

سبک زندگی سلامت محور و ترک پایدار مواد مخدر در شهر کاشان: یک مطالعه کیفی

عادل سجودی^{۱*}

محسن نیازی^۲

سید سعید حسینی زاده آرانی^۳

چکیده

سبک زندگی سالم یا سلامت‌محور، به عنوان شاخه‌ای از سبک زندگی، درصدد است تا رفتارهایی را شکل دهد که بر حفظ سلامتی افراد و جلوگیری از رفتارهای پرخطر نظیر اعتیاد مفید هستند. پژوهش حاضر به تبیین سبک زندگی سلامت‌محور در ترک پایدار اعتیاد می‌پردازد. این پژوهش یک مطالعه کیفی - تطبیقی و به لحاظ هدف، کاربردی است. میدان تحقیق در این پژوهش دربرگیرنده سه گروه متخصصین درمانی و پژوهشی اعتیاد، افراد موفق به ترک اعتیاد و خانواده‌های این افراد در سال ۱۳۹۸ در شهر کاشان می‌باشد که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و نظری، ۳۱ نفر از آن‌ها به‌عنوان نمونه برگزیده شدند. تکنیک گردآوری اطلاعات، مصاحبه نیمه‌متمرکز بوده که با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA و با توجه به انواع کدگذاری باز، محوری و انتخابی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سبک زندگی سلامت‌محور در سه حوزه بر پایداری ترک اعتیاد مواد مخدر اثرگذار است؛ حوزه نخست، بعد جسمی می‌باشد، بدین معنی نقش ابعاد جسمی در ترک پایدار اعتیاد اثرگذار است. حوزه دوم، بعد روانی سبک زندگی سلامت محور بوده و حوزه سوم بعد اجتماعی سبک زندگی سلامت‌محور مورد بررسی قرار گرفت. سبک زندگی سلامت محور به مثابه یک پدیده چند علیتی و چندبعدی، منبع ارزشمندی برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات بهداشتی، ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی می‌باشد.

کلید واژگان: ترک پایدار، سبک زندگی سلامت‌محور، سوء مصرف مواد مخدر، روش کیفی.

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۱۲/۰۵ - 2021/02/23

پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۲/۰۳ - 2021/04/23

^۱ - دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی - بررسی مسائل اجتماعی ایران. دانشگاه کاشان، ایران. (نویسنده مسئول).

adelsojodi@yahoo.com

^۲ - استاد، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه کاشان، ایران.

niazim@kashanu.ac.ir

^۳ - دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی - بررسی مسائل اجتماعی ایران. دانشگاه کاشان، ایران.

Hoseynzadeh69@ut.ac.ir

مقدمه و بیان مسئله

جهان در حال حاضر در کنار بحران تهدید بمب اتمی، بحران نابودی محیط‌زیست، بحران فقر جامعه، شاهد بحران اعتیاد است (گلانتز و هارتل^۱، ۲۰۰۲). موضوع مواد مخدر و آلودگی محیط زیست، دو موضوعی است که کشورها، دیگر هر یک به تنهایی نمی‌توانند از پس آن‌ها برآیند. پرسودترین تجارت‌های امروز دنیای ما، تجارت اسلحه و مواد مخدر یعنی کسب‌وکارهایی برای نابودی بشر است (ماکری^۲، ۲۰۱۱). این در حالی است که اعتیاد درعین حال مهم‌ترین و دردناک‌ترین معضل اجتماعی است. مصرف افراطی و روزافزون مواد مخدر به قدری است که دهه اخیر را عصر دارو نام‌گذاری کرده‌اند (مک فرسون و وسن^۳، ۲۰۱۷).

اعتیاد به مواد مخدر پدیده‌ای جدید و خاص زندگی مدرن است. چراکه مصرف مواد مخدر اگر هم در گذشته وجود داشت، به‌عنوان اعتیاد و یا انحراف شناخته نمی‌شد. اما با گسترش فرهنگ مدرن، ارزش‌ها و هنجارهای مدرن نیز رواج یافته و کنش‌ها و رفتارهایی چون اعتیاد به مواد مخدر متعارض با هنجارها تلقی شده و علم جامعه‌شناسی نیز که وظیفه شناخت و تأثیرات هنجارها را دارد، انحرافات اجتماعی را مورد کاوش و پژوهش قرار داده و به تبیین علل و عوامل پیامدهای انحرافات می‌پردازد (مظفر و همکاران، ۱۳۸۸: ۳۷).

اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر به مثابه یک مسئله اجتماعی، پدیده‌ای است که همراه با آن توانایی جامعه در سازمان‌یابی و حفظ نظم موجود از بین می‌رود و باعث دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی در یک جامعه می‌شود. سازمان بهداشت جهانی مسأله مواد مخدر، اعم از تولید، انتقال، توزیع و مصرف را در کنار سه مسأله جهانی دیگر یعنی تولید و انباشت سلاح‌های کشتار جمعی، آلودگی محیط‌زیست، فقر و شکاف طبقاتی، از جمله مسائل اساسی شمرده است. که حیات بشری را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در عرصه جهانی مورد تهدید و چالش جدی قرار می‌دهد (باقری و همکاران، ۱۳۸۹).

نتایج پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌ها در ایران نشان داده که اعتیاد پس از بیکاری و گرانی، یکی از مهم‌ترین مسائل اجتماعی از جانب ایرانیان شمرده شده، پدیده‌ای است که همراه با آن توانایی جامعه در سازمان‌یابی و حفظ نظم موجود از بین می‌رود، عملکرد بهنجار حیات اجتماعی را مختل می‌کند (ناصری پلنگرد و همکاران، ۱۳۹۲). با توجه به روند بازگشت کنندگی اعتیاد و وابستگی به مواد مخدر و هزینه‌های بی‌نهایت زیادی که بر مبنای عود مجدد مصرف‌گریبان‌گیر فرد، خانواده و نظام اجتماعی می‌گردد، و نیز بدین لحاظ که صرفاً تعدادی از وابستگان به مواد مخدر موفق به تداوم ترک اعتیاد می‌گردند و می‌توانند در مقابل گرایش مجدد به مواد مخدر مقاومت کنند. منظور

¹ - Glantz and Hartel

² - Mokri

³ - McPherson and Waseen

از ماندگاری ترک اعتیاد عبارت از عود نکردن مصرف در معتادان می‌باشد، دوره‌ای که فرد باید بدون لغزش و بازگشت مجدد به سوی مواد، آن را طی کند. هرچند این موضوع اهمیت بسیار زیادی در روند درمانی ترک اعتیاد دارد، اما تاکنون مطالعات اندکی پیرامون آن شکل گرفته و عمده تحقیقات موجود حول محور عوامل مؤثر بر گرایش به اعتیاد، زمینه‌های بازگشت مجدد به اعتیاد و عوامل مؤثر بر تمایل به ترک وابستگی به مواد مخدر صورت گرفته است. کاشان به عنوان یک شهر پایه، نمونه‌ای از شهرهای مانند کرمان و یزد و آن‌ها می‌باشد. از آنجاکه در شاهراه ارتباطی بین جنوب، مرکز و شمال ایران قرار دارد. به‌عنوان یک شهر ترانزیتی مواد مخدر شناخته می‌شود. همچنین معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی کاشان میزان افراد وابسته به مواد مخدر در شهر کاشان را ۷ تا ۱۰ هزار نفر تخمین زده است. بنا بر آمارهای موجود در حدود ۷۹ مرکز ترک اعتیاد به طور رسمی در کاشان وجود دارد که هر یک از آن‌ها ماهیانه ۱۰۰ نفر را تحت پوشش قرار می‌دهند. از این رو ترک اعتیاد پایدار در کاشان به مثابه یک مسئله اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است. براین اساس پژوهش حاضر به تبیین سبک زندگی سلامت‌محور در ترک پایدار مواد مخدر در شهر کاشان می‌پردازد. لذا تحقیق حاضر در جستجوی پاسخ به این پرسش است که مقوله‌های اثرگذار سبک زندگی سلامت‌محور در ترک پایدار مواد مخدر در شهر کاشان کدام‌اند؟

ملاحظات نظری

مفهوم سبک زندگی اشاره به بازتاب کاملی از ارزش‌های اجتماعی، طرز برخورد و فعالیت‌ها داشته و ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی می‌باشد که در پی فرایند اجتماعی شدن به وجود می‌آیند. سبک زندگی سالم یا سلامت‌محور، به عنوان شاخه‌ای از سبک زندگی، درصدد است تا رفتارهایی را شکل دهد که بر حفظ سلامتی افراد و جلوگیری از رفتارهای پرخطر نظیر اعتیاد مفید هستند (احمدی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۲۷).

به‌لحاظ نظری، ویلیام کاکرهام^۱ از متفکرانی است که در دوره اخیر به بسط مفهوم سبک زندگی در حوزه سلامت پرداخته است. آراء وی در طرح مدل سبک زندگی مبتنی بر سلامت، متأثر از نظریه‌های وبر، گیدنز و بوردیو در حوزه سبک زندگی است. کاکرهام طی پژوهشی با استفاده از چهارچوب نظریه بوردیو نشان می‌دهد که سبک‌های زندگی منفی به‌عنوان اجزای اجتماعی اولیه، در اواخر قرن بیستم در روسیه و اروپای شرقی باعث کاهش امید به زندگی شد. بر اساس یافته‌های پژوهشی وی، گروهی که بیشتر در معرض کاهش طول عمر بودند را افراد میان سال و مردان طبقه کارگر تشکیل می‌دادند. اوضاع زندگی و موقعیت به نسبت پایین و ضعیف آن‌ها در ساخت اجتماعی، عاداتی را پرورش می‌داد که مبتنی بر اعمال غیربهداشتی نظیر مصرف زیاد مشروبات الکلی، سیگار کشیدن، بی‌توجهی به رژیم غذایی و امتناع از ورزش بود. این رفتارها، هنجارهای ایجاد شده از

^۱ -Cockerham

طریق تعامل گروهی بودند که به واسطه فرصت‌هایی که آن‌ها در اختیار داشتند، شکل گرفته و به وسیله این ساختار ذهنی درونی شده بود (کیوان آرا، ۱۳۸۶). کارهام در بسط نظریه خود در زمینه سبک زندگی سلامت‌محور بر تعامل میان ساختار و عاملیت تأکید کرده و نشان می‌دهد که سبک زندگی سلامت‌محور، اساساً الگوهای جمعی مرتبط با سلامتی بر اساس انتخاب‌هایی از گزینه‌های در دسترس مردم (عاملیت) می‌باشد که با فرصت‌های زندگی آن‌ها (اشکالی از ساختار که نشان‌دهنده جایگاه طبقه اجتماعی‌اند) مطابقت دارد (کارهام، ۲۰۰۵). وی با اشاره به مطالعات ویکرز^۱ و همکاران (۱۹۹۰)، رفتارهای مبتنی بر سلامت را شامل پافشاری در رفتارهای مناسب و اجتناب از خطر دانسته و تأثیر حضور در لایه‌های اجتماعی موجود در جامعه را بر این رفتارها مدنظر قرار می‌دهد. بر این اساس، عملکردهای مثبت‌تر سبک زندگی را مربوط به لایه‌های اجتماعی بالاتر و زنان دانسته و در مقابل منفی‌ترین آن‌ها را به عملکردها و رفتارهای مردان و طبقات پایین‌تر مرتبط می‌کند. به اعتقاد کارهام، شرایط اقتصادی-اجتماعی و محیطی تعیین می‌کند که تا چه حد سبک زندگی سلامت‌محور به‌طور مؤثرتری عمل کند. در مدل کارهام، جماعت‌ها و شبکه‌های اجتماعی نیز به مثابه عوامل مؤثر در سبک زندگی سلامت‌محور در نظر گرفته شده‌اند که شامل گروه‌هایی از کنشگران هستند که توسط روابط اجتماعی خاصی چون روابط خویشاوندی، کاری، مذهبی و سیاسی به هم مرتبط شده‌اند و هنجارها، ارزش‌ها، ایده آل‌ها و دیدگاه‌های اجتماعی مشترک آن‌ها، نوعی اجتماع فکری ایجاد می‌کند که بازتاب‌دهنده دیدگاه جمعی خاص آن‌ها است (کارهام، ۲۰۰۵).

مدل ترسیمی کارهام نشان می‌دهد که کنش متقابل انتخاب‌ها و فرصت‌های زندگی، تمایل افراد به عمل را تولید می‌کند، این تمایلات عادت واره‌ها را ساخته و عادت واره‌ها عملکردها و کنش‌های افراد را در حوزه‌های مختلف شکل می‌دهند که در مجموع منجر به سبک زندگی سلامت می‌شوند (احمدی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۳۸-۱۳۶).

پیشینه تجربی

سبک زندگی می‌تواند زمینه‌های مصرف مواد مخدر را فراهم سازد، به طوری که برخی افراد با اتخاذ نوعی شیوه زندگی که در آن تحرک اندک بوده، روابط اجتماعی ضعیف و انواع فراغت مدرن نظیر مصرف مخدرها و روان‌گردان‌های گوناگون رواج دارد، به سوی اعتیاد کشیده می‌شوند (دگانمار^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). در این حیطة، صالح آبادی و سلیمی آمان آباد (۱۳۹۱) با بررسی رابطه سبک زندگی جوانان و گرایش به مصرف مواد مخدر نشان دادند که نوع سبک زندگی و نیز ابعاد آن (مصرف فرهنگی، فعالیت فراغتی، اولویت مکان و هزینه) بر گرایش به مصرف مواد مخدر صنعتی تأثیر دارد. عطایی و همکاران (۱۳۹۵) طی پژوهشی پیرامون بررسی رابطه بین سبک زندگی مدرن و گرایش به

¹ -Wikers

²-Dehghanmehr

مصرف مواد بدین نتیجه دست یافتند که سبک زندگی همبستگی مثبتی با ابعاد محیطی و اجتماعی تمایل به اعتیاد دارد. مصطفی پور و یزدان پناه (۱۳۹۴) طی بررسی‌های خویش نشان دادند که گذران اوقات فراغت به سبک مدرن با گرایش به مصرف تنباکو ارتباط معنادار و مثبتی دارد. بدین معنی که با افزایش گذران اوقات فراغت به سبک مدرن، میزان گرایش به مصرف افراد نیز بیشتر می‌شود. اما گذران اوقات فراغت به شکل سنتی و مصرف کالاهای فرهنگی با گرایش به مصرف تنباکو رابطه منفی داشته و بدین لحاظ با تغییر تفریحات به شکل سنتی‌تر و استفاده از کالاهای فرهنگی، گرایش به مصرف کاهش می‌یابد.

خدابخشی کولایی و دمیرچی (۱۳۹۵) با بررسی مقایسه‌ای سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در دو گروه از زنان معتاد تن‌فروش و زنان غیرتن‌فروش، نشان دادند که در ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور، بین این دو گروه از زنان تفاوت معنی‌داری وجود دارد (در ابعاد تغذیه، فعالیت جسمی و روابط بین فردی، میزان میانگین در گروه زنان معتاد تن‌فروش بیشتر از گروه دیگر است، درحالی‌که در سطح معنویت، مسئولیت‌پذیری و مدیریت استرس، زنان معتاد غیر تن‌فروش نسبت به گروه دیگر نمرات بالایی کسب کرده‌اند)، اگرچه سبک زندگی ناسالم در هر دو گروه از زنان بالا است.

سازمان جهانی بهداشت سبک زندگی سالم را تلاش برای دستیابی به حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی توصیف کرده است. سبک زندگی سالم شامل رفتارهایی است که سلامت انسان را تضمین می‌کنند. این رفتارها ابعاد مختلفی از زندگی مانند رژیم غذایی، فعالیت بدنی، حفظ وزن، خودکنترلی، رفتارهای پیشگیرانه و ... را دربر می‌گیرد (اسمل^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). درحالی‌که وراثت و محیط‌زیست نقش مهمی در سلامت انسان بازی می‌کنند و چندان قابل کنترل نیستند، شیوه زندگی به طور مستقیم بر زندگی فرد تأثیر گذاشته و عاملی است که هر فرد به راحتی می‌تواند آن را کنترل کند. انتخاب‌های صورت گرفته در مورد شیوه زندگی سلامت فرد را به میزان زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد (آپوستو^۲، ۲۰۱۳؛ محمدی، ۱۳۹۶: ۱۲۲). به‌طوری‌که بر اساس مطالعات و پژوهش‌های انجام‌شده، افراد دارای سبک زندگی مناسب از برنامه تغذیه‌ای و فعالیت جسمانی بهتری برخوردارند. جوهره سبک زندگی سلامت‌محور، انسجام در انجام دادن مجموعه‌ای از رفتارهای مرتبط با بهداشت و سلامتی است (چانی^۳، ۲۰۰۲، آبل^۴، ۱۹۹۱). هیوک^۵ و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای بر روی ۱۰۰ نفر از افراد مصرف‌کننده مواد در بنگلادش به این نتیجه رسید که ۶۲ نفر از افراد مصرف‌کننده مواد دچار سوء تغذیه می‌باشند. سبک زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات بهداشتی، ارتقاء سلامت، تطابق با عوامل استرس‌زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی است (پارسامهر و

¹ -Small

² -Apostu

³ - Chaney

⁴ - Abel

⁵ -Huq

رسولی نژاد، ۱۳۹۴: ۳۶). پژوهش باتلر^۱ و همکاران (۲۰۰۲) بیانگر این است که سبک زندگی سالم موجب درک، تعهد، انعطاف‌پذیری در روابط، مسئولیت‌پذیری و استفاده از فن خود مداخله‌ای برای حل تعارض می‌شود.

هدف این مطالعه بررسی سبک زندگی سلامت‌محور در ترک اعتیاد پایدار مواد مخدر در شهر کاشان می‌باشد. به طور کلی، ترک پایدار مصرف مواد مخدر جز از طریق اتخاذ نوعی سبک زندگی سالم ممکن نیست، چراکه هدف درمان صرف مسئله دستیابی به خدمات و حمایت‌های اجتماعی نیست، بلکه اتخاذ یک سبک زندگی است که بهزیستی را ارتقاء بخشد و به پرهیز از مخاطراتی نظیر بازگشت به اعتیاد کمک کند. افراد معتاد در صورتی خواهند توانست که رفتارشان را تغییر داده، سبک زندگی سالم‌تری اتخاذ نمایند که سبک‌های جدید را از افراد مورد اعتماد خود فرا بگیرند و باور کنند که این تغییر رفتارها باعث بهبود در بهزیستی آن‌ها می‌شود. لذا با توجه به اهمیت سبک زندگی سلامت‌محور، این پژوهش در راستای بررسی نقش سبک زندگی سلامت‌محور در ترک پایدار مواد مخدر در منطقه کاشان با تأکید بر روش کیفی هدف‌گذاری شده است. وجه نوآوری این پژوهش واکاوی مقوله‌های سبک زندگی سلامت‌محور در ترک پایدار اعتیاد در کاشان می‌باشد. این پژوهش جز نخستین تحقیقات از این حیث در کشور است.

روش‌شناسی

این تحقیق یک مطالعه کیفی است. نمونه‌گیری این پژوهش مطابق با روش‌های کیفی، نمونه‌گیری هدفمند محسوب می‌شود. برخلاف روش‌های کمی که نمونه‌گیری مطابق با منطق آماری است، در روش‌های کیفی از این نوع نمونه‌گیری استفاده می‌شود. میدان تحقیق در این پژوهش دربرگیرنده سه گروه متخصصین درمانی و پژوهشی اعتیاد، افراد موفق به ترک اعتیاد و خانواده‌های این افراد در سال ۱۳۹۸ در شهر کاشان می‌باشد. با توجه به‌عنوان پژوهش و میزان پاسخگویی، ۱۰ نفر از کارشناسان و خبرگان امر درمان و در زمینه ترک اعتیاد، ۱۴ نفر از افراد موفق به ترک که میزان پاکی بین ۸ تا ۱۵۶ ماه داشته و ۷ نفر از اعضای خانواده به‌عنوان نمونه انتخاب شدند (اطلاعات زمینه‌ای مشارکت‌کنندگان در مصاحبه در جدول شماره ۱ و ۲ شرح داده شده است). در این مطالعه داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساخت‌یافته جمع‌آوری شده است. در این شکل از مصاحبه فرایند مصاحبه متکی بر سؤالاتی است که در تعامل بین مصاحبه‌گر و مصاحبه‌شونده ایجاد می‌شود. هر مصاحبه در حدود ۳۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامیده و پس از ضبط مکالمه، متن آن با استفاده از نرم افزار MAXQDA مورد ارزیابی قرار گرفته است. عمل کدگذاری که با محوریت محقق انجام می‌پذیرد، مهم‌ترین و وقت‌گیرترین بخش تحلیل محتوای کیفی محسوب می‌شود. در این بخش از فرایند، محقق شخصاً تعیین عبارات و کلیدواژه‌ها و الصاق کدها و توصیف‌گرها را بر عهده می‌گیرد و نقش رایانه و

^۱ - Butler

نرم افزار صرفاً در حد ابزاری است برای تسهیل و تسریع فرایند کدگذاری، عمل کدگذاری و مدیریت قطعات کد شده و دسته بندی و سازمان دهی کدها در بخشی از نرم افزار به نام سامانه کد ، نقش محوری را در تحلیل محتوای کیفی توسط نرم افزار بازی می کند. چگونگی تحلیل داده ها در طی اجرای پژوهش اهمیت بسیاری دارد. این تحلیل از طریق کدگذاری طی سه مرحله (کدگذاری باز، محوری و انتخابی) انجام شده است. کدگذاری فرایندی تحلیلی است که طی آن داده ها، کدگذاری می شوند و به هم می پیوندند تا نظریه شکل دهند.

جدول شماره ۱. اطلاعات زمینه ای متخصصین حوزه اعتیاد و اعضای خانواده افراد موفق به ترک

اعتیاد

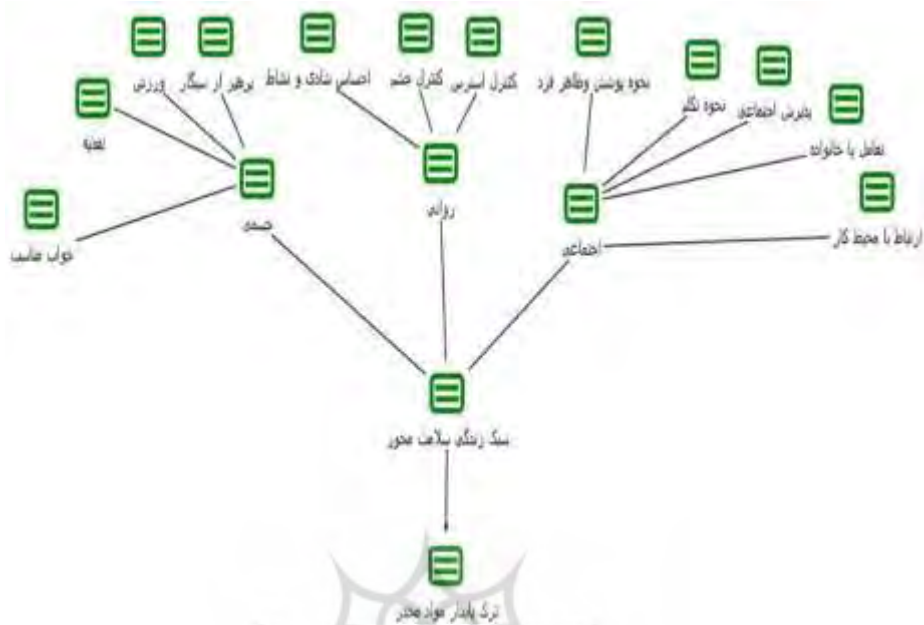
اطلاعات زمینه ای	مشارکت کننده
مشاور درمانگر با سابقه شغلی ۱۴ سال	شماره ۱
کارشناس شبکه بهداشت با سابقه شغلی ۱۱ سال	شماره ۲
پزشک درمانگر با سابقه شغلی ۱۳	شماره ۳
مددکار اجتماعی با سابقه شغلی ۱۰ سال	شماره ۴
مددکار اجتماعی با سابقه شغلی ۸ سال	شماره ۵
روانشناس بالینی با سابقه شغلی ۱۲ سال	شماره ۶
متخصص حوزه جامعه شناسی با سابقه شغلی ۳۵ سال	شماره ۹
پزشک درمانگر با سابقه شغلی ۲۵ سال	شماره ۱۰
پدر فرد ترک اعتیاد کرده به مدت ۴ سال	شماره ۱۱

جدول شماره ۲. مشخصات زمینه‌ای افراد موفق به ترک اعتیاد

مشارکت‌کننده	سن شروع	مدت پاک‌ی	مدت مصرف	شغل	تحصیلات
شماره ۷	۱۸	۳۶ ماه	۲۲ سال	پزشک	دکتر عمومی
شماره ۸	۱۶	۴۸ ماه	۱۳ سال	فروش فروش	کارشناس نرم افزار
شماره ۱۲	۱۷	۱۵۶ ماه	۸ سال	آزاد	دیپلم ردی
شماره ۱۳	۱۵	۱۰ ماه	۱۹ سال	حکاک لیز	لیسانس برق
شماره ۱۴	۲۷	۲۱ ماه	۲۰ سال	کارمند شهرداری	دیپلم
شماره ۱۵	۲۰	۱۸ ماه	۸ سال	نقشه‌کش ساختمان	لیسانس معماری

یافته‌های پژوهش

نتایج پژوهش در زمینه ترک پایدار و ماندگاری درمانی حاکی از این مسئله است که سبک زندگی سلامت‌محور در سه حوزه بر پایداری ترک اعتیاد مواد مخدر اثرگذار است: حوزه نخست، بعد جسمی می‌باشد، بدین معنی نقش ابعاد جسمی و فعالیت‌های فیزیکی در ترک پایدار اعتیاد مدنظر می‌باشد. حوزه دوم، بعد روانی سبک زندگی سلامت‌محور بوده و حوزه سوم بعد اجتماعی سبک زندگی سلامت‌محور مورد بررسی قرار گرفت که نشان دهنده این است تعامل و پذیرش اجتماعی در پایداری ترک اعتیاد نقش چشمگیری دارد.



شکل ۱. تأثیر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سبک زندگی سلامت محور بر ترک پایدار اعتیاد

بعد جسمی

۱- خواب مناسب: یکی از موارد مهمی که در دوران ترک اعتیاد و سال‌های پس از آن باید برای تغییر آن اهتمام ورزید، سبک و شیوه زندگی و نیز تغییر الگوها و عادات ناصحیح و ناسالم رفتاری و نگرشی می‌باشد که در دوران مصرف مواد مخدر و بر اساس ارتباط با افراد و گروه‌های مصرف‌کننده شکل گرفته و یا ملازم با مصرف مواد مخدر در وجود فرد نهادینه شده است. چنانچه در هر بعد سبک زندگی گرایش فرد به سوی سبک زندگی سلامت محور نباشد، زمینه ابتلا به انواع ناهنجاری‌ها نظیر اعتیاد را فراهم می‌سازد. خواب مناسب در سبک زندگی سلامت محور فرد بیمار مؤثر است. به طور معمول در دوران مصرف اعتیاد، خواب نامناسب نظم معمول زندگی عادی را مختل می‌کند؛ «هدف ما بردن بیمار به مسیری است که از عادات گذشته دور بشود، چون فرد معتاد بنده عادات غلط دارد: خواب نامناسب، اضطراب و ترس ... فرد معتاد به این‌ها خو گرفته است، سبک زندگی فرد باید کاملاً تغییر کند. به بیمار می‌گوییم کارهایی که در گذشته انجام می‌دادی دیگر نباید انجام بدی» (مشارکت‌کننده شماره ۱)، «برخی بیمارها می‌گویند که ما شب‌ها خوابمان نمی‌برد، ما راهکارهایی می‌دهیم که از نظر مشاوره قابل‌هضم باشد. الان که بیمار ترک کرده فکرش به او می‌گوید باید بخوابی، چون بیمار عادت به خواب نشنگی پیدا کرده و اینجا به فرد می‌گوییم تو

مجبور به خواب زیاد نیستی، آن دوران نشئه بودی، می‌خوابیدی، بیدار می‌شدی چون مجبور به بیدار شدن بودی چون خمار می‌شدی» (مشارکت‌کننده شماره ۱).

۲- تغذیه: از جمله عاداتی که در دوران ترک اعتیاد باید به تغییر آن همت گماشت، تغییرات در تغذیه است. چراکه در دوران مصرف، الگوی زندگی فرد مصرف‌کننده بدین صورت بوده که اوقات بیداری به مصرف مواد و تغذیه بسیار اندک گذشته و بقیه اوقات در خماری بعد از مصرف و چرت زدن‌ها سپری شده است؛ «برای تغذیه باید یک سری غذاهای مقوی بخورد» (مشارکت‌کننده شماره ۲)، «سبک غذایی سالم مثل پرهیز از فست فودها و پرهیز از مواد غذایی مضر، کمتر خوردن قند و نمک و چربی در زمینه سلامت جسم مؤثر است» (مشارکت‌کننده شماره ۳).

۳- ورزش: ورزش کردن در دوران ترک اعتیاد و سال‌های پاک‌ی پس از آن از اهمیت بسیاری برخوردار است چراکه فرد به لحاظ جسمانی تأمین شده و اعتماد به نفس فرد را برای ماندگاری در فرایند درمان اعتیاد افزایش می‌دهد. در مسیر تغییر سبک زندگی، انواع شیوه‌های زندگی ناسالم می‌بایست شناسایی شده و از آن‌ها پرهیز گردد. به عنوان مثال، اگر نوع خاصی از ورزش کردن زمینه مصرف را فراهم کرده، در دوران پس از ترک باید از ادامه آن ورزش پرهیز کرد؛ «در زمینه اوقات فراغت، بسیاری از این افراد شاید علاقه‌ای به ورزش نداشته باشند و در اوقات فراغت خود در گذشته اغلب پاسوربازی می‌کردند. وقتی در مراکز درمانی و کمپ‌ها هم می‌رویم می‌بینیم هنوز به همان سبک اوقات خود را سپری می‌کنند و تا بیکار می‌شوند می‌روند سرگرم بازی. یک‌وقت‌هایی خودمصرف مواد از همین بازی‌ها شروع می‌شده است. لذا باید این موارد شناسایی شوند» (مشارکت‌کننده شماره ۴)، «چیزهایی مثل ورزش کردن مفید است چون مورفین درون‌زاد بدن را افزایش می‌دهد. هر بیمار بعد از ترک باید به سمت ورزش سوق یابد تا مورفین درون‌زاد فراهم شود و مورفین خود سیستم پاداش را تأمین می‌کند» (مشارکت‌کننده شماره ۵)، «حتی بسیاری از ورزش‌ها هست که وی را به مصرف متمایل می‌کرده است، مثل ورزش‌های بدن‌سازی. اگر فردی در حین این ورزش مصرف می‌کرده است، ما دیگر نباید او را تشویق به انجام آن ورزش کنیم، چون مطمئناً دوباره به سمت مصرف گرایش پیدا می‌کند» (مشارکت‌کننده شماره ۴)، «در مورد سلامت جسم، داشتن ورزش و فعالیت فیزیکی مرتب باعث احساس سلامت می‌شود» (مشارکت‌کننده شماره ۳).

۴- پرهیز از سیگار: عادت‌های نادرست رفتاری و نگرشی، بسیاری از اصول و موازین یک زندگی سالم را مختل می‌کند. لذا بهترین درمان برای آن‌ها در این دوران، تغییر سبک‌های ناسالم زندگی و ترک عادت‌های گذشته می‌باشد. این فرایند، فرایندی طولانی‌مدت و تدریجی خواهد بود و ممکن است حتی ماه‌ها به طول بیانجامد. یکی از عادت‌های نادرست رفتاری، پرهیز از کشیدن سیگار و

قلیان می‌باشد. سیگار و قلیان اگر با ترک تدریجی توأم شود باعث سبک زندگی سالم فرد می‌شود؛ «هدف ما بردن بیمار به مسیری است که از عادات گذشته دور بشود، چون فرد معتاد بنده عادات غلط دارد مانند کشیدن قلیان و سیگار (مشارکت‌کننده شماره ۱).

بعد روانی

۱- کنترل استرس: افراد روان رنجور که دارای اضطراب و پرخاشگری بالا و نیز استرس پذیری زیاد می‌باشند، سبک‌های مقابله هیجان مدار را برای حل مشکلات خود استفاده می‌کنند و در موقعیت‌های منفی، احتمال گرایش به اعتیاد و پرخاشگری و کناره‌گیری در آن‌ها زیاد است. مهارت‌های زندگی، نحوه صحیح و شیوه درست زیست پذیری در اجتماع را به فرد می‌آموزد؛ این‌که در برابر مصائب زندگی خود تحمل داشته باشد و بتواند بهترین راه‌حل را برای مواجهه با آن‌ها برگزیند، توان تصمیم‌گیری صحیح و قاطعانه را داشته باشد، هر چیزی را بدون تفکر و تأمل نپذیرد، استرس و اضطراب را از خود دور کرده و توان تغییر خویش را داشته باشد؛ «در زمینه سلامت روان، پرهیز از استرس یا آموختن روش‌های کنترل استرس می‌تواند در پیشگیری از بروز اعتیاد یا کمک کردن به ترک مؤثر باشد» (مشارکت‌کننده شماره ۳)، «اشتغال یک منبع درآمدی می‌باشد که باعث آسایش روانی و کنترل استرس می‌شود» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰).

۲- کنترل خشم: زمانی که دستاوردهای واقعی کمتر از انتظار فرد است، فشار افزایش می‌یابد (آگینو، ۱۹۹۲: ۵۲). بر اساس این رهیافت، انتظارات از تجارب گذشته فرد یا از مقایسه فرد با مراجع دیگر ناشی می‌شود. ناتوانی در دستیابی به چنین انتظاراتی ممکن است به احساسات منفی مانند غضب، خشم، تنفر منجر شود. همچنین افراد به‌شدت برانگیخته می‌شوند که فاصله بین انتظارات و دستاوردها را با اعمال انحرافی تقلیل دهند؛ «در زمینه سلامت روان، آرام‌سازی خود و کنترل خشم و پرخاش می‌تواند در پیشگیری از بروز اعتیاد یا کمک کردن به ترک مؤثر باشد» (مشارکت‌کننده شماره ۳)، «بیماران ما معمولاً در جلسات کنترل پرخاشگری شرکت می‌کنند. وقتی این افراد ترک می‌کنند از لحاظ رفتاری آرام می‌شوند، انتقادپذیر می‌شوند، از لحاظ زد و خورد و پرخاشگری در سطح پایینی قرار می‌گیرند» (مشارکت‌کننده شماره ۶).

۳- احساس شادی و نشاط: لذت ناشی از مواد زودگذر و ناپایدار بوده و آرامش و نشاطی لحظه‌ای به بار آورده و پس از مدتی این آرامش ناپایدار نیز ضعیف می‌گردد و به همان اندازه دوز مصرف مواد بیشتر می‌شود. لذا درمان پایدار، نیازمند جایگزینی این لذت‌های ناپایدار با لذت‌ها و خوشی‌های پایدار است که بیماران با تمسک بدان‌ها، احساس شادی و نشاط، آرامش و لذت بیشتری به دست آورده و درعین حال، پاکی دراز مدت تری را تجربه می‌کنند. این خوشی‌های پایدار نزد بیماران بهبودیافته در امور متفاوتی نظیر خدمت کردن به دیگران، در کنار خانواده بودن، زندگی بدون فشار

روانی، حفظ اعتبار و آبرو، لذت‌پاکی، پیشرفت‌های شغلی، تحصیلی و خانوادگی، مفید بودن برای جامعه، با دیگران بودن و... تجلی می‌یابد. در این میان، عاملی که عمده بیماران آن را جایگزین لذت مواد می‌کنند، در کنار خانواده بودن و رسیدگی به خانواده خویش می‌باشد. تأمین محیط‌های سرگرمی و تفریح در جامعه که به‌نوبه خود فرد را از دغدغه و فکر مصرف به دور ساخته، مشغولیت و درگیری مناسب برای وی به بار آورده و روحیه آن‌ها را شاداب و با نشاط می‌سازد؛ «عواملی را پیدا کردم که خیلی بیشتر از مواد مخدر در من ایجاد آرامش و نشاط و تحرک می‌کند و آن خدمت کردن به معتادین است.» (مشارکت‌کننده شماره ۷)، «جلسات گروه‌درمانی مثل دیالیز میمونه، خون رو تصفیه می‌کنه، وقتی جلسه می‌روی حالت خوب میشه، انرژی مثبت بهت میده و با نشاط میشی» (مشارکت‌کننده ش ۸).

بعد اجتماعی

۱- نحوه پوشش و ظاهر فرد: نحوه پوشش و ظاهر فرد درمان شده باید با دوران مصرف وی متفاوت باشد و این تفاوت به‌گونه‌ای نمود یابد که دیگران آن را عیناً احساس کنند. تغییرات ظاهری، بر ذهنیت دیگران نسبت به فرد تأثیر گذاشته، به صورتی که نحوه رفتار و تعاملات شهروندان با بیماران ترک کرده متفاوت شده و به‌سوی احترام به شخصیت و حمایت روحی و روانی سوق می‌یابد؛ «در حوزه سبک زندگی از جزئی‌ترین تا کلی‌ترین موارد باید مدنظر قرار گیرد. به‌عنوان مثال، از نوع پوشش افراد شروع کنیم. ما به بیماران می‌گوییم لباسی که موقع مصرف بر تن داشتی را کنار بگذار» (مشارکت‌کننده شماره ۶)، «بخشی دیگر هم به خود معتاد برمی‌گردد که وقتی به سمت درمان می‌رود باید به لحاظ ظاهری تغییر کند، ما در متادون تراپی به معتاد می‌گفتیم که دیگه با پیژامه نیا، دیگه نبینم سیگار روی لبِت باشد، یا تسبیح روی دستت ببندی. ظاهر فرد باید تغییر کند» (مشارکت‌کننده شماره ۲).

۲- نحوه تکلم: تغییرات شیوه زندگی صرفاً ابعاد جسمانی را در بر نمی‌گیرد، بلکه فرد بیمار باید از الگوهای رفتاری، نحوه تکلم، و به‌طور کلی عملکردهای رفتار منفی و نامطلوب نظیر دروغ گفتن، پرخاشگری، خلف وعده، عدم امانتداری، بزه و ... پرهیز نماید تا اعتماد از دست‌رفته نزد سایرین را احصاء نماید و حامیانی برای ترک خویش فراهم کند؛ «حقیقتاً درمان مواد مخدر زمانی حاصل می‌شود که در فرد یک تغییر رفتاری مشاهده شود. اون آدمی که در زمان مصرف دروغ می‌گفت، آدم‌ها رو دور می‌زد، معلوم نبود چیکار می‌کند، پول از کجا می‌رود ... اگر این فرد بعد از ترک همان رفتار را ادامه دهد و واقعاً ترک کرده باشد، کسی به وی اعتماد نخواهد کرد. چیزی که مردم می‌بینند رفتار فرد است. اگر در بیمار ترک کرده تغییر رفتاری به‌سوی رفتارهای مثبت مشاهده نشود، درمان ناکامل خواهد بود» (مشارکت‌کننده شماره ۵).

۳- پذیرش اجتماعی: پذیرش اجتماعی مقوله‌ای عام است که تمام اقشار جامعه را دربر می‌گیرد. در دنیای امروز خانواده معمولاً به عنوان نهاد اطمینان و پناه گاهی امن تلقی می‌گردد و اکثر مردم محیط خانواده را تنها برای فرار از فشارهای زندگی مناسب نمی‌دانند، بلکه محیطی می‌دانند که در آن انسان به پذیرش و حمایت از طرف دیگران دسترسی پیدا می‌کند. هر انسانی نیاز مبرم به پذیرش اجتماعی از طرف خانواده، دوستان و جامعه دارد، چراکه پذیرش اجتماعی انسان را در برابر انواع مشکلات جسمی و روحی فرد مقاوم می‌سازد و به او اعتماد به نفس لازم در برابر مشکلات زندگی را می‌دهد. در کنار پذیرش فردی بیماری، جامعه نیز باید بیماران اعتماد و نیز آن دسته از افرادی که پس از طی دوران درمانی خویش، مواد مخدر را کنار گذاشته و زندگی جدیدی را شکل داده‌اند، در درون خویش بپذیرد، آن‌ها را طرد نکند و مورد حمایت قرار دهد. اگر این پذیرش در سطح اجتماعی پس از ترک اعتماد صورت نگیرد، عزت نفس افراد کاهش یافته، احساس بی‌کفایتی خواهند کرد و لغزش‌ها در میان آن‌ها افزایش خواهد یافت. در مقابل، زمانی که فرد به عنوان یک بیمار بهبودیافته با آغوش باز و استقبال گرم خانواده و جامعه مواجهه شود، مورد توجه قرار گیرد، در جمع‌ها پذیرفته گردد و نگاه‌های مطرود اجتماعی سایه خویش را از سر آن‌ها بردارد، آن‌ها نیز در راستای ماندگاری در درمان تلاش بیشتری خواهند کرد. درعین حال، پذیرش اجتماعی نوعی ابزار کنترلی نامحسوس برای مقابله با لغزش‌های گاه و بیگاه است؛ «وقتی برجسی به نام اعتماد بر پیشانی فرد می‌خورد، آنقدر فرد را آزار می‌دهد، فرد معتاد قید پذیرش در جامعه را زده و به دامن جامعه معتاد باز می‌گردد» (مشارکت‌کننده شماره ۹)، «این افراد نباید از طرف جامعه طرد شوند و به آن‌ها گفته شود که تو همان مصرف‌کننده معتادی که نمی‌توانی کاری انجام دهی» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰)، «آنگ زدن به فرد معتاد، ضد اجتماعی جلوه دادن اون هست. این باعث می‌شود فرد دیگر تقاضایی برای کمک از سوی جامعه ارائه ندهد یا فکر کند وقتی به سمت جامعه برای کمک گرفتن می‌رود او را طرد می‌کنند، لذا طبعاً به‌سوی جامعه نمی‌رود» (مشارکت‌کننده شماره ۳).

۴- تعامل با خانواده: درمان اعتماد همواره یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های افراد وابسته به مواد مخدر و خانواده‌های آن‌ها در سطح خرد و نظام‌های اجتماعی و سیاسی در سطح کلان بوده است تا بتوانند هرچه سریع‌تر از پیامدهای نامطلوب این معضل اجتماعی بکاهند. فردی که بعد از ترک دوباره به‌سوی مواد باز می‌گردد، احساس گناه، ناامیدی، خجالت و عصبانیت گریبان گیر او می‌شود. عود مکرر از فعالیت‌های روزمره فرد جلوگیری می‌کند، اعتماد به نفس، مسئولیت‌پذیری و کارآمدی او را کاهش می‌دهد و به تبع آن تأثیرات زیادی نیز بر خانواده می‌گذارد، به‌گونه‌ای که مشکلات خانوادگی از سر گرفته می‌شود، بی‌اعتمادی اعضای خانواده به فرد معتاد تقویت شده و ترک بعدی و پذیرش آن را مشکل‌تر می‌سازد، حرمت‌های خانوادگی از بین می‌رود و بنیان خانوادگی سست و متزلزل می‌گردد و اگر فرد معتاد نقش پدر یا مادر را در خانواده دارا باشد، مشکلات بسیار عدیده‌ای

در ابعاد اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی به دنبال دارد و اگر از فرزندان خانواده باشد، هر بار که بازگشت می‌کند استرس شدیدی بر سایر اعضا وارد می‌سازد؛ «تو دوره بعد ترکش، سبک زندگی‌اش تغییر کرد، اخلاق و رفتارش بهتر شد، با خانواده‌اش به تفریح و سرگرمی پرداخت، ارتباطاتش با خانواده‌اش بهتر شد. قبلاً مدام زن و بچه‌اش رو می‌فرستاد خونه پدر و مادرش، اما الآن جنگ و نزاعش داخل خونه کمتر شده، خوش معاشرت شده»، (مشارکت‌کننده شماره ۱۱)، «حال قشنگ همون خانواده‌ام بودن، لذت کنار اون‌ها بودن و کنار همسرم بودن رو با لذت مواد جایجا کرد» (مشارکت‌کننده شماره ۱۲).

۵- ارتباط با محیط کار: کار یک عامل اساسی و مطلوب برای ماندگاری در درمان مصرف‌کنندگان مواد است و بیکاری احتمال عود را بالا می‌برد. از طرفی اشتغال در محیط‌های کاری، مملو از عوامل خطرزا و محرک‌ها است و محیط کار سابق شخص که در گذشته در آنجا سوءمصرف داشته، می‌تواند عامل محرک بسیار قوی برای شروع و عود اعتیاد باشد. استرس شغلی، وجود فرد مصرف‌کننده در محیط کار و غیره می‌توانند شروع‌کننده‌هایی بسیار قوی برای فرد باشند. اشتغال علاوه بر تأمین نیازهای مالی افراد، به آن‌ها احساس عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس داده و موجبات درگیری آن‌ها را در زندگی و مسائل اجتماعی فراهم می‌آورد، موضوعی که یک اصل مهم در فرایند درمان و حمایت‌های اجتماعی از بهبودیافتگان است. اگر افراد معتاد بعد از ترک مواد مشغول کار شوند، فکر و ذهن آن‌ها را در معطوف به شغل و ساعات کاری خود می‌شود و فرصتی را که برای مواد مخدر و سرگرم شدن با دوستان ناباب نیاز دارند، را به دست نخواهند آورد و تمام‌وقتشان را صرف کارکردن و ایجاد درآمد می‌نمایند. بدین لحاظ، چنانچه برای معتادان پس از بهبودی اولیه، کار و شغل ایجاد شود، نه تنها از آسیب‌های اجتماعی بعدی، بلکه از بازگشت مجدد فرد بیمار به چرخه اعتیاد نیز پیشگیری می‌شود. به اذعان بسیاری از محققان، حذف ریشه‌های اعتیاد با توانمندسازی معتادان بهبودیافته و ایجاد شرایط اولیه برای اشتغال و اصلاح رفتار آنان برای ورود به جامعه امکان‌پذیر است. از طرفی اشتغال و کارهای خدماتی حین درمان، گام مؤثری در روند بهبود جسمی، روانی و اجتماعی معتادین داشته و در آماده‌سازی و بازسازی شخصیت اجتماعی آن‌ها اهمیت فزاینده‌ای دارد. در واقع، اشتغال حلقه گمشده زنجیره درمان اعتیاد است؛ «در جامعه نیز کارفرمایان و متصدیان امور باید زمینه آرامش و حمایت‌های مالی و غیرمالی را فراهم سازند» (مشارکت‌کننده شماره ۵)، «یکی از مهم‌ترین عامل‌های اعتیاد بیکاری است و کار من باعث مشغولیت من و دوری از اعتیاد می‌شود» (مشارکت‌کننده شماره ۱۳)، «اگر کار نداشته باشیم، تو تنهایی و انزوا باشیم دوباره به مواد روی می‌آوریم» (مشارکت‌کننده شماره ۱۴)، «شغل خیلی کمک می‌کند و وقت من رو پر می‌کند و حس خوبی به من دست می‌دهد. شغل من هم یه جوریه هست که با کارفرما سروکار دارم باعث می‌شود خیلی روابطم خوب بشه و بتونم خیلی بهتر خود را نشان بدهم. از طرفی شغل من جوریه هست که با اکثر اقشار جامعه ارتباط داریم و این ارتباطات باعث میشه که من دیگه به مواد فکر نکنم» (مشارکت‌کننده شماره ۱۵).

بحث و نتیجه گیری

سبک زندگی سلامت محور یکی از حوزه‌های جامعه‌شناسی فرهنگی است. سبک زندگی سلامت محور مقوله‌های اوقات فراغت، ورزش، رژیم غذایی، حفظ وزن، مدیریت بدن، مصرف فرهنگی و... دربرمی گیرد.

در پژوهش حاضر میانگین سنی افراد موفق به ترک اعتیاد در شهر کاشان بالای ۳۷ سال بود. پراکندگی سنی افراد موفق به ترک اعتیاد نماینگر این است که افراد پس از سال‌ها تحمل رنج، ناکامی و سرخوردگی موفق به ترک اعتیاد می‌شوند. همچنین در این پژوهش بیشترین ماده مصرفی تریاک بود که با روش مصرف دودی و میزان وابستگی شدید استعمال می‌شد. مؤثرترین روش ترک اعتیاد در مراکز شهر کاشان گروه‌درمانی گزارش شده است. ترک اعتیاد به صورت داوطلبانه، پایدارترین نوع رسیدن به سبک زندگی سلامت محور در شهر کاشان بود.

یافته‌های این تحقیق در تأیید یافته‌های پژوهش باتلر و همکاران (۲۰۰۲) می باشد. در پژوهش باتلر سبک زندگی سالم موجب درک، تعهد، انعطاف پذیری در روابط، مسئولیت پذیری و استفاده از فن خود مداخله‌ای برای حل تعارض می‌شود. همچنین با یافته‌های تحقیق مصطفی پور و یزدان پناه (۱۳۹۴) متفاوت بوده است. در تحقیق مصطفی پور و یزدان پناه در بررسی‌های خویش نشان دادند که گذران اوقات فراغت به سبک مدرن با گرایش به مصرف تنباکو ارتباط معنادار و مثبتی دارد. بدین معنی که با افزایش گذران اوقات فراغت به سبک مدرن، میزان گرایش به مصرف افراد نیز بیشتر می‌شود. اما گذران اوقات فراغت به شکل سنتی و مصرف کالاهای فرهنگی با گرایش به مصرف تنباکو رابطه منفی داشته و بدین لحاظ با تغییر تفریحات به شکل سنتی تر و استفاده از کالاهای فرهنگی، گرایش به مصرف کاهش می‌یابد. اما در این تحقیق ابعاد سبک زندگی سلامت محور در ترک پایدار اعتیاد مدنظر بوده است.

به لحاظ مفهومی، اعتیاد، اختلال مزمن و بازگشت کننده‌ای است که قوام آن بر اساس دو عنصر وابستگی رفتاری و جسمی توضیح داده می‌شود. نتایج پژوهش نشان داد که سبک زندگی سلامت محور به مثابه یک پدیده چند علیتی و چندبعدی، منبع ارزشمندی برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات بهداشتی، ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس‌زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی می‌باشد. یافته‌های تحقیق در زمینه ترک پایدار و ماندگاری درمانی حاکی از این مسئله است که سبک زندگی سلامت محور در سه حوزه بر پایداری ترک اعتیاد مواد مخدر اثرگذار است: حوزه نخست، بعد جسمی می‌باشد، بدین معنی نقش ابعاد جسمی و فعالیت‌های فیزیکی در ترک پایدار اعتیاد مؤثر است. حوزه دوم، بعد روانی سبک زندگی سلامت محور بوده و حوزه سوم بعد اجتماعی سبک زندگی سلامت محور مورد بررسی قرار گرفت که نشان‌دهنده این است تعامل و پذیرش اجتماعی در پایداری ترک اعتیاد نقش چشمگیری دارد. حوزه جسمی شامل خواب مناسب، تغذیه، ورزش و پرهیز از سیگار می‌شود. براین اساس سلامت جسم نقش بسزایی در ترک پایدار اعتیاد دارد. بخش روانی شامل احساس

شادی و نشاط، کنترل خشم و کنترل استرس می‌شود. مهارت‌های زندگی، نحوه صحیح و شیوه درست زیست پذیری در اجتماع را به فرد می‌آموزد؛ این‌که در برابر مصائب زندگی خود تحمل داشته باشد و بتواند بهترین راه‌حل را برای مواجهه با آن‌ها برگزیند، توان تصمیم‌گیری صحیح و قاطعانه را داشته باشد، هر چیزی را بدون تفکر و تأمل نپذیرد، استرس و اضطراب را از خود دور کرده و توان تغییر خویش را داشته باشد. حوزه اجتماعی شامل نحوه پوشش و ظاهر فرد، نحوه تکلم، پذیرش اجتماعی، تعامل با خانواده و ارتباط با محیط کار می‌شود. نحوه ارتباط و تعاملات فرد بیمار با سایر افراد جامعه نقش مؤثری در استمرار ترک پایدار دارد. لذا ارتباط با خانواده، دوستان و محیط کار در برقراری توازن کنش فرد و دوام در ترک پایدار اعتیاد مؤثر می‌باشد.

سبک زندگی سلامت‌محور، ترکیبی از انتخاب‌هایی است که بر مبنای شرایط اجتماعی و زیستی افراد در دسترس آن‌ها می‌باشد (کاگرهام، ۲۰۰۵). رفتارهای اتخاذ شده بر مبنای این شرایط در زندگی طبقات مختلف جامعه می‌تواند عواقب و پیامدهای مثبت و منفی متفاوتی بر جسم و ذهن افراد داشته باشد. به عنوان مثال، شخصی که به لحاظ پایگاه اجتماعی و اقتصادی در طبقات زیرین نظام اجتماعی جای گرفته و از شبکه روابط اجتماعی غنی و منسجمی در ابعاد خانوادگی، مذهبی، شغلی و غیره برخوردار نیست و فشارهای زیادی را در جنبه‌های مختلف زندگی متحمل می‌شود، طبعاً انتخاب‌های وی با توجه به شرایط ساختاری موجود به‌سوی گزینه‌هایی نظیر فعالیت بدنی اندک، رژیم غذایی نامتناسب، مصرف الکل، سیگار و مواد مخدر سوق خواهد یافت که نتایج بهداشتی بسیار منفی برای وی به همراه دارد. در مقابل، برخورداری از پایگاه اجتماعی بالا و جای‌گیری در شبکه‌ای از کنشگران که به واسطه روابط اجتماعی و پیوندهای خانوادگی، شغلی یا مذهبی از انسجام ویژه‌ای برخوردار شده‌اند، به توسعه عادات مثبتی نظیر رژیم‌های غذایی، ورزش کردن، خودکنترلی، رفتارهای پیشگیرانه و ... پرداخته که اثرات مثبت و بلندمدتی روی سلامتی وی داشته و به افزایش تعادل در سبک زندگی منجر می‌شود. به‌طور کلی، افراد در صورتی خواهند توانست تا رفتار خویش را تغییر دهند و از وابستگی مفرط به مصرف مواد مخدر پرهیز کنند که نوعی سبک زندگی سلامت‌محور را سرلوحه خویش قرار دهند، سبک زندگی که در آن رژیم‌های غذایی نامطلوب، عدم تحرک و فعالیت بدنی و مصرف انواع دخانیات و مخدرها کنار گذاشته‌شده و در مقابل، تحرک و ورزش در حد مطلوب، رژیم غذایی مناسب، مصرف نوشیدنی‌های غیر محرک و مواد غذایی مقوی، جسم و ذهن آن‌ها را نرمش داده و در مقابل ناملایمات زندگی تقویت نماید. با اتکاء به یک چنین سبک‌های زندگی سلامت‌محوری است که مقاومت افراد در روند ترک اعتیاد افزایش یافته و از خود پایداری بیشتری نشان می‌دهند.

منابع

- احمدی، یعقوب؛ محمدزاده، حسین و علی‌رمائی، سیمین. (۱۳۹۵). رابطه انواع سرمایه و سبک زندگی

سلامت محور در زنان شهر سنندج، *رفاه اجتماعی*، ۱۶ (۳۱): ۱۲۳-۱۵۹.

- باقری، معصومه؛ نبوی، عبدالحسین؛ ملتفت، حسین و نقی پور، فاطمه. (۱۳۸۹). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر پدیده‌ی اعتیاد در شهر اهواز، *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۱۲ (۲): ۱۳۶-۱۱۹.
- پارسامهر، مهربان و رسولی نژاد، پویا. (۱۳۹۴). بررسی رابطه سبک زندگی سلامت‌محور با سلامت اجتماعی در بین مردم شهر تالش، *مجله توسعه اجتماعی*، ۱۰ (۱): ۳۵-۶۶.
- خدابخشی کولایی، آناهیتا و دمیرچی، فاطمه. (۱۳۹۵). بررسی مقایسه‌ای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در دو گروه از زنان معتاد تن‌فروش و زنان معتاد غیرتن‌فروش (مطالعه موردی شهر تهران)، *مجله پرستاری گروه‌های آسیب‌پذیر*، ۳ (۷): ۵۹-۷۱.
- زردشت، رقیه؛ تدوین‌فر، موسی‌الرضا؛ رهنما، فاطمه؛ اکبرزاده، رؤیا و نجار، لادن. (۱۳۸۵). بررسی سبک زندگی در ساکنین شهر سبزوار، *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۱۳ (۳): ۱۳۴-۱۳۹.
- صالح‌آبادی، ابراهیم و سلیمی امان‌آباد، محسن. (۱۳۹۱). بررسی رابطه سبک زندگی جوانان و گرایش به مصرف مواد مخدر صنعتی در شهر شیروان، *جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، ۳ (۶): ۵۷-۷۰.
- عطایی، پری؛ زرندی، مژگان؛ نوروزی، میلاد و شریفی، احسان. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین سبک زندگی مدرن و گرایش به مصرف مواد (مورد مطالعه: شهروندان اصفهان)، *همایش ملی پیشگیری از اعتیاد*.
- کیوان آرا، محمد. (۱۳۸۶). *اصول و مبانی جامعه‌شناسی پزشکی*، اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.
- محمدی، علی. (۱۳۹۶). پیشگیری از اعتیاد با رویکرد اجتماعی کردن مبارزه با مواد مخدر و بهره‌مندی از ظرفیت سازمان‌های مردمی، *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۲ (۱۱): ۸۵-۱۰۰.
- مصطفی‌پور، علی و یزدان‌پناه، لیلیا. (۱۳۹۴). بررسی عوامل اجتماعی گرایش به مصرف تنباکو با تأکید بر سبک زندگی: مورد مطالعه شهروندان شهر بوکان، *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۶ (۲): ۱۷۲-۱۵۳.
- مظفر، حسین؛ ذکریایی، منیژه؛ ثابتی، مریم. (۱۳۸۸). *آنومی فرهنگی و اعتیاد به مواد مخدر در بین جوانان ۱۳-۲۸ ساله شهر تهران، پژوهش‌نامه علوم اجتماعی*، ۳ (۴): ۳۳-۵۴.
- ممتازی، سعید. (۱۳۸۵). *خانواده و اعتیاد*، تهران: انتشارات مهدیس.
- ناصری‌پلنگرد، سهیلا؛ محمدی، فریبا و دوله، معصومه. (۱۳۹۲). عوامل مؤثر بر اعتیاد زنان، *فصلنامه زن و فرهنگ*، ۴ (۱۶): ۸۳-۹۴.
- Abel, T. (1991). Measuring hearth lifestyle in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings, *Soc Sci Med*, :8(32)908-899.
- Apostu, M. (2013). New points of view on concept of health and lifestyle, *Procedia-Soc Behav Sci*, : 92(1), 54-50.
- Butler, M. H., Julie, A. S., & Brandt C. G. (2002). Prayer as a Conflict Resolution Ritual: Clinical Implications of Religious Couples' Report of Relationship Softening, Healing Perspective, and Change Responsibility Therapy, *The American Journal of Family Therapy*:30(1)37-19.

- Carrabine, E, Pam-lee, M.P., Nigel, K.S. (2009). *Criminology- A sociological introduction*. London and New York, Routledge (Taylor & Francis Group).
- Chaney, D. (2002). *Cosmopolitan art and cultural citizenship*. *Theory, Culture and Society*:19(2)174-157.
- Cockerham, W. (2005). *Sociology of health and health life styles*. London: Prentice Hall College.
- Main Causes of Drug Compatibility and Recurrence (A Systematic Review), *J. Pharm. Sci. & Res.* ۹ ۲۰۱۵-۲۰۱۱ : (۱۱).
- Huq, A.O., Chowdhury, T., Rana, M., Alam, J., Moktadir, S.G., Manir, M.Z. (2013). *Nutritional status and KAP about HIV/AIDS among floating drug addicted and commercial sex workers in Dhaka City, Bangladesh*. *Journal of AIDS and HIV Research*, :5(9) 334-344.
- Glantz, M.D.; Hartel, C.R. (2002). *Drug Abuse: Origins & Interventions*. American Psychological Association. Washington. D.C.
- McPherson, C., Boyne, H., Waseen, R. (۲۰۱۷). *Understanding the Factors that Impact Relapse Post-residential Addiction Treatment, a Six Month Follow-up from a Canadian Treatment Centre*, *Journal of Alcoholism & Drug Dependence*, ۵ (۳): ۲-۱۰.
- Mokri, A. (2011). *Instructions for psychoactive drug abuse treatment based on modified matrix pattern*. Ministry of Health and Medical Education, Office of Mental Health, Social and addiction.
- Small, W., Fast, D., Krusi, A., Wood, E., Kerr, T. (2009). *Social influences upon injection initiation among street-involved youth in Vancouver, Canada: a qualitative study*. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*.
- Waiker, S. N., Sechrist, K. R. & Pender, N. J. (1990). *Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health- Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version), DEEPBLUE, Michigan University*.

Explaining the health-based lifestyle in sustained drug withdrawal in Kashan city: a qualitative study

Adel sojoodi ^{1*}, Mohsen Niyazi ^۲, Seyed Saeed Hosseinizadeh Arani ³

Abstract

A healthy or health-oriented lifestyle, as a branch of lifestyle, seeks to shape behaviors that are beneficial to maintaining people's health and preventing high-risk behaviors such as addiction. present study aims to explain the health-based lifestyle in sustained drug withdrawal. This research is a qualitative-comparative study and is applicable in terms of purpose. The statistical population in this research includes three groups of drug addiction therapists and drug addicts, people who succeeded in quitting addiction and their families in Kashan in 2019. In this study, 31 subjects were selected as the sample using purposeful and theoretical sampling. Were selected. The data collection technique was a semi-focused interview, which was analyzed using MAXQDA software and open source, axial and selective coding. In the area of sustainable lagging and longevity, the health-centered lifestyle in three areas is affected by the sustainability of drug addiction abandonment: The first is the physical domain, meaning the role of physical dimensions in the long-term abandonment of drug addiction. The second domain is the psychological dimension of health-centered lifestyle and the third dimension of social dimension of health-oriented lifestyle was studied. The results of the study show that lifestyle life as a multi-cause and multidimensional phenomenon is a valuable source for reducing the prevalence and health effects, promoting health, adaptation to stressors and improving the quality of life.

Key words: Sustained Left, Healthy Life style, Drug Abuse, Qualitative method

¹ - Ph.D. student of Sociology -The study of social Problems in Iran. University of Kashan, Iran
(Corresponding Author).

adelsojodi@yahoo.com

² - Professor of Social Sciences, University of Kashan, Iran.

niazim@kashanu.ac.ir

³ - Ph.D. student of Sociology – The study of social Problems in Iran. University of Kashan, Iran.

Hoseynizadeh69@ut.ac.ir