



Research Paper

Structural Model of Socio-Cultural Factors Affecting the Process of Sustainable Withdrawal from Addiction from The Perspective of Addiction Specialists Using Dimatel Technique

Mohsen Niazi¹, Sattar Sadeghi Deh Cheshme², Mohammad Reza Hosseini³, Amin Guoderzi^{4*}

1. Professor, Department of Sociology, Faculty of Human Sciences, Kashan University, Kashan, Iran.

2. Member of the faculty of Shahrekord University, Shahrekord, Iran.

3. Member of the faculty of Ayatollah Boroujerdi University, Boroujers, Iran.

4. Ph. D. student of Iran's social issues, Kashan University, Kashan, Iran.



Received: February 4, 2022

Accepted: August 11, 2023

Available online: September 23, 2023

Keywords:

Sustained withdrawal from addiction, socio-cultural factors, structural model, mental health.

Abstract

The aim of this study was to investigate the cultural and social factors affecting the process of sustainable withdrawal from the perspective of addiction experts. The present research method is quantitative and the research tool is a questionnaire. The technique used in the present study is the Dimatel technique, according to this technique, based on pairwise comparisons, by using the opinions of experts in extracting the factors in the system, systematically structuring them and applying the principles of graph theory, a hierarchical structure of the factors in the system with relationships Provides interaction and mutual influence of the mentioned elements. In order to quantify the effect of the mentioned relationships, the statistical population consisted of 13 specialists and experts in the field of addiction who had mainly studied and had expertise on addiction and its permanent withdrawal. The results showed that the most influential variables are related to the variables of persistent addiction, socio-economic status and group of friends, respectively. Also, the variables that had the greatest effect on quitting addiction are mental health with 1.57, abnormality with 0.1, religiosity with 0.882 and social control with group of friends with 0.658, respectively. Considering the influence of the family environment in the process of socialization of the members and in the meantime the education of the children, the family will be able to provide the necessary conditions for a calm and worry-free life for the members, suitable mental, physical and social conditions for the members not to tend to It provides the side of drug abuse, or in the case of addiction, plays the biggest role in the process of withdrawal and social reintegration of the person who has quit.

Citation: Niazi, M.; Sadeghi Deh Cheshme, S.; Hosseini, M. & Guoderzi, A. (2023). Structural model of socio-cultural factors affecting the process of sustainable withdrawal from addiction from the perspective of addiction specialists using Dimatel technique. *Sociology of Culture and Art*, 5(3), 86-104.

Corresponding author: Amin Guoderzi

Address: Department Faculty of Humanities, Kashan University, Kashan, Iran.

Tell: 09167455047

Email: Amin.goodarzy70@gmail.com

Extended Abstract

1- Introduction:

The current research has been carried out with the aim of investigating the cultural and social factors affecting the process of sustainable withdrawal from addiction from the point of view of experts in the field of addiction. Addiction is an abnormality with clinical, behavioral and cognitive symptoms, which are caused by social and psychological factors on the one hand and biological and pharmacological factors on the other hand. Considering the recurring trend of drug addiction and dependence and the infinite costs that are caused by repeated use, the individual, the family, and the social system are troubled. Also, because only a few drug addicts succeed in quitting addiction and they can resist relapse to drugs. This issue deserves more theoretical and empirical discussion and investigation, which of the social and cultural factors have an effect on the durability and continuity of the addiction withdrawal process?

2- Methods:

The chosen method of this research for data analysis is the Dimatel method. The Dimatel method is mainly used to investigate very complex global issues and use the judgment of experts in scientific, political, economic, and social fields. This method has many features, since it is an effective process in identifying the hierarchy and relationships between system factors. This method, which is one of the types of decision-making methods based on pairwise comparisons, takes advantage of the experts' opinions in extracting the factors in the system, systematically structuring them, and by applying the principles of graph theory, a hierarchical structure of the factors in the system is included. It provides the influence relationships and mutual influence of the mentioned elements. The statistical sample of most studies based on Dimatel method is 10 to 12 selected experts. The samples of the research were based on criteria such as the professors of the universities and higher institutions of the country in the field of addiction pathology, addiction withdrawal and recognition of the indicators used in this research.

3- Results:

After forming the normal matrix, the intensity of the sum of direct relationships between the factors was calculated, based on this, the highest number presented in relation to the communication network of indicators is equal to 0.23 which is related to the communication network of social control indicators and group of friends and the communication network of religiosity and cultural capital. In this regard, social control theories consider the lack of social control as the main cause of deviant behavior,

and their main assumption is that deviant behavior is more than caused by the driving force towards abnormality, it is the product of disobedience; Also, the lowest number presented is 0.07, which is related to the communication network of abnormality index and social control. The intensity matrix of the sum of direct relationships between factors shows that the highest direct relationship obtained is equal to 1.571 related to mental health index. which shows the fact that the above index has the highest relationship with other presented indices, Also, the socio-economic base index has the lowest direct relationship with other indices with a rate of 0.219. Out of the seven investigated factors, three factors are considered to be influential factors and effects of other factors and on the other hand, four factors are considered as influencing factors and causal factors, the mental health factor has the most impact on other elements and as the most important factor for stable withdrawal from addiction, it has the highest priority. In front of the group of peers or friends that has allocated the lowest amount, it is heavily influenced by other pattern elements and is considered the most important effective factor. The factor of mental health, abnormality and religiosity are given as effective factors and drug withdrawal factors, socio-economic base, group of friends and social control are given as effective factors. With 3.73, the permanent addiction withdrawal factor has the highest intensity of relationships with other factors, also in this figure, the type of relationships between the main factor i.e., addiction withdrawal and other factors has been determined.

4- Conclusion:

After collecting the data and analyzing them, it was found that the variable of permanent withdrawal from addiction was the most influential of the variable of mental health. In fact, improving the mental health of people who quit based on principles such as observation without judgment, staying in the present, accepting and raising awareness of the experience and creating an adaptive response leads to behavioral changes to improve mental health and as a result, successful and stable quitting in patients. will be, in general, from the point of view of experts and counselors in the field of addiction treatment, mental health requires criteria such as eliminating anxiety and fear from all aspects of social, family and individual life by identifying the sources of anxiety and adopting treatment methods based on appropriate intellectual and psychological counseling in order to improve. Quitting process is for the patient. The second variable in this ranking is the variable of anomalous, anomalous or anomie refers to a situation in which society and social

norms lose their influence on individuals. In such a situation, cultural values and dos and don'ts change day by day and provide the causes for the formation of cultural disorders, and also provide the ground for the formation of social deviations such as drug use and addiction. The third variable based on the size of the effect is the variable of religiosity, influence, people's belief in moral principles and normative system, especially religious values will act as an obstacle to commit risky behaviors such as drug abuse. Considering the influence of the family environment in the process of socialization of the members and in the meantime the education of the children, the family will be able to provide the necessary conditions for a peaceful life and away from worries for the members, suitable mental, physical and social conditions for the members not to be inclined towards evil. provide drug use or in

case of addiction, play the biggest role in the process of withdrawal and social reintegration of the quitter.

5- Funding

There is no funding support

6- Arrrrr rrrttt ii uutinnns

Here, I need to express my gratitude and appreciation for the guidance of Dr. Mohsen Niazi, Sattar Sadeghi Deh Cheshme and Dr. Mohammad Reza Hosseini.

7- Conflict of interests

Authors declared no conflict of interest.



مدل ساختاری عوامل فرهنگی - اجتماعی تأثیرگذار بر فرآیند ترک پایدار اعتیاد از دیدگاه متخصصان حوزه اعتیاد با استفاده از تکنیک دیماتل

محسن نیازی^۱، ستار صادقی ده‌چشمه^۲، محمدرضا حسینی^۳، امین گودرزی^۴

۱. استاد، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

۲. استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۳. دانشیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آیت‌الله بروجردی (ره)، بروجرد، ایران.

۴. دانشجوی دکتری بررسی مسائل اجتماعی ایران، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.



چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی عوامل فرهنگی و اجتماعی مؤثر بر فرآیند ترک پایدار اعتیاد از دیدگاه متخصصان حوزه اعتیاد انجام پذیرفته است، روش پژوهش حاضر کمی و ابزار تحقیق پرسشنامه است. تکنیک مورد استفاده در پژوهش حاضر تکنیک دیماتل است، که این تکنیک بر پایه مقایسه‌های زوجی قرار گرفته و با بهره‌گیری از نظرات خبرگان در استخراج عوامل موجود در سیستم، ساختاردهی سیستماتیک به آن‌ها و با به‌کارگیری اصول نظریه گراف، ساختاری سلسله مراتبی از عوامل موجود در سیستم همراه با روابط تأثیرگذاری و تأثیرپذیری متقابل عناصر مذکور فراهم می‌آورد. به‌گونه‌ای که شدت اثر روابط مذکور به‌صورت کمی مشخص می‌شود، جامعه آماری شامل ۱۳ نفر از متخصصان و خبرگان حوزه اعتیاد که به‌طور عمد روی اعتیاد و ترک پایدار آن مطالعاتی داشته و صاحب‌نظر بودند انتخاب گردیدند. نتایج تحقیق نشان دادند که به ترتیب بیشترین تأثیرپذیری مربوط به متغیرهای ترک پایدار اعتیاد، پایگاه اقتصادی - اجتماعی و گروه دوستان می‌باشد، همچنین متغیرهایی که بیشترین میزان تأثیرگذاری را بر ترک اعتیاد داشته‌اند عبارت‌اند از متغیر سلامت روان با ۱/۵۷، بی‌هنجاری با ۱/۰، دین‌داری با ۰/۸۸۲ و کنترل اجتماعی به همراه گروه دوستان با ۰/۶۵۸ به ترتیب بیشترین تأثیر را بر فرآیند ترک اعتیاد داشته‌اند.

تاریخ دریافت: ۱۵ بهمن ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۲۵ مرداد ۱۴۰۲

انتشار آنلاین: ۱ مهر ۱۴۰۲

واژه‌های کلیدی:

ترک پایدار اعتیاد، عوامل فرهنگی - اجتماعی، مدل ساختاری، سلامت روان

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

استناد: محسن، نیازی، صادقی ده‌چشمه، ستار، حسینی، محمدرضا و گودرزی، امین. (۱۴۰۲). مدل ساختاری عوامل فرهنگی - اجتماعی تأثیرگذار بر فرآیند ترک پایدار اعتیاد از دیدگاه متخصصان حوزه اعتیاد با استفاده از تکنیک دیماتل. فصلنامه علمی جامعه‌شناسی فرهنگ و هنر، ۵(۳)، ۸۶-۱۰۴

* نویسنده مسئول: امین گودرزی

نشانی: گروه علوم اجتماعی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

تلفن: ۰۹۱۶۷۴۵۵۰۴۷

پست الکترونیکی: Amin.goodarzy70@gmail.com

۱- مقدمه و بیان مسئله

مصرف مواد مخدر و اعتیاد به آن، که به حق به عنوان بلای خانمان‌سوز شهرت یافته است، امروزه به یکی از دغدغه‌های اصلی تمامی کشورها تبدیل شده است. این آسیب اجتماعی تعداد زیادی از مردم را تحت تأثیر قرار داده و به طور روز افزونی در حال تعامل با سایر آسیب‌های اجتماعی و تبدیل شدن به یک تهدید شالوده شکن است. به اعتقاد تحلیل‌گران اجتماعی، اعتیاد، به عنوان یکی از مسائل پیچیده اجتماعی در عصر حاضر است که زمینه ساز بروز بسیاری از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی می‌باشد. به عبارت دیگر رابطه اعتیاد با مسائل اجتماعی ارتباطی دو جانبه است؛ از یک سو اعتیاد، جامعه را به رکود و انحطاط می‌کشاند و از سوی دیگر پدیده‌ای است که ریشه در مسائل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه دارد. اعتیاد گرایش فرد را به اصول اخلاقی و معنوی و ارزش‌های اجتماعی کاهش می‌دهد به طوری که آسیب‌شناسان اجتماعی، اعتیاد را به مثابه «جنگ شیمیایی خانگی» و «جنگ بدون مرز» می‌دانند (هاشمی، ۱۳۸۳: ۱۷).

امروز نخبگان و نهادهای تصمیم ساز و تدبیر پرداز ما باید به این نکته توجه داشته باشند که توجه به سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر حمایت از معتادان ترک کرده نقش بسزایی در پایداری فرآیند ترک در این افراد دارد. شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد حمایت اجتماعی بر سلامت جسمی و روانی افراد ترک کرده مؤثر است. حمایت اجتماعی را می‌توان به عنوان حمایت‌های قابل دسترسی برای یک فرد از طریق پیوندهای اجتماعی با سایر افراد و گروه‌ها تعریف کرد، به عبارت دیگر حمایت اجتماعی را می‌توان به توجه نهادها و سازمان‌های رسمی در قالب حمایت‌های مادی و معنوی از افراد ترک کرده و شبکه‌ای از روابط خانوادگی، دوستان، اعضای اجتماع تعریف کرد که به فرد در مواقع ضروری کمک‌های روانی، جسمانی و مالی ارائه می‌دهند (پاوا^۱ و کان^۲، ۲۰۲۲).

از سوی دیگر، جوانان آسیب پذیرترین گروه در برابر مواد مخدر هستند و به دلیل ناکامی، بحران هویت، ماجراجویی و لذت طلبی و تنوع خواهی، بیش از سایر گروه‌ها در معرض مصرف مواد مخدر می‌باشند (سراج زاده و فیضی، ۱۳۸۴). بنابر آمار ارائه شده از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر (۲۰۱۵) معتادان جمعیتی بالغ بر دو میلیون و هشتصد هزار نفر را شامل می‌شوند، همچنین بنابر این گزارش تعداد افرادی که به شکل تفننی از مواد مخدر استفاده می‌کنند، بالغ بر چهار میلیون و چهارصد هزار نفر است (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۲۰۱۵).

نتایج بررسی‌ها در خصوص عملکرد و دعاوی مطرح شده توسط کمپ‌ها، اقامتگاه‌ها، انجمن‌ها و کلینیک‌های ارائه دهنده خدمات درمان، از جمله اجتماعات درمان‌مدار (TC) و مراکز گذری درمان اعتیاد (DIC) مؤید این امر است که ترک جسمانی مواد مخدر چندان مشکل نیست، بلکه مشکل اصلی، بازگشت مجدد و شروع دوباره وابستگی به مواد مخدر است. مطالعات زیادی شیوع بالای بازگشت به اعتیاد و در کنار آن آمار بالای بازگشت به مصرف مجدد مواد مخدر توسط معتادان پس از رهایی از زندان یا مراکز بازپروری را نشان می‌دهند. بنا بر شواهد بیشترین ریزش درمان در شش ماه اول ترک بوده است. همچنین میزان بازگشت مجدد افراد به اعتیاد در خوش‌بینانه‌ترین حالات بین ۴۲ تا ۹۰ درصد در مطالعات مختلف ارزیابی شده است (بورن و گرو^۳، ۲۰۰۸؛ چینگ^۴ و همکاران، ۲۰۰۷؛ میرسادرو و صداقت، ۱۳۸۹، نیازی و حسینی زاده، ۱۳۹۸). برخی از معتادین در مراکز بازپروری برای چندمین بار اقدام به ترک کرده (اورنگ، ۱۳۶۷: ۵) و حداقل دو نفر از سه نفری که جهت قطع مصرف ترکیبات اقدام نموده‌اند، پس از شش ماه بازگشت داشته‌اند (کاپلان^۵ و سادوک، ۱۹۹۵). بنابر تحقیقات انجام گرفته شده، بیشتر سوءمصرف

1. Phawa, S.
2. Khan, N.
3. Burns & grove
- 4 aChing
5. Caplan

کنندگان مواد پس از سم‌زدایی و ورود به درمان‌های توان بخشی، طی مدت ۹۰ روز پس از شروع درمان، مجدد، دست به مصرف مواد می‌زنند (مک‌کی^۶ و همکاران، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش‌های انجام‌گرفته از این حاکی است که تنها ۲۰ تا ۵۰ درصد بیماران می‌توانند به قطع مصرف مؤثر بعد از یک سال ادامه دهند (فریمن و هکتر^۷، ۱۹۹۸). از نگاه دورکیم (۱۳۸۳) گرچه وجود درصدی از جرائم و آسیب‌ها (نظیر بازگشت‌های به اعتیاد) همواره در جامعه طبیعی قلمداد می‌گردد، اما هنگامی که نرخ یک انحراف به میزان وسیعی گسترش یابد (عود تا ۹۰ درصد مصرف مواد)، حاکی از وضعیت مرضی و نابهنجار است. لذا سوءمصرف مواد و وابستگی به آن، اختلالی مزمن و عودکننده است که قطع طولانی‌مدت آن نیز، دلیل بر درمان قطعی نیست. به عبارتی، افراد وابسته به مواد مخدر هرگز نمی‌توانند به‌طور کامل از بیماری اعتیاد بهبود حاصل کنند، چراکه فرآیند ترک اعتیاد و بهبودی، در اغلب اوقات فرآیندی بازگشت‌کننده است نه خطی و نقطه‌ای (نیازی و حسینی زاده، ۱۳۹۸: ۹).

با توجه به روند بازگشت‌کنندگی اعتیاد و وابستگی به مواد مخدر و هزینه‌های بی‌نهایت زیادی که بر مبنای عود مجدد مصرف‌گریبان‌گیر فرد، خانواده و نظام اجتماعی می‌گردد، همچنین بدین‌جهت 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، این موضوع درخور بحث و بررسی و مذاقه نظری و تجربی بیشتر است که کدام یک از عوامل اجتماعی و فرهنگی، بر ماندگاری و تداوم روند ترک اعتیاد اثرگذار هستند؟

۲- پیشینه پژوهش

۲-۱: پیشینه تجربی

مروری اجمالی بر مطالعات انجام‌گرفته در حوزه اعتیاد نشان می‌دهد که تاکنون پژوهش‌های فراوانی در رابطه با علل و عوامل مؤثر بر گرایش به مصرف مواد مخدر انجام پذیرفته است. به‌عنوان نمونه پژوهش‌های که در حوزه اعتیاد در داخل کشور انجام‌گرفته است می‌توان به کار عبدلی سلطان احمدی و امانی در سال ۱۳۹۵ اشاره کرد که با تحلیل نقشه‌های فازی مبتنی بر دیدگاه متخصصان در زمینه عوامل مؤثر بر سوءمصرف مواد مخدر در بین جوانان به این نتایج دست‌یافته‌اند، از دیدگاه متخصصان، متغیرهای بیکاری، اعتیاد اعضای خانواده و همسالان منحرف به‌عنوان تأثیرگذارترین متغیرها از دیدگاه متخصصان بیان‌گردیده است، سحابی و همکاران در سال ۱۳۹۵ پژوهشی را با عنوان فرا تحلیل تحقیقات انجام‌گرفته در زمینه عوامل مؤثر بر گرایش به اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر در استان کردستان انجام داده‌اند، نتایج این پژوهش نشان داده است که پژوهش‌های انجام‌گرفته در این زمینه از فقر منشاء‌یابی مسئله و تعاریف ناروشن در طرح مسئله رنج می‌برند، با این‌وجود تحقیقات انجام‌گرفته در رابطه با ترک اعتیاد در حوزه علوم اجتماعی بسیار محدود بوده و بیشتر تحقیقات توسط محققان حوزه پزشکی انجام‌گرفته است، در حوزه ترک اعتیاد نیازی و همکاران در سال ۱۳۹۷ پژوهشی را با عنوان بررسی تطبیقی - تلفیقی نقش جهت‌گیری‌های دینی در ترک پایدار انجام داده‌اند که مهم‌ترین نتایج این پژوهش بر این نکته تأکید دارد که در حوزه ترک پایدار، جهت‌گیری‌های دینی و معنوی بیماران در سه حوزه، فرآیند درمان پایای اعتیاد را متأثر می‌سازند. حوزه کارکردهای دینی - درمانی (تحرک و انگیزه بخشی درمانی، نیل به آرامش روان، نفی خود محوری، ادراک جریان یابی معنوی زندگی، تغییر منبع تأیید ارزشی، خودکنترلی درمانی)، حوزه الزامات دینی - درمانی (تحدید مشارکت مناسکی جمعی، پرهیز از مناسک گرای دینی) و ابزار پاک (گروه‌درمانی دینی) را شامل می‌شود. پژوهش دیگری که توسط سجودی و همکاران (۱۴۰۰) تحت عنوان تبیین سبک زندگی سلامت‌محور در ترک پایدار مواد مخدر انجام‌گرفته است، نشان می‌دهد 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 در ترک پایدار اعتیاد اثرگذار است.

6. McKay

7. Friedmann, P.D., Saitz, R., Samet, J. H

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 به‌مثابه 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. فوچسوپر و همکاران^۸ (۲۰۱۸) پژوهشی را با عنوان افزایش امنیت با ترک زود هنگام مواد و اختلالات مرتبط با آن انجام داده‌اند، در این پژوهش محققان نشان داده‌اند که ارتباط مثبتی بین دل‌بستگی ایمن و افزایش پایداری به درمان در گروه‌های همیاری ترک اعتیاد دارد، به‌طور کلی در این تحقیق بر اهمیت نقش سبک‌های دل‌بستگی در درمان اعتیاد به مواد مخدر تأکید گردیده است. پژوهش دیگری که توسط اسکول^۹ و همکاران (۲۰۱۹) با عنوان مرگ‌ومیر ناشی از مصرف بیش از حد مواد مخدر و مواد افیونی در ایالات متحده انجام پذیرفته است، یافته‌های این پژوهش نشان داده است که سالانه ۷۰۰۰۰ نفر در ایالات متحده قربانی سوء مصرف مواد مخدر می‌شوند، این پژوهش نشان می‌دهد که میزان آمار مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد مخدر سالانه در حال افزایش است، پژوهش دیگری که توسط ماتسون^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۸) تحت عنوان فرصت‌هایی جهت پیشگیری از مرگ‌های ناشی از مصرف بیش از حد داروهای مخدر انجام داده‌اند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، گسترش فرآیند درمان در زندان‌ها و مرکز بازپروری سبب کاهش مرگ‌ومیر ناشی از سوء مصرف مواد در بین افراد معتاد شده است. فونیتس و همکاران^{۱۱} (۲۰۲۰) پژوهشی را با عنوان عوامل محافظت‌کننده و خطر آفرین در رابطه با سوء مصرف مواد در بین نوجوانان کشور اسپانیا با تأکید بر نقش عزت‌نفس و سایر شاخص‌های رفاه و بیماری انجام پذیرفته است. محققان بر این عقیده هستند که، عزت‌نفس به‌طور سنتی به‌عنوان یک همبسته مهم در رابطه با سازگاری روانی-اجتماعی در نظر گرفته می‌شود، همچنین به عقیده محققان، رابطه مثبتی بین برخی از حوزه‌های عزت‌نفس و مصرف مواد مخدر در میان نوجوانان وجود دارد. در این پژوهش، عزت‌نفس و سایر شاخص‌های شخصی تعدیل‌کننده اجتماعی و روانی به عنوان عوامل محافظتی یا خطرزا جهت مصرف مواد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند. شرکت‌کنندگان شامل ۶۴۴ نوجوان اسپانیایی ۱۲ تا ۱۷ ساله بودند. در این پژوهش مصرف مواد (سیگار، الکل، ماری‌جوانا و سایر مواد مخدر غیرقانونی)، عزت‌نفس چندبعدی (تحصیلی، اجتماعی، عاطفی، خانوادگی و جسمی) و سایر شاخص‌های رفاه و ناخوشی نوجوانان (مشکلات روانی، رفتار، مشکلات و فرزند پروری) اندازه‌گیری شده‌اند، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که از یک‌سو، مصرف مواد با عزت‌نفس تحصیلی، خانوادگی و جسمانی رابطه منفی معنادار و از سوی دیگر، بین مصرف مواد مخدر و عزت‌نفس اجتماعی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. نتایج این پژوهش از این حاکی است که، فراتر از اهمیت هر یک از عوامل مرتبط با بروز سوء مصرف مواد مخدر، علم پیشگیری باید قبل از هر چیز بتواند تشخیص دهد که آیا متغیرهای اصلی روان‌شناختی (به‌عنوان مثال، عزت‌نفس اجتماعی یا جسمی) عوامل خطر یا محافظت‌کننده جهت مصرف مواد مخدر هستند یا خیر.

با توجه به حجم وسیع تحقیقات انجام شده در حوزه اعتیاد، با این وجود تعداد اندکی از این پژوهش‌ها بر فرآیند ترک اعتیاد تمرکز کرده‌اند، لذا نقطه عطف پژوهش حاضر تأکید بر فرآیند ترک از دیدگاه متخصصان و صاحب نظران حوزه ترک می‌باشد؛ از سوی دیگر، یافته‌های این پژوهش در مقایسه با پیشینه موجود، می‌تواند به عنوان منبعی جهت برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد مورد استفاده قرار گیرد، چرا که پس از شناسایی مؤثرترین و مهم‌ترین عوامل ترک پایدار اعتیاد از دیدگاه متخصصان و خبرگان حوزه ترک اعتیاد، می‌توان با تقویت و ارتقاء عوامل ترک و نیز شناساندن آن‌ها به گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از مسائل آتی جلوگیری به عمل آورد، درنهایت این که، از مزایای اصلی این پژوهش نسبت به پیشینه موجود، ماهیت چند متغیری آن است

8 . Fuchshuber

9 . Scholl

10. Mattson

11 . Fuentes, M. C., Garcia, O. F., & Garcia, F.

که قابلیت اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر ترک پایدار و نیز ارزیابی میزان اثر بخشی روش‌های ترک پایدار اعتیاد را برای جامعه علمی فراهم می‌سازد.

۲-۲: ملاحظات نظری

اعتیاد یک ناهنجاری با نشانه‌های بالینی، رفتاری و شناختی است که در ایجاد آن عوامل اجتماعی و روان‌شناختی از یک طرف و عوامل زیست‌شناختی و دارو شناختی از طرف دیگر نقش دارند. عوامل اجتماعی بیشتر در شروع مصرف و عوامل زیست‌شناختی در ادامه وابستگی نقش دارند (شیخ‌الاسلامی و محمدی، ۱۳۹۵: ۱۴). بنابر تعاریف ارائه‌شده، اعتیاد نوعی وابستگی روانی و جسمانی به مواد مخدر است که از مصرف سبک، آزمایشی و به‌اصطلاح تفریحی شروع شده و به تدریج شکل منظم و سنگین‌تری به خود گرفته و در نهایت منجر به وابستگی جسمانی و سوءمصرف به شکلی حاد در فرد خواهد شد، به شکلی که برای فرد، مصرف مواد با کمیت مشخص و در زمان معین جنبه ضروری و اجباری به خود می‌گیرد، از طرفی اصطلاح ترک پایدار به ماندگاری در درمان، مقاومت در مقابل بازگشت مجدد و فقدان لغزش‌پذیری‌های متعدد، همگی اشاره به مسئله عود نکردن مصرف انواع مواد مخدر نزد معتادان ترک کرده دارد. این امر فرآیندی مثبت و روبه بهبود را در بر گرفته که شامل عدم بازگشت مجدد به مصرف مواد می‌شود، در واقع ماندگاری در درمان، مدت‌زمان و دوره درمانی ترک می‌باشد که فرد معتاد باید بدون لغزش و بازگشت مجدد به سوی این مواد، آن را سپری کند (کشاورز و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۴۵). یکی دیگر از مفاهیم محوری در این پژوهش، لغزش یا بازگشت به مصرف مجدد یا عود اعتیاد است، افراد وابسته به مواد مخدر در جریان درمان و ترک اعتیاد، ممکن است مصرف مواد را کاملاً کنار بگذارند و یا کمتر مصرف کنند که هر دو مورد مثبت ارزیابی می‌شود، در این میان طیف گسترده‌ای از معتادان، فرآیند عود اعتیاد را تجربه می‌کنند، بازگشت به مصرف مواد مخدر یا عود اعتیاد، یک فرآیند منفی شامل بازگشت مجدد به مصرف مواد مخدر یا به‌صورت افزایش مقدار مصرف یا مصرف جدید ولی به شکلی ضعیف‌تر علی‌رغم ترک مصرف و یا انجام حرکات و رفتارهایی است که نشانه‌ای از روی‌آوری مجدد فرد به سمت مواد مخدر است (رحیمی و همکاران، ۱۳۷۱؛ فلاح زاده و حسینی، ۱۳۸۵). با این حال، بین بازگشت کامل، لغزش و بازگشت موقت تفاوت‌هایی وجود داد (جورجولیس^{۱۲}، ۲۰۰۹). لغزش، به یکبار مصرف مواد پس از ترک آن یا به‌نوعی بازگشت گذرا اطلاق می‌گردد، به شکلی که فرد معتاد تعهدش به پرهیز را نقض کرده، اما به سطوح قبلی مصرف بازنگشته است؛ بدین لحاظ بازگشت موقت ضرورتاً به بازگشت کامل منجر نمی‌گردد. بازگشت مشکل‌ساز به معنی مصرف مداوم و دوباره بعد از ترک اعتیاد اطلاق می‌گردد. بسته به نوع مدل بازگشت و بهبود، یک بازگشت ضرورتاً نشانگر شکست درمان نیست، فرد معتاد ممکن است بدون برگشت به مصرف منظم، مصرف کند و متخصصان تشخیص دهند که یک معتاد ممکن است بازگشت موقت داشته باشد و گاهی بدون برگشت به مصرف کامل، لغزش داشته باشد (شیخ‌الاسلامی و محمدی، ۱۳۹۵: ۱۹). برخی از محققان بر این اعتقادند که عود یک اتفاق یا فرآیند سختی نظیر بازگشت مجدد اعمال و رفتارهایی که حکایت از قریب‌الوقوع بودن عود دارد، محسوب می‌شود. به‌عنوان مثال فردی که مصرف مواد را ترک می‌کند، ولی مجدداً به مکان‌هایی که از آنجا مواد را تهیه می‌کرده سر می‌زند یا مجدداً با دوستان معتاد خود ارتباط برقرار می‌کند و یا ارتباط درمانی خود را کاهش می‌دهد، یا کسی که علیرغم ترک مواد، مصرف مواد جدید ولی ضعیف‌تر را شروع می‌کند احتمالاً به سمت عود می‌رود (گلستانی، ۱۳۸۷: ۸۷). به‌طور کلی، منظور از لغزش یا عود اعتیاد، بازگشت موقت یا دائمی به فرآیند مصرف مواد مخدر در دوره‌های زمانی کوتاه (چند هفته یا چند ماه) پس از طی کردن فرآیندهای درمانی و پاک‌ی مقطعی می‌باشد. این میزان بازگشت از ۲۰ تا ۹۰ درصد متغیر بوده و بسته به این‌که عوامل نظام اجتماعی و درمانی تا چه اندازه توانسته‌اند فرد معتاد را در بر گرفته و کنترل کنند، کم و زیاد می‌شود (نیازی و حسینی زاده، ۱۳۹۷: ۲۵).

بازگشت مجدد بعد از فرآیند ترک و به تعبیری عود اعتیاد، یک انتخاب فردی نیست. دیدگاه‌های نظری در حوزه جامعه-شناختی به تبیین نیروهای ساختاری و فرهنگی تأثیر گذار بر بازگشت مجدد به سمت سوءمصرف مواد مخدر می‌پردازند، به طور کلی نظریات جامعه‌شناسی دسته‌بندی‌های مختلفی در رابطه با مسائل و آسیب‌های اجتماعی ارائه داده‌اند، جدیدترین این دسته‌بندی این است که، کجرفتاری اجتماعی به دو شکل اثبات‌گرا و برساخت‌گرا مورد تحلیل قرار گرفته است (صدیق سروستانی، ۱۳۸۶: ۴۳). بر این اساس، اثبات‌گرایان کجرفتاری را پدیده‌ای واقعی، جبری و عینی می‌دانند و علل کجرفتاری را خارج از اراده و اختیار فرد کجرو می‌دانند، اما رویکرد برساخت‌گرایان به کجرفتاری، نسبت‌گرا و ذهن‌گراست و کجرفتاری را عملی می‌دانند که با اختیار شخص انجام می‌شود (همان: ۳۵). به‌طور کلی رویکرد اثبات‌گرا کجرفتاری را پدیده‌ای واقعی، عینی و اجباری دانسته و سه دسته نظریه ذیل این پارادایم قرار می‌گیرند که عبارت‌اند از: نظریه‌های فشار اجتماعی، نظریه‌های یادگیری اجتماعی و نظریه‌های کنترل اجتماعی. در تشریح هر یک از این نظریه به شکلی مختصر، نظریه‌های فشار اجتماعی اساساً با این سؤال که چرا مردم کجرفتاری می‌کنند و با این پاسخ که عوامل فشارزا سبب بروز کجرفتاری می‌شوند کجرفتاری را تبیین می‌کنند، مهم‌ترین نظریه‌پرداز این دیدگاه نظری رابرت مرتن است (نامور و همکاران، ۱۳۹۹: ۸۸). نظریه یادگیری اجتماعی کجرفتاری و هم‌نواپی را فرآیندهایی مبتنی بر آموزش و یادگرفتنی توصیف کرده و معتقد است که هنجارها و ارزش‌های انحرافی به‌ویژه در چارچوب گروه همسالان و خرده‌فرهنگ‌ها یاد گرفته می‌شوند (صدیق سروستانی، ۱۳۸۶: ۵۰). همچنین، نظریه‌های کنترل اجتماعی علت اصلی بروز کجرفتاری را نبود کنترل اجتماعی دانسته و فرض اصلی آن‌ها این است که کجرفتاری بیشتر از آن‌که ناشی از نیروی محرک به سوی ناهنجاری باشد، محصول عدم متابعت است (غفاری‌فر، ۱۳۸۱: ۴).

رویکرد برساخت‌گرایی به موضوع کجرفتاری ظریف‌تر و انسان‌گرایانه‌تر نگاه کرده و فرضیه اصلی خود را بر نسبت‌گرایی، ذهن‌گرایی و اختیار‌گرایی استوار کرده است. کجرفتاری در این دیدگاه نظری، در جامعه ساخته و پرداخته و به وسیله جامعه و در جامعه تعریف می‌شود، این رویکرد بجای سبب‌شناسی که هدف اصلی پارادایم اثبات‌گرایانه است، به دنبال پاسخ به این سوالات است که چرا گروه‌های مختلف مردم معناهای متفاوتی را به کجرفتاری نسبت می‌دهند و چطور این معناها بر رفتار مردم تأثیر خواهد گذاشت. در این پارادایم سه دسته نظریه موجود است که عبارت‌اند از: نظریه انگ‌زنی، نظریه پدیدارشناسی و نظریه تضاد. به‌طور مختصر نظریه انگ‌زنی عمدتاً به پیامدهای تعامل بین کجرفتار و جامعه هم‌نوا، به‌ویژه کنترل اجتماعی، پرداخته و تحلیل‌های خود را بیشتر بر واکنش‌های دیگران (کسانی که قدرت تعریف رفتار دیگران را دارند) نسبت به افراد یا کنش‌ها و ارزیابی منفی آن متمرکز بوده و به تعریف کجرفتاری و پیامدهای اعمال کنترل اجتماعی قرار می‌دهند (علی‌وردی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۱: ۳). نظریه پدیدارشناسی، کجرفتاری را از دیدگاهی ذهنی تفسیر می‌کند، به این معنا که فقط تفسیر ذهنی کجرفتار از کجرفتاری خویش واقعی است و به همین دلیل باید تفاسیر ذهنی مردم از کجرفتاری مورد توجه قرار بگیرد (میرحسینی، ۱۳۹۵: ۱۲۰). رویکرد تضاد نیز بر اهمیت تفاوت قدرت سیاسی، اجتماعی و اقتصادی گروه‌های ذی‌نفع اجتماعی و چگونگی تأثیر آن بر رفتارها و ارزش‌های مربوط به سوءمصرف مواد مخدر تأکید دارد. از این دیدگاه، سوءمصرف مواد مخدر واکنشی است به نابرابری موجود در نظام سرمایه‌داری (صدیق سروستانی، ۱۳۸۶: ۲۰۱). دیدگاه‌های اجتماعی که با رویکرد تضاد به مسائل و انحرافات اجتماعی پرداخته‌اند، در اغلب موارد انحراف و جرم را برآمده از تضاد طبقاتی، روابط مالکیت و نظام‌های تولیدی و به شکل کلی ساخت اجتماعی و اقتصادی می‌دانند. نظریه‌پردازان دیدگاه تضاد به ارتباط بین انحرافات اجتماعی با سلطه طبقاتی و قدرت، دولت و نظام کیفری وابسته به طبقه حاکم، توزیع نابرابر قدرت و بنگاه‌های سرمایه‌داری و اقتصادی می‌پردازند.

با توجه به مباحث نظری مطرح‌شده، در تبیین عوامل تأثیرگذار بر ناتوانی در ترک پایدار اعتیاد، وفور و دسترسی آسان به مواد مخدر در بسیاری از مناطق شهری و روستایی ایران می‌باشد، به شکلی که در اکثر مناطق شهری می‌توان به مواد مخدر دسترسی

پیدا کرد، چنانچه بنابر اظهارات برخی از افراد معتاد، می‌توان با داشتن هزینه خرید یک بسته سیگار معمولی، مواد مورد نیاز را تهیه کرد (موسوی، ۱۳۸۹). داشتن نگرش منفی نسبت به مواد مخدر از دیگر عوامل تأثیرگذار بر پدیده ترک پایدار اعتیاد است، نتایج مطالعات انجام‌گرفته در رابطه با اعتیاد به مواد مخدر از این حاکی است که نگرش منفی در اطرافیان سبب تداوم ترک در افراد خواهد شد، همچنین هنجارمندی در زندگی اجتماعی به شرایطی اطلاق می‌گردد که مجموعه‌ای از قواعد و هنجارها بر زندگی فرد تسلط یافته و فرد خود را تابع آن‌ها بداند، آنومی یا بی‌هنجاری نیز وضعیتی مقابل هنجارمندی است که طی آن مجموعه‌ای از قواعد حاکم بر کارکردهای اجتماعی ناپدید شده یا کارکرد خود را از دست داده‌اند (کوزر و روزنبرگ، ۱۳۹۳: ۴۳). یکی از ابعاد آنومی اجتماعی، بی‌هنجاری فرهنگی است که در سطح رفتارهای اجتماعی قابل تشخیص بوده و وضعیتی است که رفتارهای افراد و گروه‌های اجتماعی در جامعه خارج از دایره هنجارها صورت می‌گیرد. این وضعیت ناشی از ضعف هنجارهای اجتماعی بوده و در قالب نامنی اجتماعی، انحرافات فردی، فساد اخلاقی و سوءاستفاده از روابط اجتماعی قابل مشاهده است. هنجارهای فرهنگی، باید و نیاید رفتارهای رفتاری هستند که به‌عنوان قالب عملکردهای اجتماعی در جامعه وجود داشته و هرگاه قدرت اعمال نفوذ خود بر عملکردها را از دست بدهند، پیامد آن آنومی فرهنگی است. در این شرایط جامعه دچار تغییرات سریع فرهنگی شده، خودباختگی فرهنگی پدید آمده، ارزش‌ها روز به روز تغییر می‌کند و اختلال هنجاری ایجاد می‌شود و شرایط برای شکل‌گیری انحرافات اجتماعی نظیر اعتیاد فراهم می‌گردد (مظفر و همکاران، ۱۳۸۸). با توجه به مسئله پایداری در ترک اعتیاد، می‌توان موضوع آنومی فرهنگی را از بعد سلبی نگریده و هنجارمندی زندگی را به مثابه متغیر مؤثر بر ترک پایدار اعتیاد در نظر گرفت و نقش ابعاد آن در ماندگاری، مقاومت و انقطاع مصرف مواد مخدر را مورد کندوکاو قرار داد، به عبارتی دیگر؛ زمانی که فرد معتاد نسبت به وضعیت فعلی خود ناامید بوده و امیدی به آینده برای رهایی و بهبودی و خلاصی از اعتیاد ندارد، و نسبت به دیگران، دیدگاه خوشایندی نداشته و در این اندیشه است که سایرین اعم از خانواده، دوستان و به‌طور کلی جامعه، تلاشی برای درمان و توانمندی وی انجام نمی‌دهند و بدین لحاظ نسبت به وضعیت ناخوشایندی که وی در آن قرار گرفته است، بی‌توجه هستند، در شرایطی که فرد معتاد نسبت به تمامی امور شخصی و اجتماعی خود به دیده تردید نگریده و رویکرد مبتنی بر بی‌اعتنایی اتخاذ می‌کند، این بی‌اعتنایی سبب می‌گردد که اهمیت زندگی و در جامعه بودن، درگیری و مشغولیت‌های اجتماعی وی کاهش یابد و هیچ چسبی میان او و زندگی پیوندی ایجاد نکنند، زمانی که فرد معتاد احساس می‌کند که زندگی‌اش عاری از هرگونه متن و محتوایی است، دل‌خوشی و امیدواری و زندگی در آن جریان ندارد، هیچ‌گونه دست‌آویز و نقطه‌ای برای رهایی از رنج و سختی‌های ناشی از اعتیاد در آن وجود ندارد و بی‌معنایی در سراسر زندگی‌اش موج می‌زند و آشفتگی، شخصیت وی را در بر گرفته است، در این شرایط است که چرخه ترک اعتیاد، توانی جهت پیشروی نخواهد داشت، هرگونه محرکی هرچند کوچک به سرعت جرقه بازگشت به اعتیاد را خواهد زد و فرآیند ترک اعتیاد، پایداری کوتاه‌مدتی خواهد داشت (نیازی، ۱۳۹۷). در مقابل، اگر این وضعیت آنومیک فرهنگی از متن زندگی اجتماعی معتادین رخت بریندد و افراد در آستانه ترک، به لحاظ فرهنگی در زندگی خود با نوعی قانونمندی و هنجارمندی مواجه باشند که راه و رسم زندگی را بدان‌ها آموخته و مهارت‌های اجتماعی‌شان را برای مقابله با مشکلات بهبود بخشد و حمایت کافی از آن‌ها در برابر ناملایمات به عمل آورد، خواهند توانست در این فرآیند، مقاومت و پایداری از خود نشان دهند و ماندگاری‌شان در این فرآیند، تداوم بیشتری خواهد یافت، بدین لحاظ یکی از عوامل مهم در ماندگاری و ترک اعتیاد، هنجارمندی زندگی افراد وابسته به مواد مخدر می‌باشد، یعنی اینکه افراد به جای بدبینی نسبت به زندگی خود و دیگران، نوعی امیدواری و خوش‌بینی را جایگزین کنند و چشم انداز مثبتی نسبت به زندگی خویش و سایرین داشته باشند، بجای بی‌اعتنایی نسبت به زیست‌پذیری فردی و اجتماعی، توجه خود را به نقاط و نکات درخشان زندگی و حیات متمرکز کرده، زندگی فردی و خانوادگی برایشان دلگرمی ایجاد کند و امید به رهایی و پیوستن به خانواده و پذیرش دوباره جامعه در زندگی آن‌ها موج زند، به‌جای سردرگمی، تشویش و اغتشاش در هنجارهای متناسب زندگی، راه و روش و اصول صحیحی برای زندگی

برگزیده و بدون معیار و الگوهای صحیح، زیست نکنند و در نهایت در مقابل بی‌محتوایی و بی‌معنایی که جزئی از زندگی در دوران اعتیاد می‌باشد، رویکرد هدفمند و سامانمندی در مقابل زندگی خود قرار داده و اهداف مطلوب و بلند مدت زندگی اجتماعی خود را ترسیم نمایند. زمانی که فرد معتاد این معیارها و ملاک‌های هنجاری یک زیست مطلوب را اتخاذ کرده و عمل بدان‌ها را سرلوحه زندگی خود قرار دهد، خواهد توانست پایداری بیشتری در فرآیند ترک اعتیاد نشان دهد، چرا که زندگی وی دیگر دچار آنومی و بی‌هنجاری نبوده و از ملاک‌های صحیح عمل و زندگی و امید به زندگی بالایی برخوردار است. لذا به‌جای توجه به اعتیاد و تخریب، به سازگاری زندگی فکر خواهد کرد.

شاخص‌های پژوهش

مهم‌ترین شاخص‌هایی که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته‌اند عبارتند از: سلامت روان، بی‌هنجاری، دینداری، پایگاه اقتصادی - اجتماعی، گروه دوستان، کنترل اجتماعی و ترک اعتیاد. انتخاب شاخص‌های فوق به دلیل تأکید پژوهش‌های پیشین بر میزان اثرگذاری این شاخص‌ها بر پدیده ترک اعتیاد بوده است. در واقع در اکثر پژوهش‌های انجام گرفته و همچنین رویکردهای نظری تبیین‌کننده ترک اعتیاد شاخص‌های ذکر شده به عنوان مهم‌ترین عوامل مورد تأکید قرار گرفته‌اند، لذا محققان در این پژوهش با بهره‌گیری از این پشتوانه نظری و تحقیقاتی دست به انتخاب شاخص‌های فوق زده و در مراحل بعد جهت وزن دهی آنها را در اختیار خبرگان قرار داده‌اند. بر این اساس شاخص سلامت روان از دیدگاه «کارل مننجر» به حداکثر میزان سازش فرد با جهان اطرافش اطلاق می‌گردد که سبب درکی عمیق همراه با رضایت از زندگی می‌شود (شجاع نبوی و همکاران، ۱۳۹۰: ۶۱). اثرگذاری ساختارهای اجتماعی در قالب ایفای نقش و منزلت حاصل از آن بر وضعیت سلامت روان و اختلالات روانی در فرد معتاد یا فردی که اقدام به ترک کرده است بسیار حائز اهمیت است، این ساختارها به دو شکل اثرگذاری خود را نشان می‌دهند: اول ایفای نقش‌های اجتماعی درون هر منزلت اجتماعی، قادر خواهد بود فرد ترک کرده را در معرض انواع عوامل استرس‌زا و فشار قرار دهد. در واقع میزان فشار و استرس منزلت‌ها و نقش‌های اجتماعی به شکل یکسانی توزیع نگردیده است، به نحوی که برخی از نقش‌ها و منزلت‌های اجتماعی تأثیر بیشتری بر فرد دارند. دوم دارندگان منزلت‌های اجتماعی و نقش‌ها منابع متفاوتی در مقابله با این شرایط استرس‌زا دارند، مسلماً فردی که معتاد بوده و سپس ترک کرده است منزلت اجتماعی پایین‌تری نسبت به فرد عادی که سابقه مصرف مواد مخدر نداشته است را دارد. همچنین مفهوم هنجارمندی زندگی از عوامل مهم و مؤثر بر فرآیند ترک پایدار اعتیاد می‌باشد این مفهوم در مقابل بی‌هنجاری یا آنومی قرار می‌گیرد. امیل دورکیم جامعه‌شناس معروف فرانسوی بی‌هنجاری یا آنومی را حالت و یا صفتی می‌داند که باعث می‌شود مجموعه‌ای از قواعد حاکم کارکرد خود را از دست بدهند (کوزر و روزنبرگ، ۱۳۹۳: ۲۳-۴۳). شاخص دیگر مفهوم دینداری است، اصطلاح دین‌داری جهت توصیف میزان تعهدی است که یک فرد یا اجتماع به یک نظام باور دینی دارند، مورد استفاده قرار می‌گیرد (رنزتی، ۱۹۹۸). دین‌داری و اعتقادات مذهبی تا حد زیادی از تأثیر فشارهای زندگی بر فرد که سبب گرایش به مصرف مواد مخدر می‌شود، کاسته و در فرآیند ترک اعتیاد بسیار مؤثر است؛ یک مفهوم عقل سلیم و یک ادعای نظری از متافیزیک دینی این است که دین‌داری با رفتارهای اخلاقی ارتباط علی و ارتباط مثبت دارد (دیستی و همکاران، ۲۰۱۵). چهارمین شاخص عبارت است از پایگاه اقتصادی - اجتماعی، منظور از پایگاه اقتصادی - اجتماعی، موقعیتی است که فرد و یا خانواده با رجوع به استانداردها و معیارهای رایج درباره خصوصیات فرهنگی، دارایی‌های مادی، درآمد مؤثر و مشارکت در فعالیت‌های گروهی به دست می‌آورد. همچنین صاحب‌نظران دیدگاه کنترل اجتماعی بر این اعتقادند که کنترل اجتماعی ادامه فرآیند جامعه‌پذیری بوده و این روند سبب هم‌نوایی بیشتر افراد خواهد شد، به تعبیری دیگر آن‌ها جامعه‌پذیری را نوعی هم‌نوایی داوطلبانه و اختیاری می‌دانند، با این وجود زمانی که هم‌نوایی به شکلی اختیاری انجام نگیرد، ساخت کارها و عملکردهای کنترل اجتماعی جهت انتقال و اجرای هنجارها و انتظارات اجتماعی به کار گرفته خواهد شد.

به بیانی دیگر در فرآیند اجتماعی شدن ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی آموزش داده شده و به وسیله کنترل اجتماعی ضمانت اجرایی پیدا خواهند کرد (فرنٲ، ۱۳، ۱۹۹۵: ۲۷۶). شاخص ششم عبارت است از گروه دوستان بر این اساس دوستان و همسالان به‌عنوان یکی از اساسی‌ترین عوامل تأثیرگذار در نظر گرفته شده است. مطالعات مقطعی یک همبستگی قوی میان رفتار مشکل‌دار همسالان نظیر مصرف مواد مخدر و رفتار مشکل‌دار فرد پیدا کرده‌اند. مفهوم نفوذ همسالان نشان دهنده این امر است که فرد، مصرف مواد مخدر در برابر افراد دیگر را زمانی شروع می‌کند که مصرف مواد مخدر توسط دوستانش را مشاهده کند.

۴- روش پژوهش

روش انتخابی این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، روش دیماتل است. روش دیماتل به‌طور عمده برای بررسی مسائل بسیار پیچیده جهانی و استفاده از قضاوت خبرگان در زمینه‌های علمی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی به کار گرفته می‌شود (ترویسیک و همکاران، ۲۰۰۳). این روش از ویژگی‌های متعددی برخوردار است، از اینکه فرآیندی کارا در شناسایی سلسله مراتب و روابط بین عوامل سیستم است. این شیوه که از انواع روش‌های تصمیم‌گیری بر پایه مقایسه‌های زوجی است با بهره‌گیری از نظرات خبرگان در استخراج عوامل موجود در سیستم، ساختار دهی سیستماتیک به آن‌ها و با به کارگیری اصول نظریه گراف، ساختاری سلسله مراتبی از عوامل موجود در سیستم همراه با روابط تأثیرگذاری و تأثیرپذیری متقابل عناصر مذکور فراهم می‌آورد. به‌گونه‌ای که شدت اثر روابط مذکور به صورت کمی مشخص می‌شود (لین و ویو، ۲۰۰۸، اصغرپور، ۲۰۰۷).

جامعه آماری پژوهش

به منظور هدایت روش دیماتل، پس از تنظیم شاخص‌ها و پرسشنامه، بایستی نظر خبرگان در مورد این شاخص‌ها به کار گرفته شود. بر اساس نظر اصغرپور (۱۳۸۲)، نمونه آماری اغلب مطالعات مبتنی بر روش دیماتل، ۱۰ تا ۱۲ خبره انتخابی است. البته در برخی از مطالعات از تعداد بیست پرسش شونده استفاده شده است، باید توجه داشت در این فرآیند عامل مهم‌تر، کیفیت نظر خبرگان است (اصغرپور، ۱۳۸۲). انتخاب نمونه‌های پژوهش، بر مبنای معیارهایی همچون اساتید دانشگاه‌ها و مؤسسات عالی کشور در حوزه آسیب‌شناسی اعتیاد، ترک اعتیاد و شناخت شاخص‌های مورد استفاده در این پژوهش بوده است. فرآیند ارائه شاخص‌ها به خبرگان به این شکل بوده است که با توجه به تعاریف ارائه شده از قبل در مورد هر یک از شاخص‌ها، تمامی خبرگان تعریف یکسانی از مقولات ارائه شده داشته‌اند. بر این اساس تعداد ۱۳ پرسشنامه بین خبرگان توزیع و سپس تکمیل و جمع‌آوری شد. گفتنی است برای افزایش ضریب اطمینان و صحت پاسخ‌های دریافتی، عوامل پژوهش به گونه‌ای تعیین شدند که در صورت عدم دانش مورد لزوم، پاسخ دهنده قادر به پاسخ‌گویی کامل نبوده است.

اجرای روش

مراحل تکنیک دیماتل به شرح زیر است:

گام اول: عناصر تشکیل‌دهنده مورد بررسی همان عوامل اولیه را مشخص می‌نماییم.

گام دوم: عناصر مفروض را در رئوس یک دیاگرام قرار داده و روابطی که می‌بایست حاکم بر ارتباطات بین ایستگاه یا رئوس باشد را معلوم می‌نماییم.

گام سوم: قانون تصمیم‌گیری گروهی به منظور توافق جمعی از قضاوت خبرگان را برای رابطه ممکن بین هر دو عنصر f_1 و f_2 مشخص می‌نماییم.

گام چهارم: شدت روابط نهایی عناصر را از خبرگان خواستار شده و بر روی دیاگرام مشخص می‌نماییم.

گام پنجم: امتیازات نهایی از دیاگرام قدم چهارم را به صورت ماتریس نشان می‌دهیم.

گام ششم: هر ورودی از ماتریس را در معکوس بیشترین مجموع ردیفی از آن ماتریس ضرب می‌کنیم این عمل ضرب موجب انحراف از روند حاکم بر پاسخ‌های موجود نمی‌گردد، زیرا آن پاسخ‌ها را برای روابط ممکن به صورت مستقیم و به وضوح آثار غیرمستقیم از عناصر بر یکدیگر کمتر از آثار مستقیم آن‌ها خواهد بود.

گام هفتم: مجموع دنباله نامحدود از آثار مستقیم از عناصر بر یکدیگر (توأم با کلیه بازخوردهای ممکن) را به صورت یک تصاعد هندسی، بر اساس قوانین موجود از گراف‌ها، محاسبه می‌کنیم.

گام هشتم: شدت روابط غیرمستقیم از عناصر موجود بر یکدیگر را محاسبه می‌کنیم.

گام نهم: سلسله‌مراتب یا ساختار ممکن عناصر را مشخص نمودیم، ترتیب نفوذ عناصر بر دیگر عناصر و یا تحت نفوذ قرار گرفتن آن‌ها به طور مسلم، مشخص‌کننده ساختار ممکن از سلسله مراتب آن عناصر در بهبود یا حل مسئله خواهد بود. که در آخر منتج به یک تصمیم‌گیری گروهی و علمی خواهد شد که بتوانیم به رتبه‌بندی عوامل مؤثر در شاخص‌های ترک اعتیاد پایدار دست یابیم.

۵- تحلیل یافته‌ها

با استفاده از تکنیک دیماتل و منطبق بر الگوی مفهومی پژوهش، به طور جداگانه هر یک از مؤلفه‌ها از حیث میزان و درجه اهمیت و همچنین وضعیت علت یا معلول بودن عوامل ترک پایدار اعتیاد مورد تحلیل قرار می‌گیرند. ساختار تکنیک دیماتل به گونه‌ای است که از حیث میزان تأثیر، مؤلفه‌ها یا تأثیرگذارند یا تأثیرپذیر. به بیان دیگر؛ یا علت و ریشه‌اند یا معلول و نتیجه. این یکی از کاربردها و اصول مطلوب این تکنیک است؛ چرا که به واسطه آن، تصمیم‌گیری در رابطه با اقدام بهبود و بهره‌برداری از داده‌ها را ساده‌تر می‌کند. بنابراین، در این پژوهش نیز به ازای هر بعد، ابتدا عوامل از حیث علت و معلولی تفکیک می‌شوند. سپس با استناد به طبقه خود، اولویت‌بندی خواهند شد. این مسئله، پژوهش را هدایت کرده، به محققان و تصمیم‌گیران در جهت بهره‌برداری از داده‌ها و نتایج پژوهش کمک مؤثری می‌کند.

تصمیم‌گیری گروهی به منظور توافق جمعی از قضاوت خبرگان را برای رابطه ممکن بین دو عنصر مشخص می‌کند. روابط نهایی از عناصر با استفاده از آن قانون (و با توجه به قضاوت جمعی از خبرگان) را مشخص نموده و دیاگرام نظیر آن‌ها را رسم می‌کنیم.

جدول ۱- مقیاس اندازه اثر بر مبنای قضاوت خبرگان

مقدار عددی	ترجیحات قضاوت عددی
۰	بدون اثرگذاری (کاملاً اثرپذیر)
۱	بسیار کم اثرگذار
۲	اثرگذاری کم
۳	اثرگذاری زیاد
۴	بسیار اثرگذار

ارزیابی مدل بر اساس الگوی دیماتل

برای بررسی ارتباط عناصر، ابتدا ماتریس \hat{M} جدول ۲ بر مبنای میانگین نظرات خبرگان در مورد شدت روابط عوامل، تشکیل شد. سپس با ضرب هر ورودی ماتریس در عکس بیش‌ترین مجموع ردیفی آن (a) ماتریس روابط نرمال (M) تشکیل گردید.

جدول ۲- ماتریس \hat{M}

M	ترک اعتیاد	کنترل اجتماعی	گروه دوستان	پایگاه اقتصادی - اجتماعی	دین‌دار ی	بی- هنجاری	سلامت روان
ترک اعتیاد	۰	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۰۷	۰/۱۵	۰/۱۵	۰/۱۵
کنترل اجتماعی	۰/۲۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰
گروه دوستان	۰/۲۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰
پایگاه اقتصادی - اجتماعی	۰/۰۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰
دین‌داری	۰/۱۵	۰	۰/۱۵	۰/۱۵	۰	۰	۰
بی‌هنجاری	۰/۱۵	۰/۰۷	۰/۱۵	۰/۱۵	۰	۰	۰
سرمایه فرهنگی	۰/۱۵	۰/۱۵	۰/۱۵	۰/۱۵	۰/۲۳	۰	۰

پس از تشکیل ماتریس نرمال، با تشکیل ماتریس $M(I-M)^{-1}$ ، شدت مجموع روابط مستقیم بین عوامل محاسبه شد، که در جدول دو قابل مشاهده می‌باشد، بر این اساس بیشترین عدد ارائه شده در رابطه با شبکه ارتباطی شاخص‌ها برابر با ۰/۲۳ است که مربوط به شبکه ارتباطی شاخص‌های کنترل اجتماعی و گروه دوستان و شبکه ارتباطی دینداری و سرمایه فرهنگی می‌باشد، در این راستا نظریه‌های کنترل اجتماعی علت اصلی بروز کج‌رفتاری را نبود کنترل اجتماعی دانسته و فرض اصلی آن‌ها این است که کج‌رفتاری بیشتر از آن‌که ناشی از نیروی محرک به‌سوی ناهنجاری باشد، محصول عدم متابعت است؛ همچنین کمترین عدد ارائه شده نیز ۰/۰۷ است که مربوط به شبکه ارتباطی شاخص بی‌هنجاری و کنترل اجتماعی است.

جدول ۳- ماتریس شدت مجموع روابط مستقیم بین عوامل مدل

R	سلامت روان	بی-هنجاری	دین‌داری	پایگاه اقتصادی - اجتماعی	گروه دوستان	کنترل اجتماعی	ترک اعتیاد	m(I-m)-1
۱/۸۵	۰/۱۹۷	۰/۱۹۷	۰/۲۴۳	۰/۱۹۷	۰/۳۹۴	۰/۳۴۲	۰/۲۸۳	ترک اعتیاد
۰/۶۵۸	۰/۰۴۶	۰/۰۴۶	۰/۰۵۶	۰/۰۴۵	۰/۰۹۱	۰/۰۷	۰/۲۹۶	کنترل اجتماعی
۰/۶۵۸	۰/۰۴۶	۰/۰۴۶	۰/۰۵۶	۰/۰۴۵	۰/۰۹۱	۰/۰۷۹	۰/۲۹۶	گروه دوستان
۰/۲۱۹	۰/۰۱۵	۰/۰۱۵	۰/۰۱۹	۰/۰۱۵	۰/۰۳۰	۰/۰۲۶	۰/۰۹۹	پایگاه اقتصادی - اجتماعی
۰/۸۸۲	۰/۰۴۰	۰/۰۴۰	۰/۰۴۹	۰/۱۹۳	۰/۲۳۳	۰/۰۶۹	۰/۲۵۸	دین‌داری
۱/۰۰۹	۰/۰۴۳	۰/۰۴۳	۰/۰۵۳	۰/۱۹۷	۰/۲۴۰	۰/۱۵۲	۰/۲۸۱	بی‌هنجاری
۱/۵۷۱	۰/۰۵۶	۰/۰۵۶	۰/۳۰	۰/۲۴۵	۰/۳۰۱	۰/۲۵۱	۰/۳۶۳	سلامت روان
	۰/۴۴۲	۰/۴۴۲	۰/۷۷۵	۰/۹۲۸	۱/۳۸۱	۰/۹۹۷	۱/۸۷۶	j

ماتریس شدت مجموع روابط مستقیم بین عوامل در جدول ۳ نشان دهنده این است که بیشترین رابطه مستقیم حاصل شده برابر با ۱/۵۷۱ مربوط به شاخص سلامت روان است، که نشان دهنده این واقعیت است که شاخص فوق با سایر شاخص‌های ارائه شده بیشترین میزان رابطه را دارا می‌باشد، همچنین شاخص پایگاه اقتصادی - اجتماعی با میزان ۰/۲۱۹ کمترین میزان ارتباط مستقیم با سایر شاخص‌ها را دارد.

محاسبه ماتریس نرمالیزه شده:

در ابتدا و بر اساس قدم‌های فوق‌الذکر اقدام به محاسبه ماتریس ارتباطات M و $M(I-M)^{-1}$ توسط نرم‌افزار EXCEL انجام شده که در ادامه ارائه خواهد شد. بعد از به دست آوردن ماتریس روابط مستقیم محاسبه شدت روابط $M(I-M)^{-1}$ شدت روابط مستقیم و $M^2(I-M)^{-1}$ شدت روابط غیرمستقیم انجام می‌گیرد.

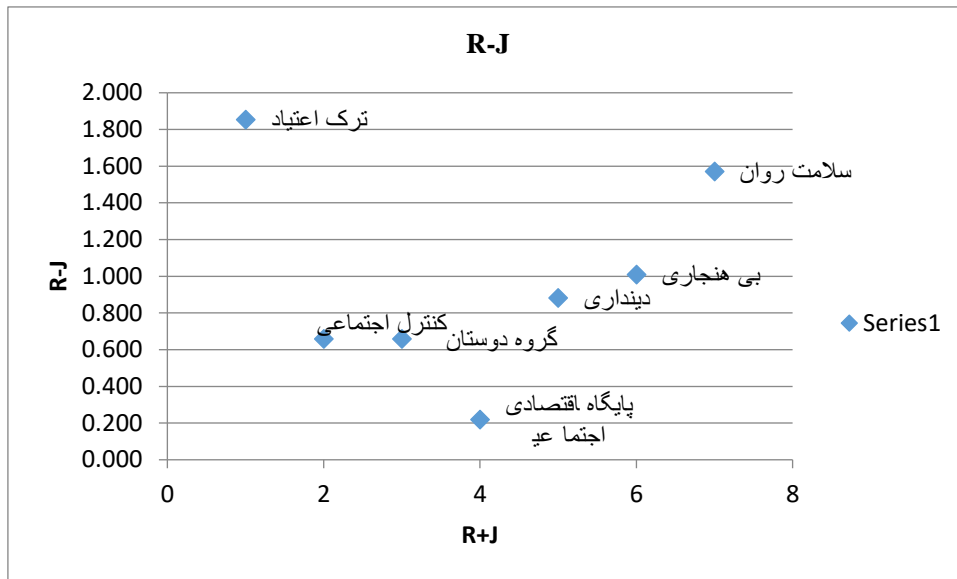
از آنجایی که مجموع دنباله نامحدود از آثار مستقیم و غیرمستقیم از عناصر بر یکدیگر به صورت یک تصاعد هندسی محاسبه می‌شوند، آثار غیرمستقیم در طول زنجیره پیوسته کاهش یافته و از دیاگرام حذف خواهد شد. به این معنا که صرفاً تأثیر مستقیم ضرایب باقی می‌ماند و ضرایب غیر مستقیم از دیاگرام حذف می‌شوند؛ به عنوان مثال در اثر گذاری شاخص سلامت روان بر ترک اعتیاد، در این دیاگرام شاخص‌های واسط حذف می‌شوند و صرفاً تأثیر مستقیم این شاخص بجای می‌ماند، این امر در رابطه با سایر شاخص‌ها نیز صادق است، به این معنا که عدد ۱/۸۵ برای شاخص ترک اعتیاد نشان دهنده شدت روابط مستقیم این شاخص با سایر شاخص‌ها است و روابط غیر مستقیم لحاظ نگردیده است.

جدول ۴- نتایج حاصل از تحلیل با استفاده از تکنیک دیپاتل برای ترک اعتیاد

متغیرها	بر اساس بیشترین مجموع ردیفی (R)	بر اساس بیشترین مجموع ستونی (J)	بر اساس (R+J)	بر اساس (R-J)	رتبه‌بندی عوامل
ترک اعتیاد	۱/۸۵۳	۱/۸۷۶	۳/۷۳۰	-۰/۰۲۳	۴
کنترل اجتماعی	۰/۶۵۸	۰/۹۹۷	۱/۶۵۵	-۰/۳۳۸	۵
گروه دوستان	۰/۶۵۸	۱/۳۸۱	۲/۰۳۹	-۰/۷۲۲	۷
پایگاه اقتصادی - اجتماعی	۰/۲۱۹	۰/۹۳۸	۱/۱۵۸	-۰/۷۱۹	۶
دین‌داری	۰/۸۸۲	۰/۷۷۵	۱/۶۵۷	۰/۱۰۶	۳
بی‌هنجاری	۱/۰۰۹	۰/۴۴۲	۱/۴۵۲	۰/۵۶۷	۲
سلامت روان	۱/۵۷۱	۰/۴۴۲	۲/۰۱۴	۱/۱۲۹	۱

مجموع درایه‌های سطری هر مؤلفه ماتریس $M(I-M)^{-1}$ ، شدت تأثیرگذاری مؤلفه مورد نظر به دیگر عناصر را نشان می‌دهد. شدت تأثیرگذاری هر عنصر به دیگر عناصر، بردار R نام دارد. مجموع درایه‌های ستونی هر مؤلفه ماتریس $M(I-M)^{-1}$ ، شدت تأثیرپذیری مؤلفه مورد نظر از دیگر عناصر را نشان می‌دهد، شدت تأثیرپذیری هر عنصر از دیگر عناصر، بردار J نام دارد. بردار $R+J$ وزن و میزان اهمیت معیارها را نشان می‌دهد. محل واقعی هر عنصر در سلسله مراتب نهایی توسط ستون‌های $(R-J)$ و $(R+J)$ مشخص می‌شود، به طوری که $(R-J)$ نشان‌دهنده موقعیت یک عنصر (در طول محور عرض‌ها) است و این موقعیت در صورت مثبت بودن $(R-J)$ ، به طور قطع یک نفوذ کننده بوده و در صورت منفی بودن آن، به طور قطع تحت نفوذ (دریافت‌کننده) خواهد بود. $(R+J)$ نشان‌دهنده مجموع شدت یک عنصر (در طول محور طول‌ها) هم از نظر نفوذ کننده و هم از نظر تحت نفوذ واقع شدن می‌باشد. بنابراین با توجه به داده‌های جدول شماره چهار از بین هفت عامل مورد بررسی سه عامل به عنوان عوامل تأثیر پذیر و معلول سایر عامل‌ها محسوب می‌شوند و در مقابل چهار عامل به عنوان عوامل تأثیرگذار و عامل‌های علی به شمار می‌آیند (میزان $R-J$ آن‌ها مثبت است). عامل سلامت روان بیش‌ترین اثرگذاری را بر سایر عناصر داراست و به عنوان مهم‌ترین عامل ترک پایدار اعتیاد از بالاترین اولویت برخوردار است. در مقابل گروه همسالان یا دوستان که کمترین مقدار $(R-J)$ را به خود اختصاص داده است، به شدت تحت تأثیر دیگر عناصر الگو قرار دارد و مهم‌ترین عامل اثرپذیر به شمار می‌آید. ستون $R+J$ نشانگر میزان تعامل و ارتباط یک عامل با دیگر عوامل مؤثر بر ترک اعتیاد است. به این ترتیب، عاملی که بیش‌ترین میزان $R+J$ را کسب کند، بیش‌ترین تعامل را با دیگر عامل‌ها دارد. با توجه به جدول چهار، عامل ترک اعتیاد از نظر مقدار $R+J$ رتبه نخست را در بین سایر عامل‌ها کسب کرده است. به این ترتیب، می‌توان چنین نتیجه گرفت که این عامل بیش‌ترین تعامل را با سایر عامل‌ها داراست و این خود گویای آن است که متغیر ترک اعتیاد با تمامی متغیرهای مطرح شده دارای ارتباط بوده و به نحوی از تمامی این متغیرها تأثیر گرفته است.

نمودار ۱: نمودار علی عوامل مؤثر بر ترک پایدار اعتیاد حاصل از اجرای تکنیک دیماتل

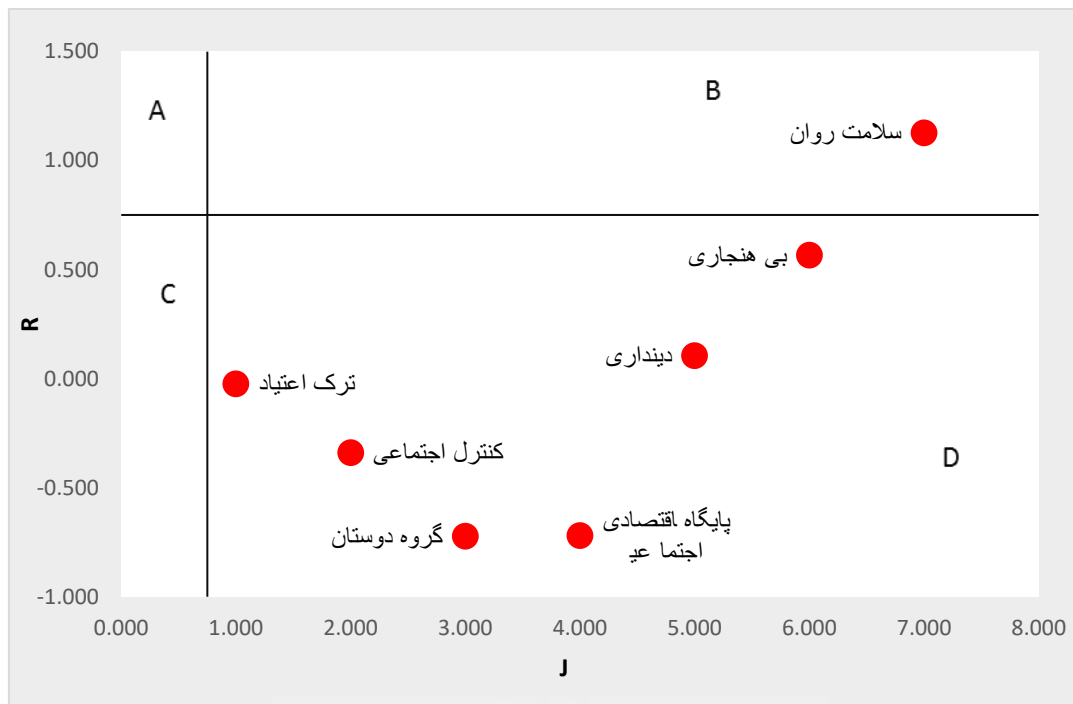


با توجه به نمودار ۱، محل واقعی هر متغیر در سلسله‌مراتب نهایی توسط ستون‌های $R-J$ و $R+J$ مشخص می‌شود؛ به طوری که $R-J$ نشان‌دهنده موقعیت یک متغیر (در طول محور عرض‌ها) است و این موقعیت در صورت مثبت بودن $R-J$ ، به طور قطع یک علت بوده و در صورت منفی بودن، به طور قطع معلول خواهد بود. $R+J$ نیز نشان‌دهندهٔ مجموع شدت یک شاخص (در طول محور طول‌ها) هم از نظر علت (اثرگذاری) و هم از نظر معلول (اثرپذیری) می‌باشد.

بر اساس نمودار ۱، می‌توان جدول ۵ را تشکیل داد.

جدول ۵- عوامل مؤثر بر ترک اعتیاد بر اساس ماهیت برآیند اثرگذاری یا تأثیرپذیری (بر طبق شاخص $R-J$)

ماهیت	سطوح	عامل	$R-J$
اثرگذار	سطح ۱	سلامت روان	۱/۱۲
	سطح ۲	بی‌هنجاری	۰/۵۶۷
	سطح ۳	دینداری	۰/۱۰۶
	سطح ۴	ترک اعتیاد	-۰/۰۲
اثرپذیر	سطح ۵	کنترل اجتماعی	-۰/۳۳۸
	سطح ۶	پایگاه اقتصادی - اجتماعی	-۰/۷۱۹
	سطح ۷	گروه دوستان	-۰/۷۲۲



نمودار ۲- ماتریس اثرپذیری عوامل مؤثر بر ترک اعتیاد

ملاک و مبنا در تحلیل فوق، برآیند اثرگذاری - اثرپذیری (R-J) بود. نویسندگان در یک تحلیل تکمیلی مزاد بر روش دیماتل، از تحلیل ماتریس اثرگذاری - اثرپذیری استفاده کرده‌اند. در این تحلیل، دو معیار اثرگذاری (R) و معیار اثرپذیری (J) به صورت جداگانه مبنا قرار می‌گیرد. بعد عمودی ماتریس، به اثرگذاری عامل (R) و بعد افقی ماتریس، به اثرپذیری عامل (J) اشاره دارد. خط تفکیک‌کننده خانه‌ها در هر دو بعد، میانگین R و J است که با هم یکسان بوده و برابر با میانگین R یا J است. بر این اساس، چهار طبقه از عوامل را بر برآیند اثرگذاری اثرپذیری می‌توان تشخیص داد:

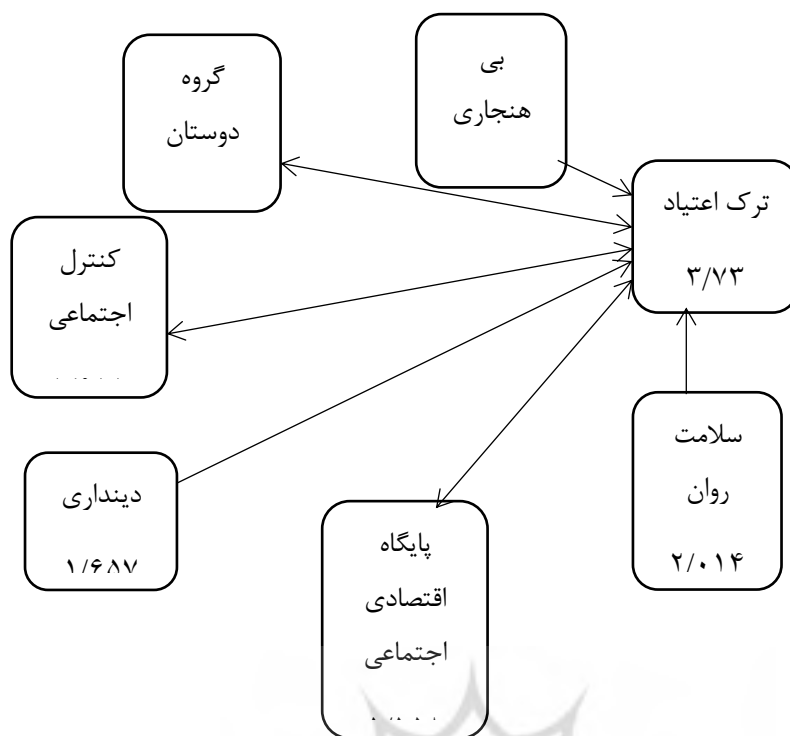
الف) عوامل اثرگذار (ناحیه A): عواملی که میزان اثرگذاری آن‌ها بیشتر از میانگین است.

ب) عوامل اثرگذار و اثرپذیر (ناحیه B): عواملی که میزان اثرگذاری و همچنین اثرپذیری آن‌ها بیشتر از میانگین است.

ج) عوامل اثرپذیر (ناحیه C): عواملی که میزان اثرپذیری آن‌ها بیشتر از میانگین است.

د) عوامل کم اثر (ناحیه D): عواملی که میزان اثرگذاری و همچنین اثرپذیری آن‌ها کمتر از میانگین است.

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۵، عامل سلامت روان، بی‌هنجاری و دینداری به عنوان عوامل اثرگذار و عامل ترک اعتیاد، پایگاه اقتصادی - اجتماعی، گروه دوستان و کنترل اجتماعی به عنوان عامل اثر پذیر آورده شده‌اند. در شکل ۱، نوع و شدت روابط بیان گردیده است، که عامل ترک پایدار اعتیاد با ۳/۷۳ بیشترین شدت روابط را با سایر عوامل دارد، همچنین در این شکل نوع روابط میان عامل اصلی یعنی ترک اعتیاد با سایر عوامل مشخص گردیده است.



شکل شماره ۱: مدل اثرات متغیرهای پژوهش

۶- بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی عوامل فرهنگی و اجتماعی تأثیرگذار بر فرآیند ترک اعتیاد پایدار در معتادان ترک کرده از دیدگاه متخصصان و خبرگان حوزه اعتیاد شهرستان بروجرد بوده است. بدین منظور جهت سنجش میزان اثرگذاری مهم‌ترین متغیرهای فرهنگی و اجتماعی ابتدا به شکل کیفی مطالعاتی در پژوهش‌های پیشین انجام گرفت و در این فرآیند مهم‌ترین متغیرهای بررسی شده در آن‌ها استخراج و سپس با مشورت با متخصصان تعداد شش متغیر که بیشترین تفاهم بر سر تأثیرگذاری آن‌ها بین خبرگان وجود داشت، انتخاب گردید، سپس متغیرهای انتخاب شد به صورت پرسشنامه و در قالب جدول ماتریس متغیرهای اثرگذار بر ترک پایدار اعتیاد به خبرگان و متخصصان حوزه اعتیاد ارائه شد، پس از جمع‌آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آن‌ها، مشخص گردید که به ترتیب بیشترین تأثیرپذیری متغیر ترک پایدار اعتیاد از متغیر سلامت روان با ۱/۵۷ بوده است، درواقع بهبود سلامت روان افراد ترک کرده بر اساس اصولی مانند مشاهده‌گری بدون قضاوت، ماندن در زمان حال، پذیرش و بالا بردن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش سازگارانه منجر به ایجاد تغییرات رفتاری جهت بهبود سلامت روان و در نتیجه ترک موفق و پایدار در بیماران خواهد شد، به‌طور کلی از دیدگاه متخصصان و مشاوران حوزه ترک اعتیاد، سلامت روان مستلزم داشتن معیارهایی چون برطرف کردن اضطراب و ترس از تمامی جنبه‌های زندگی اجتماعی، خانوادگی و فردی به‌واسطه شناسایی منابع اضطراب و اتخاذ روش‌های درمانی مبتنی بر مشاوره‌های فکری و روانی مناسب در راستای بهبود فرآیند ترک برای فرد بیمار است. منابع متعددی در وضعیت سلامت روان فرد ترک کرده دخیل می‌باشد، اما آنچه بیشترین تأثیر را بر سلامت روان و گاهاً سبب بروز اختلالات روانی و درنهایت شکست در فرآیند ترک اعتیاد می‌شود، شرایط استرس‌زایی هستند که مهم‌ترین منابع آن به دو دسته تقسیم شده‌اند: دسته نخست رخدادها و حوادث تغییر زندگی هستند، رخدادهای استرس‌زا وقایع ای مشهود و عینی هستند که

به شکلی مقطعی و در زمان مشخص شروع و نهایتاً پایان می‌یابند این وقایع شامل (طلاق، مرگ همسر، از دست دادن شغل و ...) می‌شوند. دسته دوم شامل استرس‌زاهای مزمن هستند که نقطه مقابل دسته اول قرار می‌گیرند، استرس‌زاهای مزمن عوامل تنش‌زایی هستند که الزاماً به شکل حوادث بروز نمی‌کنند، بلکه به شکلی آهسته و آرام به صورت مشکلاتی در نقش‌های روزمره یا محیط اجتماعی خود را نشان داده و به تدریج، به صورت عامل استرس‌زای مزمن و پایدار خود را به فرد تحمیل می‌کنند از دیدگاه ویتون (۱۹۹۷) مهم‌ترین مشکلات استرس‌زای مزمن عبارتند از: تعارض و تضاد، کم‌پاداشی و محرومیت، تهدیدها، فشارهای و محدودیت‌های ساختاری، پیچیدگی نقش‌ها، مطالبات و انتظارات و ابهام و عدم اطمینان را نام می‌برد اعتیاد به مواد مخدر از نظر سلامت روحی و روانی سبب تغییر در خلق‌وخو، افکار و شخصیت فرد شده و سلامت روان او را به مخاطره می‌اندازد، از آنجایی که سلامت روان با شاخص‌هایی نظیر ویژگی‌های شخصیتی، نوجویی و خود راهبری، وسواس و حساسیت، خود بیمار انگاری و افسردگی شناخته می‌شود، نقص در هر یک از ابعاد فوق منجر به بیماری روانی در فرد ترک کرده می‌شود، از سوی دیگر سلامت روان خود به عنوان شاخصی است که از عوامل اجتماعی تأثیر می‌پذیرد و تابع شرایط بیرونی دیگری است، با این وجود به دلیل شرایط روحی و روانی پیش آمده برای فرد بیمار در برهه زمانی ترک، نقش این عامل بسیار پر رنگ‌تر از سایر عوامل بوده است. نتایج به‌دست‌آمده از این عامل با پژوهش چپانی و همکاران (۱۳۹۷) و رحیمی (۱۳۹۷) مطابقت دارد، دومین متغیر در این رتبه‌بندی عبارت است از متغیر بی‌هنجاری با ۱/۰ میزان اثرگذاری، بی‌هنجاری یا آنومی به وضعیتی اطلاق می‌شود، که در آن جامعه، هنجارهای اجتماعی نفوذ خود را بر افراد از دست بدهد. در چنین وضعیتی، افراد برای اقتدار اخلاقی جامعه ارزش قائل نبوده و در پی چنین وضعیتی دچار نوعی سردرگمی، احساس تشویش و فقدان راهنمای اخلاقی خواهند شد. تمایلات مادی افراد در چنین وضعیتی بسیار افزایش یافته و خودخواهی بر افراد جامعه غالب خواهد شد. پیامدها و عواقب بی‌هنجاری به‌صورت نوعی نابسامانی فردی و در شکل تعارض شخصیت فردی و خودخواه انسان با شخصیت دیگر خواه و اجتماعی او متجلی می‌گردد، همچنین یکی از ابعاد آنومی در زندگی اجتماعی بی‌هنجاری فرهنگی است که به وضوح در سطح رفتارهای اجتماعی و خانوادگی شهروندان قابل مشاهده است و رفتارهای شهروندان در جامعه در تضاد با هنجارهای پذیرفته شده جامعه است، این وضعیت ناشی از ضعف هنجارهای اجتماعی بوده و منجر به بروز سوءاستفاده از روابط اجتماعی، فساد اخلاقی، ناامنی اجتماعی، انحرافات فردی و گروهی و ... می‌شود. در چنین شرایطی ارزش‌ها و بایدها و نبایدهای فرهنگی روز به روز تغییر می‌کنند و موجبات شکل‌گیری اختلالات فرهنگی را فراهم می‌سازند، همچنین زمینه را برای شکل‌گیری انحرافات اجتماعی نظیر مصرف مواد مخدر و اعتیاد را فراهم می‌آورد. نتایج به دست آمده با پژوهش نیازی و همکاران (۱۳۹۷) و کریمی و همکاران (۱۳۹۹) همسو می‌باشد، سومین متغیر بر اساس رتبه اندازه اثر عبارت است از متغیر دین‌داری با ۰/۸۸۲ تأثیرگذاری، باور افراد به اصول اخلاقی و نظام هنجاری، خصوصاً ارزش‌های دینی به‌عنوان مانعی جهت ارتکاب رفتارهای پرخطر نظیر سوءمصرف مواد در آن‌ها خواهد شد، دین‌داری به‌عنوان نظام عملی مبتنی بر اعتقادات که در قلمرو ابعاد فردی و اجتماعی از جانب خداوند برای هدایت انسان‌ها در راستای رشد و کمال فرستاده شده است و شامل، عقاید، رفتارها، نگرش‌ها و رفتارهایی می‌شود که با هم پیوند داشته و یک جامعیت را برای فرد تدارک می‌بیند، به‌طور کلی جهت‌گیری معنوی و باورهای مذهبی با تجلی در کردار و سبک زندگی می‌تواند زمینه ارتقای سلامت روان فرد و ادامه روند درمان را فراهم سازد؛ نتایج به‌دست‌آمده با تحقیقات نیازی و حسین زاده (۱۳۹۷) و افشانی و همکاران مطابقت دارد. چهارمین متغیر تأثیرگذار بر ترک پایدار اعتیاد از دیدگاه متخصصان حوزه اعتیاد مشترکاً مربوط به متغیرهای کنترل اجتماعی و گروه دوستان بوده که اندازه اثر این متغیرها برابر با ۰/۶۵۸ بوده است، افرادی که در محیط‌های مشترک زندگی می‌کنند، در اغلب موارد دارای اعتقاد اخلاقی مشابه و ارزش‌های انسانی نظیر تشریک‌مساعی، حمایت از حقوق دیگران و اجرای ضوابط قانونی هستند، بنابراین سطح کنترل اجتماعی در چنین وضعیتی بالا خواهد بود و در چنین شرایطی سطح بازگشت‌پذیری افراد به سمت سوءمصرف مواد روندی کاهشی خواهد داشت. از طرفی به ادعان طیف

گسترده‌ای از معتادان و مصرف‌کنندگان مواد مخدر و با تصدیق محققان و متخصصان حوزه مشاوره و درمان اعتیاد نوع دوستان دوست‌یابی فرد، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل در به انحراف کشیده شدن افراد و نیز یکی از مهم‌ترین علل در بازگشت مجدد به اعتیاد نزد بهبودیافتگان است. افراد خصوصاً در سنین جوانی تحت تأثیر اعمال، افکار، گفتار و رفتار دوستان خود قرار گرفته، به شکلی که در همین روابط دوستانه و معاشرت‌های نادرست با دوستان کچرو است، که افراد و خصوصاً جوانان و نوجوانان برای اولین بار مصرف مواد مخدر را تجربه می‌کنند؛ نتایج به دست آمده با پژوهش ناییبی و لطفی (۱۳۹۳) همسو می‌باشد، نهایتاً متغیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی با میزان اثرگذاری ۰/۲۱۹ بر ترک پایدار اعتیاد در رتبه ششم قرار گرفته است؛ پایگاه یا طبقه اقتصادی - اجتماعی به موقعیتی اشاره دارد که افراد در گروه‌های اجتماعی و یا در مراتب اجتماعی در قیاس با سایر گروه‌ها احراز می‌کنند، این موقعیت در عمل مزایا و حقوق شخص را تعیین می‌کند، وجود مشکلات اقتصادی، نابرابری اقتصادی، فشار اقتصادی و نداشتن امکانات رفاهی، عدم اطمینان به آینده و شکاف عمیق بین ثروت طبقات و اقشار مختلف در جامعه و نیز سطوح پایین تحصیلات افراد از یک سو عاملی جهت کسب ثروت از راه‌های نامشروع و غیر مجاز گردیده و از طرف دیگر افرادی که قادر به کسب مزایای اجتماعی از راه‌های مشروع نیستند را به کسب آن مزایا از طرق نامشروع وادار می‌کند، در نهایت پیشنهادهای کاربردی پژوهش حاضر که برگرفته از یافته‌ها و نتایج این تحقیق است، به این شکل ارائه می‌شود که، با توجه به تأثیر محیط خانواده در فرآیند اجتماعی کردن اعضا و در این بین آموزش فرزندان، خانواده قادر خواهد بود با فراهم آوردن شرایط لازم جهت زندگی آرام و به دور از دغدغه برای اعضا، شرایط روانی، جسمی و اجتماعی مناسبی جهت عدم گرایش اعضا به سمت سوءمصرف مواد را فراهم آورده و یا در صورت بروز اعتیاد در فرآیند ترک و بازپیوند اجتماعی فرد ترک کرده بیشترین نقش را ایفا کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در مطالعه حاضر فرم‌های رضایت نامه آگاهانه توسط تمامی آزمودنی‌ها تکمیل شد.

حامی مالی

هزینه‌های مطالعه حاضر توسط نویسندگان مقاله تامین شد.

مشارکت نویسندگان

این مقاله توسط محسن نیازی، ستار صادقی ده چشمه، محمدرضا حسینی و امین گودرزی نوشته شده است.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

منابع

- اصغرپور، محمدرضا. (۱۳۸۲). تصمیم‌گیری گروهی و نظریه بازی‌ها، انتشارات دانشگاه تهران.
- افشانی، سید علیرضا، امانی، شرمین و میمنگره، اکرم. (۱۳۹۳). دینداری و رفتارهای پر خطر، فصلنامه توسعه اجتماعی. ۹ (۲): ۱۵۸-۱۳۱.
- چیانی، هاجر، جهانگیر، پانته‌آ و چمنی، نسرين (۱۴۰۰) اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود سلامت روان و دشواری هیجان زنان خانواده اعتیاد، دو فصلنامه پژوهش‌های انتظامی - اجتماعی زنان و خانواده. ۹ (۱): ۱۷۷-۲۰۴.
- رحیمی موقر، آفرین و رزاقی، عمران (۱۳۷۱). راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد، تهران: معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.
- رحیمی، علی، سهرابی، نادره، میدخت رضایی، آذر و سروقد، سیروس. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد محرک، فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی. ۱۹ (۳): ۷۹-۸۹.

- سجودی، عادل، نیازی، محسن و حسینی‌زاده آرانی، سید سعید (۱۴۰۰). سبک زندگی سلامت محور و ترک پایدار مواد مخدر در شهر کاشان: یک مطالعه کیفی، فصلنامه جامعه‌شناسی فرهنگ و هنر. ۳(۱): ۹۴-۷۶.
- سجادی، جلیل، مفاخری باشماق، جمیل، سلطانیان، شریف، شاپری، رفیق و آقابیک‌پوری، هاشم. (۱۳۹۵). فراتحلیل پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه عوامل موثر بر گرایش به اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر در فاصله زمانی ۱۳۹۲-۱۳۷۰ در استان کردستان، جامعه‌شناسی معاصر. ۵(۸): ۱۲۲-۹۹.
- سراج‌زاده، سیدحسین و فیضی، ایرج. (۱۳۸۴). دانشجویان و مسئله مواد مخدر: پنداشت‌ها و واقعیت‌ها. شیوع‌شناسی مصرف مواد مخدر در بین دانشجویان دانشگاه‌های دولتی، دفتربرنامه ریزی مطالعات فرهنگی و اجتماعی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. انتشارات دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- شجاع، محسن، نبوی، سید حمید، کسای، عزیز و باقری یزدی، سید عباس. (۱۳۹۰). تحلیل عاملی سرمایه اجتماعی و رابطه آن با سلامت روان سالمندان منطقه ۹ شهر تهران، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی. ۵(۳): ۹۰-۸۱.
- شیخ‌الاسلامی، علی و محمدی، نسیم. (۱۳۹۵). نقش شغل در درمان بهبودیافتگان از اعتیاد، مجله سلامت اجتماعی و اعتیاد. ۳(۱۲): ۳۸-۱۳.
- صدیق سروستانی، رحمت اله (۱۳۸۶). آسیب‌شناسی اجتماعی، تهران، انتشارات سمت، چاپ دوم.
- عبدلی سلطان احمدی، جواد، امانی ساری بگلو، جواد و کاظم‌زاده بیطالی، مهدی. (۱۳۹۶). بررسی عوامل سوءمصرف مواد مخدر از دیدگاه دانشجویان: کاربست نقشه‌های شناختی فازی، اعتیاد پژوهی. ۱۱(۴۱): ۱۸۶-۱۵۷.
- علیوردی‌نیا، اکبر، جانعلیزاده چوب بستی، حیدر و جعفری، آزاده. (۱۳۹۲). تحلیل نقش انگ‌زنی غیر رسمی در نگرش دانشجویان نسبت به مواد مخدر، پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی. ۱(۴): ۱۸-۱.
- غفاری‌فر، حسین. (۱۳۸۱). نظارت و کنترل اجتماعی، مطالعات راهبردی زنان. ۵(۱۷): ۱۲۱-۹۰.
- فلاح‌زاده، حسین و حسینی، نرجس. (۱۳۸۵). بررسی علل عود اعتیاد از دیدگاه معتادین مراجعه کننده به مرکز بهزیستی شهرستان یزد، طلوع بهداشت. ۵(۲): ۷۴-۶۷.
- کریمی، خالد؛ شهریاری، پونه و عبدالرحیم، آرام اسعد. (۱۳۹۹). تجربه زیسته سوءمصرف مواد مخدر در میان جوانان کرد (مطالعه موردی استان سلیمانیه)، فصلنامه علمی جامعه‌شناسی فرهنگ و هنر. ۲(۲): ۵۸-۳۳.
- کشاورز، محبوبه، قمرانی، امیر، باقریان و رضایی، امیرموسی. (۱۳۹۳). نقش پیش‌بین جهت‌گیری معنوی معتادان و بار روانی خانواده‌های آن‌ها در ماندگاری درمان اعتیاد، مجله تحقیقات علوم رفتاری. ۱۲(۱): ۱۵۳-۱۴۴.
- کوزر، لوئیس و روزنبرگ، برنارد. (۱۳۹۳). نظریه‌های بنیادی جامعه‌شناسی، ترجمه فرهنگ ارشاد، تهران: نشر نی.
- گلستانی، فاطمه. (۱۳۸۷). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود در معتادان به مواد مخدر مرد شهر کرمان، اعتیاد پژوهی. ۸(۲): ۱۰۴-۳۷.
- مختارنیا، سجاد، الهوردی میگوئی، فرهاد و اسماعیلی، مهدی. (۱۴۰۰). واکاوای گفتمان‌های سیاست جنایی - اجرایی در کنترل سوء مصرف مواد مخدر، فصلنامه اعتیاد پژوهی. ۱۵(۵۹): ۳۶۰-۳۳۵.
- مظفر، حسین، ذکریایی، منیژه و ثابتی، مریم. (۱۳۸۸). آنومی فرهنگی و اعتیاد به مواد مخدر در بین جوانان ۱۳-۲۸ ساله شهر تهران، پژوهش‌نامه علوم اجتماعی. ۳(۴): ۵۴-۳۳.
- میرحسینی، زهرا. (۱۳۹۵). پدیدارشناسی زمینه‌های ارتکاب جرم در زنان، پژوهش‌نامه مددکاری اجتماعی. ۳(۸): ۱۴۷-۱۱۳.
- موسوی، سید غفور، موسوی، سید حلیه و حاجیان، احمد رضا. (۱۳۹۴). چه کسی از سلامت روان برخوردار است؟، اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمان اصفهان.
- نامور، سجاد، بخشی، حامد و ایمانیان، مسعود. (۱۳۹۹). هزینه‌های اقتصادی ناشی از انواع سرقت و احساس ترس و ناامنی شهروندان، کارآگاه. ۵۳(۱۴): ۱۰۳-۷۹.

- نایی، هوشنگ و لطفی خاچکی، بهنام. (۱۳۹۳). تأثیر روابط و پیوندهای خویشاوندی بر میزان آسیب‌های اجتماعی در استان‌های کشور، بررسی مسائل اجتماعی ایران. ۱۶(۱): ۱-۲۶.
- نیازی، محسن و حسینی‌زاده آرانی، سید سعید. (۱۳۹۸). ترک پایدار/اعتیاد، انتشارات نقد فرهنگ، چاپ اول.
- نیازی، محسن و حسینی‌زاده آرانی، سید سعید. (۱۳۹۷). بررسی تطبیقی - تلفیقی نقش جهت‌گیری‌های دینی و معنوی در ترک پایدار مواد مخدر در منطقه کاشان، اعتیاد پژوهی. ۱۲ (۵۰): ۶۷-۸۸.
- هاشمی، علی. (۱۳۸۳). نگاه نو، اقدام نو در مبارزه با مواد مخدر (مجموعه سخنرانی‌ها، مصاحبه‌ها و مقالات). تهران: انتشارات دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.

References

- Burns, N., Grove, S., (2008). Understanding nursing research. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 24-39.
- Caplan, M. et al. (1992). Social competence pro motion with inner-city and suburban young adolescents: Effects on social adjustment and alcohol use. Journal of consulting and clinical psychology; 60 (1): 56-63.
- Chih chuang, Y., Yang chuang, k. (2008). Gender differences relationships between social capital and individual smoking and drinking behavior in Taiwan, Social Science & Medicine, 67: 1321-1330.
- Decety, J., Cowell, J. M., Lee, K., Mahasneh, R., Malcolm-Smith, S., Selcuk, B., & Zhou, X. (2015). aaati assciatio eetwee rll iginnnrns cii lrr e'' Il truism arr oss t wr l Curret Biology, 25(22), 2951-2955.
- Ferrante, J. (1995). Sociology: A Global Perspective, Belmont wadsworth
- Friedmann, P.D., Saitz, R., Samet, J. H. (1998). Management of adults recovering from alcohol or other drug problems: Relapse prevention in primary care. Journal of the American Medical Association, 279, 1227-1231.
- Fuchshuber, J., Hiebler-Ragger, M., Ragger, K., Rinner, A., Kapfhammer, H. P., & Unterrainer, H. F. (۲۰۱۸). Increased attachment security is related to early therapy drop-out in substance use disorders. BMC Research Notes, ۱۱(1), ۱-۵.
- Fuentes, M. C., Garcia, O. F., & Garcia, F. (2020). Protective and Risk Factors for Adolescent Substance Use in Spain: Self-Esteem and Other Indicators of Personal Well-Being and Ill-Being. Sustainability, 12(15), 5962.
- Georgoulis, L. (2009). Preciptant variables associated with relapse among female substance abusers with long-term sobriety, unpublished Ph. D Dissertation. Pepperdine University
- Lin, C. J., Wu, W. W. (2008). A Causal Analytical Method for Group Decision Making under Fuzzy Environment. Expert Systems with Applications, 34(1): 205- 213.
- aa tts C O'Dnnnll l ,, Krr iiaa Stt ,, ooooll gladden RM. (2018) Opportunities to prevent overdose deaths involving prescription and illicit opioids, ۱۱ states, July 2016-June 2017. MMWR Morb Mortal Wkly Rep; 67:945-51. 10.15585/mmwr.mm۱۷۳۴a۲
- McKay, J., Franklin, T., Patapis, N., & Lynch, K. (2006). Conceptual, methodo logical, and analytical issues in the study of relapse. Clinical Psychology Review, 26(2), 109-127.
- Pahwa, S., & Khan, N (2022). Factors Affecting Emotional Resilience in Adults. Management and Labour Studies, 47(2), 216-232.
- Renzetti C. M. & Curran D. J. (1998). Living Sociology. Allyn & Bacon, United States.
- Scholl, L., Seth, P., Karissa, M., Wilson, N., & Baldwin, G. (۲۰۱۹). Drug and opioid- involved overdose deaths—United States, 2013-2017. Morbidity and Mortality Weekly Report, 67(51-52), 1419-1427.
- Thakkar, J. Deshmukh, S. G., Gupta, A. D. & Shankar, R. (2007). Development of a balanced scorecard an Integrated Approach of Interpretive Structural Modeling (ISM) and Analytic Network Process (ANP). International Journal of Productivity and Performance Management, 56(1): 25-59.