

Qualitative Research Factors Affecting Adherence to Treatment in Addicts Undergoing Narcotics Anonymous of Isfahan City

Fatemeh Khaghani*

Hajar Torkan**

Zahra Yousefi***

Introduction

Substance abuse is considered a fourfold crisis in the 20 century and is recognized as a mental, social, and health issue, which has penetrated every society (Zahed, Ghalilo & Narimani, 2010). Individuals would experience impaired performance in society, family, relations, and occupation by developing an addiction. There are different programs for the treatment of drug-addicted persons. One of these therapeutic programs is to participate in Narcotics Anonymous (NA). It is an international association with members in more than 160 countries. Relapse or addiction relapse is the most challenging issue that faces researchers and experts on drugs. It is, therefore, important to study factors associated with relapse prevention and treatment adherence.

Method

This is a qualitative research that uses a thematic analysis based on Braun and Clarke's (2006) six-phase framework. The sampling technique in this study was the method of purposive sampling based on the factors contributing to treatment adherence and affecting participation. Inclusion criteria for participation included attending NA for at least 2 years. The total samples included 11 individuals who were questioned through a semi-structured in-depth interview to explore their experiences regarding factors

* MSc in Clinical psychology Group, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

** Assistant professor, clinical psychology group, education and psychology department, Islamic Azad University, Isfahan (khorasgan) branch, Isfahan, Iran *Corresponding Author: h.torkan@khuisf.ac.ir*

*** Assistant professor, clinical psychology group, education and psychology department, Islamic Azad University, Isfahan (khorasgan) branch, Isfahan, Iran

related to treatment adherence. Participant selection was continued until the data saturation has been achieved. Data were collected by conducting semi-structured interviews. In preparing the interview questions, the researcher used a variety of methods of the researcher's (1) is to add evidence, as will be seen in the following section.

Results

Six factors have been mainly affecting treatment adherence, including: 1) family support as a predictor of adherence; 2) behavioral support as a predictor of adherence; 3) spiritual support as a predictor of adherence; 4) social support as a predictor of adherence; 5) personal life improvement as a predictor of adherence; and 6) therapeutic support as a predictor of adherence.

Conclusion

Based on the results of this study, the researcher's findings (1) to treatment adherence occurs at NA alongside with six main categories, including family, behavioral, social, spiritual, personal life, and therapeutic supports. It is, therefore, necessary for an addiction therapist to consider all categories throughout the treatment.

Keywords: Adherence to treatments, Addiction, Narcotics anonymous

Author Contributions: The present article is extracted from the master's degree of Ms. Fatemeh Khaghani. Thesis of the Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan) with the guidance of Dr. Hajar Torkan and the advice of Dr. Zahra Yousefi. All authors discussed the results, reviewed and approved the final manuscript.

Acknowledgments: The authors thank the Anonymous Addicts Association of Isfahan for helping us with this research.

Conflict of interest: The authors state that there is no conflict in this article.

Funding: This article has not received any financial support. This article has been accepted with the financial support of the Presidential Anti-Narcotics Headquarters of Anjan.

مطالعه کیفی عوامل مؤثر بر پایداری به درمان در معتادان تحت درمان انجمن معتادان گمنام در شهر اصفهان

فاطمه خاقانی*

هاجر ترکان**

زهرا یوسفی***

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مطالعه کیفی عوامل پایداری به درمان در انجمن معتادان گمنام در شهر اصفهان بود. این پژوهش از نوع کیفی و تحلیل مضمون است. حوزه پژوهش، کلیه اعضای در انجمن‌های معتادان گمنام شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود که از گروه انجمن معتادان گمنام ۱۱ نفر به شکل هدفمند و به روش همگون انتخاب شدند. ابزار پژوهش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود که حاوی سؤالات مرتبط با عوامل پایداری به درمان در معتادان تحت درمان بود. داده‌های گردآوری شده به کمک روش تحلیل مضمون کلارک و براون (۲۰۰۶) تحلیل شد. نتایج بررسی نشان داد که عوامل پایداری به درمان شامل شش مقوله اصلی است: (۱) پایداری به کمک عوامل خانوادگی؛ (۲) پایداری به کمک عوامل رفتاری؛ (۳) پایداری به کمک عوامل معنوی؛ (۴) پایداری به کمک عوامل اجتماعی؛ (۵) پایداری به کمک اصلاح زندگی شخصی؛ (۶) پایداری به کمک عوامل درمانی. در کل نتایج نشان می‌دهد پایداری به درمان در انجمن معتادان گمنام در کنار شش عامل مهم ذکر شده رخ می‌دهد و درمان‌گراعتیاد برای درمان باید به تقویت شش حیطه توجه کند.

کلید واژگان: پایداری به درمان، اعتیاد، معتادان گمنام

* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

** استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)
h.torkan@khuif.ac.ir

*** استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر^۱ یکی از مهم‌ترین مشکلات عصر حاضر می‌باشد که گستره‌ای جهانی یافته، از مرزهای بهداشتی- درمانی فراتر رفته و به یک معضل اجتماعی و خانوادگی تبدیل شده است (Nejati, 2016). اعتیاد به مواد به عنوان یک اختلال روان‌پزشکی، با ابعاد زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی یکی از مشکلات عصر حاضر است (DSM, 2013). اعتیاد به حالتی گفته می‌شود که فرد علی‌رغم عواقب و علائم نامطلوب ناشی از مصرف، اقدام به ادامه مصرف مواد می‌کند که در فرد ایجاد تغییرات خلقی یا رفتاری کرده یا دچار اختلالات عصبی ناشی از آن می‌شود و نیز با ویژگی‌هایی همچون رفتارهای اجبارگونه، ولع غیر قابل کنترل، رفتارهای جستجوگرانه و مصرف مداوم آن با وجود پیامدهای زیان‌بار اجتماعی، روانی، جسمی، خانوادگی و اقتصادی که به همراه دارد، مشخص می‌شود (Gu et al., 2017).

بدون تردید مصرف بی‌رویه و روزافزون مواد مخدر به عنوان یکی از بزرگترین مشکلات قرن حاضر تلقی می‌شود و زیان‌های ناشی از آن در زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی بسیار سنگین است. به طوری که تقریباً تمامی کشورهای جهان سعی دارند برنامه‌هایی برای پیشگیری از اعتیاد و درمان معتادان به اجرا گذارند (Marashi, Mehrabian & Taybi, 2014). یکی از این روش‌ها عضویت در انجمن معتادان گمنام که با علامت اختصاری *ان‌ا* (NA) شناخته می‌شوند. انجمن معتادان گمنام یک منبع یا یک سازمان غیرانتفاعی بین‌المللی متشکل از معتادان در حال بهبودی است که به شکل محلی و منطقه‌ای در بیش از ۱۶۰ کشور جهان مشغول به فعالیت می‌باشند. اعضای انجمن معتادان گمنام از یکدیگر یاد می‌گیرند که چگونه بدون مواد مخدر زندگی کنند و به چه طریق از اثراتی که اعتیاد در زندگی‌شان گذارده است رها شوند. تنها لازمه عضویت در این انجمن تمایل به قطع مصرف مواد مخدر است. در بدو ورود ضرورتی ندارد که فرد پاک باشد و مهم این است که تمایل به قطع مصرف داشته باشد (Jafari, 2015). انجمن معتادان گمنام، اعتیاد را بیماری معنوی و فیزیکی می‌داند که با خودمحوری، نداشتن فهمی از نیازهای معنوی و نداشتن معنی در زندگی آشکار می‌شود. در معنای دقیق‌تر، معنویت اهمیت مرکزی برای درمان در انجمن دارد. اصول فلسفه انجمن معتادان گمنام شامل جلسات مکرر با اعضا برای بهبودی و

1- drug addiction

2- Narcotics Anonymous (NA)

تغییر است (Beygi, Mohammadifar, Farahani & Mohammad Khani, 2012).

باید به این نکته اشاره کرد که اگرچه تاکنون درمان‌های مختلفی برای افراد دارای اعتیاد تدوین و بکار گرفته شده و عموماً کارآیی آنان نیز در پژوهش‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است، بررسی‌ها نشان می‌دهد با همه تلاش‌هایی که در زمینه ترک اعتیاد انجام می‌شود آمارهای بازگشت به اعتیاد یا عود در معتادان ترک کرده بسیار نگران‌کننده است (Savage, 2016). عوامل مؤثر در بازگشت به اعتیاد به ارزیابی شناختی، منابع سازگاری بیمار و وضعیت خلقی، عاطفی و روان‌شناختی بیمار مرتبط است (Lindesmith, 2017). در مطالعات مختلف میزان عود و بازگشت به مواد مخدر ۷۵ درصد در شش‌ماه اول سال نشان داده شده است (Tam, Shik & Lam, 2016). تحقیقات نشان دادند سه چهارم افرادی که ترک کرده بودند در فاصله یک سال پس از تکمیل درمان عود مجدد داشته‌اند (Daley & Marlatt, 2006). Moridi, Khoshravesh, Noori and Pashaei (2017) سبک‌های عود در میان مصرف‌کنندگان مواد مخدر را بررسی کردند. بر حسب سبک‌های عود، بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان دچار عود ناگهانی شده بودند. همچنین ۳۰/۱۱ درصد عود زودرس، ۱۸ درصد عود دیررس و ۱۳/۱۷ درصد بیش از یک عود داشتند. نتایج تحقیقات Nabavi (2017) در بررسی فراوانی و عوامل پابندی به درمان نگهدارنده با متادون نشان داد ۷۵ نفر (۲۱/۸ درصد) به درمان خود پایبند، ۲۳۹ نفر (۷۱/۶ درصد) بدون پایبندی و ۲۲ نفر (۶/۶ درصد) نیز عدم پایبندی بالا داشتند. سن اولین مصرف، مدت زمان مصرف، و سابقه قبلی دارو درمانی به صورت معنی‌دار پایبندی به درمان را پیش‌بینی می‌کرد. در پژوهشی که در زنجان بین ۹۶ معتاد مراجعه‌کننده به مراکز بازپروری انجام شد تمامی آن‌ها سابقه حداقل یک بار ترک اعتیاد را داشته‌اند (Yazdani, 2012). حتی تأثیرگذارترین درمان نیز با عود حدود ۷۰ درصد در پیگیری‌ها روبه‌رو هستند (Moeller & Paulus, 2018). بنابراین فهم پدیده عود و پیشگیری از آن بزرگ‌ترین چالشی است که متخصصان حوزه اعتیاد با آن مواجه‌اند (Ramo, Prince, Roesch & Brown, 2012).

همان‌گونه که مشاهده می‌شود احتمال عود اعتیاد پس از درمان خطری است که همچنان فرد ترک‌کننده را تهدید می‌کند. بنابراین لازم است مشخص گردد در کنار درمان چه عواملی باید قرار داشته باشد که درمان مؤثر واقع گردد. انجام پژوهش‌هایی درحیطه عوامل مؤثر بر پابندی به درمان در معتادان می‌تواند بسیار حائز اهمیت باشد. نتایج این چنین پژوهشی می‌تواند در غنی-

سازی علمی حیطه درمان اعتیاد و فرآیندهای مؤثر بر پایداری به درمان در نزد معتادان مؤثر باشد. به هر ترتیب انجمن معتادان گمنام به عنوان یک درمان رایج اعتیاد استفاده می‌شود و این سؤال را ایجاد می‌کند که چه عواملی در کنار این درمان می‌تواند به انجمن معتادان گمنام در ترک اعتیاد و ماندگاری ترک کمک کند؟ از این رو، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال بود که چه عواملی بر پایداری به درمان در بین معتادان تحت درمان در انجمن معتادان گمنام مؤثرند؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

با توجه به این که موضوع این پژوهش مطالعه کیفی عوامل مؤثر بر پایداری به درمان در معتادان تحت درمان انجمن معتادان گمنام در شهر اصفهان بود، به این ترتیب این پژوهش از نوع کیفی و از نوع تحلیل مضمون بود (Braun & Clarke, 2006). نمونه پژوهش حاضر شامل ۱۱ نفر بود که با هدف کشف تجارب آنان درباره عوامل پایداری به درمان در انجمن معتادان گمنام که با آنها مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و عمیق انجام شد. شرط شرکت در این پژوهش گذشت حداقل ۲ سال از عضویت در انجمن معتادان گمنام بود. از آنجاکه این پژوهش به روش کیفی انجام شد به منظور گردآوری داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. سؤالات مصاحبه بر اساس تجارب استاد راهنما و مشاور و پژوهشگران فعال در حوزه اعتیاد تهیه شد. پس از اخذ مجوز و هماهنگی‌های لازم با روابط عمومی انجمن، با مراجعه به انجمن‌های معتادان گمنام نمونه‌های پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند و بر مبنای عوامل پایداری به درمان و تمایل به شرکت در مطالعه انتخاب شد. انتخاب شرکت‌کنندگان تا زمان اشباع داده‌ها و دستیابی به توصیف کامل آنچه رخ داده است ادامه یافت. جلسات مصاحبه در فضایی آرام و مورد توافق مصاحبه‌کننده (پژوهشگر) و مصاحبه‌شونده از لحاظ زمانی و مکانی در مراکز برگزار شد و هر مصاحبه حدود ۹۰ دقیقه زمان برد. به منظور تحلیل داده‌ها از روش شش مرحله‌ای (Braun and Clarke (2006) به شرح زیر استفاده شد:

۱. آشنا شدن با داده‌ها: ابتدا پژوهشگر کلیه مصاحبه‌های ضبط‌شده را پس از انجام هر مصاحبه پیاده‌سازی و به شکل دست‌نویس تبدیل کرد. طبق دستورالعمل استاد راهنما قرار شد صداها، نفس‌ها، اشک‌ها، لبخندها، حسرت‌ها، حالات مهم چهره و هرگونه حالت جسمانی که می‌تواند بار معنایی داشته باشد، یادداشت شود. در این مرحله پژوهشگر و یک متخصص

کدگذاری به همراه استاد راهنما و به‌طور مجزا هر یک چندین بار داده‌ها را مطالعه کردند؛ در این مرحله هر سه، پیش‌داوری‌های خود را تحت نقشه ذهنی خود نسبت به معتادین آماده کردند و متوجه شدند آنان دانش بسیار اندکی نسبت به عوامل مؤثر بر پابندی به درمان به‌طور دقیق و مشروح دارند. در این مرحله استاد راهنما، مشاور و دانشجو هر یک از خرده تحلیل‌های خود را از مصاحبه‌های پیاده شده و از داده‌های خام آنچه او را تحت تأثیر قرار داده و آنچه یاد گرفته بود را یادداشت می‌کرد.

۲. تولید کدهای اولیه: این مرحله واحدهای معنادار مرتبط با عوامل مؤثر بر پابندی مشخص شد و سایر جملات اضافی حذف شد. در این مرحله نیز دانشجو، استاد راهنما و مشاور متخصص کدگذاری در کنار هم طی جلساتی کدگذاری مرتبه اول را بررسی می‌کردند و برخی از موضوعات از خرده تحلیل‌های استاد راهنما و مشاور حذف و یا به آن اضافه می‌شد.

۳. جستجوی مضامین: در این مرحله استاد راهنما، دانشجو و کدگذار کوشیدند تا کدهای مرتبه اول مشابه را تحت عنوان کدبندی مقدماتی در مقوله‌های سازمان‌دهنده داده‌ها دسته‌بندی کنند.

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

۵. تعریف و نام‌گذاری مضامین: در این مرحله استاد راهنما و مشاور طرح تماتیک برگرفته از کدبندی مرحله اول و مقوله‌های سازمان‌دهنده را با جاگذاری در مقوله‌های هسته‌ای استخراج کردند و طی جلسه‌ای کدگذار، دانشجو و استاد راهنما و مشاور در یک توافق کلی در خصوص آن به تأیید نهایی رسیدند.

۶. آماده‌سازی گزارش: در نهایت گزارش نهایی توسط دانشجو تهیه و به تأیید استاد راهنما و مشاور رسید.

لازم به ذکر است پژوهش حاضر با کسب رضایت کامل از سوی شرکت‌کنندگان و روابط عمومی انجمن معتادان گمنام استان اصفهان انجام شده است. همچنین به آزمودنی‌ها این اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها کاملاً به‌صورت محرمانه باقی می‌ماند و گمنامی آنان حفظ خواهد شد و نتایج به صورت گروهی و صرفاً جهت پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد.

یافته‌ها

برای پژوهش از روش تحلیل مضمون کیفی به روش (2006) Braun and Clarke استفاده شد که شامل شش مرحله است: (۱) آشنا شدن با داده‌ها، (۲) تولید کدهای اولیه، (۳) جستجوی مقوله‌ها، (۴) بررسی مقوله‌ها، (۵) تعریف و نام‌گذاری مقوله‌ها، (۶) آماده‌سازی گزارش. نمودار شماره ۱ تحلیل تماتیک مقوله‌ها را نشان می‌دهد.

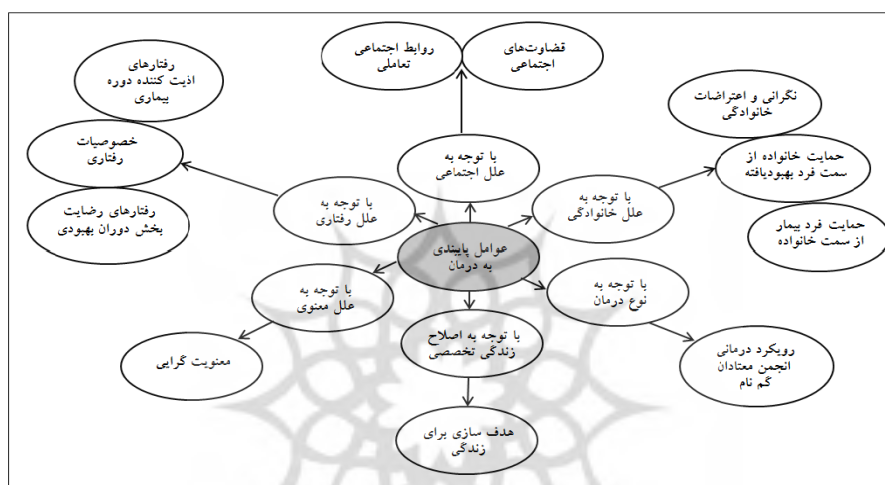


Figure 1. Thematic analysis of treatment adherence factors in addicts treated by the Association of Anonymous Addicts

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

مقوله اصلی پایبندی به درمان با توجه به علل خانوادگی

تحلیل مضمون مصاحبه‌ها با افراد بهبود یافته انجمن معتادان گمنام نشان داد که یکی از مقوله‌های اصلی در پایبندی به درمان علل خانوادگی می‌باشد. این عامل در ارتباط با تعامل فرد با خانواده است که می‌تواند بر پایبندی به درمان نقش مؤثری داشته باشد. این مقوله سه مقوله سازمان‌دهنده را در برمی‌گیرد: (الف) نگرانی و اعتراضات خانوادگی که سه مقوله مرتبه را در بر می‌گیرد: (۱) طرد شدن از سوی خانواده؛ (۲) عدم پذیرش در خانواده؛ (۳) تحقیر شدن از سوی خانواده؛ (ب) حمایت فرد بیمار از سمت خانواده که حاوی سه مقوله مرتبه اول است: (۱)

حمایت عاطفی خانواده؛ ۲) پذیرش از طرف خانواده؛ ۳) دریافت احترام و ارزش از سوی خانواده؛ ج) حمایت خانواده از سمت فرد بیمار که دو مقوله را در برمی‌گیرد؛ ۱) ارتباط صمیمی و توجه به فرزند؛ ۲) الگو شدن برای خانواده؛ که همگی علل پابندی به درمان را نشان می‌دهد.

مقوله اصلی پابندی به درمان با توجه به علل رفتاری

در تحلیل مضمون مصاحبه‌ها مشخص شد یکی دیگر از مقوله‌های اصلی در پابندی به درمان علل رفتاری است. این مقوله به ویژگی‌های رفتاری در فرد اشاره دارد و فرد را مستعد سوق پیدا کردن به سمت عدم استفاده از مواد مخدر می‌کند و شامل سه مقوله سازمان‌دهنده است: الف) رفتارهای رضایت‌بخش دوره درمان که در بردارنده سی و هفت مقوله مرتبه اول است: ۱) اعتماد به اصول درمانی؛ ۲) رعایت اصول درمانی؛ ۳) اتصال به جلسات؛ ۴) اقرار به اشتباهات گذشته؛ ۵) آگاهی نسبت به زندگی؛ ۶) انجام وظایف؛ ۷) عدم حضور در مکان مصرف؛ ۸) شناخت نواقص؛ ۹) دوری از مواد؛ ۱۰) حق انتخاب؛ ۱۱) جبران خسارت از خود؛ ۱۲) داشتن سلامت عقل؛ ۱۳) شناخت خود؛ ۱۴) اولویت بودن قدم‌ها در زندگی؛ ۱۵) پرهیز از رفتارهای افراطی؛ ۱۶) بالا رفتن آستانه تحمل؛ ۱۷) خودپايشی؛ ۱۸) شناخت عوامل وسوسه‌کننده؛ ۱۹) برنامه‌ریزی روزانه؛ ۲۰) تسلیم شدن در برابر اعتیاد؛ ۲۱) استفاده از فضائل اخلاقی؛ ۲۲) صحبت در مورد افکار وسوسه‌کننده؛ ۲۳) پذیرش خود؛ ۲۴) بیان احساسات؛ ۲۵) انجام روزانه قدم‌ها؛ ۲۶) داشتن بینش نسبت به اعمال و احساسات؛ ۲۷) احساس سرخوشی؛ ۲۸) پذیرش مسئولیت؛ ۲۹) تصمیم‌گیری آگاهانه؛ ۳۰) فکر کردن قبل از انجام کار؛ ۳۱) شناسایی فضائل اخلاقی؛ ۳۲) نداشتن مقاومت در برابر ترس‌ها؛ ۳۳) عدم استفاده از نواقص؛ ۳۴) عبرت از گذشته؛ ۳۵) استفاده از داشته‌ها؛ ۳۶) داشتن آرامش؛ ۳۷) روبه‌رو شدن با نواقص؛ ب) خصوصیات رفتاری که شامل هشت مقوله مرتبه اول بود: ۱) داشتن صداقت؛ ۲) فروتنی؛ ۳) غیرت داشتن؛ ۴) احساس ارزشمندی؛ ۵) اراده داشتن؛ ۶) میل به بهبودی؛ ۷) نداشتن غرور؛ ۸) احترام به خود؛ ج) کنترل رفتارهای اذیت‌کننده دوره بیماری که شامل بیست و پنج مقوله مرتبه اول بود: ۱) پر کردن تنهایی و خلاءهای زندگی با مصرف مواد؛ ۲) نداشتن بینش؛ ۳) داشتن رنجش از خانواده؛ ۴) نپذیرفتن سهم خود در بروز اعتیاد؛ ۵) غیر قابل اداره شدن زندگی؛ ۶) عدم پذیرش مسئولیت؛ ۷) بی‌مسئولیتی در برابر احساسات درونی؛ ۸) احساس خودکم‌بینی؛ ۹) عدم بروز

احساسات؛ ۱۰) شکست در زندگی؛ ۱۱) خسارت زدن به خود و دیگران؛ ۱۲) عدم قدرت نه گفتن؛ ۱۳) درماندگی؛ ۱۴) بی‌قراری و اضطراب؛ ۱۵) عدم پذیرش مشکلات؛ ۱۶) وابستگی به مصرف؛ ۱۷) اجبار در انجام کارها؛ ۱۸) عاجز بودن در برابر مصرف؛ ۱۹) نداشتن سلامت عقل؛ ۲۰) احساس انزوا و تنهایی؛ ۲۱) انجام کار بدون فکر کردن به عواقب آن‌ها؛ ۲۲) درگیری فکری برای مصرف؛ ۲۳) رفتار کردن بر اساس نواقص؛ ۲۴) متوقع بودن؛ ۲۵) عدم پذیرش خود.

مقاله اصلی پایبندی به درمان با توجه به علل معنوی

عوامل معنوی یکی دیگر از عوامل پایبندی به درمان بود که شامل یک مقوله سازمان‌دهنده: (الف) معنویت‌گرایی، که به بررسی این مطلب می‌پردازد که چه عوامل معنوی می‌تواند سبب پایبندی به درمان گردد. معنویت‌گرایی شامل شش مقوله مرتبه‌ی اول بود: ۱) شناخت نیروی برتر؛ ۲) سپردن اداره زندگی به خداوند؛ ۳) کمک از خدا برای رفع نواقص؛ ۴) برقراری ارتباط آگاهانه با خداوند؛ ۵) سپاسگزاری از خداوند؛ ۶) اعتقاد به خداوند.

مقاله اصلی پایبندی به درمان با توجه به علل اجتماعی

تحلیل مضمون مصاحبه‌ها مشخص کرد که مقوله دیگری از مقوله‌های اصلی پایبندی به درمان عوامل اجتماعی است که شامل دو مقوله سازمان‌دهنده بود: (الف) روابط اجتماعی تعاملی است که شامل بیست و دو مقوله مرتبه اول می‌باشد: ۱) گرفتن پیام بهبودی؛ ۲) قطع ارتباط با مصرف‌کننده؛ ۳) پذیرش بدون قید و شرط؛ ۴) گرفتن راهنما برای انجام قدم‌ها؛ ۵) اعتماد به افراد انجمن؛ ۶) استفاده از راهنمایی دیگران؛ ۷) ارتباط با افراد بهبودیافته؛ ۸) دریافت حمایت از یکدیگر؛ ۹) احساس همدردی با یکدیگر؛ ۱۰) احساس همدلی با یکدیگر؛ ۱۱) الگو بودن برای دیگران؛ ۱۲) دریافت تأیید و پذیرش؛ ۱۳) خدمت به دیگران؛ ۱۴) درک شدن توسط دیگران؛ ۱۵) پذیرش از سوی جامعه؛ ۱۶) دریافت اعتماد از دیگران؛ ۱۷) انتقال قدم‌ها به یک هم‌نوع؛ ۱۸) استفاده از تجارب دیگران؛ ۱۹) در اختیار گذاشتن تجارب خود با دیگران؛ ۲۰) داشتن ارتباط مؤثر؛ ۲۱) تشویق از سوی دیگران؛ ۲۲) خدمت به دیگران؛ مقوله سازمان‌دهنده دوم: (ب) قضاوت‌های اجتماعی که شامل دو مقوله مرتبه اول بود: ۱) درک نشدن از سوی دیگران؛ ۲) طرد شدن از سمت جامعه.

مقوله اصلی پابندی به درمان با توجه به اصلاح زندگی شخصی

تحلیل مضمون مصاحبه‌ها مشخص کرد که مقوله دیگری از مقوله‌های اصلی پابندی به درمان، توجه به اصلاح زندگی شخصی است که با توجه به ویژگی‌های زندگی شخصی فرد به درمان خود پابند می‌ماند این مقوله اصلی دربردارنده یک مقوله سازمان‌دهنده بود: (الف) هدف‌سازی برای زندگی که شامل شش مقوله مرتبه اول است: (۱) تمایل به پیشرفت؛ (۲) ایجاد هدف در زندگی؛ (۳) تمایل به تغییر؛ (۴) یافتن معنا در زندگی؛ (۵) ایجاد نگرش جدید؛ (۶) داشتن چارچوب در زندگی.

مقوله اصلی پابندی به درمان با توجه به نوع درمان

تحلیل مضمون مصاحبه‌ها مشخص کرد که مقوله دیگری از مقوله‌های اصلی پابندی به درمان، نوع درمان است که با توجه به ماهیت درمان شامل یک مقوله سازمان‌دهنده می‌باشد، که عبارت است از: (الف) رویکرد درمانی معتادان گمنام که خود شامل یک مقوله مرتبه اول است که عبارت است از: (۱) رعایت اصول ۱۲ گانه.

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل مضمون نشان داد که عوامل پابندی معتادان به درمان در شش مقوله اصلی دسته‌بندی می‌شود. یکی از مقوله‌های اصلی برآمده از تحلیل داده‌ها، پابندی به درمان اعتیاد با توجه به علل خانوادگی است که نشان می‌دهد عوامل خانوادگی شامل سه مقوله سازمان‌دهنده نگرانی و اعتراضات خانوادگی و حمایت فرد بیمار از سمت خانواده و حمایت خانواده از سمت فرد بهبودیافته باعث پابندی به درمان اعتیاد شده است. مقوله سازمان‌دهنده نگرانی و اعتراضات خانوادگی به عواملی اشاره دارد که در یک خانواده چه تعاملاتی می‌تواند عامل پابندی به اعتیاد باشد. برای مثال، طرد شدن و تحقیر شدن از سوی خانواده باعث عدم ارتباط مناسب با خانواده شده و این ارتباط منفی و عدم پذیرش از سوی خانواده باعث اقدام به ترک و پابندی به درمان شود. در واقع جو خانواده می‌تواند بر تلاش برای ترک اعتیاد و پابندی به درمان تأثیرگذار باشد. نقش بنیادین والدین در تحکیم پایه‌های خانواده غیر قابل تردید است. فرزندان با توجه به رفتارهای والدین مسئولیت‌پذیری و اجتماعی بودن را می‌آموزند. تحقیقات نشان می‌دهد والدین به لحاظ سرپرست، در مشکلات مخرب فرزندان همانند نافرمانی و تخلف از قانون تأثیر دارند. مثلاً زمانی که فرزندان از اعتیاد پدر ناراحت هستند و پدر را عامل

اصلی سرافکنندگی خود می‌دانند و همچنین والدینی که همواره دغدغه آینده فرزندان و آینده زندگی خود را دارند در تلاش برای ترک کردن مصمم‌ترند، زیرا همواره ترس این را دارند که فرزندان‌شان از آن‌ها الگو بپذیرند و آینده‌ای مانند آن‌ها خواهند داشت. بنابراین، برای ترک اعتیاد خود تلاش می‌کنند. برای مثال هومن می‌گوید: «خواهرم از دستم ناراحت، خانواده ناراحت بودن انگار دیگه تنها شدی، همه انگار دیگه طردم کرده بودن».

در مقوله اصلی عوامل پایبندی به درمان با توجه به علل خانوادگی یکی دیگر از مقوله‌های سازمان‌دهنده مقوله حمایت فرد بیمار از سمت خانواده بود که نشان می‌دهد چه عوامل حمایتی از سوی خانواده می‌تواند موجب پایبندی به درمان شود. به‌طور مثال، حمایت عاطفی خانواده و دریافت احترام و ارزش از سوی خانواده می‌تواند باعث ایجاد انگیزه و پایبندی به فرآیند درمان شود. باید توجه داشت که خانواده نباید از حمایت‌های خود فروگذار شود زیرا حمایت‌ها می‌تواند مشوق و محرک خوبی برای قدم گذاشتن در این مسیر ترک و ادامه دادن آن باشد. اگر به هر دلیلی فردی از اعضای خانواده دچار اعتیاد به مواد مخدر شده باشد باز هم اعضای خانواده هستند که با حمایت‌های سالم خود می‌توانند درمان اعتیاد را تسهیل و تسریع کنند. به تجربه ثابت شده است، بسیاری از معتادانی که قادر به ترک مستمر شده‌اند اغلب از حمایت خانوادگی مناسب برخوردار بوده‌اند و در رابطه نزدیک با خانواده خود قرار داشته‌اند. در واقع وجود زمینه‌های مناسب در خانواده شرط مهمی در درمان اعتیاد می‌باشد و چنانچه حمایت خانواده نباشد، رفتار اعتیادی نیز ادامه پیدا خواهد کرد. برای مثال محسن می‌گوید: «اما زمانی که شروع کردم به ترک مصرف، برادرها و مادرم با این که باوری نداشتن به من اما حمایت می‌کردن در حد توانشون و خیلی خوش‌شانس بودم که خانواده تو همه زمینه‌ها منو حمایت کردن».

سومین مقوله سازمان‌دهنده پایبندی به توجه به علل خانوادگی حمایت خانواده از سمت فرد بهبودیافته و بیانگر این مطلب است که چه حمایت‌هایی از سمت فرد بهبودیافته می‌تواند موجب پایبندی به درمان گردد. از دیدگاه روان‌شناسی نیز دامنه تأثیرات مخرب اعتیاد به مواد از آن رو حائز اهمیت فراوان است که عواقب وخیم آن تنها فرد معتاد را در بر نمی‌گیرد، بلکه معمولاً همسر، فرزندان و خانواده گسترده، دایره دوستان و همکاران در معرض آثار ویرانگر آن قرار خواهند گرفت (Nazmi, Hamid & Baskenjrad, 2014).

برای مثال ارتباط صمیمی و توجه به فرزند و الگو شدن برای خانواده از عوامل حمایتی از سوی فرد بهبودیافته می‌باشد. حمایت‌ها فقط از سمت خانواده و دوستان به سمت فرد بهبودیافته نیست که می‌تواند محرک ترک اعتیاد باشد بلکه حمایت و دل بستگی فرد معتاد به خانواده نیز می‌تواند آن را به سمت ترک اعتیاد تشویق کند. مثلاً فرد معتادی که همواره دغدغه نگرانی پدر و مادر و همسر خود را دارد و می‌داند با کار خود دارد به روح و روان آن‌ها آسیب می‌زند و آنان را سرافکنده می‌کند صددرصد اگر به خانواده خود دل بستگی داشته باشد و در زندگی خود برای اعضای خانواده ارزش قائل باشد به دنبال ترک اعتیاد خواهد رفت تا بتواند روح تازه‌ای به اعضای خانواده خود ببخشد. برای مثال هومن می‌گوید: «دختر من خیلی راحت میاد و با من در میان میذاره حرفاشو خیلی تفاوت هست بین من و او می‌دونم اگر توجه نکنم فردا روزی ممکن است اونم مثل من بشه». در کل خانواده می‌تواند به عنوان یک سپر محافظتی عمل نماید.

یکی دیگر از مقوله‌های اصلی پایبندی عوامل رفتاری بود. یکی از مقوله‌های سازمان‌دهنده در این حیطه، رفتارهای رضایت بخش دوره درمان بود که به بررسی رفتاری رضایت بخش در زمان بهبودی می‌پردازد که چه رفتارهایی در دوران بهبودی عاملی برای پایبندی به درمان می‌شود. به عنوان مثال، داشتن بینش نسبت به اعمال و احساسات، تصمیم‌گیری آگاهانه، پرهیز از رفتارهای افراطی و حق انتخاب باعث می‌شود فرد از شرایط خود احساس رضایت‌مندی داشته باشد و این احساس سبب پایبندی به درمان می‌گردد. زمانی که فرد دوره‌های درمان اعتیاد خود را پشت سر می‌گذارد متوجه بهبود در شرایط زندگی فردی و خانوادگی، بهبود موقعیت اجتماعی، دریافت عزت و اعتماد هم در خانواده و هم در جامعه می‌شود و این حس به فرد معتاد قوت بیشتری برای پیمودن این مسیر می‌دهد. برای مثال امید می‌گوید: «الان خودم برای خودم تصمیم می‌گیرم کجا برم با کی برم و چکار کنم نه مواد».

دومین مقوله سازمان‌دهنده در این حیطه در مقوله اصلی پایبندی به درمان با توجه به علل رفتاری، خصوصیات رفتاری است. باید توجه داشت که خصوصیات رفتاری فرد معتاد می‌تواند در بهبود شرایط معتاد نقش مؤثری داشته باشد. مثلاً فردی دارای اراده و پشتکار خیلی سریع‌تر می‌تواند اوضاع خود را بهبود بخشد. برای مثال علی می‌گوید: «به نظر من هیچ کس به اندازه یک معتاد مصرف‌کننده برای ترک همت ندارد واقعاً باید همت داشته باشی تا بتوانی ترکش کنی».

سومین مقوله سازمان‌دهنده در مقوله اصلی پابندی به درمان با توجه به عوامل رفتاری، رفتارهای اذیت‌کننده دوره بیماری است که نشان می‌دهد رهایی از رفتارهای اعتیادی دوران مصرف باعث پابندی به درمان می‌شود. رفتارهای اذیت‌کننده دوره اعتیاد می‌تواند شامل عجز و درماندگی، احساس شکست در زندگی، غیر قابل اداره شدن زندگی، نداشتن بینش و سلامت عقل که اینها اگر کم باشد فرد با آنها کنار می‌آید ولی وقتی تمامی این حس‌ها وجود فرد معتاد را دربرمی‌گیرد، فرد معتاد از شرایط خود احساس ناراحتی می‌کند و دوست دارد هر چه سریع‌تر از شرایط موجود رهایی یابد و به خاطر حس رهایی از شرایط موجود در مسیر ترک اعتیاد قدم می‌گذارد. سعید می‌گوید: «احساسات ناخوشایند برای من که معتاد هستم واقعی هست که برگرفته است از احساس خود کم‌بینی، عدم اعتماد به نفس، احساس نپذیرفته شدن و درک نشدن».

یکی دیگر از مقوله‌های اصلی، پابندی با توجه به علل معنوی می‌باشد که شامل مقوله سازمان‌دهنده معنویت‌گرایی است. باور به معنویت در معتادین موجب امید به زندگی و احساس خوشبینی می‌شود. در حوزه عاطفی، معنویت موجب ارضای نیازهای عاطفی و در نتیجه با تأثیر مداخله‌ای باورها موجب کاهش عواطف منفی مثل افسردگی، ناامیدی، اضطراب و احساس پوچی می‌شود. معنویت با افزایش توانایی درونی به شخص کمک می‌کند تا در استرس‌های شدید بتواند جایگاه خود را در زندگی پیدا کند. باورها و اعتقادات معنوی افراد، در مقابله با مشکلات زندگی به آنان کمک کرده است و به زندگی آن‌ها معنی و مفهوم بخشیده است. با توجه به پیامدی که اعتیاد بر روان افراد دارد طلب یاری از خداوند راهبرد مؤثر در برابر میل به مصرف مجدد می‌باشد. برای مثال امید می‌گوید: «این را به مراقبت خداوند سپردم که نیروی برتر از من حمایت کند و من فقط سهمم رو انجام بدهم روزانه».

یکی دیگر از مقوله‌های اصلی پابندی به درمان اعتیاد با توجه به عوامل اجتماعی است که اشاره به آن دارد که در یک جامعه چه عوامل زمینه‌سازی در پابندی به درمان در بین بهبودیافتگان مؤثر است. یکی از مقوله‌های سازمان‌دهنده آن قضاوت‌های اجتماعی است. فرد معتاد فقط از طریق خانواده سرزنش و طرد نمی‌شود بلکه جامعه نیز با دید بدی به این قشر از جامعه نگاه می‌کنند. این طرد شدن تا جایی پیش می‌رود که فرد عزت، احترام و اعتماد خود را از دست می‌دهد و به واسطه آن شغل خود را نیز از دست می‌هد اما این تنها بخش طرد شدن از جامعه نیست. بلکه معتاد در شرایط و جایگاهایی قرار می‌گیرد که احساس می‌کند دارند به

آن توهین می‌کنند و شخصیت او را زیر سؤال می‌برند. طرد اجتماعی باعث می‌شود افراد از مشارکت کامل در جامعه محروم شوند در نتیجه از داشتن فرصت‌های اقتصادی، سیاسی و اجتماعی که پیش‌روی اکثر جمعیت است باز داشته شوند. این عدم مشارکت و قطع پیوندهای اجتماعی، در نهایت باعث گم کردن هویت و هدف و ایجاد احساس تنهایی در فرد طرد شده می‌شود و طرد اجتماعی و تحقیر شدن و حس ناشی از آن معتاد را در یک بی‌هویتی و محرومیت مضاعف فرو می‌برد طوری که اغلب برای رهایی خودش از این وضعیت تصمیم به درمان و پابندی به آن می‌گیرد. برای مثال امیر می‌گوید: «یک معتاد از همه طرف طرد می‌شود از طرف زن، پدر و مادر فرزند حتی جامعه».

ارتباطات اجتماعی تعاملی مقوله سازمان‌دهنده دیگر در این حیطه بود که نشان می‌دهد افراد به واسطه روابط اجتماعی که در جامعه با هم برقرار می‌کنند و همچنین به واسطه تجربه گرفتن از زندگی همدیگر، تشویق از سوی دیگران، حمایت گروهی، احساس همدردی و همدلی با یکدیگر به سرعت به سمت ترک اعتیاد خود پیش می‌روند تا به سرعت جبران گذشته را بکنند و دیگر وارد وادی اعتیاد نشوند. زیرا همواره می‌خواهند عزت و احترام خود را در جامعه از دست ندهند. برای مثال امید می‌گوید: «هر شب من را برای بهبودی تشویق می‌کردند و پله پله من را می‌بردن بالا و قدم‌به‌قدم بخاطر حضور این افراد و تشویق‌های آن‌ها در جلسات هست که ترک کردم».

مقوله پنجم که در این پژوهش شناسایی گردید مقوله اصلی پابندی به اعتیاد با توجه به اصلاح زندگی شخصی است. برخی از افراد خیلی ساده‌لوحانه وارد ماجرای اعتیاد می‌شوند، آن‌ها به صورت تفریحی که لحظه‌ای خوش بگذرانند یا در زمان حال بهبودی یابند، اما با ادامه یافتن چندباره مصرف مواد دیگر نمی‌توانند آن را ترک کنند. زمانی خود را می‌یابند که در چنگال اعتیاد گرفتار شده‌اند و توانایی اداره خود و زندگی را از دست داده‌اند. این افراد احساس درماندگی می‌کنند زیرا همواره در سر خود اهدافی داشته‌اند که به آن‌ها نرسیده‌اند بنابراین برای دستیابی به اهدافی از قبیل پیشرفت، ایجاد هدف در زندگی، تمایل به تغییر و ... درصدد ترک اعتیاد خود برمی‌آیند و معمولاً افرادی که با چنین هدف‌هایی به دنبال ترک اعتیاد می‌روند به این دلیل که نابودی را در زندگی خود احساس می‌کنند در ترک اعتیاد خود موفق-ترند. برای مثال امیر می‌گوید: «من دنبال یک نسخه شفابخش بودم که آیا می‌توانم یک نقشه

پیدا کنم و به اهدافم برسم و از یک جا شروع کنم و به یک جایی برسم که من بتوانم شخصیت و موقعیت کنونی خودم را تغییر بدهم».

آخرین مقوله اصلی شناسایی شده پایبندی به درمان با توجه به نوع درمان است که مقوله سازمان‌دهنده آن رویکرد درمانی است، که افراد معمولاً با توجه به شرایط زندگی و شغلی خود نوعی از درمان که احساس می‌کنند برای آن‌ها مؤثرتر است و می‌توانند در کنار پرداختن به درمان به زندگی شخصی خود برسند انتخاب می‌کنند. در انجمن افراد بهبودیافته با انجام اصول ۱۲ گانه، بهبودی خود را تضمین می‌کنند. برای مثال محمد می‌گوید: «برای اینکه پاک بمونی باید به اصول درمان پایبند باشی».

اگرچه پژوهشی تاکنون به عوامل پایبندی به درمان در معتادان تحت درمان در گروه معتادان گمنام نپرداخته است، اما پژوهش‌های محدودی در این زمینه انجام شده است از جمله Razaghi (2014) در تحقیقی تحت عنوان «مطالعه و بررسی میزان اثربخشی فعالیت گروه‌های معتادان گمنام در درمان اعتیاد» به بررسی انجمن معتادان گمنام می‌پردازد. نتایج به دست آمده نشان داد که میان شرکت مستمر معتادان در جلسات و مدت پاک‌ی آن‌ها، همبستگی معنی‌داری وجود دارد و هراندازه معتادان روی برنامه دوازده قدمی انجمن بیشتر کار کنند، به همان نسبت می‌توانند مدت پاک‌ی خود را افزایش دهند. Chen (2006) در تحقیقی به مقایسه حالات عاطفی و شخصی دو گروه از کسانی که در جلسات معتادان گمنام به همراه برنامه دوازده قدمی شرکت می‌کنند و گروهی دیگر که بدون مشارکت در برنامه دوازده قدمی، صرفاً در جلسات معتادان گمنام شرکت نموده‌اند، پرداخته است. نتایج تحقیق وی نشان می‌دهد که شوق زندگی در مشارکت‌کنندگان در برنامه دوازده قدمی نسبت به کسانی که صرفاً در جلسات انجمن معتادان گمنام شرکت نموده و در برنامه دوازده قدمی مشارکتی نداشته‌اند، بیشتر شده و از شدت عواطف منفی‌شان (نظیر نگرانی، افسردگی و خصومت) کاسته شده است.

Williams and Chang (2000) و Winters, Stinchfield, Opland, Weller and Latimer

(2000) دریافتند که پیروی از سنت‌های دوازده گانه معتادان گمنام اثربخش می‌باشد. این تحقیقات نشان می‌دهد که حدوداً ۶۶ درصد از مصرف‌کنندگان مواد مخدر که طی ۹ ماه در جلسات معتادان گمنام شرکت کرده‌اند، از مصرف مواد مخدر خودداری کردند، در مقایسه با

حدود ۲۰ درصد از کسانی که در این برنامه‌ها مشارکت نداشته‌اند. همچنین آمارها نشان‌دهنده این است که ۵۳ درصد از کسانی که در معرض مداخله قرار گرفته‌اند طی ۲ ماه گذشته مواد مخدر مصرف نکرده‌اند یا مصرف خود را کاهش داده‌اند و این در مقایسه با میزان ۱۵ درصدی افراد دیگر قابل توجه است. در مطالعه‌ای که Humphreys and Dearmin (1999) روی نمونه‌ای متشکل از ۲۵۳ نفر آفریقایی-آمریکایی شرکت‌کننده در برنامه‌های انجمن معتادان گمنام و الکلی‌های گمنام^۱ انجام داده‌اند، بدین نتیجه رسیدند که این گروه از افراد پس از دوازده ماه در زمینه‌های اشتغال، عدم مصرف مواد مخدر و الکل پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای داشته‌اند. مشارکت‌کنندگان آفریقایی-آمریکایی در برنامه‌های معتادان گمنام در مقایسه با افرادی که بعد از درمان در گروه‌های خودیاری مشارکت نداشته‌اند، پیشرفت‌های بیشتر و مهم‌تری در حل مشکلات مربوط به ترک مواد مخدر و الکل داشته‌اند.

Haghgoie-Isfahani, Nili-Ahmadabadi, Arman-Mehr and Moradi-Kalelo (2015) در مطالعه کیفی شناسایی عوامل مؤثر در پایداری ترک اعتیاد اعضای انجمن معتادان گمنام دریافتند که پس از ترک مصرف مواد مؤثرترین عامل در ترک، دریافت حمایت‌های معرفتی اعضای گروه است که به تغییر نگرش فرد و شناخت از خود منجر می‌شود. افزون بر این، اصلاح روابط خانوادگی و حمایت‌های عاطفی و منزلتی اعضای خانواده، همچنین افزایش اعتماد به نفس فرد و بازیابی زندگی اجتماعی وی از دیگر عوامل مؤثر بر پایداری ترک از نظر اعضای انجمن بوده است. نتایج تحقیقات Razaghi, Firooz Jaeiyan and Ghasem Zadeh (2018) در بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی معتادان گمنام و تداوم ترک اعتیاد نشان داد با افزایش سرمایه اجتماعی می‌توان گرایش به سوءمصرف مواد در معتادان را کاهش و تداوم ترک اعتیاد در آن‌ها را افزایش داد. نتایج تحقیقات Hashemi and Shabani (2016) در مطالعه اثربخشی رویکردهای اخلاق‌محور در بازپروری معتادان انجمن گمنام نشان داد که وجود رویکرد اخلاقی قوی و بدون ایدئولوژی در برنامه‌های سه مرحله‌ای انجمن معتادان گمنام و اثربخشی مثبت این برنامه‌ها در تقویت ذهنیت اخلاقی معتادان و جامعه‌پذیری مجدد و اصول اخلاق اجتماعی افراد در جهت ترک اعتیاد و بازیابی سلامت است. Haj Hosseini and Hashemi (2016) در تحقیقی با عنوان «مقایسه اثربخشی درمان دارویی متادون و انجمن

1- Alcoholic Anonymous (AA)

معتادان گمنام بر اختلالات روان‌شناختی و کیفیت زندگی» پرداختند. نتایج نشان داد گروه انجمن معتادان گمنام به لحاظ همه مؤلفه‌های کیفیت زندگی نسبت به گروه درمان متادون در وضعیت مطلوب‌تری قرار داشتند. همچنین اعضای انجمن معتادان گمنام به لحاظ هر سه شاخص اختلالات روان‌شناختی در وضعیت بهتری نسبت به گروه درمانی قرار داشتند و افزایش طول مدت عضویت در انجمن، با افسردگی و درد بدنی و در مقابل سلامت عمومی بیشتر و نقش هیجانی مثبت همراه بود. نتایج تحقیقات Soltani Nejad, Barshan, Dortaj (2017) نشان داد اثربخشی آموزه‌های گروه‌های معتادین گمنام در مقایسه با گروه درمانی با رویکرد پذیرش خویشتن به شیوه رایدن بر سلامت روانی و کاهش علائم جسمانی و افسردگی افراد معتاد بیشتر است در نتیجه آموزه‌های گروه‌های معتادین گمنام به سبب ایجاد حس همدلی و انتخاب خود معتادین نسبت به روش گروه‌درمانی برای درمان علائم جسمانی و افسردگی و بهبود سلامت روان معتادین مؤثر می‌باشد. نتایج پژوهش Akhtari, Khodaei, Yaghouti Zargar and Feyzollahi (2016) نشان داد که حمایت اجتماعی نقش مؤثری در پیشگیری از بازگشت به اعتیاد افراد وابسته به مصرف تحت درمان دارد. در پژوهش Chong and Lopez (2008) ویژگی‌هایی مانند روابط مثبت خانوادگی، ارتباط کمتر با افراد منفی، خودکارآمدی و اعتماد به نفس در پرهیز از مصرف مواد نقش مهمی دارد. نتایج تحقیق Ghodrati Torbati, Pashib, Hassanzadeh, Alizadeh and Heshmati (2014) نشان داد آموزش در جلسات انجمن معتادان گمنام احتمالاً باعث گرایش کم‌تر آنان به مصرف مواد مخدر می‌گردد. بنابراین، سازمان‌ها و مراکز مسئول می‌توانند با حمایت خویش در جهت برگزاری هرچه بهتر این جلسات به تداوم ترک اعتیاد مددجویان کمک نمایند. نتایج تحقیقات Haghghi et al. (2018) در بررسی عوامل محیطی و شخصی مرتبط با اعتیاد نشان داد برای پیشگیری و درمان اعتیاد صرفاً سم‌زدایی در کانون‌های ترک اعتیاد کافی نبوده و برای پیشگیری و کاهش از عود اعتیاد برنامه‌ریزی و انجام مداخلات بر پایه عوامل خطر اصلی شناخته‌شده (مانند وضعیت اشتغال، سیگار کشیدن، مشاجرات خانوادگی، تأهل، امیدواری فرد و ...) لازم به نظر می‌رسد. Flora, Raftopoulos and Pontikes (2010) با روش ترکیبی کمی و کیفی به بررسی تأثیر عوامل مؤثر بر تداوم عضویت معتادان در انجمن‌های الکلی‌ها و معتادان گمنام در یونان پرداختند. یافته‌های به دست آمده از اعضای انجمن این معتادان نشان داد ۹۳ درصد

توانسته بودند در مدت ۳۸ ماه پاک بمانند، ۵۰ درصد چندین بار به مصرف مواد بازگشته بودند و ۴۰ درصد فقط یکبار.

با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت اثرات عضویت در انجمن معتادان گمنام زمانی تثبیت و مؤثر واقع می‌شود که در کنار آن مداخله‌های خانوادگی، اجتماعی، معنوی، سبک زندگی و عوامل رفتاری نیز مورد توجه قرار گیرد.

این پژوهش همچون سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت که عبارت بودند از: در پژوهش کیفی امکان دخالت پیش‌فرض‌های پژوهشگر ممکن است نتایج پژوهش را دچار مشکل کرده و آن را خدشه‌دار کند که در این تحقیق تلاش شد تا حد امکان به دور از جهت‌گیری انجام گیرد، همچنین محدودیت دیگر پژوهش محدود کردن نمونه پژوهش حاضر به معتادان تحت درمان در انجمن معتادان گمنام و عدم استفاده از مراجعان درمان‌های دیگر از قبیل کنگره شصت بود. به پژوهشگران علاقه‌مند پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی تفاوت پایداری به درمان در بین معتادان بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی را مورد توجه قرار دهند.

سهم مشارکت نویسندگان: مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه ارشد خانم فاطمه خاقانی در گروه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، به راهنمایی دکتر هاجر ترکان و مشاوره دکتر زهرا یوسفی می‌باشد؛ همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مورد بررسی قرار داده و تأیید نموده‌اند.
سپاسگزاری: نویسندگان مراتب تشکر خود را از انجمن معتادان شهر اصفهان که در تکمیل این پژوهش مؤثر بوده‌اند اعلام می‌دارند.

تضاد منافع: نویسندگان اذعان می‌کنند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد. این مقاله مستخرج از پایان نامه ارشد و نتیجه یک کار تیمی خانم فاطمه خاقانی، دانشجو، با راهنمایی دکتر هاجر ترکان و مشاوره دکتر زهرا یوسفی است.
منابع مالی: این مقاله با حمایت مالی ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری انجام پذیرفته است.

References

- Akhtari, F., Khodaei, A., Yaghouti Zargar, H., & Feyzollahi, S. (2016). A review of the role of social support in predicting return to addiction. *Social Health & Addiction, 3*(10), 33-54. [Persian]
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*: American Psychiatric Pub.
- Beygi, A., Mohammadifar, M. A., Farahani, M. N., & Mohammad Khani, S. (2012). Comparison of stress tolerance styles and hope level between members of the anonymous addicts association and methadone

- maintenance therapists. *Journal of Research on Addiction*, 5(20), 55-72. [Persian]
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Chen, G. (2006). Social support, spiritual program, and addiction recovery. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(3), 306-323.
- Chong, J., & Lopez, D. (2008). Predictors of relapse for american Indian women after substance abuse treatment. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research: The Journal of the National Center*, 14(3), 24-48.
- Daley, D. C., & Marlatt, G. A. (2006). *Overcoming your alcohol or drug problem: Effective recovery strategies*: Oxford University Press.
- Flora, K., Raftopoulos, A., & Pontikes, T. K. (2010). Current Status of narcotics anonymous and alcoholics anonymous in Greece: Factors influencing member enrollment. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 5(3-4), 226-239.
- Ghodrati Torbati, A., Pashib, M., Hassanzadeh, M., Alizadeh, H., & Heshmati, H. (2014). The impact of client's Education in the Narcotics Anonymous meetings on tendency to use drugs *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*, 2(3), 17-22. [Persian]
- Gu, R., Jiang, Y., Kiser, S., Black, C. L., Broster, L. S., Luo, Y.-j., & Kelly, T. H. (2017). Impulsive personality dimensions are associated with altered behavioral performance and neural responses in the monetary incentive delay task. *Neuropsychologia*, 103, 59-68.
- Haghgoie-Isfahani, M., Nili-Ahmadabadi, A., Arman-Mehr, V., & Moradi-Kalelo, N. (2015). Lived experiences of participants of factors affecting the Drug stability(Narcotics Anonymous). *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 4(2), 125-136. [Persian]
- Haghighi, M., Alizadeh, F., Rezaei, T., RezakhaniMoghaddam, H., Sodaei Zenoozagh, H., & Mohammadpoorasl, A. (2018). Environmental and personal factors associated with addiction relapse in referral patients to marand treatment centers. *Journal of Community Health Research*, 7(2), 63-73. [Persian]
- Haj Hosseini, M., & Hashemi, R. (2016). Addicts' quality of life and psychological disorders (depression, anxiety, and stress) in two treatment methods: Narcotics anonymous vs. methadone maintenance treatment. *Research on Addiction*, 9(35), 119-136. [Persian]
- Hashemi, S. Z., & Shabani, M. (2016). The effectiveness of an ethics-based approach to the rehabilitation of anonymous addicts. *Iranian Issues Review*, 6(2), 219-249. [Persian]
- Humphreys, K. P., & Dearmin, H. (1999). Study shows effectiveness of 12-step programs. *Outcomes & Accountability Alert*, 4(8).

- Jafari, A. (2015). *Anonymous Addicts Association*. Tehran: publishing beautiful thought. [Persian]
- Lindesmith, A. R. (2017). *Addiction and opiates*: Routledge.
- Moeller, S. J., & Paulus, M. P. (2018). Toward biomarkers of the addicted human brain: using neuroimaging to predict relapse and sustained abstinence in substance use disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 80, 143-154.
- Marashi, S. A., Mehrabian, T., & Taybi, H. (2014). Investigating the relationship between personality traits (5 Big Factors), life satisfaction and spiritual intelligence with drug addiction readiness in the employees of an industrial company in Mehran. *Journal of Psychological Achievements*, 21(1), 203-222. [Persian]
- Moridi, M., Khoshravesh, S., Noori, R., & Pashaei, T. (2017). The survey of ... *Pajouhan Scientific Journal*, 15(3), 10-15. [Persian]
- Nabavi, S. H. (2017). *Frequency and factors affecting adherence to methadone maintenance therapy in the departments of Sirjan Addiction Treatment Centers*. (Masters thesis). Kerman University of Medical Sciences. [Persian]
- Nazmi, T., Hamid, N., & Baskenjrad, S. (2014). The effect of differential group therapy on the interdependence and differentiation of women with addicted spouses in Andimeshk. *Journal of Psychological Achievements*, 21(1), 121-142. [Persian]
- Nejati, V. (2016). Effect of methadone maintenance treatment on executive functions in drug users. *Research on Addiction*, 9(36), 19-30. [Persian]
- Ramo, D. E., Prince, M. A., Roesch, S. C., & Brown, S. A. (2012). Variation in substance use relapse episodes among adolescents: A longitudinal investigation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(1), 44-52.
- Razaghi, M. (2004). *Study and evaluation of the effectiveness of activities of anonymous addicts groups in the treatment of addiction*. (Master's thesis in Sociology). Islamic Azad University Research Sciences Branch. [Persian]
- Razaghi, N., Firooz Jaeiyan, A. A., & Ghasem Zadeh, H. (2018). Investigating the relationship between social capital of anonymous addicts and persistence of drug addiction. *Iranian Journal of Social Studies and Research*, 6(4), 571-593. [Persian]
- Savage, E. H. (2016). *Facilitator perceptions of mobile ACHES for social support in addiction relapse prevention*. Capella University,
- Soltani Nejad, A., Barshan, A., Dortaj Sani, S., Anaraki, M. R., & Saberi, R. (2017). Comparison of the effectiveness of group therapy with self-acceptance approach by Drayden method with the teachings of anonymous addicts groups on mental health components of addicts in Kerman. *Quarterly Journal of Research on Addiction*, 11(41), 49-63. [Persian]

- Tam, H.-l., Shik, A. W.-y., & Lam, S. S.-l. (2016). Using expressive arts in relapse prevention of young psychotropic substance abusers in Hong Kong. *Children and Youth Services Review*, 60, 88-100.
- Williams, R. J., & Chang, S. Y. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical psychology: Science and practice*, 7(2), 138-166.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Opland, E., Weller, C., & Latimer, W. W. (2000). The effectiveness of the Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers. *Addiction*, 95(4), 601-612.
- Yazdani, F. (2012). *Comparison of social support between those who had recurrence after discontinuation of treatment and those who did not have recurrence in Tehran's rebirth camp*. (Master). University of Medical Sciences and Rehabilitation. [Persian]
- Zahed, A. Ghalilo, K., & Narimani, M. (2010). The relationship between emotion regulation strategies and interpersonal behavior in substance abusers. *Quarterly Journal of Addiction Resear*, 3(11), 85-121. [Persian]

