

Research
Article

Rereading the Experience of Recovered Substance-Dependent Individuals Regarding their Lifestyle in the Propensity and Perpetuation of Addiction (Case Study: Shiraz City)

Yaser Bahrami Chegni¹, Ebrahim Aghaei², Hamidreza Imanifar³

Received: 2025/07/29

Accepted: 2025/12/31

Abstract

Objective: Given that addiction is a multi-dimensional illness significantly influenced by various factors, particularly lifestyle, this study aimed to rereading the lived experience of recovered substance-dependent individuals regarding their lifestyle's role in the propensity for and perpetuation of addiction in Shiraz City. **Method:** The statistical population for this study comprised recovered substance-dependent individuals in Shiraz city. From this population, 20 individuals were selected using an interpretive phenomenological approach through purposive sampling and the snowball technique until theoretical saturation was reached. The data were analyzed using a thematic analysis method. **Results:** Data analysis led to the emergence of a main theme called "Addictive Lifestyle," which encompassed four core dimensions: physical, psychological, spiritual-religious, and relational-social. These dimensions were found to play a fundamental role in both the initiation and perpetuation of addiction. **Conclusion:** The addictive lifestyle can play a crucial role in the development and maintenance of substance dependence. Therefore, considering the central role of lifestyle in addiction, treatment centers can utilize the modification of dysfunctional lifestyles as an effective non-pharmacological treatment method to aid substance dependents in their recovery.

Keywords: Substance-dependent individuals, Recovered individuals, Phenomenology, Addictive lifestyle

1. Corresponding Author: Ph.D. Student, Sociology of Iranian Social Issues, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: yaserbahrami24@gmail.com

2. MA, Department of Sociology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

بازخوانی تجربه‌ی افراد وابسته به مواد بهبودیافته درباره سبک زندگی خود در گرایش و تداوم اعتیاد (مورد مطالعه: شهر شیراز)

یاسر بهرامی چگنی^۱، ابراهیم آقایی^۲، حمیدرضا ایمانی فر^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۰۷

چکیده

هدف: از آنجایی که اعتیاد یک بیماری چندبعدی است که عوامل متعددی خصوصاً مانند سبک زندگی بر آن مؤثرند، این پژوهش به بازخوانی تجربه‌ی افراد وابسته به مواد بهبودیافته درباره سبک زندگی خود در گرایش و تداوم اعتیاد در شهر شیراز انجام شد. **روش:** جامعه آماری این مطالعه شامل افراد وابسته به مواد بهبودیافته در شهر شیراز بود و از بین این جامعه ۲۰ فرد با روش پدیدارشناسی تفسیری و به روش نمونه‌گیری هدفمند و با تکنیک گلوله برفی تا رسیدن به اشباع نظری انتخاب شدند. داده‌ها با روش تماتیک تجزیه و تحلیل گردیدند. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها منجر به ظهور یک مضمون کلی به نام «سبک زندگی اعتیادگونه» شد که چهار بعد اصلی شامل ابعاد جسمانی، روانی، معنوی-روحانی و ارتباطی-اجتماعی را در بر داشت که در تداوم و شروع اعتیاد نقش اساسی داشتند. **نتیجه‌گیری:** سبک زندگی اعتیادگونه می‌تواند نقش مهمی در توسعه و حفظ وابستگی به مواد داشته باشد. بنابراین، با توجه به نقش محوری سبک زندگی در اعتیاد می‌توان خاطر نشان کرد که مراکز درمانی می‌توانند از تغییر سبک زندگی ناکارآمد به عنوان یک روش درمان غیردارویی مؤثر در جهت درمان اعتیاد برای کمک به افراد وابسته به مواد بهره ببرند.

کلید واژه‌ها: افراد وابسته به مواد، بهبودیافتگان، پدیدارشناسی، سبک زندگی اعتیادگونه

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری، جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه تهران، تهران، ایران. پست

الکترونیک: yaserbahrami24@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

مقدمه

گزارش جهانی استفاده از مواد مخدر نشان می‌دهد که سیصد و شانزده میلیون نفر در سال ۲۰۲۳ از مواد مخدر (به استثنای الکل و دخانیات) استفاده کرده‌اند، یا شش درصد از جمعیت بین ۱۵ تا ۶۴ سال، در مقایسه با ۵/۲ درصد از جمعیت در سال ۲۰۱۳. کانابیس با ۲۴۴ میلیون مصرف‌کننده همچنان پرکاربردترین ماده مخدر است و پس از آن مواد افیونی (۶۱ میلیون)، آمفتامین (۳۰/۷ میلیون)، کوکائین (۲۵ میلیون) و اکستازی (۲۱ میلیون) قرار دارند. این گزارش هشدار می‌دهد که گروه‌های جدید افراد آسیب‌پذیر که از سختی‌ها، بی‌ثباتی و درگیری‌ها فرار می‌کنند می‌توانند باعث افزایش بیشتر این تعداد شوند. آسیب‌های مواد همچنان در حال افزایش است و ظهور مواد افیونی مصنوعی جدید و عرضه و تقاضای بی‌سابقه مواد دیگر تأثیرات مشکل جهانی مواد را تشدید کرده و منجر به افزایش اختلالات مصرف مواد و آسیب‌های زیست محیطی شده است. طبق این گزارش، قاچاق و مصرف مواد همچنان باعث تشدید ناپایداری و نابرابری می‌شود و به سلامت، ایمنی و رفاه مردم آسیب‌های بی‌شماری وارد می‌کند (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۲۵). اعتیاد پدیده‌ای پیچیده و چندبعدی است که به عنوان یک بیماری مزمن عودکننده ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی فرد را درگیر می‌کند. این اختلال عبارت است از وابستگی به موادی که مصرف مکرر آن‌ها با کمیت مشخص و در زمان‌های معین از نظر مصرف‌کننده ضروری تلقی شده و منجر به وابستگی جسمی و روانی و ایجاد پدیده تحمل در بدن نسبت به مواد مصرفی می‌گردد (بریزر و کاستاندا، ۲۰۱۰؛ بزومی، ۱۳۹۰). در ایران، مصرف مواد به عنوان یکی از جدی‌ترین معضلات اجتماعی زمینه‌ساز بسیاری از آسیب‌ها و انحرافات است. بر اساس آخرین آمارهای رسمی (تا سال ۱۴۰۱)، تعداد مصرف‌کنندگان مواد مخدر در کشور حدود ۴ میلیون و ۴۰۰ هزار نفر برآورد شده است که از این میان، ۲ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر مصرف‌کننده قطعی و مابقی مصرف‌کنندگان تفریحی هستند (سالنامه آماری ایران، ۱۴۰۰). این روند صعودی در

سطح جهانی نیز مشهود است: تعداد مصرف‌کنندگان مواد مخدر در جهان از ۲۰۰ میلیون نفر در سال ۱۹۹۰ به ۲۷۵ میلیون نفر در سال ۲۰۲۱ رسیده است (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۲۵). مصرف مواد با تخریب‌های پیوسته‌ای که در پی دارد تمامی عرصه‌های زندگی فرد از جمله روابط زناشویی، شغلی و تحصیلی را تحت تأثیر قرار داده و پیامدهای نامطلوب اجتماعی و اتلاف سرمایه‌های انسانی جوان و نخبه را به دنبال دارد. عوامل خطر ساز متعددی از جمله متغیرهای اجتماعی، تربیتی، آموزشی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و روانی در این زمینه مطرح هستند. در این میان، سبک زندگی^۱ به عنوان یکی از متغیرهای مهم و تأثیرگذار شناخته شده است (صالح‌آبادی و سلیمی‌امان‌آباد، ۱۳۹۱؛ محمدامینی و همکاران، ۱۳۹۵؛ مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۴۰۰). سبک زندگی، در لغت به معنای شیوه، روش یا رفتار متمایز است و در اصطلاح تخصصی نشان‌دهنده ترجیحات و روش‌های انتخابی افراد برای درک، یادگیری، رفتار و انجام کار می‌باشد. سبک‌های زندگی الگوهای کنشی هستند که افراد را از یکدیگر متمایز ساخته و به درک چرایی و چگونگی رفتارها و معنای آن‌ها برای فرد و جامعه کمک می‌کنند (خادمیان، ۱۳۸۸). نخستین بار آلفرد آدلر^۲، روانکاو اتریشی و بنیان‌گذار روانشناسی فردی، بر اهمیت سبک زندگی تأکید کرد و تغییر آن را بخش مهمی از درمان خود قرار داد. هرچند آدلر در تعریف اولیه سبک زندگی بیشتر بر مکانیسم‌های دفاعی تمرکز داشت، اما این مفهوم به تدریج وسعت یافت و در مکاتب روان‌شناسی انسان‌گرا توسط اندیشمندانی چون آبراهام مزلو^۳، گوردون آلپورت^۴ و رولو می^۵ مورد توجه قرار گرفت و به بخش برجسته‌ای از درمان‌های شناختی تبدیل شد (سرگلزایی و همکاران، ۱۳۸۱). از منظر آدلری، سبک زندگی شیوه نسبتاً ثابتی است که فرد برای رسیدن به اهدافش به کار می‌گیرد و ریشه در تجربیات دوران کودکی دارد (پورکرد و همکاران، ۱۴۰۱).

1. life style
2. Alfred Adler
3. Abraham Maslow

4. Gordon Allport
5. Rollo May

بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که مطالعات داخلی عمدتاً بر عوامل فردی، روانی و محیطی گرایش به اعتیاد و نقش ارزش‌های دینی در پیشگیری متمرکز بوده‌اند، اما کمبود چشمگیری در بررسی کیفی سبک زندگی به عنوان یک کلید مفهومی اصلی از دیدگاه بهبودیافتگان وجود دارد. به طور کلی، در دو مقوله می‌توان پژوهش‌های داخلی را قرار داد. ۱- مطالعاتی که به طور کلی به بررسی عوامل مرتبط با اعتیاد پرداخته‌اند. برای مثال، حبیبی و همکاران (۱۳۹۳) در یک پژوهش پدیدارشناختی نشان دادند که عواملی مانند عدم ثبات شخصیتی، لذت‌طلبی، نبود مهارت‌های زندگی، شرایط محیطی نامناسب و برخورد خانوادگی نامناسب نقش کلیدی در گرایش و تداوم اعتیاد دارند. کریم‌یار جهرمی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی بر روی افراد وابسته به اعتیاد در جهرم دریافتند عوامل روانی (فردی) و اجتماعی (محیطی) به ترتیب بیشترین نقش را در عود اعتیاد دارند، در حالی که عوامل خانوادگی کمترین تأثیر را داشتند. تقوایی‌نیا و توکل کوخندان (۱۴۰۴) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که مضمون مشکلات عاطفی و آسیب‌پذیری (شامل خشم و شکل‌گیری روابط مخرب، استرس و ترس، احساس بی‌معنایی، احساس تنهایی و طرد اجتماعی، و شکل‌گیری بدبینی و ناکامی)، بدعملکردی خانواده (شامل آسیب‌های خانواده، تعارض و قطع ارتباط با خانواده) و تجارب ناخوشایند گذشته (شامل تجربه شکست، ترک و لغزش‌های پیاپی، و بدر رفتاری‌های تجربه شده قبلی) بر اعتیاد موثر بوده است. ۲- مطالعاتی که مرتبط با سبک زندگی هستند. برای مثال، بابائی (۱۴۰۴) در تحقیقی نشان داد که تجربه زیسته زنان از زندگی با همسر وابسته به مواد را می‌توان در چهار مرحله اصلی دسته‌بندی کرد: ۱) مرحله پیش از اعتیاد، ۲) مرحله آغاز اعتیاد، ۳) مرحله بحرانی، و ۴) مرحله تصمیم‌گیری، که هر یک از این مراحل ویژگی‌ها، چالش‌ها و پیامدهای خاص خود را دارند. نوروزی همایون و همکاران (۱۰۴۳) در تحقیقی نشان دادند که حمایت اجتماعی ادراک‌شده اثر مستقیم و منفی معناداری بر ولع مصرف داشت، در حالی که حساسیت اضطرابی اثر مستقیم و مثبت معناداری بر ولع مصرف نشان داد. علاوه بر این، حساسیت اضطرابی نقش واسطه‌ای معناداری در رابطه‌ی میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ولع مصرف ایفا کرد. دلیل کو و همکاران (۱۴۰۴) در تحقیقی نشان دادند که وقتی فرایند

تغییر تدریجی ساختار ذهنی افراد تحت درمان با همسویی همسران آن‌ها به عنوان همسفر رویکردی چندجانبه را دنبال می‌کند منجر به ایجاد تحولات و پیامدهای ماندگار در روابط زوجین و انواع تعاملات بین فردی آن‌ها می‌شود که واکاوی این روابط نشان از بازتعریف نقش همسر در مسیر رهایی از مواد است. عطادخت و پرزور (۱۳۹۵) در یک پژوهش نشان دادند پابندی به سبک زندگی اسلامی در دانشجویان با کاهش گرایش به اعتیاد و استعداد اعتیاد رابطه منفی معنادار دارد. محمدی و همکاران (۱۳۹۲) رابطه مثبت بین ابعاد سبک زندگی (به ویژه سلامت اجتماعی، روحانی و روان‌شناختی) و تعالی خانواده را نشان دادند. بیانی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان دادند که بهبود یافتگان سبک زندگی ناسالم پیشین، ناتوانی در مدیریت هیجانات و استرس به شیوه سالم، و قرار گرفتن در محیط‌های پرخطر (که بخشی از الگوی سبک زندگی گذشته بود) را از عوامل کلیدی عود می‌دانند. سجودی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی بر ضرورت تغییرات بنیادین در الگوهای روزمره، روابط اجتماعی، فعالیت‌های جایگزین و نگرش به لذت و مصرف به عنوان سبک زندگی سلامت محور در ترک پایدار مواد مخدر تأکید دارند.

پژوهش‌های خارجی عمدتاً بر عوامل خطر ساز خاص (تغذیه و خانواده) یا گروه‌های سنی خاص (کودکان) تمرکز داشته‌اند و کمتر به تحلیل کیفی تجربه زیسته بهبودیافتگان از نقش کلان سبک زندگی پرداخته‌اند. برای مثال، کوهن^۱ و همکاران (۲۰۰۶) و هموویچ و کارنو^۲ (۲۰۰۹) تأیید کردند که سابقه مصرف مواد در خانواده یک عامل خطر قوی برای گرایش نوجوانان و جوانان به اعتیاد است. ها که^۳ و همکاران (۲۰۱۴) با تمرکز بر سوء تغذیه در مصرف کنندگان مواد بنگلادش به یکی از پیامدهای ملموس سبک زندگی مرتبط با اعتیاد اشاره می‌کنند. این یافته نشان‌دهنده ارتباط بین اعتیاد و تخریب الگوهای سلامت جسمانی (بخشی از سبک زندگی) است. اما برخی مطالعات نیز مستقیماً بر سبک زندگی تمرکز کرده‌اند. برای مثال، پروچاسکا و دیکلمنت^۴ (۲۰۱۹) در پژوهشی بر اهمیت تغییر سبک و فرایند زندگی از طریق بازسازی محیط، مدیریت تغییرات محیطی، روابط

1. Cohen
2. Hemovich & Crano

3. Haque
4. Prochaska & DiClemente

کمک‌کننده و آگاهی‌یابی در حرکت به سمت بهبودی تأکید دارند. کرمان^۱ و همکاران (۲۰۲۰) نشان داده‌اند که برای افراد دارای اختلال مصرف مواد دسترسی به نیازهای اساسی زندگی (مسکن، امنیت، تغذیه، و ارتباطات معنی‌دار) که زیرساخت یک سبک زندگی سالم است اغلب مهم‌تر و پایه‌ای‌تر از خود مصرف مواد است. این یافته بر پیوند عمیق بین سبک زندگی ناشی از محرومیت و تداوم چرخه اعتیاد تأکید می‌کند.

پژوهش حاضر با تمرکز بر بازخوانی تجربه زیسته بهبودیافتگان شهر شیراز به تحلیل کیفی نقش سبک زندگی به عنوان یک کلیت یکپارچه در هر دو مرحله گرایش و تداوم اعتیاد می‌پردازد. این در حالی است که مطالعات داخلی عمدتاً بر عوامل پراکنده یا نقش سبک زندگی فقط در پیشگیری متمرکز بوده‌اند و پژوهش‌های خارجی نیز به تحلیل کلان این مفهوم از منظر بهبودیافتگان پرداخته‌اند. بنابراین، وجه تمایز اصلی این تحقیق واکاوی درون‌مایه‌های سبک زندگی به مثابه یک نظام معناساز در کل فرآیند اعتیاد از زبان خود بهبودیافتگان در بافت محلی شیراز بود.

۱۰۷

بازخوانی تجربه‌ی افراد وابسته به مواد بهبودیافته درباره سبک زندگی خود در گرایش

107

و تداوم اعتیاد مستلزم اتکا بر چارچوب‌های نظری غنی است که ابعاد فردی، اجتماعی و فرهنگی انتخاب‌ها و رفتارهای مرتبط با سلامت و مصرف مواد را تبیین کنند. بوردیو^۲ سبک زندگی را نه صرفاً انتخاب‌های آگاهانه فردی، بلکه محصول تعامل سرمایه‌ها^۳ (فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، و نمادین)، عادت‌واره^۴ (مجموعه پایدار تمایلات و ادراکات اکتسابی) و میدان^۵ (فضاهای اجتماعی ساختاریافته با قواعد خاص) می‌داند (بوردیو، ۲۰۱۸). در زمینه اعتیاد، عادت‌واره شکل‌گرفته در میدان‌های خاص (مثلاً محلات حاشیه‌نشین شیراز با دسترسی آسان به مواد، و یا گروه‌های دوستی خاص) می‌تواند گرایش به مصرف مواد را به عنوان یک عمل طبیعی یا حتی مشروع در آن زمینه اجتماعی تلقی کند. فقدان سرمایه‌های فرهنگی (آگاهی از خطرات) و اقتصادی (فرصت‌های جایگزین) و اتکا بر سرمایه اجتماعی محدود به شبکه‌های مرتبط با مواد تداوم اعتیاد را تسهیل

1. Kerman
2. Bourdieu
3. capitals

4. habitus
5. field

می‌کند. گیدنز^۱ بر رابطه دیالکتیکی^۲ بین ساختارهای اجتماعی (قواعد و منابع) و کنش‌گران (عاملیت انسانی) تأکید دارد. سبک زندگی در این چارچوب یک پروژه بازاندیشانه است که افراد در بستر ساختارهای موجود و با استفاده از منابع برای ساختن هویت خود دنبال می‌کنند (گیدنز، ۲۰۲۳). اعتیاد می‌تواند پاسخی مخرب به شرایط آنومیک، احساس بی‌معنایی یا بحران هویت در بستر ساختارهای اجتماعی شیراز (مثلاً بیکاری جوانان و شکاف نسلی) باشد. فرد از طریق مصرف مواد هویتی موقت و احساس عاملیت کاذب می‌سازد. نظریه سرمایه اجتماعی کلمن^۳ (۱۹۸۸) سرمایه اجتماعی را به عنوان منابع درون‌جوشیده در ساختار روابط اجتماعی (اعتماد، هنجارها، شبکه‌ها) تعریف می‌کند که کنش افراد را تسهیل می‌کند. فقدان سرمایه اجتماعی مثبت (خانواده منسجم، شبکه‌های دوستی سالم، و مشارکت در نهادهای مدنی شیراز) فرد را در برابر گرایش به اعتیاد آسیب‌پذیر می‌سازد. در مقابل، عضویت در شبکه‌های منحرف مرتبط با مواد نوعی سرمایه اجتماعی منفی فراهم می‌کند که هنجارهای مصرف را تقویت و تداوم اعتیاد را تسهیل می‌کند (کلمن، ۱۹۸۸).

این چارچوب‌های نظری امکان فهم تجربیات زیسته افراد وابسته به مواد بهبودیافته شیراز را فراهم می‌کنند. پدیدارشناسی با تمرکز بر ادراکات، معانی و تجربیات ذهنی این افراد به ما اجازه می‌دهد بینیم چگونه عوامل عادت‌واره‌ای (توصیف شده توسط بوردیو)، پروژه‌های هویتی (توصیف شده توسط گیدنز)، محاسبات سود و هزینه (انتخاب عقلانی) و پویایی شبکه‌های اجتماعی (توصیف شده توسط کلمن) در بافت خاص اجتماعی، فرهنگی و جغرافیایی شهر شیراز (شامل ویژگی‌های اقتصادی، قومی، دسترسی به خدمات، و عوامل استرس‌آور شهری) تجلی یافته و نقش سبک زندگی را در سفر آنها به سوی اعتیاد و سپس بهبودی شکل داده‌اند. این واکاوی عمیق درک جامع‌تری از ریشه‌ها و راه‌حل‌های محلی برای معضل اعتیاد در این شهر ارائه می‌دهد. بنابراین، اگرچه اعتیاد را می‌توان از منظرهای گوناگون مورد مطالعه قرار داد، اما انجام مطالعه‌ای همه‌جانبه در این

1. Giddens
2. dialectic

3. Coleman

پژوهش میسر نیست. پرسش اصلی پژوهش این بود که سبک زندگی در شکل‌گیری و استمرار اعتیاد چگونه عمل می‌کند؟ به دلیل محدودیت‌ها و عدم انعطاف روش‌های کمی در بررسی عمیق چرایی و چگونگی پدیده‌های پیچیده‌ای مانند اعتیاد روش پژوهش حاضر کیفی و از نوع پدیدارشناسی تفسیری انتخاب شد. این رویکرد با انعطاف‌پذیری بیشتر خود امکان ارائه تحلیلی جامع‌تر و کامل‌تر از فرآیند شکل‌گیری و تداوم اعتیاد را فراهم می‌کند. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر واکاوی سبک زندگی در شکل‌گیری و استمرار اعتیاد از دیدگاه افراد وابسته به مواد بهبودیافته شهر شیراز بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش با اتخاذ رویکرد کیفی و به طور مشخص با استفاده از روش پدیدارشناسی تفسیری طراحی و اجرا شد. در این تحقیق، از روش پدیدارشناسی تفسیری استفاده شد. تحلیل پدیدارشناختی تفسیری رویکردی نظام‌مند و دقیق برای فهم تجربه زیسته افراد است (چاپمن و اسمیت^۱، ۲۰۰۲). پدیدارشناسی تفسیری به نحو عمیقی در پی کنکاش تجربه‌های ذهنی مصاحبه‌شوندگان و تجزیه و تحلیل تفسیری تجربه‌های آنهاست. این رویکرد به پژوهشگران اجازه می‌دهد تا با حفظ یک فرآیند ساختاریافته و نظام‌مند پژوهش بینشی عمیق از تجربه زیسته افراد به دست آورند (میلر^۲ و همکاران، ۲۰۱۸).

با توجه به اهداف کیفی پژوهش، از روش نمونه‌گیری هدفمند برای انتخاب شرکت‌کنندگان استفاده شد. جامعه مورد مطالعه افراد وابسته به مواد بهبودیافته ساکن شهر شیراز بودند. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری داده‌ها ادامه یافت و در نهایت ۲۰ نفر که معیارهای ورود به پژوهش را دارا بودند و از تجربه‌ای غنی در پدیده مورد بررسی برخوردار بودند و توانایی و تمایل به بیان روشن آن داشتند را انتخاب شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: سپری شدن حداقل یک سال از زمان ترک مصرف مواد؛ تمایل به در اختیار گذاشتن تجارب خود؛ حداقل یک بار شرکت در دوره‌های ترک اعتیاد و

گروه‌های درمانی ان ای؛ توانایی صحبت در مورد تجربه خود؛ و علاقه‌مندی به فهم ماهیت و معنای تجربه خویش.

تحلیل داده‌ها بلافاصله پس از هر مصاحبه و با روش تحلیل مضمونی آغاز شد: ۱. پیاده‌سازی: متن مصاحبه‌ها پس از گوش دادن مکرر به فایل‌های صوتی به‌دقت پیاده‌سازی شدند. ۲. تحلیل کل‌نگر: ابتدا هر متن مصاحبه به عنوان یک کل در نظر گرفته شد و معنای بنیادی یا مفهوم عمده آن در قالب یک یا چند بند توصیف گردید. ۳. تحلیل انتخابی (خط به خط): متن مصاحبه بارها خوانده شد و جملات یا عبارات مرتبط با پدیده مورد مطالعه (نقش سبک زندگی در اعتیاد) که آشکارکننده ابعاد آن بودند انتخاب گردیدند. ۴. استخراج مضامین اولیه: جملات و عبارات برگزیده برای هر مصاحبه به طور مجزا به مضامین اولیه تبدیل شدند. ۵. سازماندهی و طبقه‌بندی: مضامین اولیه در طبقات اولیه قرار گرفتند. مضامین اساسی مشترک در بین تجارب شرکت‌کنندگان با تغییر، جابجایی، تلفیق مضامین مشترک و حذف مضامین نابجا پدیدار شدند. به عبارت دیگر، داده‌های هر مصاحبه و سپس داده‌های همه مصاحبه‌ها با توجه به وجوه مشترک در قالب مضامین زیرمضامین سازماندهی شدند. در نهایت، از مجموع مصاحبه‌ها مضامین فراگیر استخراج و مضامین مشابه ادغام گردیدند. برای تأمین روایی (اعتبار) و پایایی (قابلیت اعتماد) پژوهش معیارهای معتبر بودن^۱، اطمینان‌پذیری^۲، قابلیت تأیید^۳ و قابلیت انتقال^۴ مورد توجه قرار گرفت. از روش بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان برای کسب اعتبار یافته‌ها استفاده شد، به گونه‌ای که یافته‌های استخراج شده به شرکت‌کنندگان ارائه شد و نظرات آنان در مورد انطباق یافته‌ها با تجارب‌شان اخذ گردید. برای تحقق قابلیت اطمینان، از روش ممیزی استفاده شد به طوری که همه مراحل پژوهش (از طراحی سؤالات تا تحلیل نهایی) به‌طور کامل مستندسازی شد تا قابلیت تأیید و پیگیری فراهم گردد. برای کسب قابلیت انتقال تحقیق، توصیف غنی از تجربیات و زمینه‌های مصاحبه‌شوندگان صورت گرفت. در نهایت،

برای کسب پایایی از روش بازخورد همتایان استفاده شد به طوری که تحقیق برای چند نفر از افراد همکار فرستاده شد و بازخوردهای آنان مورد توجه قرار گرفت.

ابزار

ابزار اصلی گردآوری داده‌ها مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و عمیق بود که به دلیل انعطاف‌پذیری و ظرفیت آن برای دستیابی به عمق تجارب برای پژوهش کیفی مناسب است. روند مصاحبه‌ها به این ترتیب بود: ۱- مصاحبه غیر رسمی (مرحله اول): جهت دستیابی اولیه به مفاهیم و مقوله‌ها؛ ۲- پیگیری مفاهیم (مرحله دوم): مفاهیم و مقوله‌های شناسایی شده در فرایند مصاحبه در راستای نمونه‌گیری نظری پیگیری شدند؛ ۳- مصاحبه نیمه‌باز استاندارد شده (مرحله سوم): پس از شکل‌گیری خطوط کلی مصاحبه‌ها توسط مفاهیم و مقوله‌ها، سؤالات مشخص تری طراحی و مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت (محمدپور، ۱۳۹۲). هر مصاحبه با یک سوال کلی آغاز می‌شد و مدت آن بین ۴۵ دقیقه تا یک ساعت و نیم متغیر بود. مصاحبه‌ها در فضایی دوستانه و در فواصل زمانی مشخص انجام شد. با هر شرکت‌کننده تنها یک جلسه مصاحبه انجام گرفت و زمان و مکان مصاحبه با توافق ایشان تعیین شد. با اجازه شرکت‌کنندگان همه مصاحبه‌ها ضبط صوتی شدند.

یافته‌ها

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه

ردیف	جنسیت	سن	مدت اعتیاد (سال)	مدت بهبودی (سال)	وضعیت تاهل	سطح تحصیلات	سابقه اشتغال	شغل	تعداد افراد خانوار
۱	مرد	۲۷	۲	۵	مجرد	لیسانس	۳	مکانیک اتومبیل	۴
۲	مرد	۲۸	۵	۲	مجرد	سیکل	۴	مغازه‌دار	۳
۳	مرد	۴۶	۴	۱۲	متاهل	دیپلم	۱۳	فروش املاک	۵
۴	زن	۲۹	۷	۲	مجرد	دیپلم	بیکار	-	۴
۵	زن	۳۵	۴	۳	متاهل	دیپلم	۵	دست فروش	۶
۶	مرد	۳۷	۶	۳	متاهل	لیسانس	۸	کارمند	۴

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه

ردیف	جنسیت	سن	مدت اعتیاد (سال)	مدت بهبودی (سال)	وضعیت تاهل	سطح تحصیلات	سابقه اشتغال	شغل	تعداد افراد خانوار
۷	زن	۴۱	۲	۹	متاهل	دیپلم	۷	تایبست	۲
۸	مرد	۴۳	۸	۷	متاهل	دیپلم	۱۵	راننده	۴
۹	مرد	۳۳	۷	۲	مجرد	کاردانی	۴	کشاورز	۵
۱۰	زن	۴۵	۳	۸	متاهل	دیپلم	۸	فروشنده لباس	۳
۱۱	مرد	۴۷	۱۲	۳	متاهل	لیسانس	۹	حسابدار	۲
۱۲	زن	۵۱	۵	۹	متاهل	سیکل	۱۴	خدمات بیمارستان	۶
۱۳	زن	۳۱	۴	۱	متاهل	لیسانس	بیکار	-	۵
۱۴	مرد	۲۸	۳	۵	مجرد	دیپلم	بیکار	-	۵
۱۵	زن	۴۲	۸	۹	متاهل	سیکل	بیکار	-	۳
۱۶	مرد	۳۹	۹	۳	متاهل	دیپلم	۱۱	مغازه‌دار	۴
۱۷	مرد	۳۷	۵	۵	متاهل	کاردانی	۶	انتظامات	۲
۱۸	مرد	۵۳	۱۷	۶	متاهل	سیکل	۲۴	راننده	۳
۱۹	زن	۳۶	۴	۴	مجرد	کاردانی	۵	کارگر رستوران	۴
۲۰	زن	۴۳	۶	۵	متاهل	سیکل	۶	خیاط	۴

جدول ۲: مضامین و زیرمضامین سبک زندگی اعتیادگونه

مضمون اصلی	بعد	زیر مضمون‌ها	مفاهیم
سبک زندگی اعتیادگونه	جسمانی	خواب نامناسب، تغذیه نامناسب، عدم تحرک و ورزش، ناتوانی جنسی، و عدم رعایت بهداشت	اختلال در ریتم خواب روزانه، مصرف مواد غذایی ناسالم، کاهش سطح انرژی جسمی، ضعف سیستم ایمنی بدن، ابتلا به بیماری‌های مزمن، کاهش میل جنسی، بی‌تفاوتی نسبت به بهداشت شخصی، افزایش خطر ابتلا به عفونت‌ها، تحلیل عضلانی، اختلال در گوارش، تغییرات وزن شدید، خستگی مفرط، کاهش تحمل درد، وابستگی به مواد برای عملکرد روزانه، و مراقبت نکردن از ظاهر فیزیکی

جدول ۲: مضامین و زیرمضامین سبک زندگی اعتیادگونه

مضمون اصلی	بعد	زیر مضمون‌ها	مفاهیم
روانی	وسوسه و اجبار به مصرف، احساس کاهش اعتماد به نفس، افکار خودتخریبی، اضطراب اجتماعی، حقارت، و یأس و خودبزرگ‌بینی، اجتناب از مسئولیت‌ها، فرار از واقعیت، وابستگی	انکار وابستگی به مواد، تحریف واقعیت، احساس گناه مداوم، مصرف، احساس کاهش اعتماد به نفس، افکار خودتخریبی، اضطراب اجتماعی، حقارت، و یأس و خودبزرگ‌بینی، اجتناب از مسئولیت‌ها، فرار از واقعیت، وابستگی	عاطفی به مواد، و بی‌احساسی عاطفی
معنوی- روحانی	خودمحوری، ایمان ضعیف، عدم اختیار و آزادی، آگاهی کاذب، و احساس درماندگی	بحران هویت، دوری از ارزش‌های معنوی، احساس پوچی وجودی، ناامیدی از آینده، عدم اعتمادی به دیگران، و انزوای معنوی	معمولی- روحانی
ارتباطی- اجتماعی	افکار و رفتار پرخطر، اعتیاد در خانواده و دوستان، در فعالیتهای غیرقانونی، بی‌ثباتی در روابط، عدم پابندی به قول و قرارها، ایجاد تنش در محیط خانوادگی، انزوای اختیاری، کاهش مسئولیت‌پذیری، و مهارت‌های ارتباطی، وابستگی به شبکه‌های نامناسب، از دست دادن	قطع ارتباط با خانواده، تقلید از دوستان وابسته به مواد، رفتارهای پرخطر، اعتیاد در خانواده و دوستان، در فعالیتهای غیرقانونی، بی‌ثباتی در روابط، عدم پابندی به قول و قرارها، ایجاد تنش در محیط خانوادگی، انزوای اختیاری، کاهش	مشارکت خانوادگی و دوستان، در فعالیتهای غیرقانونی، بی‌ثباتی در روابط، عدم پابندی به قول و قرارها، ایجاد تنش در محیط خانوادگی، انزوای اختیاری، کاهش
بعد جسمانی	از منظر مشارکت کنندگان، ویژگی‌های جسمانی بارزترین و اولین نشانه‌های شناسایی سبک زندگی اعتیادگونه و تمایز آن از سبک زندگی سالم است. این بعد شامل مولفه‌های زیر است:	مهارت‌های ارتباطی، وابستگی به شبکه‌های نامناسب، از دست دادن اعتماد دیگران، بی‌تفاوتی نسبت به آینده خانوادگی، و ناتوانی در ایفای نقش والدینی یا اجتماعی	مشارکت خانوادگی و دوستان، در فعالیتهای غیرقانونی، بی‌ثباتی در روابط، عدم پابندی به قول و قرارها، ایجاد تنش در محیط خانوادگی، انزوای اختیاری، کاهش

۱۱۳

113

بیان کرد: "من هیچ وقت خواب درستی نداشتم شب‌ها بیدار بودم و مصرف می‌کردم و روزها می‌خوابیدم."

تغذیه نامناسب: توجه به تغذیه سالم به شدت کاهش می‌یابد. اولویت اصلی فرد تهیه و مصرف مواد است، نه تأمین نیازهای اساسی بدن. وعده‌های غذایی بسیار کم تعداد (گاهی یک وعده در روز یا حتی یک وعده در چند روز) و فاقد ارزش غذایی کافی منجر به سوءتغذیه و ضعف جسمانی شدید می‌شود. یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان در این زمینه گفت: "من یادم نمی‌آید که در زمان مصرف هیچ وقت غذای درست حسابی خورده باشم بیشتر فکر و ذکرم تهیه و مصرف مواد بود."

عدم تحرک و ورزش: فعالیت بدنی و ورزش به کلی از زندگی حذف یا بسیار کم‌رنگ می‌شود. افراد وابسته به مواد بهبودیافته اذعان داشتند که در دوران مصرف نه تنها با ورزش بیگانه بودند، بلکه از آن فرار می‌کردند و آن را امری بی‌فایده یا حتی مسخره می‌پنداشتند. این بی‌تحرکی به تشدید ضعف جسمانی و کاهش سلامت عمومی می‌انجامد. یکی از شرکت‌کنندگان چنین گفت "در زمان مصرف من اصلاً با چیزی به نام ورزش آشنا نبودم و به نظرم کار مسخره‌ای می‌اومد."

نا توانی و ناپه‌نجاری‌های جنسی: یکی از نشانه‌های مهم و تأثیرگذار کاهش شدید یا خاموشی میل و عملکرد جنسی در زندگی زناشویی است. مصرف مواد به تدریج لذت جنسی را کاهش داده و لذت مصرف را جایگزین آن می‌کند. مشارکت‌کنندگان مشکلات متنوعی مانند زودانزالی، عدم نعوظ، کاهش میل جنسی، و حتی مواردی از سوء استفاده و خشونت جنسی را گزارش کردند. این اختلالات فشار مضاعفی بر روابط و عزت نفس فرد وارد می‌کند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره بیان کرد: "من با اینکه متاهل بودم ولی خیلی کم رابطه جنسی با همسر داشتم ... هم دیگه به من حال نمی‌داد."

عدم رعایت بهداشت فردی و محیطی: این مورد به عنوان نقطه عطف زندگی اعتیادگونه توصیف شد. فرد به طور فزاینده‌ای در حفظ نظافت شخصی و محیط اطراف خود سهل‌انگاری می‌کند. این شامل مواردی مانند کاهش دفعات استحمام (گاهی در هفته یا ماه)، عدم شستشوی منظم دست‌ها، بی‌توجهی به بهداشت دهان و دندان، عدم شستشوی

لباس‌ها، و عدم دفع بهداشتی زباله‌ها می‌شود. پیامدهای این بی‌توجهی فراتر از مشکلات جسمانی است و کاهش شدید اعتماد به نفس، ایجاد احساس شرم، انزجار و اضطراب در خود فرد و همچنین دافعه شدید و طرد از سوی جامعه را در پی دارد. این طرد اجتماعی فرد را به سمت انزوا و گروه‌های هم‌تا (افراد وابسته به مواد) سوق می‌دهد و چرخه اعتیاد را تقویت می‌کند. گفته‌های دو نفر از مصاحبه‌شوندگان تاییدکننده این موضوع است: "خود من در زمان مصرف خیلی کم حمام میرفتم یا ریش‌هام رو کوتاه می‌کردم بیشتر اوقات به آدم معتاد از رویاهاش همیشه شناخت." یا "من در زمان مصرف دوست نداشتم حمام برم یا مو یا ریشم رو کوتاه کنم یکی از دوستان در زمان مصرف در لوله فاضلاب هنگامی که نشسته بوده موش‌ها انگشت‌های پایش رو خورده بودند."

مجموعه این ویژگی‌های جسمانی تصویری از یک بدن ژولیده، لاغر، نحیف و ضعیف ارائه می‌دهد که به اولین نشانه‌ی قابل شناسایی سبک زندگی اعتیادگونه در جامعه تبدیل می‌شود و همزمان هم علت و هم معلول فروپاشی سلامت و انزوای اجتماعی است.

بعد روانی

زندان ذهنی افراد وابسته به مواد بر اساس روایت‌های عمیق مشارکت‌کنندگان در فرایند اعتیاد شکل می‌گیرد. بعد روانی نقشی برجسته و تعیین‌کننده‌تر نسبت به بعد جسمانی در پیدایش و به ویژه تداوم اعتیاد ایفا می‌کند. این بعد فرد را در چنگال مکانیسم‌های ویرانگری گرفتار می‌سازد:

انکار: سنگ بنای روانی اعتیاد انکار است. انکار یک مکانیسم دفاعی قدرتمند است که فرد را از پذیرش واقعیت بیماری بازمی‌دارد. فرد وابسته به مواد قادر به درک عمق مشکل خود نیست، دلایل به ظاهر منطقی ولی غیرواقعی برای مصرف می‌تراشد، تأثیرات منفی اعتیاد را کم اهمیت جلوه می‌دهد، دیگران (افراد، شرایط، و یا حتی انواع دیگر مواد) را سرزنش می‌کند و انتظارات غیرواقع‌بینانه از اطرافیان دارد. یکی از شرکت‌کنندگان بیان داشت: "ما معتادها همیشه در انکار هستیم همیشه به خودم می‌گفتم من که معتاد نیستم معتاد کسی هست که کارتن خوابه یا زیر پل‌ها زندگی می‌کنه ولی غافل از اینکه خودم هم به روزی کارتن خواب شدم."

وسوسه و اجبار به مصرف: این دو مورد دو روی یک سکه ویرانگر هستند. وسوسه فکری سمج، فلج‌کننده و غالباً غیرمنطقی است که ذهن فرد را اشغال می‌کند. اگر فرد در دام وسوسه گرفتار شود به طور مرموزانه او را به سمت اجبار غیرقابل مقاومتی برای مصرف مواد سوق می‌دهد، فارغ از هرگونه عواقب یا شرایط محیطی. یکی از شرکت‌کنندگان این چنین گفت: "من مصرف می‌کردم که زندگی کنم و زندگی می‌کردم که مصرف کنم و کلاً زندگی من خلاصه شده بود در مصرف، مصرف و مصرف."

احساس حقارت و عدم اعتماد به نفس: این احساس رنج‌آور چه قبل چه حین و چه بعد از دوره‌های مصرف فعال همیشه در ذهن فرد وابسته به مواد حضور دارد. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که دائماً خود را در مقایسه با دیگران کم‌ارزش‌تر و ناتوان‌تر احساس می‌کردند. زندگی در سایه ترس مداوم (ترس از کشف شدن، ترس از خماری، و ترس از طرد) اعتماد به نفس فرد را به شدت سرکوب کرده و جرأت و اراده انجام ساده‌ترین کارها را از او سلب می‌کند. یکی از شرکت‌کنندگان این چنین گفت: "به خاطر اعتیادم و سرو شکل ظاهرم در جلو دوستان و همکاران و خانواده احساس حقارت و خود کم‌بینی می‌کردم."

یأس و انزوا: این مرحله آخرین حلقه زنجیر روانی اعتیاد است. فرد عمیقاً از امکان تغییر ناامید شده و احساس می‌کند در زندان ذهن خود محبوس است. او باور دارد که دیگر توان رهایی از بحران اعتیاد را ندارد. ارتباطات معنادار با دنیای بیرون قطع می‌شود و تنها روابط مصنوعی، تقلیدی و مبتنی بر مصرف باقی می‌ماند. یأس و انزوا یعنی درک این واقعیت تلخ که راه‌گزینی وجود ندارد و پل ارتباطی با واقعیت فرو ریخته است. یکی از شرکت‌کنندگان این چنین گفت: "من آخرش به جایی رسیده بودم که با کسی رابطه‌ای نداشتم هیچ دوستی نداشتم تنهای تنها بودم."

این مکانیسم‌های روانی یک چرخه معیوب قوی ایجاد می‌کنند که فرد را در دام اعتیاد نگه می‌دارد و رهایی از آن را نیازمند مداخلات روان‌شناختی عمیق و تغییرات بنیادین در نگرش می‌سازد.

بعد معنوی و روحانی

افراد وابسته به مواد بهبودیافته بر نقش حیاتی و تعیین کننده بعد معنوی-روحانی در پیدایش و تداوم اعتیاد تأکید کردند. این بعد رابطه فرد با خود (معنویت) و با نیروی برتر (خداوند/روحانیت) را در بر می گیرد و دارای زیرمقوله های کلیدی زیر است:

خودمحوری: مشخصه بارز فرد وابسته به مواد تمرکز افراطی بر خود و نیازهای آنی خود است که فرد را از توجه به دیگران و نیازهایشان غافل می سازد. این امر منجر به ناتوانی در درک و همدلی و ایجاد حالت دائمی جنگ و ستیز درونی (با خود) و بیرونی (با دیگران) می شود.

ایمان و باور ضعیف: رابطه اکثر افراد وابسته به مواد با مفهوم خداوند یا نیروی برتر اغلب ضعیف، متزلزل و آمیخته با لجبازی است. آنها تمایل دارند مشکلات و ناکامی های خود را به سمت خداوند فراقنی کنند و رابطه ای مبتنی بر سرزنش یا بی اعتمادی برقرار می سازند.

عدم اختیار و آزادی: در این سبک زندگی، مواد مخدر است که بر زندگی فرد حکومت می کند. مواد مخدر برای فرد تصمیم می گیرد با چه کسی معاشرت کند، کجا برود، چه زمانی بخوابد یا بیدار شود. زندگی فرد کاملاً غیرقابل اداره و کنترل به نظر می رسد. فرد هیچ اختیار یا اراده ای (چه درونی و چه بیرونی) از خود نشان نمی دهد و هیچ جوشش درونی برای مدیریت زندگی ندارد. پیامدهای بیرونی این عدم اختیار (مشکلات خانوادگی، طلاق، از دست دادن شغل، و زندانی شدن) قابل مشاهده اند. زندگی به مصرف برای زنده بودن و زنده بودن برای مصرف تقلیل می یابد.

آگاهی کاذب: این مورد از دید بهبودیافتگان یکی از بنیادی ترین عوامل در شروع و ادامه اعتیاد است. آگاهی کاذب به معنای درک تحریف شده و نادرست فرد از خود، نگرش ها، عقاید، هیجانان، توانایی ها و به ویژه ارزش ها است. از آنجا که ارزش ها پایه ی اصلی آگاهی و معیار داوری فرد درباره خود و دیگران هستند، تحریف آنها ویرانگر است. آگاهی کاذب در اعتیاد شامل باورهای نادرستی مانند: "با چند بار مصرف معتاد نمی شوی"، "اگر دیگران مصرف می کنند، پس من هم می توانم/باید"، "من می توانم

مصرفم را کنترل کنم"، "مواد خستگی را از تن بیرون می‌کند"، "مواد باعث آرامش روحی می‌شود"، و "مواد دردها و رنج‌ها را کم می‌کند" می‌شود. پذیرش ارزش‌های اعتیادگونه (مانند افتخار به تعلق به خانواده مصرف‌کننده/فروشنده، ارزش دادن به نوع، میزان، کیفیت، تنوع و نحوه تهیه مواد به عنوان و معیار جایگاه در گروه) نیز بخشی از این آگاهی کاذب است. فرد وابسته به مواد به اشتباه باور دارد که مواد می‌تواند مشکلات درونی و بیرونی و احساسات ناخوشایند را حل کنند.

احساس درملندگی: یکی دیگر از عوامل بنیادین در پیدایش و تداوم اعتیاد که معمولاً به صورت ناخودآگاه عمل می‌کند، احساس درملندگی است. احساس درملندگی در دو محور ظاهر می‌شود: احساس عجز در برابر درون (درک این که فرد از تغییر احساسات، عواطف، هیجانات و افکار درونی خود عاجز است) و احساس ناتوانی در برابر بیرون.

احساس ناتوانی (در برابر بیرون): درک این که فرد از تغییر شرایط بیرونی و محیطی ناتوان است. وقتی فرد به این درک می‌رسد که هم بر درون خود و هم بر بیرون کنترل ندارد عمیقاً احساس درملندگی می‌کند. این احساس با بی‌انگیزگی، بی‌قدرتی و ناتوانی همراه است. تلاش برای تغییر اوضاع با مصرف مواد (به امید تغییر احساسات درونی یا شرایط بیرونی) فقط این احساس درملندگی را تشدید می‌کند، زیرا فرد به بی‌فایده بودن تلاش‌هایش پی می‌برد. در مجموع، معنویت و روحانیت سالم مبتنی بر احساس رضایت از رابطه با خود و نیروی برتر است، اما در سبک زندگی اعتیادگونه رابطه با خود (جنگ و ستیز) و با نیروی برتر (لجبازی و فرافکنی) کاملاً مخدوش است.

بعد ارتباطی و اجتماعی

از دید مشارکت‌کنندگان، بعد ارتباطی و اجتماعی نقش بسیار برجسته‌ای به‌ویژه در تداوم اعتیاد ایفا می‌کند. این بعد شامل ویژگی‌های زیر است

افکار و رفتار پرخطر: این مورد ارتباط تنگاتنگی با مصرف مواد دارد. هرگونه فکر یا رفتاری که سلامت جسمی، روانی، معنوی فرد یا دیگران را به خطر انداخته و پیامدهای منفی درازمدت ایجاد کند پرخطر محسوب می‌شود. در افراد وابسته به مواد این موارد

شامل تحریک پذیری بالا، نشخوارهای ذهنی منفی، زودرنجی، پرخاشگری و عصبانیت غیرقابل کنترل است. این افکار و رفتارها هم می‌توانند معلول مصرف باشند و هم محرکی برای ادامه آن یا ورود به درگیری‌های خطرناک. یکی از شرکت کنندگان این چنین گفت: "از ضربه زدن به خودم در مرحله اول به دیگران ابایی نداشتم برای اینکه پول مواد رو تهیه کنم وسایل بازی توی پارک‌ها را می‌دزدیم."

اعتیاد در خانواده، آشنایان و دوستان: این عامل توسط بهبودیافتگان به عنوان

یکی از مهم‌ترین عوامل در پیدایش و تداوم اعتیاد خود معرفی شد. مشاهده مصرف مواد توسط اعضای خانواده (به ویژه در سنین پایین) باعث یادگیری و شکل‌گیری استعداد اعتیاد می‌شود. مشاهده مصرف توسط آشنایان این استعداد را پرورش می‌دهد. عادی‌سازی مصرف در فرهنگ خانواده، فامیل یا محله ورود به مصرف و همنشینی با دوستان مصرف‌کننده را تسهیل می‌کند. آشنایی با معیارها و ارزش‌های گروه‌های مصرف‌کننده باعث پذیرش سریع‌تر در این گروه‌ها می‌شود. فشار هم‌تایان و نیاز به همنوایی با گروه فرد را به عمق اعتیاد می‌کشاند. یکی از شرکت کنندگان این چنین گفت: "بیشتر دوستانم مصرف‌کننده بودند... اصلاً نمی‌تونستم با کسانی که مصرف‌کننده نبودند رابطه داشته باشم" و "نو خانواده و فامیلمون و محله مون مصرف‌کننده زیاد داشتیم و همیشه برای سرماخوردگی، دندان درد و بقیه مریضی‌ها به جای رفتن به دکتر پدرمون تریاک بهمون می‌داد."

عدم مسئولیت‌پذیری: مشکل شاخص افراد وابسته به مواد که نقش ویژه‌ای در

تداوم اعتیاد دارد، عدم مسئولیت‌پذیری است. مسئولیت‌پذیری به معنای تعهد درونی برای انجام مطلوب وظایف محوله است. مصرف مواد به تدریج حس مسئولیت‌پذیری فرد را تضعیف و در نهایت از بین می‌برد. فرد از انجام مسئولیت‌های فردی (مراقبت از خود)، خانوادگی (نقش همسری و والدینی) و اجتماعی (شغلی و شهروندی) سر باز می‌زند. بیماری اعتیاد به عنوان بهانه‌ای برای فرار از مسئولیت‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد و این فرار به تداوم و تشدید بیماری دامن می‌زند. یکی از شرکت کنندگان این چنین گفت:

"چه تو زندگی فردیم و خانوادگیم از مسئولیت فراری بودم فقط و فقط به فکر مصرف بودم."

طرد اجتماعی: این موضوع هم علت و هم پیامد مهم اعتیاد و یکی از دردناک‌ترین مراحل این روند. افراد وابسته به مواد در دوران مصرف معمولاً از سوی خانواده، فامیل، آشنایان، دوستان، همکاران، سازمان‌ها و نهادهای اجتماعی مورد تحقیر، سرزنش و تبعیض قرار می‌گیرند. در نهایت، اغلب ارتباطات خود را به کلی از دست می‌دهند. این طرد فرد را به انزوا و گروه‌های هم‌تای وابسته به مواد سوق می‌دهد، دسترسی به حمایت‌های اجتماعی را قطع می‌کند و احساس بی‌ارزشی و ناامیدی را تشدید می‌کند که همگی به تداوم اعتیاد کمک می‌کنند. یکی از شرکت‌کنندگان این چنین گفت: "جویری شده بود که خانواده‌ام دیگه منو نمی‌پذیرفتن و از خانه منو بیرون کرده بودن هر جا پا میداشتم کسی منو تحویل نمی‌گرفت."

مقوله کلی: سبک زندگی اعتیادگونه

تحلیل جامع یافته‌های این پژوهش منجر به ظهور مقوله کلی «سبک زندگی اعتیادگونه» شد. این مفهوم فراگیر تمامی مقولات خردتر جسمانی، روانی، معنوی-روحانی و ارتباطی-اجتماعی را در بر می‌گیرد و چارچوبی برای درک یکپارچه پدیده اعتیاد فراهم می‌سازد. سبک زندگی اعتیادگونه راه و روشی است که افراد در زندگی روزمره خود اتخاذ می‌کنند و بازتاب کاملی از ارزش‌ها و باورها، نحوه تفکر، فعالیت‌های بدنی و الگوهای اجتماعی و ارتباطی خاص این گروه است. این سبک زندگی از عادات روزمره (خواب، خوراک، و بهداشت) تا ارزش‌های عمیق (انکار، خودمحوری، و ارزش‌های اعتیادگونه) و نحوه تعامل با جهان (طرد، انزوا، و همنشینی با مصرف‌کنندگان) را شامل می‌شود و افراد وابسته به مواد را از دیگران متمایز می‌کند. عادات روزمره مانند خواب و تغذیه نامناسب، عدم تحرک و بی‌توجهی به بهداشت توصیف‌کننده‌های بارز این سبک زندگی هستند. این عادات هم نشانه‌اند و هم به تشدید مشکلات جسمانی و انزوای اجتماعی کمک می‌کنند. مولفه‌هایی مانند انکار، وسوسه، احساس حقارت، یأس، خودمحوری، آگاهی کاذب و احساس درماندگی متمایزکننده‌های اساسی این سبک زندگی هستند. این

باورهای عمیق و اغلب تحریف شده نحوه درک فرد از خود، جهان و مشکلاتش را شکل می‌دهد و او را در چرخه اعتیاد نگه می‌دارد. خودمحوری، ایمان ضعیف، آگاهی کاذب و احساس درماندگی منجر به نگرش و چارچوب فکری خاصی نسبت به جهان هستی می‌شود که فرد وابسته به مواد را در جامعه برجسته می‌سازد و بر تعامل او با همه ابعاد زندگی سایه می‌افکند. عواملی مانند افکار/رفتار پرخطر، همنشینی با افراد وابسته به مواد، عادی‌سازی مصرف، عدم مسئولیت‌پذیری و در نهایت طرد و انزوای اجتماعی آن بعدی از سبک زندگی هستند که فرد را به طور عینی در جامعه پدیدار می‌سازند و به عنوان سبکی خاص تعریف می‌کنند. مهم‌ترین مؤلفه هر سبک زندگی انتخاب است. در سبک زندگی اعتیادگونه این انتخاب اغلب آگاهانه و آزادانه نیست، بلکه تحت تأثیر شدید فشار عوامل درونی (مثل درد روانی، احساس درماندگی، و باورهای تحریف شده) و عوامل بیرونی (مثل خانواده فرد وابسته به مواد، دوستان مصرف‌کننده، فقر، طرد، و در دسترس بودن مواد) صورت می‌گیرد. فرد به اجبار این شرایط مجبور به انتخاب یا تداوم این راه و روش زندگی ویرانگر می‌شود. یکی از مصاحبه‌شونده‌ها گفت: "من چنان با اعتیادم خو گرفته بودم که وقتی به قطع مصرف فکر می‌کردم ترس و اضطراب کل وجودم می‌گرفت."

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بازخوانی تجربه‌ی افراد وابسته به مواد بهبودیافته درباره سبک زندگی خود در گرایش و تداوم اعتیاد در شهر شیراز با استفاده از رویکرد پدیدارشناسی تفسیری بود. یافته‌ها منجر به استخراج مضمون فراگیر سبک زندگی اعتیادگونه با چهار بعد جسمانی، روانی، معنوی-روحانی و ارتباطی-اجتماعی شد. در بعد جسمانی غفلت از سلامت بدن از طریق خواب نامناسب، تغذیه ناسالم، بی‌حرکی و بی‌توجهی به بهداشت شخصی هم به عنوان بستر و هم به عنوان پیامد اعتیاد عمل کرد. شرکت‌کنندگان این عوامل را محرک اصلی برای مصرف مواد به منظور تحمل فشارهای جسمی می‌دانستند. این یافته با مطالعه‌هاکه و همکاران (۲۰۱۴) در حوزه پزشکی اجتماعی که سوءتغذیه را در بین مصرف‌کنندگان مواد در بنگلادش گزارش کردند همسو است. این همخوانی نشان می‌دهد که تخریب سلامت جسمانی بخش جدایی‌ناپذیر از سبک زندگی مرتبط با اعتیاد

است و چرخه معیوب ضعف جسمی-مصرف مواد را تقویت می‌کند. بعد روانی به عنوان مؤثرترین بعد در شکل‌گیری و تداوم اعتیاد شناسایی شد. مؤلفه‌هایی مانند انکار، وسوسه مداوم، احساس حقارت و یأس یک چرخه معیوب شناختی-هیجانی ایجاد می‌کرد. این نتیجه با یافته‌های کریم‌پار جهرمی و همکاران (۱۳۹۴) در حوزه عوامل روان‌شناختی که عوامل فردی را در عود اعتیاد دارای اولویت می‌دانند مطابقت دارد. از منظر نظری، این یافته‌ها را می‌توان با مفهوم عادت‌واره بوردیو تبیین کرد، جایی که ذهنیت فرد در میدان‌های اجتماعی خاص (مانند محلات پرخطر شیراز) به گونه‌ای شکل می‌گیرد که مصرف مواد را به عنوان راهکاری طبیعی برای مدیریت درد روانی می‌پذیرد. در بعد معنوی-روحانی مؤلفه‌هایی مانند خودمحوری، ایمان ضعیف، آگاهی کاذب و احساس درماندگی نقش کلیدی در سقوط به ورطه اعتیاد و ناتوانی در ترک داشت. بهبودیافتگان گزارش کردند که اعتیاد حس اختیار و عاملیت را از آنان سلب کرده و کنترل درونی را با وابستگی به مواد جایگزین کرده بود. این یافته با پژوهش سجودی و همکاران (۱۴۰۰) در حوزه جامعه‌شناسی سلامت که بر ضرورت تغییر نگرش به لذت و مصرف برای بهبودی پایدار تأکید دارند همخوانی دارد. از منظر نظریه گیدنز، اعتیاد می‌تواند پاسخی مخرب به بحران هویت و احساس بی‌معنایی در بستر ساختارهای اجتماعی شهری مانند شیراز باشد، جایی که فرد از طریق مصرف مواد به دنبال ساختن هویتی موقت و عاملیت کاذب است. بعد ارتباطی-اجتماعی در تداوم اعتیاد نقش برجسته‌ای ایفا می‌کرد. شبکه‌های اجتماعی ناسالم (خانواده یا دوستان فرد وابسته به مواد)، عدم مسئولیت‌پذیری و تجربه طرد اجتماعی بازگشت به مصرف را تسهیل می‌کرد. این نتیجه با پژوهش‌های هموویچ و کارنو (۲۰۰۴) و کوهن و همکاران (۲۰۰۶) در حوزه جامعه‌شناسی خانواده که بر سابقه مصرف در خانواده به عنوان یک عامل خطر قوی تأکید دارند همسو است. مطابق نظریه سرمایه اجتماعی کلمن، فقدان سرمایه اجتماعی مثبت (خانواده منسجم و شبکه دوستی سالم) و جایگزینی آن با سرمایه اجتماعی منفی (شبکه‌های مرتبط با مواد) هنجارهای مصرف را تقویت و فرد را در چرخه اعتیاد نگه می‌دارد. در یک نگاه کلی، سبک زندگی اعتیادگونه محصول تعامل پیچیده این چهار بعد و حاصل تأثیرپذیری از میدان‌های اجتماعی-اقتصادی

خاص شهر شیراز (مانند دسترسی آسان به مواد در برخی محلات) و فقدان سرمایه‌های فرهنگی و اقتصادی برای انتخاب الگوهای سالم زندگی است. این یافته‌ها با مطالعات داخلی مانند بیانی و همکاران (۱۴۰۲) و پژوهش‌های خارجی مانند کرمان و همکاران (۲۰۲۰) که بر پیوند بین محرومیت ساختاری و سبک زندگی ناسالم تأکید دارند همسویی کامل دارد.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی است. اولاً، ماهیت کیفی و نمونه‌گیری هدفمند محدودیت در تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر بافت‌های جغرافیایی-فرهنگی را به همراه دارد. ثانیاً، اتکای صرف به خوداظهاری شرکت‌کنندگان ممکن است تحت تأثیر تمایل به ارائه تصویر اجتماعی مطلوب قرار گرفته باشد. با این وجود، عمق تحلیلی حاصل از رویکرد پدیدارشناسی بینش ارزشمندی را برای طراحی مداخلات جامع و بوم‌محور در حوزه پیشگیری و درمان اعتیاد فراهم ساخته است. در ادامه به برخی پیشنهادها کاربردی در این حوزه اشاره می‌کنیم: ۱- طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی (مدیریت استرس، کنترل هیجانات، و حل مسئله) ویژه افراد در معرض خطر و بهبودیافتگان، ۲- استفاده از روش‌های شناختی-رفتاری برای مقابله با آگاهی کاذب و انکار در مراحل مختلف اعتیاد، ۳- ترویج فعالیت‌های جایگزین سالم (ورزش، هنر، و مهارت‌آموزی) برای پر کردن اوقات فراغت و کاهش وسوسه، ۴- اجرای کارگاه‌های آگاهی‌بخشی به خانواده‌ها در مورد نشانه‌های سبک زندگی اعتیادگونه و نحوه برخورد سازنده، ۵- ایجاد و تقویت شبکه‌های حمایتی محلی برای بهبودیافتگان در محلات شهر شیراز، ۶- توانمندسازی خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد از طریق آموزش مهارت‌های ارتباطی و مراقبتی، ۷- ساماندهی محیط‌های پرخطر در شهر شیراز (مانند محلات با دسترسی آسان به مواد)، ۸- تقویت سرمایه‌های فرهنگی و اقتصادی در سطح جامعه برای فراهم آوردن فرصت‌های جایگزین، و ۹- گسترش پوشش برنامه‌های کاهش آسیب و خدمات حمایتی برای گروه‌های در معرض خطر.

منابع

- بابائی، امید (۱۴۰۴). روایت پژوهی تجربه زیسته زنان آسیب‌دیده از زندگی با همسران وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۹ (۷۶)، ۱۸۰-۱۵۹.
- بزمی، نعیمه (۱۳۹۰). *مبانی روانشناسی اعتیاد*. تهران: انتشارات ارجمند.
- بیانی، علی؛ امیر احمدی، رحمت‌الله و اسماعیلی، علی‌رضا (۱۴۰۲). تجارب زیسته جوانان معتاد از نقش حمایت اجتماعی در پیشگیری از عود اعتیاد. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۴ (۵۶)، ۱۰۱-۶۷.
- پورکرد، مهدی؛ غلامرضایی، سیمین؛ غضنفری، فیروزه و رضایی فاطمه (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر سبک زندگی آدلری، پذیرش و تعهد و شفقت‌درمانی بر خودکارآمدی پرهیز از مواد و کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد افیونی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۶ (۶۴)، ۱۷۶-۱۴۵.
- تقوائی‌نیا، علی و توکل کوخندان، نگین (۱۴۰۴). پدیدارشناسی تجربه زیسته زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد در یک مرکز بازتوانی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۹ (۷۶)، ۵۸-۳۷.
- حیبی، کلیر؛ رامین، فرید، ابوالفضل و غریبی، حسن (۱۳۹۳). واکاوی پدیدارشناسانه علل گرایش به اعتیاد و عامل‌های زمینه‌ساز ترک آن از دید معتادان بهبودیافته. *سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲ (۲)، ۵۴-۴۱.
- خادمیان، طلیعه (۱۳۸۷). *سبک زندگی و مصرف فرهنگی: مطالعه‌ای در حوزه جامعه‌شناسی فرهنگی و دیباچه‌ای بر سبک زندگی فرهنگی ایرانیان*. تهران: انتشارات موسسه فرهنگی هنری جهان کتاب.
- دلیل‌گو، فاطمه؛ عبداللهی، عظیمه‌سادات و لطیفی زهره (۱۴۰۴). واکاوی تجارب ارتباطی زوجین پس از ترک اعتیاد همسر (مطالعه کیفی با تأکید بر تجارب افراد بهبودیافته در کنگره ۶۰). *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۹ (۷۵)، ۱۹۲-۱۶۱.
- سالنامه آماری کشور (۱۴۰۰). تهران: مرکز آمار ایران. (فصل ۴: مرکز).
- سجودی، عادل؛ نیازی، محسن و حسینی‌زاده آرانی، سیدسعید (۱۴۰۰). تبیین سبک زندگی سلامت‌محور در ترک‌پایدار مواد مخدر در شهر کاشان: یک مطالعه کیفی. *جامعه‌شناسی فرهنگ و هنر*، ۳ (۱)، ۹۴-۷۶.

سرگلزایی، محمدرضا؛ بهدانی، فاطمه؛ وثوقی، ایرج و قربانی، اسمعیل (۱۳۸۱). مطالعه همبستگی فعالیت‌های مذهبی با اضطراب، افسردگی و سوء مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه سبزوار. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۴ (۱۳ و ۱۴)، ۲۴-۳۰.

صالح آبادی، ابراهیم و سلیمی امان‌آباد، محسن (۱۳۹۱). بررسی رابطه سبک زندگی جوانان و گرایش به مصرف مواد مخدر صنعتی در شهر شیروان. جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، ۳ (۶)، ۵۷-۷۰.

عطادخت، اکبر و پرزور، پرویز (۱۳۹۵). نقش میزان پابندی دانشجویان به سبک زندگی اسلامی در پیش‌بینی میزان گرایش آن‌ها به اعتیاد. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۰ (۳۷)، ۲۶-۱۱.

کریم‌یار جهرمی، محمد هادی؛ افتخارزاده، محمد هادی و حمیدی‌پور، زهرا (۱۳۹۴). بررسی میزان تاثیر علل مختلف عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد در شهر جهرم. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۳ (۱)، ۱۳۳-۱۲۴.

محمدامینی، عفت؛ زاهدی اصل، محمد و طالبی، ابوتراب (۱۳۹۵). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد با تاکید بر سرمایه اجتماعی (مقایسه بین افراد معتاد و غیر معتاد). پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم اجتماعی.

محمدپور، احمد (۱۳۹۲). روش تحقیق کیفی ضد روش ۲: مراحل و رویه‌های عملی. تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.

محمدی، رحمت‌اله؛ احمدی، سیداحمد؛ اعتمادی، عذرا؛ فاتحی‌زاده، مریم و عابدی احمد (۱۳۹۲). رابطه ساده و چندگانه سبک زندگی با تعالی خانواده. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳ (۱)، ۸۹-۱۰۵.

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (۱۴۰۱). ارزیابی عملکرد احکام برنامه ششم توسعه در حوزه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد (شماره مسلسل ۱۸۶۷۲). تهران: دفتر مطالعات اجتماعی.

نوروزی همایون، محمدرضا؛ صدری دمیرچی، اسماعیل؛ صادقی، مسعود و حاتمی‌نژاد، محمد (۱۴۰۳). روابط ساختاری حمایت اجتماعی ادراک شده با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگره‌دارنده با متادون: نقش میانجی حساسیت اضطرابی. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۸ (۷۴)، ۸۵-۱۰۶.

References

- Hemovich, V., & Crano, W. D. (2009). Family structure and adolescent drug use: An exploration of single-parent families. *Substance Use & Misuse, 44*(14), 2099-2113.
- Bourdieu, P. (2018). *Distinction a social critique of the judgement of taste*. In *Inequality* (pp. 287-318). Routledge.
- Chapman, E. & Smith, J. A. (2002). Interpretative phenomenological analysis and the new genetics. *Journal of Health Psychology, 7*(2), 125-130.
- Cohen, D. A., Ghosh-Dastidar, B., Scribner, R., Miu, A., Scott, M., Robinson, P., ... & Brown-Taylor, D. (2006). Alcohol outlets, gonorrhea, and the Los Angeles civil unrest: a longitudinal analysis. *Social Science & Medicine, 62*(12), 3062-3071.
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology, 94*, S95-S120.
- Giddens, A. (2023). Modernity and self-identity. In *Social theory re-wired* (pp. 477-484). Routledge.
- Brizer, D., & Castaneda, R. (2010). *Clinical addiction psychiatry*. Cambridge University Press.
- Kerman, N., Manoni-Millar, S., Cormier, L., Cahill, T., & Sylvestre, J. (2020). "It's not just injecting drugs": Supervised consumption sites and the social determinants of health. *Drug and Alcohol Dependence, 213*, 108078.
- Haque, M. M., Bhuiyan, M. R., Chowdhury, S., & Islam, K. (2014). Nutritional status and dietary intake pattern of male drug addicts undergoing rehabilitation. *Journal of Nutritional Health & Food Engineering, 1*(1), 31-34.
- Mollborn, S., James-Hawkins, L., Lawrence, E., & Fomby, P. (2014). Health lifestyles in early childhood. *Journal of Health and Social behavior, 55*(4), 386-402.
- Miller, R. M., Chan, C. D., & Farmer, L. B. (2018). Interpretative phenomenological analysis: A contemporary qualitative approach. *Counselor Education and Supervision, 57*(4), 240-254.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2019). *The transtheoretical model of health behavior change (4th ed.)*, Oxford University Press.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2025). *Global instability compounding social, economic and security costs of the world drug problem*, Vienna: UNODC Publishing.
<https://unis.unvienna.org/unis/en/pressrels/2025/unisnar1499.html>