه روند مصرف را نامطلوب بداند، ترک اعتیاد وی با سرعت بیشتر، کیفیت بالاتر و ماندگاری بیشتری همراه خواهد بود: «...هیچ شناختی از اعتیاد و حتی موادی که مصرف می‌کردم نداشتم و عدم شناخت من نسبت به این بیماری باعث می‌شد که راه کنترل یا متوقف کردن بیماری را نشناسم» (مشارکت‌کننده شماره ۱۱). «بیماری اعتیاد بیماری ناآگاهی است. کل جامعه ما دچار عدم آگاهی نسبت به اعتیاد است» (مشارکت‌کننده شماره ۱۲). همچنین، بیماران اعتیاد در ابتدای شروع به مصرف صرفاً از لاذیذ، توانمندی‌ها و نیرومندی‌های جسمانی و روانی مواد مخدر آگاهی‌یافته و اطلاعاتی پیرامون آثار مخرب و عوارض جسمی، روانی، خانوادگی و اجتماعی آن ندارند: «فقط از لذت‌های مواد برای من گفته بودند، این که نمی‌خوابی و مغز خوب به کار می‌افتد. اصلاً در مورد عوارض مواد آگاه نبودم» (مشارکت‌کننده شماره ۱۳)، «ورزشکار بودم، همیشه می‌گفتم من ۸ ساعت ورزش می‌کنم، مواد هم می‌کشم. نمی‌دونستم که حالا اولش هست، قدرت جسمانی من بالاست، هنوز مغز و استخوانم را نگرفته» (مشارکت‌کننده شماره ۱۵).

بیماران در حال ترک، خانواده‌های آنان و نیز نظام اجتماعی که در آن درمان حاصل می‌گردد، می‌بایست نسبت به بهانه‌های جسمانی و روانی مصرف که نمایانگر وسوسه‌های ذهنی است، آگاهی یافته و در مقابل پذیرش آن مقاومت به خرج دهند: «بیمار همش دنبال بهونه برای مصرفه، می‌گه معدش و سرش درد می‌کنه، اما همه این‌ها نشون میده که وسوسه شده. یعنی تمام فکرش تمرکز بر این داره که او را به سمت مصرف بیره. اولین قدم، دور شدن

دستاویز مصرف هست» (مشارکت‌کننده شماره ۳). «اولین مرحله آگاهی برای دور شدن از دستاویز بود، که الآن هر چیزی تو حرف می‌زنی، همه توجیه و بهانه‌های فکرت است که تو را به سمت مصرف ببرد» (مشارکت‌کننده شماره ۴). از سوی دیگر، همواره شروع درمان ملازم با شکایت‌ها، کنترل‌ها، پیگیری‌های وقت و بی‌وقت و برچسب‌های متعددی است که از سوی خانواده، دوستان و جامعه نسبت به بیمار در حال ترک روا داشته می‌شود. لذا فرد در گام نخست می‌بایست نسبت به این هجمه‌ها آگاهی داشته و پاسخ مثبت و متناسبی بدون تعارضات منفی که منجر به عود اعتیاد می‌گردد، بدان‌ها ارائه دهد: «در جلسه اول به بیمار می‌گویم که تا امروز کسی کاری به کارت نداشته، دیر می‌ومدی خونه، زود می‌ومدی، کسی کاری با تو نداشته. اما از امروز دستشویی یا حمامت کمی طولانی‌تر بشه همه به تو انگ مصرف می‌زنند، صدای فندک از توی اتاق بیاید، می‌گن مصرف میکنه. لذا از امروز خودت رو در برابر تهمت‌ها آماده کن» (مشارکت‌کننده شماره ۴).

آگاهی خانوادگی

در دوران پیش از اعتیاد، خانواده نقش خود را به درستی ایفا ننموده، نسبت به انواع مشکلات فرد بی‌توجه بوده، نشانه‌ها و تغییرات جسمی و روحی فرد را تشخیص نداده و در صورت تشخیص، مهارت‌های لازم برای مقابله با این رفتارها را نداشته است: «قبل از اعتیاد خانواده مؤثر هست، چراکه فرد را در معرض اعتیاد قرار داده یا فرد در معرض اعتیاد بوده ولی خانواده متوجه نبوده، متوجه مشکلات روحی، روانی، عاطفی و شکست‌هایش نبوده و مسائلی نظیر فواصل نسلی میان آن‌ها وجود داشته است» (مشارکت‌کننده شماره ۸). «خانواده این آگاهی را ندارد که زمانی که فهمید پسرش داره سیگار می‌کشد، چه کند، بزند تو گوشش، یه کاری کنم که بفهمد من فهمیده‌ام و خجالت بکشد، برم علت اش رو بررسی کنم و ببینم با کی دوست شده. چون این آگاهی را ندارد، در مراحل

اولیه بلد نیست چه کند» (مشارکت کننده شماره ۹). زمانی که فرد مصرف را شروع می کند (حین اعتیاد) به لحاظ جسمانی تغییراتی در حالات وی رخ می دهد، الگوی خواب و خوراک وی بر هم ریخته، مضطرب شده و استرس می گیرد و حالات پریشان گونه دارد. اغلب، خانواده این ویژگی ها را حاصل شرایط سخت زندگی و خصائل جوانی و امری طبیعی قلمداد می کنند، در صورتی که این علائم، چراغ های راهنمای نجات فرد بوده، از حالت سبز به زرد و در نهایت به قرمز تغییر یافته اند: «فرد زمانی که معتاد شد یک سری مشکلات برایش ایجاد می شود، خلقش تغییر می کند، چیزهایی در خانه گم می شود، رفقاییش تغییر می کنند. اولین مرحله شک است. خانواده امروز ما آگاهی ندارد که باید به چه چیزی شک کند» (مشارکت کننده شماره ۹)، «در خلال اعتیاد خانواده بی توجه بوده چون علم لازم را نداشته است، می گفته پسرم چرا چشات قرمز، چرا منظم نیستی، فرد جواب درستی نمی داده و خانواده این مسئله را امری طبیعی میدانسته، این ها مراحل نجات فرد معتاد بوده اما خانواده آگاهی و دانش پیشگیری و درمان نداشته است» (مشارکت کننده شماره ۸).

عمده خانواده ها پس از این که متوجه اعتیاد فرزند خود می شوند، به یک باره دست پاچه شده و به هر صورتی که هست می خواهند وی را ترک بدهند. بسیاری از آن ها چیزی در مورد درمان ندانسته و نمی دانند فرد را باید به کدام مؤسسه یا مرکز برای دریافت خدمات ببرند، برخی بنابر باورهای عامیانه تلاش دارند تا به مزدوج کردن فرزند خویش وی را به اصطلاح تحت فشار زندگی متأهلی قرار داده و با قرار دادن مسئولیت زندگی بر دوش وی، او را آماده برای ترک کنند و برخی نیز با فرستادن فرد بیمار به مراکز اجباری ترک اعتیاد، راه را از اول به بی راهه می روند (آگاهی درمانی ضعیف): «مهارت مقابله در خانواده ها نسبت به اینکه اگر فردی از اعضا گرفتار شد چه کنند، کجا ببرندش، چطور درمانش کنند، و...

وجود ندارد، آگاهی نیست، می گوید اگر زنش بدیم خوب می شود و این مسئله را از خانواده همسرش پنهان می کند» (مشارکت کننده شماره ۶)، «پس از دستگیری نیز با فرستادن این افراد به مراکز ترک اجباری، چیزی علناً جز پاکی چندروزه فراهم نمی کنند» (مشارکت کننده شماره ۱۰). همچنین، اغلب بیماران و خانواده آن ها نسبت به درمان پذیری اعتیاد و نیل به پایداری از یک ناامیدی مفرط رنج می برند: «می گفتن این پسر فلانیه، معتاد بوده و ترک آدم معتاد تو مرده شورخونه هست» (مشارکت کننده شماره ۱۶)، «فکر می کردم پک اول، بیل آخر هست. می گفتم آخرش دیگه مرگ هست» (مشارکت کننده شماره ۱۹). درمان اعتیاد شامل روش هایی است که به لحاظ میزان پاسخ دهی، مقرون به صرفه بودن، زمان بر بودن، انسانی و اخلاقی بودن، ماندگاری درمان و ... با یکدیگر متفاوتند. لذا می بایست زمانی را جهت نیل به بهترین روش درمانی که مبتنی بر ابعاد شخصیتی بیمار و مؤلفه های اجتماعی و فرهنگی وی می باشد، صرف کرد: «در جامعه ما یا درمان های اجباری کمپی رواج دارد، یا بیمار را به داروهای متادون و شیمیایی می بندند و فرد را سالیان سال درگیر متادون می کنند» (مشارکت کننده شماره ۳).

نهایتاً اینکه اغلب خانواده ها در شروع فرایند ترک اعتیاد، پیرامون فرایند ترک، الزامات و بایستگی های آن، شرایط بیمار، میزان نظارت و کنترل بر فرد و نیز، مجموعه وسیعی از وظایف و نقش ها که بر عهده اعضای خانواده است، آگاهی های مطلوب و کاملی ندارد: «۷۰ درصد درمان مربوط به آگاهی های اولیه ای است که خانواده می گیرد و عمل می کند» (مشارکت کننده شماره ۳)، «خانواده نمی داند کنترل کند، نظارت کند، سخت گیری کند. خانواده در این موارد نمی داند چه کند، احساسی برخورد می کند، چون بلد نیستند سبب گرایش مجدد فرد به مواد می شوند» (مشارکت کننده شماره ۸). آگاهی از طرز برخورد صحیح با بیماران متمایل به ترک اعتیاد، عدم

توسل به ترک اجباری، برخوردهای رفتاری غیرمستقیم و موضع‌گیری‌های نامطلوب از دیگر مسائلی است که بیماران اعتیاد پیرامون ناآگاهی اجتماعی از شیوه‌های درمانی بدان‌ها اشاره داشته‌اند: «برادرم همیشه با یک چوب دنبال من بود و می‌خواست با آن چوب مرا از مصرف مواد منع کند، در صورتی که بدتر می‌شدم و بیشتر مصرف می‌کردم که کتک زدن برادرم از یادم بره» (مشارکت‌کننده شماره ۱۸)، «وقتی می‌خواستم تلویزیون ببینم مدام می‌زدن شبکه‌هایی که معتادان رو نشون می‌داد که گوشه خیابون افتادن یا مُردن. آنها در مقابل من موضع‌گیری می‌کردند. برای یک آدم معتاد جبهه‌گیری دیگران سم است» (مشارکت‌کننده شماره ۱۵).

آگاهی اجتماعی

به لحاظ اجتماعی، در جامعه ایران آگاهی نسبتاً اندکی در ارتباط با اعتیاد وجود دارد، به‌طوری‌که شهروندان نسبت به مواد مخدر دروازه‌ای که مصرف آنها منجر به تداوم مصرف و اعتیاد می‌گردد، ناآگاه بوده، فرایند اعتیاد را به‌طور دقیق نمی‌شناسند، نسبت به انواع مواد مخدر، نحوه‌های مصرف و رنگ و بوی آن ناآشنا بوده و عمدتاً آموزش‌های لازم را نسبت به روش‌های صحیح برخورد با معتادین ندیده‌اند: «از نظر اجتماعی اول از همه باید در جامعه آموزش‌های لازم داده شود، این که اعتیاد چیه، معتاد را به صورت بیمار بدانند نه به عنوان مجرم و فرد ضداجتماعی» (مشارکت‌کننده شماره ۵)، «باید یک آموزش‌هایی وجود داشته باشد که نشان دهد اگر فرد مثلاً سیگاری مصرف کرده، یک سری علائم اولیه و یک سری علائم ثانویه و مضرات دارد. سیگاری دروازه ورود به اعتیاد است و عاقبت ناخوشایندی دارد» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰). از سویی دیگر، شهروندان عمدتاً در نوعی ناآگاهی اجتماعی نسبت به عدم درمان اعتیاد به سر می‌برند که حاصل آن بازگشت اعتیاد به بطن جامعه و نفوذ در خانواده‌هایی است که حاضر نبوده‌اند تا قدمی در راستای ترک اعتیاد سایر شهروندان

بردارند (اثر بومرنگ): «دید جامعه به سمت طرد است. عدم آگاهی و مهارت‌های لازم سبب شده تا ما مشارکتی برای درمان نداشته باشیم. اعتیادی فقط بیماری یک نفر نیست. بیمار اعتیاد ممکنه به دارایی‌های جامعه ضرر بزنه، ممکنه از اتوبوس چیزی بدزدد، یا از دیگران زورگیری کند یا سرنگ خود را در خیابان بیاندازد و از این طریق نسبت به سرایت بیماری‌های مسری اقدام کند» (مشارکت‌کننده شماره ۹). همچنین، اعتیاد همواره آثار جسمانی و روانی متعددی بر فرم صورت، دهان، حافظه، گفتار و روان فرد بر جای می‌گذارد که برخی از این آثار و عواقب ممکن است تا سال‌ها پس از ترک اعتیاد بیمار را همراهی کند. ملاحظه این قبیل افراد و ناآگاهی شهروندان نسبت به این مسائل، اغلب منجر به تهمت‌ها و انگ‌های زیادی مبتنی بر مصرف مجدد مواد می‌گردد: «توقع فعلی جامعه از افراد ترک کرده این است که این فرد رنگ و رویش سفید بشود، چاق شود، برود دوباره درس بخوند، پولدار شود. اما یه نفر وقتی مواد را کنار گذاشت اینقد به خود خسارت زده که بعضی چیزهایش دیگر دوباره به حالت اول باز نمی‌گردد، مثلاً این فرد دیگه مثل قبل نیست، حافظه‌اش به اندازه گذشته نیست. جامعه آگاهی ندارد که معتاد برخی آسیب‌هایی دیده که دیگه خوب نمی‌شود» (مشارکت‌کننده شماره ۹)، «در باور ما معتاد فردی افتاده‌حال و خسته و با ویژگی‌های گفتاری خاص است. درحالی‌که معتاد ممکن است بعد از درمان نیز هنوز این ویژگی‌ها را داشته باشد، خوابش مشکل داشته باشد، لاغری را داشته باشد» (مشارکت‌کننده شماره ۶).

شواهد نشان می‌دهد که وجود مجموعه‌ای از هنجارها و بایستگی‌های مبتنی بر مصرف در قالب‌هایی نظیر مراسم عروسی، عزاداری و یا در چهارچوب‌های درمانی که کارکردهایی نظیر رفع درد و ایجاد شادی و نشاط کوتاه‌مدت دارند، مروج مصرف مواد در میان اقشار گوناگون شهروندان شده‌اند: «در خیلی از

موارد برای کاهش درد یا تقویت اعصاب فرد حتی خود پزشکان توصیه به مصرف مواد می‌کنند. افرادی هستند که به بچه‌های نوزاد خود برای درد گوش یا دندون درد تریاک می‌دهند یا می‌گویند مصرف شیشه تأثیر زیادی در لاغری و افزایش تمرکز دارد درحالی‌که اینجوری نیست» (مشارکت‌کننده شماره ۶). «برای یک سری از بیماری‌ها نظیر بیماری قند یا دیسک کمر مصرف مواد توصیه شده است» (مشارکت‌کننده شماره ۹). در نهایت، آگاهی به تمارض‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است. تمارض انواع گوناگونی دارد که تمارض عاطفی از این انواع است. در این نوع از تمارض، فرد خود را به لحاظ عاطفی نیازمند دیگران احساس کرده، سعی می‌کند با حفظ حالات بیماری، محبت و توجه دیگران را نزد خویش حفظ کند. بیماران اعتیاد نسبت به این مسئله آگاهی دارند که اگر شرایط ابتدایی و سخت درمان و ترک پایان یابد و بیمار پس از چند ماه به ثبات نسبی برسد، باید روند عادی زندگی خویش را شروع کند و این یعنی کار کردن، ساماندهی زندگی و غیره. بر این اساس، برخی بیماران با خودبیمارانگاری و تمارض به ناتوانی، تلاش دارند تا از مسئولیت‌پذیری اجتماعی و خانوادگی رها شوند: «تمارض به فرد اجازه عزیز بودن را می‌دهد. فرد تا وقتی بیمار است، عزیز بوده اما وقتی از بستر بیماری برخاست، دیگر باید زندگی روزمره شغلی و کاری و... به صورت عادی ادامه دهد. این است که خود معتادپنداری، بیماری را تداوم می‌بخشد» (مشارکت‌کننده شماره ۱).

همان‌گونه که نتایج کیفی پژوهش نشان دادند، شاخص کل آگاهی در قالب مقولات آگاهی فردی، آگاهی اجتماعی و آگاهی خانوادگی نقش مؤثری در فرایند

ترک اعتیاد داشته، لذا تلاش گردیده است تا این یافته‌ها در حوزه وسیع‌تر و به روش کمی مورد بررسی قرار گیرند.

یافته‌های کمی در قالب جدول توصیفی توزیع فراوانی (جدول ۱) و جدول تحلیل ارتباط میان شاخص آگاهی و ترک اعتیاد (جدول ۲) ارائه گردیده است. یافته‌های ارائه‌شده در جدول ۱ بیانگر این است که افرادی که اقدام به ترک نموده و در این زمینه به ثبات و پایداری بالایی دست‌یافته‌اند ($48/6\%$)، نسبت به کسانی که در وضعیت ناپایداری از ترک اعتیاد به سر برده و امکان لغزش در آن‌ها وجود دارد ($44/4\%$) و نیز این دسته از افراد نسبت به بیماران اعتیاد (13%)، کسانی که تا این زمان اقدام به مصرف کرده و تصمیمی برای ترک اعتیاد ندارند، از میزان آگاهی بیشتری در زمینه اعتیاد، درمان و روش‌های پاک‌ی و پاک ماندن آن برخوردار هستند. همچنین میانگین شاخص آگاهی در میان بهبودیافتگان پایدار $56/6 \pm 7/89$ است که بالاتر از حد متوسط (48) و مورد انتظار بوده و از میانگین آگاهی بهبودیافتگان ناپایدار ($53/6$) و بیماران اعتیاد ($49/1$) بالاتر است. مقایسه ابعاد شاخص آگاهی بیانگر این است که افراد موفق به ترک پایدار نسبت به سایر گروه‌ها از آگاهی فردی بالاتری برخوردار بوده (64% بالا) و آگاهی خانواده‌هایشان پیرامون اعتیاد و درمان آن نسبت به بهبودیافتگان ناپایدار و بیماران اعتیاد بیشتر است. در این میان بهبودیافتگان پایدار ($55/9$) و ناپایدار ($46/8$) بر این باورند که میزان آگاهی اجتماعی شهروندان نسبت به اعتیاد و درمان آن در حد متوسط است، لیکن بیماران اعتیاد ($54/6$) میزان آگاهی اجتماعی شهروندان را در این حوزه ضعیف ارزیابی کرده‌اند.

جدول ۱. توزیع فراوانی درصدی شاخص آگاهی و ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی آن (n=343)

شاخص آگاهی	طبقات (درصد)										
	پایین			متوسط			بالا			میانگین	
	بیمار	ترک ناپایدار	ترک پایدار	بیمار	ترک ناپایدار	ترک پایدار	بیمار	ترک ناپایدار	ترک پایدار	ترک ناپایدار	ترک پایدار
آگاهی فردی	۱۸/۵	۹/۷	۹	۶۶/۷	۴۱/۹	۲۷	۱۴/۸	۴۸/۴	۶۴	۱۵/۲	۱۷/۱
آگاهی خانوادگی	۲۹/۶	۳۰/۶	۲۵/۲	۳۸/۹	۳۱/۵	۲۲/۵	۳۱/۵	۳۷/۹	۵۲/۳	۱۵/۳	۱۵/۸
آگاهی اجتماعی	۵۴/۶	۳۶/۳	۳۰/۶	۳۶/۱	۴۶/۸	۵۵/۹	۹/۳	۱۶/۹	۱۳/۵	۱۸/۴	۲۰/۳
شاخص کل آگاهی	۷/۴	۴/۸	۱/۸	۷۹/۶	۵۰/۸	۳۹/۶	۱۳	۴۴/۴	۵۸/۶	۴۹/۱	۵۳/۶

یافته‌های تحلیلی (جدول ۲) پیرامون ارتباط میان نوع پاکی و میزان آگاهی بیماران و بهبودیافتگان اعتیاد نشان داد که آن دسته از افرادی که در وضعیت ترک پایدار به سر می‌بردند، از آگاهی بیشتری در حوزه اعتیاد و درمان آن نسبت به سایرین نیز برخوردار بودند ($\chi^2 = 57/99, p < 0/001$). معنی‌داری آماری این فرضیه نشان می‌دهد که در میان سه گروه از افراد مورد بررسی، تفاوت‌هایی به لحاظ میزان آگاهی در این حوزه وجود دارد. در این زمینه نتایج توصیفی دسته‌بندی رتبه‌ها در آزمون کروسکال والیس در قالب (جدول ۳) مورد بررسی قرار گرفته است. بر این اساس، مشخص گردید که میانگین رتبه آگاهی افراد با ترک پایدار (۲۱۷/۰۵) مواد مخدر

بالاتر از افرادی است که در وضعیت ترک ناپایدار (۱۸۰/۲۰) و عدم ترک (۱۱۶/۲۸) قرار داشتند. در قالب فرضیه دوم این پژوهش، ارتباط میان مدت زمان پاکی از مواد و میزان آگاهی مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته‌ها در این حوزه نشان دادند که به هر اندازه آگاهی فردی، خانوادگی و شاخص کل آگاهی افراد بیشتر شود، مدت زمان پاکی آن‌ها افزایش می‌یابد ($r = 0/182, p < 0/006$). در این میان، فرضیه ارتباط مدت زمان پاکی با میزان آگاهی خانوادگی معنادار نبوده و افزایش یا کاهش آگاهی خانوادگی علی‌رغم یافته‌های توصیفی، به‌طور مستقیم مدت زمان پاکی افراد را متأثر نساخته است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کراسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن میان شاخص آگاهی و نوع/مدت زمان پاکی (n=343)

شاخص آگاهی	نوع پاکی (کروسکال والیس)				مدت زمان پاکی (ضریب همبستگی)
	مقادیر آزمون	درجه آزادی	سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معناداری
آگاهی فردی	۵۸/۹۹	۲	۰/۰۰۰	۰/۱۶۲	۰/۰۱۵
آگاهی خانوادگی	۹/۰۲	۲	۰/۰۱۱	۰/۲۷۴	۰/۰۶۷
آگاهی اجتماعی	۱۵/۳۰	۲	۰/۰۰۰	۰/۱۲۹	۰/۰۵۲
شاخص کل آگاهی	۵۷/۹۹	۲	۰/۰۰۰	۰/۱۸۲	*۰/۰۰۶

* سطح معنی‌داری $p < 0/05$

جدول ۳. نتایج توصیفی دسته‌بندی رتبه‌ها در آزمون کروسکال والیس (n=343)

ابعاد	نوع پاکی	میانگین رتبه (آلفای ۰/۰۵)	ابعاد	نوع پاکی	میانگین رتبه (آلفای ۰/۰۵)
آگاهی فردی	بیمار	۱۱۶/۴۵	آگاهی خانوادگی	بیمار	۱۵۵/۰۱
	ترک ناپایدار	۱۷۹/۱۳		ترک ناپایدار	۱۶۷/۰۳
	ترک پایدار	۲۱۸/۰۸		ترک پایدار	۱۹۴/۰۸
آگاهی اجتماعی	بیمار	۱۴۱/۵۹	شاخص کل آگاهی	بیمار	۱۱۶/۲۸
	ترک ناپایدار	۱۸۲/۱۹		ترک ناپایدار	۱۸۰/۲۰
	ترک پایدار	۱۹۰/۲۱		ترک پایدار	۲۱۷/۰۵

بدین ترتیب، همسو با یافته‌های کیفی که نشان دادند آگاهی فردی، خانوادگی و اجتماعی بیماران، خانواده‌های آن‌ها و نیز جامعه شهروندی می‌تواند زمینه را برای ماندگاری در درمان و ترک پایدار مواد مخدر فراهم سازد، یافته‌های کمی نیز حاکی از این بودند که نه تنها به لحاظ توصیفی میزان آگاهی بهبودیافتگان پایدار بالاتر از بهبودیافتگان ناپایدار و بیماران اعتیاد است، بلکه به لحاظ تحلیلی نیز آن دسته از بهبودیافتگانی که در فرایند ترک اعتیاد، پایداری بیشتری از خود نشان داده‌اند، نسبت به بهبودیافتگان ناپایدار و این گروه نسبت به بیماران اعتیاد، از میزان آگاهی فردی، خانوادگی و اجتماعی بیشتری برخوردار بودند.

بحث

بر اساس یافته‌های این پژوهش، شاخص آگاهی در سه قلمرو فردی، خانوادگی و اجتماعی نقش مؤثری در پایداری درمان اعتیاد دارد. در سطح فردی، یافته‌های تلفیقی (کمی و کیفی) نشان دادند که آگاهی به اعتیاد و نشانه‌های مصرف، پیامدها و آینده اعتیاد، دستاویزها و بهانه‌های مصرف و هجمه‌های و برچسب‌های منفی و متناقض ناشی از ترک اعتیاد نه تنها از فرد بیمار در برابر ناملایمات خانوادگی و اجتماعی پس از ترک محافظت می‌کند، بلکه منجر به توانمندسازی وی برای ادامه روند درمانی می‌گردد. این یافته همسو با نتایج پژوهش شمسعلی نیا و همکاران است که نشان داده‌اند از عوامل مؤثر در تصمیم به ترک اعتیاد و ماندگاری در این فرایند، افزایش آگاهی سوءمصرف کنندگان مواد در زمینه خدمات اجتماعی در دسترس، چگونگی مدیریت عوارض ناشی از ترک و فراهم ساختن شرایط لازم برای جلب حمایت است (۱۸). همچنین، نتایج مطالعه کلدوی و همکاران حاکی از این بود که آگاهی فردی افراد در حوزه اعتیاد کارکرد مؤثری در پیشگیری از بازگشت و افزایش انگیزش در افراد وابسته به مواد

افزونی دارد (۱۹). در تبیین این یافته می‌توان گفت که فقدان آگاهی از پیامدهای اعتیاد و تأثیرات منفی که بر خود و دیگران دارد، انگیزه افراد برای ترک اعتیاد را کاهش می‌دهد (۲۰). همچنین، هنگامی که افراد از آگاهی فردی لازم برای مقابله با مشکلات زندگی برخوردار نباشند و هر مسئله را به عنوان یک بهانه جهت مصرف مجدد قرار دهند، عود اعتیاد و بازگشت به مصرف در آنها شدت بیشتری خواهد گرفت.

درون مایه آگاهی خانوادگی به عنوان دومین مقوله اکتشافی در این پژوهش بیانگر این بود که خانواده یکی از مؤثرترین نهادهای اجتماعی جهت پیشگیری و درمان اعتیاد است. ناآگاهی‌های متعددی که بسیاری از خانواده‌ها قبل از اعتیاد (بی‌توجهی به مشکلات و مسائل روحی و روانی اعضا)، در حین اعتیاد (بی‌توجهی به علائم و حالات مصرف) و پس از شروع درمان (بی‌اطلاعی نسبت به شیوه‌های درمانی متناسب و طرز برخورد با بیمار) از آن رنج می‌برند، نه تنها مسیر ترک اعتیاد و روند پاک‌ی فرد با تأخیر بیشتری مواجه می‌سازد، بلکه از میزان ماندگاری در درمان نیز کاسته و لغزش‌های بیشتری را به همراه می‌آورد. این مسئله همسو با نتایج پژوهش‌های توکلی قوچانی و همکاران (۲۰)، فتحی و همکاران (۱۴) و بابائیان و همکاران (۲۱) است. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آگاهی، حمایت و پافشاری خانواده در زمینه ترک اعتیاد اعضای بیمار خویش، انگیزه‌بخش تداوم روند درمانی بوده و ماندگاری آنان را افزایش می‌دهد. نتایج پژوهش بابائیان و همکاران نشان داده است که افزایش آگاهی خانوادگی و ارتباط‌گیری با بیماران زمینه تداوم درمان اعتیاد را فراهم ساخته و بیشتر افرادی که بعد از ورود به درمان با خانواده خود ارتباط داشته‌اند، توانسته بودند که در درمان باقی بمانند (۲۱). بدین لحاظ، درگیری و تنش در خانواده، دوری‌گزینی و کاهش ارتباطات و در نهایت عدم حمایت خانواده مبدأ که ناشی از فقدان آگاهی خانواده نسبت به اعتیاد و مدیریت درمانی آن است، از جمله عوامل ساختاری

تأثیرگذار بر عدم مانایی مصرف‌کننده در درمان شناسایی هستند (۲۲). همچنین، بی‌اطلاعی و ناآگاهی نسبت وظایف، نقش‌ها و تعهدات خانواده‌ها و نیز نحوه برخورد با بیماران ترک کرده، توسل به روش‌های اجباری ترک و دیگر موضع‌گیری‌های نامطلوب خانواده‌ها، اغلب خانواده‌ها را در شوک لغزش‌های متعدد بیمار فرو برده و دامنه بی‌اعتمادی ناشی از ناآگاهی را توسعه می‌دهد.

در نهایت، یافته‌های این پژوهش نشان دادند که آگاهی اجتماعی ضعیفی در قبال مواد مخدر، انواع آن و نیز روندهای مصرفی وجود داشته، شهروندان آشنایی مطلوبی پیرامون اثر بومرنگ اعتیاد و پیوستگی مصرف با سایر مسائل فردی، خانوادگی و اجتماعی نداشته، اغلب نسبت به ماندگاری آثار جسمی و روانی پس از ترک در وجود فرد بیمار ناآگاه بوده، از نقش اختلال گر هنجارهای مصرفی در مسیر ترک پایدار غافل بوده و خودبیمارانگاری بهبود بهبودیافتگان را نادیده می‌گیرند. این مسئله همسو با نتایج معدود مطالعات موجود نظیر پژوهش خدایی و همکاران (۱۰)، دیوی (۱۱)، بهرامی‌نژاد و همکاران (۱۲)، عزت‌پور و همکاران (۱۳) فرتوک‌زاده و همکاران (۲۳) است. در این زمینه، فرتوک‌زاده و همکاران با ارزیابی سیاست‌ها و راهبردهای کنترل مصرف مواد مخدر در ایران، مهم‌ترین این سیاست‌ها در ارتقای سطح نگرش‌ها و باورهای عمومی شهروندان جامعه که در راستای افزایش آگاهی اجتماعی است، می‌دانند (۲۳). مسعودی‌فرید و همکاران در راستای ترمیم نقش ناهنجار هنجارهای مصرفی رواج یافته در جامعه که مانع از تداوم فرایند درمان اعتیاد می‌گردند، بر نقش رسانه تأکید داشته و معتقد است که در حال حاضر در بسیاری از تولیدات رسانه‌ای به جنبه علمی اعتیاد و رویکردهای رسانه‌ای آگاهی‌بخش و اثربخش کم‌توجهی می‌گردد و این مسئله سبب ایجاد باورهای غلط و یا تقویت باورهای نادرست در مخاطبان می‌گردد (۲۴). مطالعات در ایران نشان می‌دهند که

نظام اجتماعی ایران از شکافی در حوزه آموزش و ارتقاء آگاهی شهروندی نسبت به مسائل اجتماعی نظیر اعتیاد رنج‌برده و نسبت به نقش آموزشی و آگاه‌سازی شهروندان نسبت به مضامین مرتبط با درمان و ترک اعتیاد غافل است. بدین ترتیب، برابر با نظریه اقدام عقلانی، نگرش‌های شناختی اشاره به نتایجی حاصل از دو مؤلفه باورها یا انتظارات در مورد نتایج و پیامدهای یک رفتار عینی و ارزیابی نتایج رفتاری دارند.

نتیجه‌گیری

شاخص آگاهی، در برهه‌های زمانی گوناگون در ترک و درمان اعتیاد مطرح‌شده و پرداخت به آن و بهبود آگاهی اجتماعی پیرامون اعتیاد و درمان آن در هر برهه، آثار مطلوبی در کاهش صدمات مصرف مواد مخدر به دنبال دارد. آگاهی، مقدمه یادگیری رفتار صحیح و درمان مبتنی بر موفقیت است. تا زمانی که فرد به خودآگاهی نسبت به درمان اعتیاد نرسیده و تا هنگامی که جامعه نسبت درمان اعتیاد و دفع آثار آتی ناشی از عدم درمان به خودآگاهی اجتماعی نرسیده است، درمان اعتیاد و نیل به ماندگاری در این مسیر ممکن نخواهد بود. لذا می‌توان با آموزش افراد معتاد و بهبود آگاهی‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی در حوزه پیشگیری و درمان اعتیاد، نگرش‌ها و هنجارهای ذهنی در بیماران، خانواده‌ها و سایر شهروندان را تغییر داده و از این طریق، ماندگاری افراد ترک کرده را در فرایندهای پاک‌سازی مواد بسط داد. به عبارتی دیگر، الگوپذیرهای رفتاری صحیح به واسطه ارتقاء آگاهی و آموزش افراد معتاد و تمرین و تکرار بیشتر در آنها نهادینه خواهد گردید. بر این اساس پیشنهاد می‌گردد تا مسئولین امر درمان اعتیاد، موانع موجود جهت توسعه دانش و آگاهی‌های مبتنی بر درمان اعتیاد در ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی را شناسایی کرده و نسبت به عوارض و خطرات عدم درمان حساسیت لازم را در جامعه ایجاد کنند. از

مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به موانع دسترسی به حجم نمونه و نیز ارائه ناقص اطلاعات کمی اشاره کرد که به واسطه هماهنگی با سازمان‌های دخیل در درمان اعتیاد و نیز برگزاری جلسات توجیهی پاسخ به پرسشنامه‌ها، تا حدود زیادی این مسائل رفع گردید.

اجتماعی- فرهنگی مؤثر بر ترک پایدار مواد مخدر و با کد اخلاق IR.KAUMS.NUHEPM.REC.1397.039 است. بدین وسیله از همکاری افراد شرکت کننده در پژوهش (متخصصین، بیماران و خانواده‌های آنها) و نیز ستاد مبارزه با مواد مخدر استان اصفهان به‌عنوان حامی مالی پژوهش، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تشکر و قدردانی

این پژوهش مستخرج از رساله دکتری رشته جامعه‌شناسی دانشگاه کاشان با عنوان تبیین عوامل

References

- 1- Delpasand K, Ayar A, Khani S, Mohammadi P. Social support and crime; the comparative study of criminal and non-criminal youth in Ilam. Quarterly of Social Studies and Research in Iran. 2012;1(2):89-120 [Persian].
- 2- Abdalrasouli R. A study of the influential factors in the drug addiction of the youth (aged 14 to 29) based on Agnew Theory. Cultur- Communication Studies. 2007;9(2):79-113.
- 3- Statistical Center of Iran. Population and Housing Census Report. Tehran: Iran Statistics Center Press; 2016 [Persian].
- 4- Isaacs S, Jellinek P, Martinez Garcel J, Hunt KA, Bunch W. New York state health foundation: integrating mental health and substance abuse care. Health Affairs. 2013;32(10):1846-50.
- 5- Hoseynizadeh SS. Explaining the socio- cultural factors affecting the sustained drug abandonment (dissertation for the degree of doctor of sociology). Faculty of Humanities of Kashan University; 2019 [Persian].
- 6- Hashemi Z, Shaban M. Anonymous additives association and the effectiveness of morality-based approaches in recovering additives. Iranian Journal of Social Problems. 2016;7(2):219-49 [Persian].
- 7- Ghodrati Torbati A, Sahbaei F, Nabavi S J, Zare M. Comparing continuity quit addiction time in participant persons and non-participant persons in narcotics anonymous in city of Mashhad in 2012. Medical Science Journal of Islamic Azad University. 2013;23(3):201-205 [Persian].
- 8- Keshavarz M, Ghamarani A, Bagherian M, Musarezaie A. Examination of the religious orientation and burden of family as predictors of treatment permanence of addiction. Journal of Research in Behavioral Science. 2014;12(1):144-53 [Persian].
- 9- Mohammadi A. Prevention of addiction with the approach of socializing the fight against drugs and utilizing the capacity of popular organizations. Journal of New Advances in Behavioral Science. 2017;2(11):85-100 [Persian].
- 10- Khodaie M, Abdollahi MH, Farhani MN, Ramazani W. Five factors of personality and emotional intelligence in addict and non-addict men. Journal of Psychology. 2011;15(1):40-57 [Persian].
- 11- Davey G. Psychopathology: research, assessment and treatment in clinical psychology. Oxford: Wiley; 2014 [Persian].
- 12- Bahraminezhad A, Beiranvand A, Zare S, Arnavaz M. The relationship between emotional intelligence and addiction tendency in students of Lorestan university of medical sciences. Yafte. 2017;19(4):113-20 [Persian].
- 13- Ezatpour EE, Rahmani K, Bidarpoor F. Investigation of drug use causes in young persons of Sanandaj using respondent driven sampling. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2018;5(3):12-21 [Persian].

- 14- Fathi A, Mosavifar B. Exploring the experiences of addicts regarding social and family supports as facilitators to addiction abstinence: A qualitative study. *Journal of Research on Addiction*. 2016;10(38):119-36 [Persian].
- 15- Mohammadi S, Ahmadi H, Maghsoudpour L. Evaluation of university students' awareness of the causes and negative effects of addiction and the role of universities in education about and prevention from addiction in Mashhad city. *Journal of Khorasan Razavi Law Enforcement*. 2015;26:21-48 [Persian].
- 16- Niazi M. Mixed-methods research, the third movement in the methodology of social sciences. *Journal of Iranian Social Studies*. 2012;5(2):158-81 [Persian].
- 17- Bryman A. *Social Research Method*. 4nd ed. London: Oxford University Press; 2016.
- 18- Shamsalaini A, Nourozi K, FallahiKhoshknab M, Farhoudian A. Factors effective on the decision to quit among substance abusers: a qualitative study. *Journal of Quality Research in Health Science*. 2013;2(2):111-12 [Persian].
- 19- Kaldavi A, Borjali A, Falsafi MR, Sohrabi F. The effectiveness of "mindfulness based relapse prevention (MBRP)" model in relapse prevention and motivation in subjects with opiate substance dependency. *Journal of Clinical Psychology*. 2012;3(4):69-79 [Persian].
- 20- Tavakoli Ghouchani H, Niknami SH, Aminshokravi F, Hojjat SK. The adapt factors related to addiction treatment, with some constructs health education models: A review article. *Journal of North Khorasan University*. 2014;6(4):969-81 [Persian].
- 21- Babaeian N, Maarefvand M, Hosseinzadeh S. The effectiveness of working in vocational network of recovered on substance users' retention in treatment. *Quarterly Journal of Social Work*. 2016;5(3):51-61 [Persian].
- 22- Pilehvari A. A comparative study of the role of the family on the survivability of addiction abandonment (dissertation for the degree of doctor of social work). Faculty of Social Science of Allameh University; 2017 [Persian].
- 23- Fartookzadeh H, Moazzez H, Rajabi Nohouji M. Strategies and policies of drug abuse control in Iran. *Social Welfare*. 2013;13(48):171-99 [Persian].
- 24- Masoodi Farid HA, Mirbaigi S, Esfahani Z, Rezakhani A. Media effectiveness on addiction prevention: challenges and approaches. *Social Health & Addiction*. 2014;1(1):81-89 [Persian].