

عوامل مؤثر بر تصمیم به ترک در سوء مصرف کنندگان مواد: یک مطالعه کیفی

عباس شمسعلی نیا^۱، کیان نوروزی^۲، مسعود فلاحی خشکتاب^۳، علی فرهودیان^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اعتیاد یکی از مشکلات جهان امروز است. برای مقابله با این معضل، رویکرد درمان اثربخش بسیار حایز اهمیت می‌باشد. یکی از مسایل مهم در درمان اعتیاد، عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری برای ترک است. هدف این مطالعه، تبیین عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری به ترک مواد در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر بود.

روش: مطالعه حاضر بخشی از یک مطالعه کیفی با رویکرد گراندد تئوری بود. شرکت کنندگان ۲۲ نفر (۱۶ مرد و ۶ زن) سوء مصرف کننده مواد که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و با حداکثر تنوع از بین هر دو جنس و با دوره بهبودی متفاوت انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه فردی و به وسیله سؤالات نیمه ساختار یافته جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش آنالیز محتوای قراردادی انجام شد.

یافته‌ها: دو طبقه اصلی استخراج شده در این مطالعه شامل «نیاز برای رهایی» که خود از سه زیرطبقه: ۱- خسته شدن از موقعیت موجود، ۲- احساس تهدید و ۳- رسیدن به انتهای خط تشکیل شده بود و «قدم نهادن در راه» که شامل دو زیرطبقه: ۱- چنگ زدن به معنویت و ۲- جستجوی اطلاعات بود.

نتیجه‌گیری: عوامل تسهیل کننده و بازدارنده بسیاری در تصمیم‌گیری برای ترک مواد وجود دارد، بنابراین تلاش همه جانبه دولت و مؤسسات درگیر در درمان اعتیاد از طریق گسترش مراکز درمانی مبتنی بر نیازهای جنسیتی، شناسایی و رفع عوامل بازدارنده مهم در تصمیم‌گیری برای ترک مواد و افزایش آگاهی سوء مصرف کنندگان مواد در زمینه خدمات اجتماعی در دسترس و چگونگی مدیریت عوارض ناشی از ترک و فراهم ساختن شرایط لازم برای جلب حمایت خانوادگی و افزایش انگیزه و کاهش سرخوردگی یا ناامیدی این افراد ضروری است. همچنین لازم است تا به رشد معنویت به عنوان عامل تسهیل کننده در تصمیم به ترک و ادامه مسیر بهبودی از دوران کودکی و از طریق خانواده و یا در مراکز درمانی ترک اعتیاد توجه شود.

کلید واژه‌ها: اعتیاد، سوء مصرف کنندگان مواد، تصمیم به ترک مواد، مطالعه کیفی

ارجاع: شمسعلی نیا عباس، نوروزی کیان، فلاحی خشکتاب مسعود، فرهودیان علی. عوامل مؤثر بر تصمیم به ترک در سوء مصرف کنندگان مواد: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۱؛ ۲ (۲): ۱۲۴-۱۱۱.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۳/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۱/۲۰

میلیون نفر در جهان برآورد شده است (۱). جدیدترین آمارهای آرایه شده حاکی از آن است که ۱۲۰۰۰۰۰ معتاد وابسته در ایران وجود دارد که در این بین، ۹۴/۸ درصد آنان مرد و

مقدمه

اعتیاد یکی از مشکلات جهان امروز است که شیوع آن طبق آمار WHO (World Health Organization)، ۲۳۰

۱- دانشجوی دکتری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۳- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۴- استادیار، مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر مسعود فلاحی خشکتاب

Email: msflir@yahoo.com

بیماری‌های جسمی، روانی و اجتماعی باعث شد تا مصرف کنندگان با تفکر به وجود مشکل پی ببرند و اقدام به ترک کنند (۱۰). مطالعه دیگری که در کانادا بر روی ترک اعتیاد جوانان معتاد خیابانی انجام شد، نشان داد که آن‌ها مهم‌ترین علت اقدام به ترک راه، از کنترل خارج شدن مصرف مواد و وجود امکانات کمک کننده برای ترک بیان کردند (۱۱). در مطالعه Alvarez و همکاران تصمیم به ترک در جهت کسب مجدد توازن و سلامتی در زندگی و ایجاد تغییر اساسی در خود بوده است (۱۲).

در مطالعه توکلی قوچانی و همکاران، بیشترین عوامل مرتبط با ترک به ترتیب عوامل اقتصادی، اجتماعی، عوامل قادرساز (کلینیک‌های ترک)، فردی، راهنما برای عمل و عوامل خانوادگی بود. با توجه به این‌که مطالعات فوق در شرایط فرهنگی متفاوت با ایران انجام شده‌اند و نیز مطالعه کیفی در زمینه تصمیم به ترک در کشور ما انجام نشده است و به منظور ارتقای سلامت و کیفیت زندگی سوء مصرف کنندگان مواد و فراهم کردن شرایط برای تجربه زندگی به نسبت سالم فردی، خانوادگی و اجتماعی، شناخت عوامل مؤثر در فرایند بهبودی و به ویژه سومین گام این فرایند یعنی تصمیم‌گیری برای ترک مواد ضروری به نظر می‌رسد و همچنین با توجه به این‌که این مرحله از مراحل بهبودی قابل بررسی می‌باشد؛ بنابراین شناسایی عوامل مؤثر در آن می‌تواند برای برنامه‌ریزان آموزش‌های اجتماعی به منظور تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی مبتنی بر واقعیت‌های موجود در زمینه کاهش مصرف مواد راهگشا باشد (۳). تحقیقات بسیاری در زمینه اعتیاد و ترک مواد در جهان و در ایران انجام شده است (۱۳، ۱۴)، اما کمتر به فرایند تصمیم‌گیری برای ترک اعتیاد توجه شده است.

از آن‌جا که نگرش، رفتارها و ارزش‌های یک فرد قسمت مهمی از فرایند تغییر هستند (۱۵)، بنابراین تحقیق حاضر با رویکرد کیفی و به منظور ایجاد درک عمیقی از چالش‌های افراد معتاد در تصمیم به ترک با استفاده از تجربیات آن‌ها و با هدف تبیین عوامل مؤثر در تصمیم به ترک در سوء مصرف کنندگان مواد انجام شد.

۴۴/۶ درصد از آن‌ها سن زیر ۲۹ سال دارند (۲). با وجود اقدامات درمانی قابل توجه همچنان آمار سوء مصرف کنندگان مواد مخدر روز به روز رو به افزایش است. برای مقابله با این معضل در کشور ما به طور کلی سه رویکرد پیشگیری، درمان و کاهش آسیب مطرح است (۳). درمان اعتیاد مراحل متفاوتی دارد و شامل مراحل: غفلت و ناآگاهی یا پیش از تأمل، مرحله تفکر و تأمل، مرحله تصمیم‌گیری برای تغییر یا آمادگی، مرحله عمل یا اقدام، مرحله ماندن در ترک یا نگهداری و مرحله بازگشت به اعتیاد است (۴). نیازهای این مراحل و شرایط ورود به هر کدام کمتر مورد توجه مراکز درمان اعتیاد، خانواده و یا سوء مصرف کننده مواد قرار می‌گیرد. سومین مرحله از مراحل بهبودی، تصمیم به ترک است که پیش‌نیاز اقدام به ترک محسوب می‌شود و عوامل و شرایط مختلفی بر شکل‌گیری آن تأثیر می‌گذارند (۵)؛ مانند شرایط اقتصادی، اجتماعی، خانوادگی، مدت، شدت و نوع ماده ی مصرفی و جنسیت فرد (۷، ۶). در این مرحله معتاد تصمیم می‌گیرد در آینده‌ای نزدیک، رفتار اعتیادی خود را اصلاح نماید. سوء مصرف کنندگان مواد، به طور معمول برای مدت کوتاهی در این مرحله مانده و به محک زدن تغییر رفتار خود می‌پردازند و لزوماً به مرحله بعد، یعنی مرحله عمل سوق داده نمی‌شوند (۸). این مددجویان اغلب درباره ترک اعتیاد خویش با تعارضات ناشی از توقف مصرف روبه‌رو هستند که این احساس دودلی (Ambivalent) باعث می‌شود تا آنان حتی زمانی که در گردابی از مشکلات دست و پا می‌زنند به سرعت درصدد درمان برنیایند. به همین دلیل است که این مرحله را پیش‌نیاز مرحله اقدام به ترک می‌دانند (۹).

مطالعات مختلف عوامل مؤثری را جهت تصمیم به ترک مواد در بیماران معتاد ذکر کرده‌اند. مطالعه McDonnell و van Hout در ایرلند نشان داد که اولین مقوله اصلی شامل راهی برای ترک با شناخت اثرات منفی مصرف مواد روی خود و دیگران، محرومیت‌های اجتماعی، برچسب خوردن (معتاد) و لکه ننگ ناشی از اعتیاد، تحمیل هزینه سنگین، تأثیر روی ارتباطات با دیگران و فامیل، ناتوانی در کسب شغل و انجام کار، فقدان کنترل روی زندگی و بروز

روش

این مطالعه بخشی از یک مطالعه کیفی با رویکرد گراند تئوری بود که به شیوه تحلیل محتوا و با هدف تبیین عوامل مؤثر در تصمیم به ترک در سوء مصرف کنندگان مواد، بر روی ۲۲ مشارکت‌کننده با حداقل ۶ ماه دوره بهبودی از سوء مصرف مواد، سابقه سوء مصرف مواد (تریاک، شیر، مورفین، هروئین، حشیش و کراک ایرانی) و ۲۰ تا ۴۰ سال سن و طی سال ۱۳۹۱ انجام گردید. در تحقیق حاضر، پس از کسب موافقت از کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی و پس از توضیح اهداف مطالعه به واحدهای پژوهش و اخذ رضایت کتبی (جهت ضبط صدا و انتشار داده‌ها) از سوء مصرف کنندگان موادی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، داده‌ها جمع‌آوری شد. محیط پژوهش شهرستان‌های تنکابن و رامسر بود. نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و با حداکثر تنوع از بین هر دو جنس، با مدت مصرف متفاوت و سطح تحصیلات مختلف انتخاب شدند. سؤالات مصاحبه به صورت نیمه ساختار یافته بود. به عنوان مثال سؤالات شامل: «چه شد که تصمیم به ترک مواد گرفتید؟» و سؤالات دیگر بسته به پاسخ مشارکت‌کنندگان پرسیده شد. همه مصاحبه‌ها در مکان‌های خلوت به انتخاب مشارکت‌کنندگان و در اتاق مشاوره موجود در مراکز درمان اعتیاد، انجمن معتادان گمنام و کمپ‌های ترک اعتیاد انجام و هر مصاحبه توسط دستگاه دیجیتالی ضبط گردید. طول مصاحبه‌ها ۹۰-۴۵ دقیقه بود و در مجموع ۲۴ مصاحبه انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری آن‌ها صورت گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از رویکرد آنالیز محتوای قراردادی (Conventional content analyzes) طبق روش Graneheim و Lundman استفاده شد (۱۶). آنالیز محتوا یکی از روش‌های تجزیه و تحلیل مطالعات کیفی است که به وسیله آن داده‌ها خلاصه، توصیف و تفسیر می‌شوند و برای تعیین درون‌مایه‌های غالب و اصلی مورد استفاده قرار می‌گیرد و همچنین روش مناسبی برای بررسی تجارب و نگرش افراد به موضوعی خاص است (۱۷). بدین ترتیب که بلافاصله بعد از انجام هر مصاحبه، محتوای آن‌ها کلمه به کلمه نوشته

می‌شود. سپس مطالب چندین بار خوانده و فهم کلی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان در راستای هدف پژوهش به دست آمد. بعد از آن واحدهای معنا (Meaning unit) - که شامل جملات یا پاراگراف‌های مرتبط با یکدیگر (به واسطه محتوا و زمینه‌شان) هستند- مشخص شد و کدهای اولیه از آن‌ها استخراج گردید، کدها ادغام شده و بر اساس شباهت‌ها، طبقه‌بندی می‌گردند و تحت عنوان زیرطبقه (Subcategory) که در سطوح متفاوت انتزاع قرار دارند، نام‌گذاری می‌شوند. چندین زیرطبقه بر حسب حداقل یک ویژگی مشترک در یک طبقه قرار داده شده که بخش پایه تجزیه و تحلیل محتوا هستند (۱۶). درون طبقات دارای بیشترین همگنی و بین طبقات بیشترین ناهمگونی وجود داشت. برای تأیید نتایج تحقیق از روش‌های حضور طولانی مدت در عرصه (به مدت ۱۲ ماه)، اخذ تأییدیه، بررسی نتایج توسط ناظرین خارجی (Peer checking) و بازنگری توسط مشارکت‌کنندگان (Member checkin) استفاده گردید. در این مطالعه با انجام توصیفات عمیق و تحلیلی، توصیف بستر مطالعه و توصیف واضح و روشن از موانع و محدودیت‌ها، به انتقال داده‌ها (Transferability) کمک شد. همچنین تمام مراحل انجام تحقیق به ویژه مراحل تحلیل داده‌ها در تمام مسیر به صورت مشروح و مبسوط ثبت شد (۱۹، ۱۸). به مشارکت‌کنندگان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، حفظ بی‌نامی در کلیه مدارک مربوط به پژوهش و امکان اعلام انصراف در هر مرحله از مطالعه توضیح داده شد.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان در تحقیق ۲۲ نفر (۱۶ مرد و ۶ زن) و میانگین سنی آن‌ها 30.7 ± 7.3 سال بود. از نظر وضعیت تأهل، ۴۰/۹ درصد متأهل و ۲۲/۷ درصد مطلقه بودند و سطح سواد اغلب آنان (۵۷ درصد) در سطح دیپلم بود. بیشترین ماده مورد استفاده، تریاک (۸۸/۲ درصد) و کمترین ماده مورد مصرف، حشیش (۲۹/۴ درصد) بود (اغلب مشارکت‌کنندگان این مطالعه از چند ماده مخدر به طور هم‌زمان استفاده می‌کردند). میانگین مدت زمان استفاده 10.1 ± 9 سال و

میانگین مدت بهبودی $3 \pm 3/6$ سال بود.

دو طبقه اصلی استخراج شده در این مطالعه شامل ۱- نیاز برای رهایی و ۲- قدم نهادن در راه بود.

نیاز برای رهایی

یافته‌های تحقیق نشان داد که یکی از طبقات اصلی تحقیق تحت عنوان «نیاز برای رهایی» می‌باشد که خود از ۳ زیرطبقه: ۱- خسته شدن از موقعیت موجود، ۲- احساس تهدید و ۳- رسیدن به انتهای خط تشکیل شده است که به شرح آن‌ها پرداخته می‌شود.

خسته شدن از موقعیت موجود

در این مطالعه کدهای احساس بی‌ارزشی، ندیدن واقعیت‌های زندگی، جذابیت نداشتن زندگی و عدم رضایت از آن، بی‌ارزش بودن مواد، احساس خسارت زدن به دیگران، ترک‌های متعدد و عوارض ناشی از آن، مشکلات اقتصادی، عوارض جسمی ناشی از مصرف مواد و احساس خطر طرد شدن از طرف خانواده، منعکس کننده شرایطی بودند که خسته شدن از موقعیت موجود را فراهم می‌ساختند.

«احساس خواری و خفت می‌کردم. اون‌جا فهمیدم که مواد چقدر پسته که فرصت لحظه‌های خوب را از من گرفته... وقتی نگاه می‌کنم می‌بینم من دو تا زندگی رو فدای مواد کردم. اصلاً بچه‌هام و شوهرم را نمی‌دیدم. من خسته بودم... دنبال یه راه بودم. هر روز خون بالا می‌آوردم، از این حالت اصلاً راضی نبودم. اگه مصرف نمی‌کردم آبریزش بینی داشتم... اصلاً نمی‌تونستم تکون بخورم، خیلی عصبی و پرخاشگر بودم. یعنی اگه مواد به وقتش به من نمی‌رسید حتماً درب و شیشه‌رو می‌شکستم و هیچی دست خودم نبود. غیر قابل کنترل بودم. احساس خطر واقعی می‌کردم که الان از جانب پدر و مادر دارم طرد می‌شم و یا طرد شده‌ام و الان وقتشه. یعنی واقعاً هم ترک می‌کردم و واقعاً استفاده نمی‌کردم (زن، ۷ سال مصرف تریاک، هروئین و کراک)».

«دیگه همه‌چی برام خسته کننده شده بود... دیگه هیچی برای من جذابیت نداشت... نه همسر، نه خونه، نه بچه، نه زندگی، نه هیچی دیگه. هیچی جوابگوی من نبود (زن، ۱۲ سال مصرف تریاک)».

انجام رفتارهای ناهنجار اخلاقی و اجتماعی برای تهیه مواد در مشارکت کنندگان زن این مطالعه مانند خودفروشی، دزدی و دروغ‌گویی و پیامدهای روانی و اجتماعی ناشی از آن مانند بارداری، فرار از منزل و خودکشی نیز از جمله عوامل تأثیرگذار در احساس خستگی از موقعیت کنونی و تصمیم‌گیری به ترک از طرف مشارکت کنندگان این مطالعه عنوان گردید.

«به خاطر این‌که مواد را تهیه کنم دزدی و خودفروشی کردم. کارتن خوابی کشیدم. می‌گفتم من دیگه نمی‌تونم زندگی کنم یا باید بمیرم یا باید یه فکری به حال خودم بکنم، ۴ بار خودکشی کردم. از خودم بدم می‌اومد. می‌دونم چی می‌گم؟ خسته شده بودم. تو این هیری بیری از پسری که باهات دوست بودم باردار شدم. چون نمی‌خواستم سرنوشت بچه‌ام مثل سرنوشت خودم بشه، از این فلاکت... از اون مصیبت که به خاطر مواد باید دست به چه کارهایی بزنم، باید مواد شوهرم را هم تهیه می‌کردم. واقعاً خسته شده بودم (زن، ۴ سال مصرف کراک)».

«من مجبور شدم مثلاً از کیف دخترم پول بردارم، مجبور شدم از تو خونه‌ام چیزی ببرم تو خونه ساقی بذارم که مواد بگیرم، مجبور شدم خیلی دروغ بگم، مواد دوستم‌رو بدزدم و خیلی کارهای ضد ارزش دیگه از جمله تن‌فروشی انجام بدم (زن، ۷ سال مصرف تریاک، هروئین و کراک)».

زندگی در دنیایی از ترس و تردید، ترس از نگاه مردم و سؤالات احتمالی آن‌ها در زمینه علت تغییرات ظاهری، تغییر در تصویر ذهنی از خود و کاهش اعتماد به نفس در برقراری ارتباط با افراد جامعه و در نتیجه حبس خانگی و انزوای اجتماعی از جمله مواردی بود که مشارکت کنندگان این مطالعه آن را یکی دیگر از علل خستگی و تصمیم‌گیری برای ترک مواد می‌دانستند.

«دوران اعتیاد من همه‌اش شک و تردید و ترس بود، یعنی هر کجایی که من قرار می‌گرفتم می‌ترسیدم. از خیابون می‌خواستم رد شم می‌ترسیدم، می‌گفتم نکنه یکی بیاد به من گیر بده بگه تو اعتیاد داری؟ خودم را تو خونه حبس کرده بودم و جایی هم نمی‌رفتم... چون واقعاً توان بیرون رفتن نداشتم. احساس می‌کردم همه چهره منو ببینند می‌فهمند که

می‌کردم اگه تو دستم نباشه چی می‌شه؟ یعنی اگه یه ده هزار تومان تو کیفم بود باید می‌رفتم مواد می‌گرفتم و تو کیفم آماده می‌گذاشتم، یعنی همیشه تو یه قوطی آماده در کیفم داشتم. با خودم فکر می‌کردم اگه اون مردهه (ساقی) نباشه که به من مواد بده من چکار کنم؟ از کجا گیر بیارم که بدن درد نگیرم و این همیشه باهام بود (زن، ۷ سال مصرف تریاک).

«همش می‌گفتم الان با این حال بدم برم منت کدوم ساقی رو بکشم یا از کدوم ساقی دزدی کنم، به خاطر مواد خودمو بفروشم، چکار کنم... دیگه نمی‌دونستم واقعاً باید چکار کنم (زن، ۴ سال مصرف کراک).

از سویی دیگر، تلاش برای تغییر وضعیت کنونی خانواده و جبران خسارت‌های وارد شده به خود و یا به اعضای خانواده نیز از جمله موارد دخیل در تصمیم‌گیری به ترک توسط مشارکت‌کنندگان این مطالعه عنوان گردید.

«فکر کردم اگه منم نباشم تو خونه بابام به اهدافش می‌رسه. آخه اون هم معتاد بود. مامانم رو دق می‌ده، خواهرم را از تو خونه می‌اندازه بیرون. این شد که گفتم باید مواد را بگذارمش کنار تا بتونم از اون‌ها در مقابل بابام محافظت کنم (مرد، ۱۸ سال مصرف تریاک، هروئین و کراک).

«جرقه‌هایی از دست دراز کردن و سرقت و این‌ها داشت می‌خورد که به شخصیت واقعی من نمی‌خورد. اصلاً من این جووری بزرگ نشده بودم. من صاحب شغل بودم. آدم‌های خیلی خوبی دور و اطرافم بودند. به خانواده‌ام و بیشتر به شخصیت خودم آسیب زدم. دیدم همه چیز از دستم داره خارج می‌شه. این ذهنیت پیش اومد که حالا دیگه باید بنارمش کنار (مرد، ۱۵ سال مصرف حشیش و تریاک).

خانواده از طریق برخورداری از شرایطی مانند ترک موفق و یا مرگ یکی از اعضا، فشار به دلیل عجز در تهیه مواد و خسته شدن از مشکلات روانی و اجتماعی ناشی از اعتیاد یکی از اعضا و یا از طریق ترور شخصیتی فرد معتاد، نقش مهمی را در تصمیم به ترک مشارکت‌کنندگان این مطالعه بر عهده داشته است.

«چیزی که من را وادار کرد که برم سراغ ترک همین رفتارهای همسرم بود. بارها و بارها ترورهای شخصیتی که به

من معتادم. نمی‌تونستم خودمو بپذیرم. می‌گفتم اگه الان فلان جا برم می‌گن چقدر زشته، چقدر ظاهرش نامرتبه، چقدر چهره‌اش زشت شده... اینا باعث می‌شد که من از جامعه دور بشم و تو انزوا برم (مرد، ۱۲ سال مصرف تریاک).

«مصرف مواد داغونم کرده بود. پشتم را خمیده کرده بود، ظاهرم واقعاً خراب بود. از حال خودم بدم می‌اومد. یادم می‌یاد که هیچ وقت تو آینه خودمو نگاه نمی‌کردم (مرد، ۷ سال مصرف تریاک، هروئین و کراک).

«قیافه‌ام تغییر کرده بود. بیداری‌هام زیاد شده بود. تو عروسی‌ها نمی‌تونستم بمونم. مثلاً توی جمع‌ها زیاد نمی‌نشستم چرت می‌زدم و این‌ها باعث می‌شد که مجبور بشم دروغ بگم و خودمو به شکلی توجیه بکنم. این‌ها باعث شد تا به ترک فکر کنم (مرد، ۵ سال مصرف حشیش و تریاک).

در این مطالعه کدهای اجبار در مصرف، درگیری فکری مداوم برای تهیه و مصرف مواد، وسواس در تهیه و ذخیره مواد به دلیل ترس مداوم از عوارض احتمالی محرومیت از مواد و تلاش برای تهیه مواد از طریق زیر پا گذاشتن هنجارهای اخلاقی و قانونی، منعکس‌کننده شرایطی بودند که خسته شدن از موقعیت موجود را فراهم می‌ساختند.

«یه حالتی از اجبار در درونم بود که منو وادار می‌کرد به مصرف مواد مخدر و این یعنی صبح که بلند می‌شدم واقعاً خمار بودم و ناچار بودم که مصرف کنم تا به عنوان یه انسان بتونم حرکت کنم. نمی‌شه اون روزهارو به عنوان یه انسان بپذیرم. من فقط مصرف می‌کردم که نفس بکشم، راه برم، ولی واقعاً مثل یه انسان زندگی نکردم، یه زندگی پرمشغله فکری، یه زندگی که واقعاً اسمش زندگی نبود (مرد، ۷ سال مصرف هروئین و کراک).

«دیگه حشیش یا تریاک کارایی خودش را از دست داده بود. از کشیدن من رسیده بود به خوردن. دیگه بدنمو پر نمی‌کرد. من دایم باید می‌خوردم، دایم بایستی می‌کشیدم... این باعث شد که من به این فکر بیافتم که حالا وقتشه که بگذارمش کنار، بسه دیگه خسته شدم (مرد، ۱۵ سال مصرف حشیش و تریاک).

«همش فکر می‌کردم این بود که موادرو داشته باشم و با خودم فکر

ترس از عوارض محرومیت جسمی، ترس از انتقاد و طرد شدن به دلیل اعتیاد، ترس از دست دادن موقعیت کنونی، ترس از شکست در ترک، خجالت و کم‌رویی، دفن باورهای قلبی و مذهبی و ترس از فشار خانواده برای ادامه مسیر بهبودی از جمله عوامل تهدید کننده در تصمیم‌گیری برای ترک مواد توسط مشارکت کنندگان این مطالعه عنوان گردید.

«تصمیم گرفتم به هر شکلی که شده مصرف رو بنارم کنار... راستش من به این نوع زندگی عادت کرده بودم. وقتی تصمیم گرفتم که مواد رو بگذارم کنار واقعاً تک و تنها بودم. شوهرم که خودش مواد مصرف می‌کرد (زن، ۷ سال مصرف تریاک، هروئین و کراک)».

«می‌ترسیدم همه چیز درباره NA دروغ باشه. می‌ترسیدم یه موقع برم اون‌جا (NA) به من بگن تو معتادی، طردم کنند (مرد، ۱۲ سال مصرف تریاک)».

«با این‌که خودم دلم می‌خواست که ترک کنم، ولی می‌ترسیدم که اگه کنار بنارم، می‌میرم و نمی‌تونم درد بدنم را تحمل کنم. از طرف دیگه من ۳ سال بود که می‌خواستم ترک کنم، ولی خجالت می‌کشیدم که برم دکتر و یا یه مرکزی برای ترک و بگم معتادم (زن، ۱۸ سال مصرف تریاک)».

دلایلی چون بی‌اعتمادی خانواده به فرد معتاد، خستگی ناشی از عودهای مکرر و عدم توان مالی و یا روحی و روانی خانواده و تمایل به ادامه مصرف از جمله موارد ذکر شده توسط مشارکت کنندگان در عدم برخورداری از حمایت خانواده در تصمیم‌گیری به ترک مواد عنوان گردید.

«خانواده من هیچ کمکی به من نکردند. دیگه بهم اعتماد نداشتند. به من به حالت نفرت نگاه می‌کردند. بچه‌هام و همسرم که هنوز هم نمی‌خوان منو ببینند. اینا تو من تأثیر می‌گذاشت. من را جری‌تر می‌کرد که مصرف کنم. یعنی اون‌ها داستان یه آدم معتاد را می‌خواستند. یه آدم سر به زیر که هر چی گفتند گوش می‌کردم. هر بلایی که خواستند سرم آوردند. نمی‌خواستند که من ترک کنم. من مصرف کردم، خسارت زدم، تخریب کردم، ولی طرف‌های مقابلم (اعضای خانواده) نیز همون جور منو دوست داشتند. کمکم نکردند تا ترک کنم. چون می‌تونستند بهم زور بگن. مثلاً هر جا

من می‌کرد. می‌گفت که تو زن نیستی، اگه تو زن باشی نمی‌یای مصرف کنی. کدوم زنه که این‌طور مصرف کنه؟ من اگه از دیوار مردم بالا برم و شبی فلان قدر دزدی بکنم و بدم به تو نمی‌تونم خرج مصرف تو را بدم. از دست این همه دعوا و پرخاشگری‌ها خسته شدم. بارها می‌گفت که خدا مرگتو برسونه که من راحت بشم (زن، ۱۲ سال مصرف تریاک)».

«مادرم فکر می‌کرد مثل دفعه قبلی است... می‌گفت تا من نبینم باور نمی‌کنم. بیشترین نقش را داداشم داشت که دیدم خوب ترک کرده، البته خستگی خودم هم باعث شد (مرد، ۱۱ سال مصرف تریاک)».

«چند وقت بعد از دست دادن داداشم که بر اثر تزریق مواد اوردوز کرد و فوت کرده بود، با خودم گفتم من اگه بخوام ادامه بدم آخر کارم یا تیمارستانه یا مرگه دیگه... باید بغل داداشم بخوابم (مرد، ۱۸ سال مصرف تریاک، هروئین و کراک)».

مشارکت کنندگان این مطالعه، «خسته شدن از انگ دروغ‌گویی، دزدی، مجرم بودن و ترورهای شخصیتی از طرف افراد خانواده و جامعه» را از جمله عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری به ترک مواد دانستند.

«جامعه هم هیچ کمکی به من نکرده، اون‌ها من معتاد رو مجرم می‌دونند تا بیمار، می‌دونین وقتی توی یه جامعه می‌ری اصلاً یه معتاد رو همه کاره می‌دونند. باهالش برخورد بد می‌کنند. خیلی تو محله خودمان زیاد دیدم که به معتاد خیلی توهین می‌کنند. هر معتادی رو می‌بینند دزد می‌دونند، همه کاره می‌دونند. حتی خواهر خودم وقتی می‌رم خونه‌شون کیفیتشو برمی‌داره. تمام کمدهای خونه را قفل می‌کنه. فکر می‌کنه الان که خونشم همه چیزهاشو می‌خوام جمع کنم ببرم. این چیزها داغونم کرد. دیدم این‌جوری نمی‌شه ادامه بدم (خانم، ۴ سال مصرف کراک)».

احساس تهدید

با وجود خسته شدن از موقعیت موجود عواملی به عنوان بازدارنده‌های تصمیم‌گیری برای ترک مواد توسط مشارکت کنندگان این مطالعه عنوان گردید که در زیر به آن‌ها پرداخته می‌شود. کدهایی مانند ترس از تغییرات عمده در سبک زندگی،

خواستند بردنم. هر کاری خواستند باهام کردند. سوء استفاده جسمی‌رو کردند، سوء استفاده جنسی‌رو کردند، سوء استفاده عقلی‌رو کردند، سوء استفاده فهمی‌رو کردند (مرد، ۲۵ سال مصرف تریاک، حشیش و هروئین)».

«پدرم گفت: مشکل خودته... من دیگه نمی‌تونم پول تریاک خودم را بدم. پول ندارم که پول شربت متادون تو را بدم دیگه... (مرد، ۱۸ سال مصرف تریاک، هروئین و کراک)».

اعتیاد اعضای خانواده و فراهم بودن شرایط برای وسوسه مصرف مواد یکی دیگر از عوامل تهدیدزای تأثیرگذار بر تصمیم‌گیری مشارکت کنندگان این مطالعه برای ترک عنوان شد.

«می‌دونستم باید چکار کنم... خونه مادرم می‌رفتم مواد مصرفی بود، خونه پدرم می‌رفتم مواد بود، خونه خواهرم می‌رفتم، مواد بود. وقتی می‌رفتم خونه و شوهرم جلوم مواد مصرف می‌کرد منم مجبور بودم مصرف کنم، نمی‌تونستم مصرف نکنم چون وسوسه به من اجازه نمی‌داد. دلم نمی‌خواست مصرف کنم، ولی با گریه مصرف می‌کردم (زن، ۴ سال مصرف کراک)».

ناآگاهی از خدمات حمایتی موجود در جامعه و یا کمبود مراکز درمان اعتیاد ویژه زنان سوء مصرف کننده مواد نیز از جمله عوامل تهدیدزا در ترک مواد توسط مشارکت کنندگان این مطالعه مطرح گردید.

«من خسته بودم از این در به اون در زدن برای ترک. نمی‌دونستم چه کار کنم تا این که به روز که ناامیدانه جلوی تلویزیون نشسته بودم از طریق یه برنامه با انجمن معتادان گمنام آشنا شدم (زن، ۱۲ سال مصرف تریاک)».

«روزهای اول که رفته بودم NA خیلی احساس ناامنی می‌کردم. برای من که به عنوان یه زن بین ۳۰۰-۲۰۰ تا مرد بشینم خیلی سخت بود. اون موقع هیچ دوست هم‌درد زن هم نبود و من تنها بودم، من شاید اولین زن انتخاب خداوند تو منطقه برای ترک در NA بودم (زن، ۷ سال مصرف تریاک، هروئین و کراک)».

رسیدن به انتهای خط

هجوم افکار خودکشی، فروپاشی، زندگی زناشویی، التماس به

دیگران برای تهیه مواد، احساس خیانت به اعضای خانواده و زندگی لبریز از فلاکت و ناامیدی از جمله عوامل تأثیرگذار در رسیدن به عجز و ناتوانی مطلق در مشارکت کنندگان این مطالعه عنوان گردید.

«خودم و شوهرم هر دو درمانده و عاجز بودیم، چقدر راز و نیاز می‌کردیم، چقدر گریه می‌کردیم، چقدر دعا می‌کردیم ولی جواب نمی‌داد. فقط این‌ها بستگی به خودمون داشت، خودمون اومدیم این‌جا (مرکز درمان) کمک خواستیم کمکمون کردند (زن، ۴ سال مصرف کراک)».

«کم‌کم به حالت تنفر پیدا کردم، با خودم می‌گفتم چه راهی داره که کنار بنارم؟ حتی چند بار فکر کرده بودم که خودکشی کنم و از این ماده و فلاکت راحت بشم، نمی‌تونستم به راهی برای خودم پیدا کنم، بد جور خسته شده بودم و هر چی پول داشتم باید می‌دادم برای مواد (زن، ۷ سال مصرف تریاک)».

«یه شب تا صبح نشستم و مصرف کردم و گریه کردم و گفتم خدایا یا شهادت خودکشی‌رو به من بده یا این که منو ببر... بذار من راحت شم دیگه از این فلاکت. دیگه خسته شدم در واقع من دیگه از لحاظ روحی و روانی عاجز شده بودم. دیگه توانایی هیچ کاری رو نداشتم. دیگه توان پذیرش کسی رو نداشتم. همش این افکار تو ذهنم بود که وای دیگران منو چه طوری می‌بینند... یه موجود بی‌خاصیت، یه موجودی که تو این جامعه یه انگله، دیگه نمی‌تونم برای همسرم همسر باشم و برای بچه‌هام مادر باشم، اینا باعث شد عاجز شم و از سر عاجز بودن رفتم برای ترک و تسلیم شدم (زن، ۱۲ سال مصرف تریاک)».

«روز آخری که از مواد خسته شدم، روزی بود که من برای تهیه موادم به خونه مواد فروش رفتم، یادمه اون‌جا خیلی ترور شخصیتی شدم، خیلی اذیت شدم... همون روز وقتی مواد بهم نرسید مثل دیوونه‌ها تو خیابون گریه می‌کردم و جیغ می‌زدم، یادم می‌یاد خیلی‌ها نگام می‌کردن و فکر می‌کردن دیوونه‌ام، ولی من واقعاً اون لحظه خدارو صدا می‌کردم که چه بکنم با این مواد، من خسته‌ام، یا منو نجات بده یا منو بکش (زن، ۷ سال مصرف تریاک، هروئین و کراک)».

«توجه من به همسرم خیلی کمتر شده بود. همه این‌هارو

برای دریافت اطلاعات درباره چگونگی ترک مواد به آن‌جا مراجعه کردند، انجمن معتادان گمنام بود. در این مرکز، شنیدن دردهای آشنا در پس انتقال تجارب توسط گروه همتایان، برخورد با رفتارهای صمیمانه و خودمانی و شکل‌گیری احساس همدردی و همدلی و آشنا بودن محیط، پیامد اولین جلسه آشنایی مشارکت کنندگان این مطالعه با انجمن مذکور بود. عدم قضاوت در مورد آن‌چه در جمع بیان شده و فراهم بودن محیطی برای پیدا کردن شهامت و جرأت اقرار به شکست‌ها و همچنین امید به داشتن پناهگاهی امن برای مبارزه با وسوسه مصرف مواد و فراهم بودن امکان برقراری ارتباط با راهنما، بیشترین دلیل احساس امنیت و تصمیم به ترک مواد توسط این مددجویان مطرح گردید.

«خیلی آشفته و داغون بودم که یه دوستی که فرایند بهبودیشو داشت سپری می‌کرد جلوم ایستاد و گفت می‌خواهی یه جایی (NA) تو را ببرم که خیلی‌ها مثل تو هستن؟ خیلی حرف‌هاش به دلم نشست چون احساس می‌کردم حرف‌های دلمو می‌زنه. باهاش رفتم چون می‌خواستم ترک کنم. چون واقعا خسته بودم (زن، ۷ سال مصرف تریاک، هروئین و کراک)».

«اون‌جا (NA) من دیدم اینا (راهنما و گروه همتایان) چقدر باز منو تحویل گرفتن و به من خوش‌آمد گفتن و انگار که سال‌های ساله که منو می‌شناسن... احساس امنیت کردم. هر کدام از کسانی که در NA بودند حرف دل من را می‌زدند. از مشکلات و عدم رضایت از زندگیشون می‌گفتند، من از اون اول جلسه اشک ریختم تا آخر جلسه و اشک من هم اشک شادی و هم اشک درد بود. اون‌جا کسی نیست که قضاوت بکنه، ولی وقتی در جمع آدم‌های عادی قرار می‌گیریم و همون حرف‌ها را می‌زنیم من دقیقاً می‌بینم که سریع قضاوت می‌کنند (زن، ۱۲ سال مصرف تریاک)».

بحث

یافته‌ها در این مطالعه نشان داد که عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی تسهیل‌کننده و بازدارنده بسیاری در تصمیم‌گیری برای ترک مواد توسط مشارکت کنندگان مطرح گردید. از عوامل مهم تسهیل‌کننده می‌توان به خسته شدن از موقعیت موجود، آشنایی

می‌دیدم و بعد از طرفی سرکوفت می‌خوردم (زن، ۱۵ سال مصرف حشیش و تریاک)».

«یعنی در یک زمان متوجه شدم که چیزی دیگه‌ای برام نمونده و چاره‌ای جز مردن یا دیوونه شدن و یا ترک کردن ندارم. یعنی نه مرد، نه بچه، نه زندگی، نه شغل، نه درآمد مونده بود. نه حتی اون ارزش اجتماعی... همه‌رو به واسطه مصرف مواد و اون رفتارها و عملکردهایی که من از خودم بروز می‌دادم از دست داده بودم (مرد، ۲۵ سال مصرف تریاک، حشیش و هروئین)».

قدم نهادن در راه

زمانی که مشارکت کنندگان این مطالعه خود را در انتهای خط دیدند، با چنگ زدن به معنویت و جستجوی اطلاعات برای رهایی از چنگال اعتیاد تلاش نمودند.

چنگ زدن به معنویت

«در اون جایی که تصمیم جدی گرفتم برای ترک از نظر من جرقه روحانیت زده شد، من یه جایی رسیدم که خدا را صداش کنم (زن، ۱۰ سال مصرف تریاک و کراک)».

«وقتی اون مرد (راهنما در مرکز ترک اعتیاد) از مهربونی خداوند گفت اون شب اولین استارت نسبت به خداوند در من زده شد و من باور کردم که با کمک خداوند به اون‌جا (بهبودی) می‌رسم، باور به این‌که خدا هست و کمک می‌کنه در تصمیم به ترک و ادامه بهبودی خیلی بهم کمک کرد (زن، ۱۲ سال مصرف تریاک)».

«در اوج دوری از خدا و نشناختن خدا، ولی من در جایی که انتهای خط بودم و به خودکشی فکر می‌کردم، دوباره دست می‌انداختم به وجود خدا. یعنی ته قلب من یه چیزی روشن بود که یکی اون بالا هست که مواظب منه (مرد، ۲۵ سال مصرف تریاک، حشیش و هروئین)».

جستجوی اطلاعات

بنا به اظهارات مشارکت کنندگان این مطالعه، کسب اطلاعات در زمینه خدمات موجود در جامعه برای اقدام به ترک مواد از منابعی مانند رسانه‌های گروهی، گروه همتایان و یا معتادانی که در مرحله بهبودی بودند صورت گرفت. یکی از مراکزی که اغلب مشارکت کنندگان این مطالعه

با مراکز درمان اعتیاد و توسل به معنویت و عوامل بازدارنده‌ای مانند ترس از تغییرات عمده در سبک زندگی، عوارض محرومیت، دفن باورهای قلبی و مذهبی و ... اشاره کرد.

از عوامل فردی تسهیل‌کننده در تصمیم‌گیری برای ترک که توسط مشارکت‌کنندگان این مطالعه عنوان شد، می‌توان به مواردی مانند خستگی ناشی از احساسات منفی گوناگون مانند خسارت زدن به دیگران، بی‌ارزشی، زندگی در دنیایی از ترس، تردید و ناامیدی، اختلال در برقراری ارتباطات اجتماعی و وسواس در تهیه، ذخیره و مصرف مواد و پیامدهای اقتصادی ناشی از آن اشاره کرد. مهم‌ترین علت اقدام به ترک در مشارکت‌کنندگان مطالعه Steensma و همکاران، شدت یافتن اعتیاد و وجود امکانات کمک‌کننده برای ترک عنوان شده است (۱۱). روبه‌رو شدن با عوارض جسمی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی متعدد ناشی از مصرف مواد یکی دیگر از دلایل احساس زندگی در سایه اعتیاد و درک عمق فاجعه و بنابراین تمایل به ترک می‌باشد (۳).

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که عوامل فردی تسهیل‌کننده در تصمیم‌گیری برای ترک مواد با توجه به جنسیت افراد، متفاوت هستند. نتایج مطالعه Arfken و همکاران نشان داد که زنان سوء مصرف‌کننده مواد نسبت به مردان در زمان مصرف از مشکلات روان‌شناختی و پزشکی بیشتر، مهارت‌های حرفه‌ای کمتر، مشکلات قانونی و درآمد کمتر و شدت اعتیاد بیشتری رنج می‌برند. آنان این عوامل را از عوامل تأثیرگذار بر تصمیم‌گیری به ترک مواد در زنان سوء مصرف‌کننده مواد برشمردند (۲۰)؛ در حالی که در مردان مسن سوء مصرف‌کننده مواد مورد مطالعه Weisner و همکاران، وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین، فشارهای اجتماعی (مانند فشارهای قانونی و سخت‌گیری‌های کارفرما) و فقدان منابع اجتماعی از جمله عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری برای ترک عنوان شده است (۲۱).

نتایج این مطالعه نشان داد که انجام رفتارهای ناهنجار اخلاقی و اجتماعی برای تهیه مواد مانند خودفروشی، دزدی و دروغ و همچنین پیامدهای روانی و اجتماعی ناشی از آن مانند بارداری، فرار از منزل و خودکشی در تصمیم‌گیری به ترک

مواد در مشارکت‌کنندگان زن این مطالعه بیشتر از مردان مطرح بوده است. مصرف مواد در زنان نسبت به مردان افزون بر عوارضی مانند بیماری و مرگ، به دلیل احتمال حاملگی و در نتیجه در خطر قرار گرفتن جنین (تولد نوزاد با وزن کم (Low birth weight)، زایمان زودرس، سوء تغذیه، سقط جنین یا ایجاد سندرم ترک نوزاد) مشکلات بیشتری به همراه دارد. زنان سوء مصرف‌کننده مواد در معرض پیامدهایی مانند سوء استفاده جنسی، عاطفی، فیزیکی (۲۲) و خشونت قرار دارند که سلامتی این افراد را به مخاطره می‌اندازد و فرایند بهبودی آنان را با چالش روبه‌رو می‌سازد. از آن‌جا که اولین قدم در فرایند بهبودی، تصمیم‌گیری برای ترک مواد است؛ لازم است تا با توجه به نیازها و عوامل مرتبط با جنسیت، شرایط را برای افزایش موفقیت در ترک مواد فراهم نمود (۱۴). همچنین غربالگری رفتارهای خشونت‌آمیز و حمایت از این افراد به دلیل اهمیت آن در فرایند بهبودی از اولویتهای بهداشتی به شمار می‌آید (۲۳).

در این مطالعه، یافته‌ها نشان داد که خدمات اجتماعی بیشتری برای مردان نسبت به زنان سوء مصرف‌کننده مواد وجود دارد. همچنین آگاهی زنان از وجود مراکز حمایتی موجود در جامعه برای ترک مواد کمتر از مردان می‌باشد. در ایران از یک سو مراکز درمان اعتیاد مربوط به زنان سوء مصرف‌کننده مواد بسیار اندک بوده و یا در شهرهای بزرگ متمرکز هستند و از سوی دیگر، انگ اجتماعی نسبت به اعتیاد زنان بیش از مردان است و همین امر می‌تواند یکی از دلایل مراجعه کمتر زنان برای درمان باشد. گسترش مراکز درمانی ویژه زنان سوء مصرف‌کننده مواد و انگ‌زدایی اعتیاد از طریق رسانه‌های گروهی می‌تواند از اقدامات مؤثر در این زمینه باشد (۲۴). با وجود آرایه خدمات مشاوره‌ای رایگان یا بسیار ارزان در بعضی مراکز بهداشتی و مراکز درمانی اعتیاد، بسیاری از زنان در مطالعه رحیمی موفر و همکاران نیز از وجود این خدمات بی‌خبر بوده‌اند (۱۴). با وجود خبررسانی و تبلیغات برای معرفی مراکز درمان اعتیاد و یا شیوه‌های درمانی غیر مبتنی بر دارو، تصور غلط سوء مصرف‌کنندگان و به ویژه زنان از مراکز درمان اعتیاد، باعث فاصله افتادن بین آن‌ها و

این گونه مراکز می‌شود. بنابراین معرفی این مراکز به تنهایی کافی نیست و باید تصور افراد را از این مراکز تغییر داد. اغلب مشارکت کنندگان به عامل خانواده به عنوان تسهیل کننده فرایند بهبودی اشاره داشته‌اند. اگرچه وجود پیشینه اعتیاد در خانواده در بسیاری از موارد از جمله در مشارکت کنندگان این مطالعه، زمینه‌ای برای اعتیاد آن‌ها بوده است، ولی سابقه ترک موفق، مرگ بر اثر سوء مصرف و فشار خانواده می‌تواند از عوامل مؤثر ترک در این گروه از معتادان باشد. این یافته با نتایج مطالعه Miller که در آن وخیم شدن وضعیت سلامتی، زندانی شدن، Over dose شدن، ترس از مرگ و دیدن مرگ دوستان و نزدیکان بر اثر استفاده از مواد، تسهیل کننده فرایند ترک فرد بوده است، مطابقت دارد (۲۵). مهم‌ترین موانع فردی مطرح شده در تصمیم‌گیری به ترک مواد از دیدگاه مشارکت کنندگان این مطالعه، ترس از تغییرات عمده در سبک زندگی مانند تغییر در تغذیه، خواب، ارتباطات خانوادگی و اجتماعی و همچنین ترس از عوارض ناشی از ترک به دلیل تجارب قبلی شکست در ترک مواد بود. یکی از راهکارها برای از بین بردن این گونه ترس‌ها، می‌تواند ارتباط با افرادی که تجربه ترک موفق داشته‌اند، باشد؛ چرا که این افراد توانایی درک شرایط فرد معتاد را دارند.

در این مطالعه، خستگی و ناامیدی اعضای خانواده به دنبال عودهای مکرر، مشکلات اقتصادی، عدم اعتماد به فرد معتاد و مشاهده رفتارهای ناهنجار مانند سرقت، رفتارهای کنترل نشده جنسی، دروغ، بزهکاری، بی‌مسئولیتی و ... از جمله عوامل بازدارنده در تصمیم‌گیری برای ترک مطرح شد. این یافته‌ها با نتایج یافته‌های Tracy و همکاران (۲۶) و Zenger و همکاران (۲۷) در این زمینه همخوانی دارد.

یافته جدیدی که در این مطالعه به عنوان عامل بازدارنده در تصمیم به ترک توسط مشارکت کنندگان مطرح گردید و در سایر مطالعات به آن اشاره نشده است، «عدم تمایل و حمایت خانواده برای تصمیم به ترک مواد توسط عضو معتاد خانواده» بود. بنا به اظهارات این مددجویان، عواملی مانند شخصیت ضعیف فرد، سوء استفاده‌های جسمی، روانی و اقتصادی و انتقام گرفتن، در شکل‌گیری تمایل خانواده به

ادامه مصرف مواد توسط فرد معتاد و عدم حمایت از وی در تصمیم‌گیری برای ترک مواد، دخیل بوده است. از آنجا که خانواده با فراهم ساختن بستر مناسب برای ایجاد انگیزه ترک مواد و حمایت اقتصادی، روانی و عاطفی از فرد معتاد می‌تواند نقش بسیار مهمی را در فرایند بهبودی بر عهده داشته باشد (۲۸). بنابراین شناخت این بستر و چالش‌های مربوط به زندگی با یک فرد معتاد و تلاش در جهت رفع آن‌ها از نیازهای مهم در تصمیم‌گیری برای ترک مواد به شمار می‌رود (۳). مشاوره با اعضای خانواده به منظور غربالگری اختلالات روان‌شناختی در آن‌ها و آموزش به آن‌ها از طریق رسانه‌های گروهی و جلسات مشاوره‌ای جهت ایجاد انگیزه برای حمایت و تشویق فرد معتاد برای تصمیم‌گیری جهت ترک مواد از ضروریات هدایت خانواده فرد معتاد برای حمایت از وی است. در این مطالعه یکی از عوامل اجتماعی بازدارنده در تصمیم‌گیری برای ترک مواد، رفتارهای تند و زنده افراد جامعه ناشی از تصورات نادرست درباره اعتیاد با مشارکت کنندگان این مطالعه بود. احساس تنهایی در طی مسیر بهبودی، مجرم بودن، بی‌اعتمادی، یدک کشیدن همیشگی برچسب‌هایی چون دزد، بزهکار و ... پیامد چنین رفتارهایی برای سوء مصرف کنندگان مواد مورد مطالعه حاضر بوده است. این یافته با نتایج مطالعه McDonnell و Van Hout مطابقت دارد (۲۹). این محققان معتقد هستند به منظور فراهم ساختن زمینه‌های اقدام به ترک در سوء مصرف کنندگان، لازم است تا از طریق رسانه‌های گروهی جهت انگ‌زدایی از اعتیاد در جامعه تلاش کرد (۳۰).

یافته‌های این مطالعه همچنین نشان داد که خستگی ناشی از عوارض مصرف مواد و عوامل تهدید کننده فردی، خانوادگی و اجتماعی به اندازه احساس رسیدن به عجز و درماندگی و یا رسیدن به انتهای خط، در تصمیم‌گیری به ترک مواد از دیدگاه مشارکت کنندگان مطالعه ما مهم نبوده است. اغلب آنان پس از سال‌ها مصرف مواد مخدر، از بین رفتن لذت‌های کوتاه مدت ناشی از مصرف مواد و چندین بار تلاش برای ترک به جایی رسیده‌اند که از هر چیز و هر کس خسته شده و احساس عجز و ناتوانی سراسر وجودشان را فراگرفته است و بنابراین در چنین

یکی دیگر از عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری به ترک، توسل به معنویت بود. تحقیقات نقش مثبت معنویت در آغاز فرایند بهبودی و کم کردن احتمال عود را تأیید کرده‌اند (۳۵-۳۲). معنویت با افزایش توانایی درونی به اشخاص کمک می‌کند تا در استرس‌های شدید بتوانند جایگاه خود را در زندگی پیدا کنند. معنویت موجب افزایش توان سازگاری و مقاومت در برابر مشکلات، ایجاد زندگی هدفمند و دریافت حمایت اجتماعی بیشتر در بین افراد در حال بهبودی می‌شود (۳۷، ۳۶).

نتیجه‌گیری

در فرایند بهبودی، پرداختن به عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری برای ترک مواد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و با شناسایی این عوامل می‌توان به سوق دادن فرد معتاد به سمت اقدام برای ترک و ماندن در مسیر بهبودی کمک نمود. نتایج این مطالعه نشان داد که در تصمیم‌گیری برای ترک مواد توسط مشارکت کنندگان این مطالعه، عوامل تسهیل‌کننده خسته شدن از موقعیت موجود، آشنایی با مراکز درمان اعتیاد، توسل به معنویت و عوامل بازدارنده‌ای مانند ترس از تغییرات عمده در سبک زندگی، عوارض محرومیت، دفن باورهای قلبی و مذهبی و ... عنوان گردید.

شناسایی و رفع موانع مهم تصمیم‌گیری برای ترک مواد توسط دولت و مؤسسات درگیر در درمان اعتیاد از اقدامات اثربخش در درمان اعتیاد خواهد بود. لازم است تا با افزایش آگاهی سوء مصرف کنندگان مواد در زمینه خدمات اجتماعی در دسترس و چگونگی مدیریت عوارض ناشی از ترک، شرایط لازم برای افزایش انگیزه و کاهش سرخوردگی یا ناامیدی این افراد و حمایت خانوادگی از آن‌ها را فراهم ساخت. همچنین ضروری است تا به ویژگی‌ها و نیازهای جنسیتی، سنی و فرهنگی در درمان فرد معتاد توجه شود. فراهم ساختن بسترهای مناسب و افزایش سطح آگاهی سوء مصرف کنندگان مواد موجب عدم احساس تهدید و کاهش مقاومت در برابر تغییر خواهد شد. همچنین افزایش درک افراد معتاد از خطرات مصرف مواد، روند درمان و پیامدهای ترک از طریق رسانه‌های گروهی و مشاوره‌های رایگان در مراکز درمان اعتیاد و همدلی

شرایطی به دنبال راه‌گریزی برای رهایی از این بیهودگی بودند؛ به طوری که در این مددجویان فکر ترک مواد به طور جدی در این نقطه شکل گرفته است. Steensma و همکاران معتقد هستند که فرد معتاد از نظر ذهنی باید درگیر با مشکلاتش باشد تا متوجه وخامت وضعیتش شده و درصدد رهایی از آن باشد (۱۱). نکته قابل تأمل این است که در این مرحله، روبه‌رو شدن با موانع ترک مواد ممکن است موجب بازگشت معتاد به مرحله قبل (مرحله تفکر و تأمل) از فرایند بهبودی شود (۵). این مسأله از چالش‌های پیش روی درمان افراد سوء مصرف کننده مواد است (۷). افزایش انگیزه از طریق استفاده از راهکارهایی چون مداخلات انگیزشی برای ترک و تداوم دوره بهبودی توصیه می‌شود (۳۱).

گسترش خدمات حمایت اجتماعی مانند تأمین بخشی از هزینه‌های درمان، توسعه مراکز درمان اعتیاد به ویژه برای زنان سوء مصرف کننده مواد و استفاده از خدمات مشاوره‌ای رایگان در سراسر کشور از اقدامات اثربخش در این زمینه می‌باشد (۱۴). توسل به معنویت و جستجوی اطلاعات از جمله عوامل مهم تسهیل‌کننده در تصمیم به ترک مواد توسط مشارکت کنندگان این مطالعه عنوان گردید. این مددجویان به جستجوی اطلاعات به منظور افزایش آگاهی در زمینه خدمات اجتماعی موجود در جامعه، مانند مراکز درمان اعتیاد (انجمن بیماران گمنام، کمپ‌های ترک اعتیاد و کلینیک‌های خصوصی و دولتی ترک اعتیاد) و آشنایی با روند کار این مراکز از طریق رسانه‌های گروهی، همتایان، دوستان و یا با مراجعه به این مراکز و آشنایی بیشتر با خدمات حمایتی و درمانی که در این مراکز به بیماران تحت درمان و خانواده‌هایشان ارائه می‌شود و مشاهده رفتارهای صمیمانه و همدلانه مسؤولین و همتایان تحت درمان این مراکز اشاره کردند. این نتایج با نتایج مطالعه Alvarez و همکاران نیز همخوانی دارد (۱۲). همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که حضور در میان افراد با وضعیت مشابه و پذیرفته شدن توسط آنان و همچنین استفاده از تجارب آن‌ها، خود می‌تواند تحریک کننده فرد برای ترک باشد که با یافته‌های Alvarez و همکاران همخوانی دارد (۱۲).

در اعتیاد و یا تبیین چالش‌های اعضای خانواده در زندگی با یک فرد معتاد پردازد، توصیه می‌شود.

محدودیت‌ها

از محدودیت‌های این مطالعه، مشکل در دسترسی به نمونه‌ها و خارج شدن نمونه‌ها از دسترسی بعد از مصاحبه اول بود که با توضیح دادن مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات آنان، مشکل تا حدی حل شد، ولی تعدادی از نمونه‌ها برای مصاحبه دوم حاضر نشدند که برای تکمیل داده‌های مورد نیاز از مشارکت کنندگان دیگری بر طبق نمونه‌گیری نظری استفاده شد.

تشکر و قدردانی

از همکاری مسؤولین و استادان محترم دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، مسؤولین، پزشکان، پرستاران و روان‌شناسان محترم مراکز ترک اعتیاد رامسر و تنکابن که نهایت همکاری را در راه انتخاب مشارکت کنندگان، جمع‌آوری اطلاعات و در اختیار گذاشتن عرصه تحقیق نموده‌اند و همچنین از خانواده‌ها و مددجویان محترم که با صبر و مساعدت فراوان تجربیات مهم زندگی خود را در اختیار تیم تحقیق قرار دادند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

جهت کاهش سطح مقاومت و افزایش پایداری در برابر تغییر رفتار، از راهکارهای اثربخش در افزایش تمایل و همکاری این مددجویان در اقدام به ترک خواهد بود. همچنین تمرکز بر درمان و غربالگری اختلالات روان‌شناختی در خانواده می‌تواند منجر به افزایش حمایت خانواده از فرد معتاد در فرایند بهبودی شود. از آن‌جا که معنویت یکی از عوامل مؤثر در تصمیم به ترک اعتیاد است، لازم است تا گرایش به آن از دوران کودکی و از طریق خانواده به فرد القا شود و یا در مراکز درمانی ترک اعتیاد به طور جدی به این مسأله پرداخته شود.

امید آن‌که به کارگیری نتایج این تحقیق، به هر چه پربارتر کردن خدمات اجتماعی در درمان اعتیاد یاری رساند. از طرفی هر چند ماهیت تحقیقات کیفی فرصت بررسی عمیق پدیده‌ها را فراهم می‌کند، ولی محدودیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها در این پژوهش‌ها، لزوم انجام تحقیقات بیشتر جهت وسعت دادن نتایج مطالعه به سایر معتادین با بستر فرهنگی و محیطی مختلف را پیشنهاد می‌کند. در این مطالعه به عنوان یکی از موانع تصمیم‌گیری به ترک مواد، عدم تمایل اعضای خانواده به ترک اعتیاد توسط عضو معتاد شناسایی شد، بنابراین مطالعه‌ای با رویکرد کیفی که به تبیین نقش خانواده

References

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2012 [Online]. [cited 2012]; Available from: URL: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf
2. Naranjiha H, Rafiei H, Baghestani A, Nouri R, Shirin Bayan P, Farhadi MH. Rapid situation assessment of substance and dependency in Iran. Tehran, Iran: Substance Abuse and Dependence Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2007.
3. Tavakoli Ghouchani H, Shojaeizadeh D, Mazloum Sr. Comparative study of factors associated with addiction withdrawal in clients referring to drug-stop clinics of northern Khorasan (IRAN) IN 2007. Journal of Ilam University OF Medical Sciences 2009; 17(2): 32-43.
4. Connors GJ, DiClemente CC, Velasquez MM, Donovan DN. Substance abuse treatment and the stages of change: selecting and planning interventions. New York, NY: Guilford Press; 2013.
5. Miller WR, Motivational Enhancement Therapy Manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. New York, NY: DIANE Publishing; 1994.
6. Weisner C, Mertens J, Parthasarathy S, Moore C, Hunkeler EM, Hu T, et al. The outcome and cost of alcohol and drug treatment in an HMO: day hospital versus traditional outpatient regimens. Health Serv Res 2000; 35(4): 791-812.
7. Mertens JR, Weisner CM. Predictors of substance abuse treatment retention among women and men in an HMO. Alcohol Clin Exp Res 2000; 24(10): 1525-33.
8. DiClemente CC, Schlundt D, Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment. Am J Addict 2004; 13(2): 103-19.
9. Blumberg D. Stage model of recovery for chemically dependent adolescents: part 1--methods and model. J Psychoactive Drugs 2004; 36(3): 323-45.

10. McDonnell A, van Hout M. Maze and minefield: a grounded theory of opiate self-detoxification in rural Ireland. *Drugs and Alcohol Today* 2010; 10(2): 24-31.
11. Steensma C, Boivin JF, Blais L, Roy E. Cessation of injecting drug use among street-based youth. *J Urban Health* 2005; 82(4): 622-37.
12. Alvarez J, Jason LA, Davis MI, Olson BD, Ferrari JR. Latinos and Latinas in communal settings: a grounded theory of recovery. *Int J Environ Res Public Health* 2009; 6(4): 1317-34.
13. Parry CD, Pluddemann A, Myers BJ. Cocaine treatment admissions at three sentinel sites in South Africa (1997-2006): findings and implications for policy, practice and research. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2007; 2: 37.
14. Rahimi Movaghar A, Malayerpour Langroodi Z, Delbarpour Ahmadi Sh, Amin Esmaeili M. A qualitative study of specific needs of women for treatment of addiction. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2011; 17(2): 116-25.
15. Dickens JR. The experience of recovery from alcohol/drugs (AOD). [Thesis]. Minneapolis, MN: Capella University; 2011.
16. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
17. Sandelowski M, Docherty S, Emden C. Focus on qualitative methods. Qualitative metasynthesis: issues and techniques. *Res Nurs Health* 1997; 20(4): 365-71.
18. Polit DF, Beck CT. Study guide for essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 7th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
19. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
20. Arfken CL, Klein C, di Menza S, Schuster CR. Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention. *J Subst Abuse Treat* 2001; 20(1): 53-7.
21. Weisner C, Mertens J, Tam T, Moore C. Factors affecting the initiation of substance abuse treatment in managed care. *Addiction* 2001; 96(5): 705-16.
22. Newmann JP, Sallmann J. Women, trauma histories, and co-occurring disorders: assessing the scope of the problem. *Social Service Review* 2004; 78(3): 466-99.
23. Velez ML, Montoya ID, Jansson LM, Walters V, Svikis D, Jones HE, et al. Exposure to violence among substance-dependent pregnant women and their children. *J Subst Abuse Treat* 2006; 30(1): 31-8.
24. Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav* 1997; 38(2): 177-90.
25. Miller S. Change and Recovery from Substance Misuse: Native American Perspectives. [Thesis]. Missoula, MT: The University of Montana; 2008.
26. Tracy EM, Munson MR, Peterson LT, Floersch JE. Social Support: A Mixed Blessing for Women in Substance Abuse Treatment. *J Soc Work Pract Addict* 2010; 10(3): 257-82.
27. Zerger S. Substance abuse treatment: What works for homeless people? A review of the literature. Nashville, TN: National Health Care for the Homeless Council; 2002.
28. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction* 2004; 99(6): 770-7.
29. McDonnell A, Van Hout M. A grounded theory of detoxification-seeking among heroin users in south east Ireland. Waterford, IL: Waterford Institute of Technology; 2010.
30. Room R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug Alcohol Rev* 2005; 24(2): 143-55.
31. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992; 47(9): 1102-14.
32. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1995; 23(325): 34.
33. Morjaria A, Orford J. The role of religion and spirituality in recovery from drink problems: a qualitative study of Alcoholics Anonymous members and South Asian men. *Addiction Research & Theory* 2002; 10(3): 225-56.
34. Aldridge D. Spirituality, healing and medicine: return to silence. London, UK: Jessica Kingsley Publishers; 2000.
35. White WL. Spiritual guidance, addiction treatment, and long-term recovery. *J Subst Abuse Treat*. 2008; 35(4): 443-4.
36. Arévalo S, Prado G, Amaro H. Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Eval Program Plann*. 2008; 31(1): 113-23.
37. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Appl Nurs Res*. 2010; 23(4): 242-4.

Factors Effective on the Decision to Quit among Substance Abusers: A Qualitative Study

Abbas Shamsalinia¹, Kian Nourozi², Masoud Fallahi Khoshknab³, Ali Farhoudian⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Addiction is a problem of the modern world. In dealing with this problem, the approach of effective treatment is very important. One of the important issues in curing addiction is factors effective on the decision to quit. The aim of this study has been to explore effective factors on the decision to quit among substance abusers.

Method: This study is a part of a bigger one, which is a qualitative study undertaken with grounded theory approach. The Participants were 22 individuals (including 16 males and 6 females) who were substance abusers. Participants were selected using purposeful sampling and maximum variation. Data were gathered through face-to-face interviews and semi-structural questions. Data analysis was conducted using content analysis method.

Results: Two main categories were explored in this study. The first is "the need to survive" which includes three subcategories: 1- to get tired from the current condition, 2- to feel threatened, and 3- to reach the end of the line. The second category is "to set foot on the path" which includes two subcategories: 1- recourse to spirituality, and 2- searching for information.

Conclusion: The results of this study show that deciding to quit drugs there are both facilitator and inhibitor factors. Therefore, it is necessary that governments and addiction treatment institutes provide social services on addiction by focusing on gender differences and education on quitting complications. In this way, they can make families show more compassion and support, and increase motivation for treatment and reduce the feeling of frustration in drug abusers. In addition, attention to spirituality as a facilitator factor on the decision to quit and completing the path to recovery through families and addiction treatment centers is of great importance.

Keywords: Addiction, Substance abusers, Decision to quit, Qualitative study

Citation: Shamsalinia A, Nourozi K, Fallahi Khoshknab M, Farhoudian A. **Factors Effective on the Decision to Quit among Substance Abusers: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2013; 2(2): 111-24.

Received date: 09.04.2013

Accept date: 31.05.2013

1- PhD Student, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

4- Assistant Professor, Substance Abuse and Dependence Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Masoud Fallahi Khoshknab PhD, Email: msflir@yahoo.com