

انطباق برخی سازه‌های مدل‌های رفتاری با دلایل اقدام به ترک اعتیاد: یک مطالعه کیفی

حمید توکلی قوچانی^۱، شمس‌الدین نیکنامی^{۲*}، فرخنده امین شکروی^۳، سید کاوه حجت^۳

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

^۲ دکتری تخصصی، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

^۳ دکتری تخصصی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۱۲/۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۳/۸

چکیده

سابقه و هدف: جمعیت جهان بیش از هفت میلیارد نفر می‌باشد که از این میان ۲۳۰ میلیون نفر آن دچار سوءمصرف مواد هستند. برنامه‌های پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، طی دو دهه اخیر مورد توجه قرار گرفته است. یک موضوع بسیار اساسی در ترک اعتیاد، علت مراجعه و اقدام به آن می‌باشد. شناخت دلایل اولیه اقدام به ترک در نتیجه‌گیری از درمان نیز بسیار مهم می‌باشند. هدف این مطالعه شناسایی این عوامل و تطبیق آنها با برخی از سازه‌های مدل‌های رفتاری است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه با رویکرد کیفی و به روش تحلیل محتوا انجام شد. مشارکت‌کنندگان ۲۱ نفر بیمار، پزشک و کارشناس بودند که از چند کلینیک ترک اعتیاد شهر بجنورد در سال ۹۳ انتخاب شدند. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و تا اشباع داده‌ها ادامه داشت. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختارمند و یادداشت‌برداری استفاده شد، مصاحبه‌ها ضبط و پیاده‌سازی شدند.

یافته‌ها: با تحلیل داده‌ها، سی و سه طبقه فرعی و نه طبقه اصلی به دست آمد که شامل: مشکلات اقتصادی، دغدغه‌های ناشی از خود مواد، مشکلات و عوارض فردی، مشکلات و عوارض خانوادگی، مشکلات و عوارض اجتماعی، انتظارات خانواده، توجه به موقعیت اجتماعی، باور نسبت به اعتیاد و ارزش‌گذاری به رفتار ترک استخراج شد. سپس چهار درون‌مایه تهدید درک‌شده، موانع درک‌شده در تداوم مصرف، نگرش به رفتار و هنجارهای انتزاعی تشخیص داده شد.

نتیجه‌گیری: دلایل مرتبط با اقدام به ترک اعتیاد با سازه‌های مدل‌ها و نظریه‌های مختلف آموزش بهداشت از جمله برخی سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده تطبیق دارند.

واژگان کلیدی: اقدام، ترک اعتیاد، سازه، مطالعه کیفی

مقدمه

سلامت عمومی و نیز افزایش جرم و جنایت، اختلال و تباهی خانواده و فروپاشی جامعه یک تهدید قابل توجه جوامع بشری به شمار می‌رود (۳). برنامه‌های پیشگیری و مقابله با تقاضای مواد مخدر، طی دو دهه اخیر به برنامه غالب در بیشتر نقاط جهان تبدیل شده است و کشور ما در این زمینه از پیشروترین کشورهای منطقه بوده است (۴-۵). اعتیاد به عنوان یکی از چند اولویت بهداشتی کشور در نظر گرفته شده است و باید برای پیشگیری و درمان آن برنامه‌ریزی اصولی و گسترده انجام شود. با گسترش دیدگاه بیمارنگر به معتاد،

در حالی که جمعیت جهان از هفت میلیارد نفر می‌گذرد، بیش از ۲۳۰ میلیون نفر آن دچار سوءمصرف مواد هستند و سالانه بیش از ۲۰۰ هزار نفر به دلیل سوءمصرف مواد در جهان از بین می‌روند (۱). اعتیاد در بسیاری از جوامع بشری به صورت آندمیک درآمدی است (۲). اعتیاد به دلیل ماهیت پیش‌رونده، سلامتی فرد معتاد را در کلیه ابعاد زندگی به خطر انداخته و عملکرد و پویایی خانواده‌ها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. مواد مخدر به دلیل اثر سوء بر

* نویسنده مسئول: شمس‌الدین نیکنامی؛ تهران، تقاطع بزرگراه شهید چمران و جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، گروه آموزش بهداشت.

تلفن: ۰۲۱-۸۲۸۸۳۵۶۹، ایمیل: Niknamis@modares.ac.ir

<http://jech.umsha.ac.ir>

گزارش شده است، همچنین مهم‌ترین عامل عدم اقدام به ترک اعتیاد «عدم خودکارآمدی» بوده است (۱۳). در مطالعه Hartzler و همکاران، وجود خودکارآمدی به‌عنوان مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده برای ترک مطرح شده است (۱۴). حفظ ارتباطات خانوادگی، شغل، پول، خانه، به خاطر فرزندان و والدین و ترس از زندانی شدن از جمله دیگر عوامل بیان‌شده است (۱۵-۱۳). در بررسی عوامل اقدام به ترک اعتیاد که در میان ۱۹۶ نفر از مراجعه‌کنندگان به یک مرکز ترک اعتیاد انجام شد، مشخص شد که درگیری با عواقب منفی مصرف مواد از عوامل مؤثر به اقدام به ترک بوده است (۱۶). در مطالعه نوروزی و کاوسی بیشترین انگیزه ترک اعتیاد مربوط به فشار خانواده و کمترین انگیزه، ترس از گرفتاری‌های قانونی بیان شده است (۱۷). با توجه به آنچه گفته شد عوامل مرتبط با اقدام به ترک اعتیاد بسیار متنوع و متفاوت است. بدیهی است شناخت دقیق این عوامل می‌تواند به دست‌اندرکاران درمان اعتیاد و خدمات مشاوره‌ای کمک مؤثری نماید.

از طرفی مطالعات متعددی به بررسی رفتارهای مرتبط با سلامتی بر اساس مدل‌های مختلف آموزش بهداشت پرداخته‌اند. در این مدل‌ها عوامل مرتبط با رفتارها به‌صورت سازه‌های مبتنی بر نظریه‌های روان‌شناختی و جامعه‌شناختی بیان می‌شود (۱۸). در اصل مدل‌ها کاربرد خلاقانه، ساده، کاربردی و ترکیب‌شده همان نظریه‌هاست. مدل‌ها کاربرد مینیاتوری و انتخاب شده‌ای از مفاهیم برای شناسایی مسائل هستند (۲۰-۱۹). هر یک از این مدل‌ها زیرساخت‌ها یا سازه‌هایی دارند که بدان وسیله مسیر و عوامل مرتبط با شکل‌گیری و انجام رفتارها را مشخص و محسوس می‌کنند (۲۳-۲۰، ۱۸). مدل‌های آموزش بهداشت عهده‌دار تعیین و تشخیص این عوامل و انطباق آنها با ساختار فرهنگی اجتماعی موجود می‌باشد (۱۸).

تغییر رفتار یک فرآیند است و به صورت اتفاقی رخ نمی‌دهد (۲۲). افراد در سطوح مختلفی از آمادگی و انگیزه برای تغییر رفتار قرار دارند. مدل مراحل تغییر رفتار، پنج

وزارت بهداشت از سال ۱۳۸۳ برای پیشگیری و درمان اعتیاد، ادغام برنامه پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه را آغاز کرده است (۶).

درمان اعتیاد نیاز به استفاده از یک رویکرد متنوع از رفتاردرمانی و داروشناختی دارد (۷). مبارزه با این پدیده مستلزم شناخت دقیق همه ابعاد آن اعم از اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و سیاسی است. بنابراین، برنامه‌هایی در امر مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد موفق خواهند بود که با شناخت واقع‌گرایانه از مسئله، طرح و اجرا شوند. یک موضوع بسیار اساسی در ترک اعتیاد، علت اقدام به ترک و مراجعه در یک مقطع زمانی خاص می‌باشد. شناسایی عوامل مرتبط با اقدام به ترک و مشخص کردن عوامل بازدارنده و تسهیل‌کننده آن می‌تواند بر روند درمان و ترک مؤثر باشد (۸).

شناسایی این متغیرها در کمک به افزایش انگیزه مفید می‌باشد (۹). تحقیقات نشان داده است در بین افرادی که سوءمصرف مواد برای ایشان مشکل ساز بوده تمایل به تغییر رفتار نیز بیشتر بوده است (۱۰). مطالعات نشان داده است که مشارکت فعال افراد در درمان یک عامل اساسی در نتیجه‌گیری از آن است (۷). یک مطالعه کیفی جهت بررسی تأثیر حمایت اجتماعی در درمان سوءمصرف مواد، نشان داد که هرچند بسیاری از مصرف‌کنندگان مواد مخدر به دلیل فشارهای بیرونی اقدام به درمان می‌کنند، اما شبکه‌های حمایتی می‌تواند در بهبود آنها نقش داشته باشد. همچنین افزایش رضایت اجتماعی عاملی است که می‌تواند باعث کاهش دفعات بازگشت به اعتیاد شود (۱۱). مطالعه دیگری نشان داد که شایع‌ترین علل ترک، ترکیبی از عوامل مانند مشکلات مالی برای تهیه مواد، عوارض جسمی و روانی مصرف مواد، مشکلات اجتماعی، اقدام به ازدواج، استخدام و پافشاری خانواده برای ترک می‌باشد (۱۲).

در مطالعه دیگری بیشترین عوامل مرتبط با اقدام به ترک، به ترتیب عوامل اقتصادی مانند مشکلات مالی برای تهیه مواد، مشکلات اجتماعی مانند ترس از آبروریزی و از دست دادن شغل و یا عدم استخدام و فشارهای خانوادگی

ایجاد جوی آرام و مطمئن برای مشارکت کنندگان داشته و سپس سؤالات اختصاصی در راستای اهداف پژوهش بیان می‌شد. از مشارکت کنندگان در مورد علت مراجعه به کلینیک و عوامل موثر در شروع اقدام به ترک فرد معتاد سؤال می‌شد. با توجه به آنچه مشارکت کنندگان بیان می‌کردند لازم بود برای تعمیق گفته‌ها سؤالات و توضیحاتی از ایشان خواسته شود. هر مصاحبه حدود ۴۰ دقیقه به طول می‌انجامید. زمان انجام مصاحبه‌ها با هماهنگی با شرکت کنندگان تعیین می‌شد. مصاحبه‌ها تا زمان استخراج داده‌های جدید و اشباع داده‌ها ادامه داشت. سپس برای تحلیل محتوی داده‌های کیفی، از مراحل پیشنهادی گرانهیم و لاندمن به شرح زیر استفاده شد (۲۷)؛

الف) پیاده‌سازی کل مصاحبه بعد از انجام هر مصاحبه: بدین منظور تمامی مصاحبه‌ها به دقت چندین مرتبه شنیده شد و متنی از آنها تهیه شد.

ب) خواندن متن برای درک کلی آن: متون نگاشته شده مورد مطالعه قرار گرفت تا گفته‌ها به خوبی درک شوند.

پ) تعیین واحدهای معنی و کدهای اولیه: مفاهیم اولیه و مشترک مشخص شد.

ت) کدهای اولیه مشابه در طبقات جامع‌تر طبقه‌بندی گردید.

سپس محتوای نهفته در داده‌ها و طبقه‌ها بر اساس مطالعات قبلی و تئوری‌های مرتبط تعیین شد. بدین منظور محقق بیش از شش ماه با موضوع تحقیق، داده‌ها و شرکت کنندگان در تماس و درگیر بود. همچنین با برخی مشارکت کنندگان در مورد کدهای اولیه تبادل نظر شد و میزان مرتبط بودن آنها مقایسه گردید. جهت بازنگری، تأیید و اجماع نظر، نتایج به دست آمده، با نظر افرادی که در زمینه تحقیقات کیفی و ترک اعتیاد تجربه و اطلاعات داشتند کنترل شد.

لازم به ذکر است جهت رعایت مسائل اخلاقی ابتدا با هماهنگی مسئولین معرفی‌نامه کتبی اخذ گردید. شرکت مشارکت کنندگان کاملاً داوطلبانه بود و به آنها در مورد هدف تحقیق، محرمانه بودن داده‌ها توضیح داده شد و

مرحله متمایز برای تغییر رفتار شامل پیش تفکر، تفکر، آمادگی، عمل و نگهداری را مطرح می‌کند (۲۴، ۲۲-۲۱، ۱۸).

آنچه تاکنون در مورد درک این عوامل در جامعه ما بیان شده، دارای قالبی مشخص و مطابق با سازه‌های مورد بحث در مدل‌های آموزش بهداشت نبوده است. درک فرآیند اقدام به ترک اعتیاد بر پایه تئوری‌ها و مدل‌های آموزش بهداشت از طریق ایجاد امکان طراحی، برنامه‌ریزی و اجرای موثر برنامه‌ها می‌تواند راهگشای مقابله با مشکل اعتیاد باشد (۲۶-۲۵). این مطالعه به منظور تبیین عوامل مرتبط با اقدام به ترک اعتیاد و انطباق آنها با سازه‌های مختلف موجود در مدل‌های آموزش بهداشت انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک تحقیق کیفی از نوع تحلیل محتوایی استقرایی است که به روش گرانهیم (Graneheim) و لاندمن (Lundman) انجام شده است (۲۷). محیط پژوهش شامل ۸ کلینیک ترک اعتیاد شهر بجنورد بود. شرکت کنندگان در این مطالعه متشکل از ۲۱ نفر از سه گروه بیماران، پزشکان و کارشناسان شامل ۸ بیمار، ۶ پزشک (سه روان‌پزشک و سه پزشک عمومی) و ۷ کارشناس روانشناسی شاغل در کلینیک‌های ترک اعتیاد بودند.

برای انتخاب شرکت کنندگان نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و تا اشباع داده‌ها انجام شد. بیماران شرکت کننده در این مطالعه در سال ۱۳۹۳ از میان مراجعین به کلینیک‌های ترک اعتیاد انتخاب شدند که تمایل و رضایت برای شرکت در مطالعه داشتند. ملاک انتخاب پزشکان و کارشناسان داشتن تجربه و اشتغال در کلینیک‌های ترک اعتیاد بود. مصاحبه‌ها در مکانی مناسب و راحت انجام شد. روش جمع‌آوری داده‌ها، روش نیمه ساختاریافته و مصاحبه باز با تک‌تک مشارکت کنندگان بود. همچنین از سؤالات باز و روشن کننده، به منظور درخواست توضیح بیشتر، تمرکز کامل بر موضوع و شرکت فعال مشارکت کنندگان استفاده گردید تا بدین‌وسیله قابلیت اعتماد یافته‌ها افزایش یابد.

در ابتدای مصاحبه محقق ضمن معرفی خود سعی در

موانع درک شده در تداوم مصرف: این تم دارای دوطبقه و چندین زیر طبقه مختلف بود که عبارت بودند از مشکلات اقتصادی و دغدغه‌های ناشی از مواد:

الف) مشکلات اقتصادی: اکثر قریب به اتفاق شرکت‌کنندگان مشکلات اقتصادی ناشی از مصرف مواد را مانند زیاد بودن هزینه‌های مصرف و عدم تأمین خانواده به علت مصرف مواد را بیان کردند. یکی از کارشناسان زن شرکت‌کننده بیان می‌کرد که "چون نمی‌توانند جوابگوی زندگی‌شان باشند از نظر اقتصادی می‌آین برای ترک". مرد بیمار ۵۰ ساله در پاسخ سؤال علت مراجعه گفت: "دیدم همه زندگی رفت، خانه رفت، مغازه رفت، ماشین رفت، هیچی ندارم، همه‌اش هم از این مواد است دیگه هیچی برام نمانده بود". یکی از کارشناسان در توضیح مشکل اقتصادی بیان کرد: "این‌ها وقتی به یک مشکل مالی جدی می‌خورند می‌آیند برای ترک یا وقتی مواد گران می‌شود".

ب) دغدغه‌های ناشی از مواد: وجود ناخالصی‌های مواد، عدم تأثیر و نشنگی قلبی مواد، نگرانی‌ها و دردسرهای تهیه مواد از جمله موضوعاتی بود که در این زمینه بیان شد. یکی از متخصصین بیان کرد: "ناخالصی‌های مواد این‌ها را اذیت می‌کند و توقعشان از آن برآورده نمی‌شود. می‌بینند فایده‌ای ندارد مستأصل می‌شوند؛ می‌آیند تا ترک کنند".

از طرفی خانم بیمار ۲۸ ساله گفت: "می‌دیدم تمام روز، تمام وقتم صرف همین کار می‌شد اصلاً انگار هیچ کار دیگه‌ای ندارم، از هم صبح تا شب دنبال همین کارم". مرد بیمار ۳۵ ساله می‌گفت: "اصلاً آدم فکر و ذکر و کاروبارش می‌شود همین کار، اصلاً به هیچ کار دیگه‌ای نمی‌رسی نه می‌توانی جایی بروی، یک مسافرتی بروی".

تهدید درک شده: این تم دارای سه طبقه مشکلات و عوارض فردی، خانوادگی و اجتماعی بود:

الف) مشکلات و عوارض فردی: خانم ۳۲ ساله‌ای گفت: "قیافه‌ام تابلو شده بود خیلی به هم خورده بود". یکی از خانم‌های کارشناس بیان کرد: "در خانم‌هایی که مراجعه می‌کنند فونکشنشان دچار اشکال شده بوده". یکی از بیماران مرد ۲۶ ساله گفت: "شنیده بودم بدن آدم کرم

می‌افتد اصلاً خودم دیدم". یکی از پزشکان عمومی شرکت‌کننده اینگونه اظهار نظر کرد: "اکثر این افرادی گویند بعد از مدتی دیگر توانایی کار را از دست داده‌ایم".

ب) مشکلات و عوارض خانوادگی: مرد بیمار ۳۵ ساله در پاسخ به این سؤال که مهمترین عامل اقدام به ترک شما چه بود؟ گفت: "زن و بچه‌هایم غر می‌زنند می‌گویند پس کی می‌خواهی این را کنار بگذاری". خانم ۳۲ ساله بیمار بیان کرد: "شوهرم می‌خواهد طلاقم بدهد". یکی از کارشناسان که حدود ده سال سابقه کار داشت گفت: "یک عامل، مسائل خانوادگی‌شان است که احساس می‌کنند زندگی‌شان در خطر است مثل ماجرای طلاق و این‌ها".

باید گفت پزشکان و کارشناسان همگی در این مورد اتفاق نظر داشتند که معمولاً افراد معتاد دارای انواع مشکلات خانوادگی از مشاجره تا طرد و جدایی هستند.

پ) مشکلات و عوارض اجتماعی: یکی از پزشکان شرکت‌کننده بیان کرد که: "می‌بینند وجه اجتماعی‌شان دارد از بین می‌رود، کارش را دارد از دست می‌دهد، این‌ها علت آمدن به کلینیک است". بیمار مرد ۵۰ ساله گفت: "دیدم توی اجتماع که میرم اعتباری ندارم، همه دیدشان منفی است". همچنین پزشک متخصصی که بیش از ده سال سابقه درمان اعتیاد را داشت بیان کرد: "مسائل قانونی که برای افراد ایجاد شده گاهی باعث مراجعه می‌شود مثلاً مسائل طلاق که به وجود می‌آید آن وقت دادگاه از او خواسته که برود درمان شود یا برای حفظ شغلش باید بیاید و درمان شود". بیمار مرد ۲۶ ساله که کارگری ماهر بود در این زمینه گفت: "من سرکار می‌رفتم حالا اگر بفهمند مرا سرکار نمی‌برند".

هنجارهای انتزاعی: فرد در شبکه اجتماعی خود از اشخاص متعددی تأثیر می‌پذیرد. برخی از این مراجع تأیید کننده و برخی دیگر بازدارنده انجام رفتار مورد نظر می‌باشند. هنجار انتزاعی به باور و نحوه تفکر فرد در مورد این که افراد مهم در زندگی‌اش تمایل دارند وی چگونه رفتار نماید مربوط می‌شود که این توجه به درخواست ایشان منجر به پیامدهای معینی می‌شود (۲۸، ۲۲). اگر فرد باور داشته باشد که افراد مهم رفتار مورد نظر را تأیید

خسته شده‌ام"، "به بن بست رسیده بودم"، "از این وابستگی احساس تنفر می‌کنم، دیگه بسه" بیان می‌شد. در این زمینه پزشکان و کارشناسان شرکت‌کننده در پژوهش معتقد بودند: "اصلی‌ترین علتی که بیان می‌کنند خسته شدن از وضعیتشان است به آخر خط می‌رسند".

ب- ارزش‌گذاری به رفتار ترک: بسیاری از بیماران بیان می‌کردند که می‌خواهند گذشته خود را جبران کنند و دوست دارند که با ترک به زندگی قبلی‌شان برگردند. مثلاً اینگونه بیان شد: "می‌خواهم اعتبار قبلی را داشته باشم". برخی کارشناسان و پزشکان نیز در گفته‌های خویش این موضوع را تأیید می‌کردند. بیمار مرد ۳۲ ساله گفت: "من آدم قوی و پرزوری بودم الان خیلی ضعیفم اصلاً کسی به من کار نمی‌ده اصلاً قیافه‌ام را می‌بینند می‌گن برو کار نداریم می‌خواوم همون آدم بشم".

بحث

این مطالعه با هدف تبیین عوامل مرتبط با اقدام به ترک اعتیاد و ورود به مرحله "اقدام یا عمل" انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که تم‌های اصلی اقدام به ترک اعتیاد با چهار سازه تهدید درک‌شده، موانع درک‌شده در تداوم اعتیاد، نگرش به رفتار و نرم‌های انتزاعی قابل انطباق می‌باشند.

در یافته‌های این مطالعه مشخص شد عواملی که باعث ایجاد مانع در تداوم اعتیاد می‌شود می‌توانند منجر به اقدام به ترک شوند. این عوامل در مدل اعتقاد بهداشتی تحت عنوان "موانع درک‌شده" مطرح می‌شود که عبارت است از ارزیابی فرد از دشواری‌های مختلف انجام رفتار مانند گرانی، عوارض جانبی نامطلوب یا عوارض ناشناخته، ناخوشی‌های آن رفتار نظیر احساس درد، مشکل بودن انجام عمل و ناراحت‌کننده بودن آن، صرف وقت و غیره (۲۳، ۲۱). مشکلات اقتصادی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل ترک مورد تأکید است. توکلی به مشکلات مالی برای تهیه مواد، مشکلات اقتصادی-اجتماعی به عنوان موانع ادامه اعتیاد و به نفع انجام ترک اشاره کرده است (۳۰، ۱۵). در مطالعه فریدونی مقدم نیز مشکلات اقتصادی به عنوان عوامل ترک اعتیاد بیان شده است

می‌کنند، به احتمال بیشتری قصد اتخاذ رفتار را خواهد داشت. دوطبقه در این تم مورد توجه است: توجه به انتظارات خانواده و توجه به موقعیت اجتماعی:

الف) توجه به انتظارات خانواده: علت اقدام به ترک یکی از بیماران به نقل از کارشناس شاغل در یکی از کلینیک‌ها این بود که: "دخترم از وقتی به دنیا آمده است به من یک نیروی خاصی داده". یکی از بیماران زن ۳۶ ساله در این زمینه گفت: "بچه‌هایم را خیلی دوست دارم و نمی‌خواهم به خاطر من سختی بکشند. بچه بزرگم می‌گوید مامان دوست ندارم مصرف کنی" یا "اول برای بچه‌هایم و بعد برای خودم می‌خواوم ترک کنم" و یا "همسرم از من می‌خواهد ترک کنم". یکی دیگر از بیماران مرد ۲۸ ساله بیان کرد که فرزندم گفته "چرا با این قیافه می‌ای مدرسه دنبال من سرخورده شدم برو ترک کن، گفتم من چییم کمه میرم تحت درمان می‌شم چرا باید اینطوری بشه؟".

پزشکان و کارشناسان مشارکت‌کننده بیان می‌کردند که بسیاری از بیماران به درخواست دوستان آشنایان و به خاطر کسب رضایت و توجه آنان مراجعه می‌کنند.

ب- توجه به موقعیت اجتماعی: بیمار زن ۳۲ ساله‌ای گفت: "دوست دارم آدم محبوبی باشم". دیگری در مورد حفظ موقعیت اجتماعی خود و خانواده‌اش اینگونه بیان کرد: "نمی‌خواوم سرشکسته باشم".

نگرش نسبت به رفتار: انجام یا عدم انجام رفتار، معطوف به قضاوت شخص می‌باشد. بنابراین اعتقادات در تشکیل نگرش‌ها و همچنین در رابطه با نتایج رفتار و ارزشیابی نتایج رفتار مؤثر هستند. چنانچه فرد انجام رفتاری را مفید بداند، آن رفتار را انجام خواهد داد و چنانچه انجام رفتار را مضر بداند، از انجام آن خودداری می‌کند (۲۹). در واقع نگرش نسبت به رفتار، به ارزشیابی مثبت یا منفی افراد از انجام رفتار بستگی دارد (۲۳). باورهای فرد نسبت به اعتیاد و ارزش‌گذاری به رفتار ترک دو طبقه این تم را تشکیل می‌دهند:

الف) باورهای فرد نسبت به اعتیاد: باور به نتایج مضر مصرف مواد نکته بسیار مهم و اساسی بود که توسط تمام بیماران مشارکت‌کننده در قالب جملاتی نظیر: "از مصرف

(۳۱). در مطالعه Ston و همکاران بیماری و خستگی و مشکلات اقتصادی و پول به عنوان عوامل اولیه ترک مطرح شده است (۳۲) که با یافته‌های این پژوهش همخوانی دارند.

همچنین این مطالعه نشان داد که تهدید درک‌شده به عنوان یکی از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی از تم‌های اصلی اقدام به ترک اعتیاد است. تهدید درک‌شده علاوه بر درک فرد از میزان آسیب‌پذیری خود و اطرافیان به باور فرد در مورد وسعت آسیبی که او را تهدید می‌کند نیز اشاره دارد (۲۸، ۲۳-۲۲، ۱۸). این تهدیدها در زمینه‌های فردی، اجتماعی و خانوادگی موردنظر هستند که در مطالعات مختلف این تهدیدها به عنوان عاملی برای ترک اعتیاد گزارش شده است. به‌عنوان مثال مطالعات متعددی بیان می‌کنند که عواملی که فرد را به سمت ترک سوق می‌دهند شامل آگاهی از عواقب مصرف و تأثیرات منفی آن بر خود و دیگران، ترس از گرفتاری‌های قانونی، ترس از آبروریزی، از دست دادن شغل و کشیده شدن به کارهای خلاف قانون، ترس از زندان رفتن، مشکلات برای ازدواج و استخدام می‌باشد (۳۴-۳۰، ۱۵، ۱۳-۱۲).

نرم‌های انتزاعی به عنوان یکی دیگر از تم‌ها مورد توجه قرار گرفت. این سازه در نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده و نظریه عمل منطقی مطرح شده است که عبارت است از نحوه تفکر فرد در مورد انتظار افراد مهم زندگی‌اش در رابطه با انجام یا عدم انجام رفتار. این مفهوم همچنین به انگیزه فرد در پیروی از خواست دیگران و پذیرش انتظارات آنها اشاره دارد. تبعیت از خواسته همسر، خانواده، همسالان، رهبران دینی و این‌گونه موارد را می‌توان تحت تأثیر این سازه دانست (۲۹، ۲۳، ۲۰-۲۱، ۱۸). در مطالعات متعددی این عوامل برای اقدام به ترک اعتیاد بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است (۳۲، ۱۵، ۱۲). نتایج مطالعه‌ای با عنوان بررسی شیوع عوامل خطر در اعتیاد و ترک اعتیاد معتادان خود معرف که توسط مسکنی و جعفرزاده انجام شد نشان داد که خانواده، همسر، دوست و همکار نقش مهمی در ترک اعتیاد دارند (۳۵). در مطالعه دیگری که توسط اصغری و همکاران در سال ۲۰۱۳

منتشر شد مشخص شد که خانواده منسجم سبب افزایش انگیزه ترک می‌شود (۳۶). ذکر این نکته نیز حائز اهمیت است که برخی مطالعات به تأثیر دوگانه خانواده اشاره داشته‌اند به طوری که در خانواده‌هایی که در آن سابقه اعتیاد وجود دارد احتمال ابتلا به آن بیش از دیگر خانواده‌هاست، از طرفی خانواده به‌عنوان یکی از تشویق‌کنندگان اصلی ترک نقش ایفا می‌کند (۳۰).

تم دیگر "نگرش به رفتار" بود. نگرش به رفتار که در نظریه‌های رفتار برنامه‌ریزی‌شده و عمل منطقی به‌عنوان یک سازه مطرح شده است عبارت است از اعتقادات و باورهای فرد در مورد نتیجه انجام یک رفتار و نیز ارزشی که فرد برای نتیجه رفتار موردنظر قائل می‌شود (۲۰، ۱۸). مشارکت‌کنندگان از یک سو پیامدهای اعتیاد را با بیان خستگی و تنفر از مواد ابراز می‌داشتند و از طرف دیگر رفتار ترک را واجد ارزش می‌دانستند و آن را امکانی برای جبران گذشته، کسب اعتبار اجتماعی و موفقیت در آینده می‌دانستند. سر گلزایی بیان می‌کند زمانی فرد برای ترک اقدام می‌کند که دچار خستگی و دل‌زدگی از مواد شده باشد (۸). در مطالعه‌ای که با عنوان انگیزه‌ی ترک متامفتمین در میان جوانان تایلندی در سال ۲۰۰۶ انجام شد، انگیزه ترک، ننگ جامعه بودن و تأثیرات منفی اجتماعی مواد در خود و دیگران بود (۳۴). مطالعات توکلی (۱۳) و کیانی پور (۳۳) نیز به این نکات اشاره داشته‌اند. مهم‌ترین محدودیت مطالعه محدود بودن زمان حضور شرکت‌کنندگان به‌ویژه بیماران در کلینیک‌ها بود، زیرا معمولاً بیماران صرفاً برای انجام امور درمانی در کلینیک‌ها حاضر می‌شدند و تنظیم زمان مصاحبه دشوار بود.

نتیجه‌گیری

بنابر آنچه ارائه شد عوامل مختلف مرتبط با اقدام به ترک اعتیاد با برخی سازه‌های مدل‌های آموزش بهداشت شامل تهدید درک‌شده، موانع درک‌شده در تداوم مصرف، نگرش به رفتار و نرم‌های انتزاعی قابل انطباق هستند. البته همه این سازه‌ها صرفاً در یک مدل بیان نشده‌اند و در مدل‌های مختلفی ارائه گردیده‌اند. قابل ذکر است که این سازه‌ها صرفاً می‌توانند به‌عنوان آغازگرهای ترک مورد نظر باشند و

بهداشت با عنوان طراحی و ارزشیابی بسته آموزشی مؤثر بر تداوم ترک اعتیاد مصوب دانشگاه تربیت مدرس تهران در تاریخ ۹۳/۳/۱۸ به شماره ۵۲/۴۴۷۰/د می‌باشد. بدین‌وسیله از همکاری تمامی کسانی که در این تحقیق مشارکت داشته‌اند تشکر می‌شود.

References

1. Brorson HH, Arnevik EA, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev.*2013; **33**(8):1010-24.
2. Aissen KA. Personal factors influencing impaired professionals' recovery from addiction [PhD thesis]. Florida: University of Florida; 2008.
3. Manchari H, Heidari M, Ghodousi-Borujeni M. [Perceived social support in families with addicted member admitted to one of the addiction treatment centers of gorgan]. *Journal of Health and Care.*2013; **14**(4):19-27. (Persian)
4. United Nation Office on Drugs and Crime. [Training package on drug use prevention among drug abusers' spouses]. Tehran: Kiana Development Institute; 2009. (Persian)
5. Molaie A, Shahidi S, Vazifeh S, Bagherian S. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and movie therapy on improving abstinence self-efficacy in Iranian substance dependent adolescents. *Procedia Soc Behav Sci.*2010; **5**:1180-4.
6. Saberi-zafarghandi MB. [Some of the challenges of mental health and addiction in Iran]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.*2011; **17**(2):157-61. (Persian)
7. National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment: A research-based guide. National Institutes of Health Web Site; 2012 [updated December, 2012; cited 20 June, 2015]; Available from: <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/acknowledgments>
8. Sargolzae M. [Short-term withdrawal of drug]. 1thed. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences Publications; 2000. pp:35-50. (Persian)
9. Budde H. Predictors of motivation for change among runaway substance abusing youth [PhD thesis]. Athens: Ohio State University; 2008.
10. Spencer C, Castle D, Michie PT. Motivations that maintain substance use among individuals with psychotic disorders. *Schizophr Bull.*2002; **28**(2):233-47.
11. Tavakoli Ghouchani H, Niknami Sh, Aminshokravi F, Hojjat S. [The adapt factors related to addiction treatment, with some constructs health education models: a review article]. *Journal of North Khorasan University.*2014; **6**(4):969-81. (Persian)
12. Rimaz S, Mohseni S, Merghati-Khoei ES, Dastoorpour M, Akbari F. [Case-control study of factors influencing on drug abuse relapse in addicts referred to two recovery centers in Tehran]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research.*2013; **10**(3):53-64. (Persian)
13. Tavakoli Ghuchani H, Shojaie zadeh D, Mazloun R. Contributing factors in taking action to stop addiction: a behavioral model. The First International & 4th National Congress on Health Education & Promotion; 16 May- 19 May; Tabriz, 2011.
14. Hartzler B, Donovan DM, Tillotson CJ, Mongoue-Tchokote S, Doyle SR, McCarty D. A multilevel approach to predicting community addiction treatment attitudes about contingency management. *J Subst Abuse Treat.*2012; **42**(2):213-21.
15. Tavakoli Ghouchani H, Shojaiezadeh D, Mazloun SR. [Comparative Study of factors associated with addiction withdrawal in clients referring to drug-stop clinics of northern Khorasan (Iran) in 2007]. *Journal of Ilam University of Medical Sciences.*2009; **17**(2):32-43. (Persian)
16. Battjes RJ, Gordon MS, O'Grady KE, Kinlock TW, Carswell MA. Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat.*2003; **24**(3):221-32.
17. Noroozi M, Kavosi F. The addicts' motivation to cease drug usage among clients admitted at Kermanshah Farabi hospital 2000 [PhD Thesis]. Kermanshah: Kermanshah University of Medical Sciences, 2001. (Persian)
18. Shojaiezadeh D. [Models to study behavior in health education]. Health Education and Communications Headquarter.2000;15-40. (Persian)
19. Sharma M, Romas JA. *Theoretical foundations of health education and health promotion.* 2nd. London: Jones & Bartlett Publishers; 2008.
20. Sharifi H, Kharaghani R, Sigari S, Emami H, Farhadi M, Masjedi M. [Evaluation of relation between individual factors of substance abuse treatment with successful detoxification]. *Quarterly Journal of Rehabilitation.*2012; **12**(5):72-80. (Persian)
21. Nori K, Shojaezadeh D. [Health education & behaviour change]. 1nd. Tehran: Nashre Neshaneh Publisher; 2004. (Persian)

22. Saffari M, Shojaezadeh D, Ghofranipour F, Heydania A, Pakpor A. [*Health Education & Pomotion*]. 1^{ed}. Tehran: Asare sobhan Publisher; 2012. (Persian)
23. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4^{ed}. SanFrancisco: John Wiley & Sons Publisher; 2008.
24. DiClemente CC, Schlundt D, Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment. *Am J Addict*.2004; **13**(2):103-19.
25. Heidarnia A. [*Topics in the process of health education*]. 1thed. Tehran: Zamani Nasser Publications; 2003. (Persian)
26. Taleff MJ. The state of addictions education programs: results of a national cross-sectional survey. *Journal of Teaching in the Addictions*.2003; **2**(1):59-66.
27. Esmaeili R, Ahmadi F, Mohammadi E, Tirgari Seraj A. [Support: The major need of patients confronting with cancer diagnosis]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*.2012; **22**(89):20-30. (Persian)
28. Saffari M, Shojaezadeh D, Ghofranipour F, Pakpour A, Ramazankhani A, hoseyni SR. [*Health Communication*]. 1thed.Tehran: Asare Sobhan Publisher; 2010. (Persian)
29. Akbari M, Rafiefar S, Ayar S, Mohamadi N, Aghamowlae T. [*Health education curriculum (Introduction to applied concepts): specific health experts*]. 1thed.Tehran: Mehravash Publisher; 2006.
30. Tavakoli Ghouchani H, Armat M, Mortazavi H. [Factors related to embarking on addiction cessation in clients referring to Bojnord behzisti addiction cessation clinic from 2000 until 2001]. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*.2002; **10**(38):32-7. (Persian)
31. Fereidoonimoghadam M, Yazdani M, Nasiri M, Yazdannik A. [Motivated to treat the youth with substance dependence]. *Quarterly Journal of Lorestan University of Medical Sciences*.2006; **2**(2&3):80-8. (Persian)
32. Stone SL, Kristeller JL. Attitudes of adolescents toward smoking cessation. *Am J Prev Med*.1992; **8**(4):221-5.
33. Kianipour O, Pouzad A. [The study of the role of contributor factors in addiction withdrawal]. *Journal of Research and Education Office, Drug Control Headquarters of the Presidency*.2012; **6**(22):39-54. (Persian)
34. German D, Sherman SG, Sirirojn B, Thomson N, Aramrattana A, Celentano DD. Motivations for methamphetamine cessation among young people in northern Thailand. *Addiction*.2006; **101**(8):1143-52.
35. Maskani K, Jafarzadeh Fakhar M. [Study of the prevalence of risk factors affecting addiction and withdrawal in self-declared drug addicts]. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*.2008; **15**(3):176-81. (Persian)
36. Asghari E, Ebrahimi H, Barghi VC, Molaee F. [Comparing the related sociodemographical factors in the first and recurrent quitting of drug addiction]. *Journal of Health and Care*.2012; **14**(1&2):23-9. (Persian)

*Research Article***Comparing Reasons for Quitting Substance Abuse with the Constructs of Behavioral Models: A Qualitative Study**

Hamid Tavekoli Ghouchani (MSc)¹, Shamsodin Niknami (PhD)^{1*}, Farkhondeh Aminshokravi (PhD)¹,
Seyed Kaveh Hojat (MD)²

¹ Department of Health Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

² Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnord, Iran.

Received 27 Feb. 2015

Accepted 29 May. 2015

Abstract

Background and Objectives: The world population has reached over seven billion people. Of these, 230 million individuals abuse substances. Therefore, substance abuse prevention and treatment programs have received increasing attention during the past two decades. Understanding people's motivations for quitting drug abuse is essential to the success of treatment. This study hence sought to identify major motivations for quitting and to compare them with the constructs of health education models.

Materials and Methods: In the present study, qualitative content analysis was used to determine the main motivations for quitting substance abuse. Overall, 22 patients, physicians, and psychotherapists were selected from several addiction treatment clinics in Bojnord (Iran) during 2014. Purposeful sampling method was applied and continued until data saturation was achieved. Data were collected through semi-structured, face-to-face interviews and field notes. All interviews were recorded and transcribed.

Results: Content analysis revealed 33 sub-categories and nine categories including economic problems, drug-related concerns, individual problems, family and social problems, family expectations, attention to social status, beliefs about drug addiction, and valuing the quitting behavior. Accordingly, four themes, i.e. perceived threat, perceived barriers, attitude toward the behavior, and subjective norms, were extracted.

Conclusion: Reasons for quitting substance abuse match the constructs of different behavioral models (e.g. the health belief model and the theory of planned behavior).

Keywords: Taking Action; Stop Addiction; Construct; Qualitative Study

Corresponding Author: Shamsodin Niknami, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Jalal Ale Ahmad Highway, Tehran, Iran. Email: Niknamis@modares.ac.ir, Tel: +9821-82883569

Please cite this article as: Tavekoli Ghouchani H, Niknami Sh, Aminshokravi F, Hojat SK. [Comparing Reasons for Quitting Substance Abuse with the Constructs of Behavioral Models: A Qualitative Study]. *Journal of Education and Community Health*.2015; 1(4):22-31.