

مقایسه معنوی معتادان بهبود یافته در برابر میل به مصرف مجدد مواد مخدر

کبری واعظی^۱، مسعود فلاحی خشکناپ^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با شناخت مقابله معنوی افراد بهبود یافته در برابر میل به مصرف مجدد مواد مخدر، می‌توان زمینه توانمندسازی آنان در برابر تمایل به مصرف مجدد مواد مخدر را فراهم ساخت. از این‌رو، مطالعه حاضر با هدف تبیین روش‌های مقابله معنوی معتادان بهبود یافته در برابر میل به مصرف مجدد مواد مخدر انجام گرفت.

روش: پژوهش حاضر با روش کیفی و تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. شرکت‌کنندگان ۱۸ نفر از مردان بهبود یافته بودند که با استفاده از شیوه نمونه‌گیری هدفمند در دوره‌های بهبودی متفاوت انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته جمع‌آوری و با روش Graneheim و Lundman مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: درون‌مایه مقابله معنویت‌محور در قالب سه طبقه اصلی «باورهای معنوی»، «منابع حمایت‌محور» و «تحولات معنوی» به عنوان راهبردهای معنوی معتادان بهبود یافته در برابر تمایل به مصرف مجدد مواد مخدر مشخص گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به کارآمدی مقابله معنوی در معتادان بهبود یافته، لازم است که مددکاران اجتماعی به رشد معنویت و باورهای معنوی به عنوان عامل تقویت‌کننده در برابر میل به مصرف مجدد و ادامه مسیر بهبودی توجه بیش از پیش مبذول داشته و از آن برای تقویت برنامه‌های حمایتی و خودمراقبتی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر بهره گیرند.

کلید واژه‌ها: معنویت، مقابله، اعتیاد، سوء مصرف کنندگان مواد

ارجاع: واعظی کبری، فلاحی خشکناپ مسعود. مقایسه معنوی معتادان بهبود یافته در برابر میل به مصرف مجدد مواد مخدر. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۴): ۴۴۹-۴۶۰.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۶

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۲

۱- کارشناسی ارشد، گروه مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲- استاد، گروه پرستاری، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

نویسنده مسؤول: مسعود فلاحی خشکناپ

مقدمه

اعتیاد وابستگی جسمانی و روانی به انواع مواد مخدر، مواد محرک و مواد توهم‌زا است که در صورت کنار گذاشتن، علائم ترک و سندرم محرومیت از مواد در افراد ظاهر خواهد شد (۱). مسأله مصرف مواد مخدر به طور مداوم، خسارات بسیاری را برای جامعه به همراه دارد و شیوع آن طبق آمار سازمان بهداشت جهانی ۲۳۰ میلیون نفر در جهان برآورد شده است (۲). آمار اعتیاد در ایران به علت دشواری در تشخیص و گزارش صحیح موارد، آمار دقیقی نیست، اما به نظر می‌رسد که بین ۱/۲ تا ۶ میلیون نفر در ایران به صورت وابستگی یا تفرنی مواد مصرف می‌کنند. بر اساس مستندات موجود، تعداد معتادان به طور تقریبی هر ۱۲ سال، دو برابر شده و سالانه ۸ درصد بر جمعیت آنان افزوده می‌گردد. آمار موجود برای سلامت فرد و جامعه زنگ خطر و تهدیدی جدی به شمار می‌آید (۳).

یکی از جنبه‌های مهم اعتیاد که طی تلاش‌های بازدارنده مشخص شده، بازگشت به مصرف مواد مخدر پس از دوره‌ای از قطع مصرف است. یافته‌ها نشان داده است، پس از این که فرد معتاد مصرف مواد مخدر را برای مدت طولانی قطع کرد، نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف را از سر نگیرد؛ به طوری که آمارها بیانگر این است که بیماری تا ۸۰ درصد از افراد، در کمتر از ۶ ماه دوباره عود خواهد کرد (۴، ۵). ترک جسمانی مواد مخدر، مشکل اصلی نیست، بلکه مشکل اصلی بازگشت و شروع دوباره مصرف این مواد است (۴).

عود (Relapse) تأثیرات نامطلوبی بر فرد و خانواده دارد. فردی که بعد از ترک دوباره به سوی مواد مخدر برمی‌گردد، دچار احساس گناه، ناامیدی و عصبانیت خواهد شد. تأثیرات عود بر جامعه نیز از لحاظ اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و امنیتی قابل تأمل است؛ چرا که وقتی این افراد دوباره مواد مخدر مصرف می‌کنند از نظر روانی متحمل فشار شدیدی خواهند شد و برای تهیه مواد می‌توانند دست به هر جرمی بزنند (۶). در گزارش احسان‌منش و کریمی حدود ۵۱ درصد از افراد در مراکز ترک اعتیاد عود مجدد داشتند (۷). این در حالی است که در مطالعه شرق و همکاران آمار عود اعتیاد رقمی

معادل ۸۰ درصد گزارش شده است (۸). با توجه به این که بعد از ترک و درمان افراد معتاد، پس از مدت نه چندان طولانی بیشتر این افراد دوباره به مواد مخدر روی آورده و استفاده را از سر خواهند گرفت، موضوع عود مکرر قابل تأمل است. این افراد بعد از ترک هنوز سر در گم هستند و به طور دایم با وسوسه استفاده از مواد مخدر روبه‌رو می‌شوند که در نهایت در اکثر موارد به استفاده مجدد از مواد منجر خواهد شد (۶). تحقیقات بسیاری تلاش کرده است که شیوه‌های مؤثر بر پیشگیری از عود مکرر معتادان را تبیین و توصیف نماید. مطالعه ناستی‌زایی و همکاران تأکید بر نقش خانواده در پیشگیری از عود مجدد دارد. برخورد نامناسب خانواده با فرد معتاد ارتباط مستقیمی با مسأله عود خواهد داشت (۹). مطالعه گلستانی نیز نشان داد که گروه درمانی تأثیر چشمگیری بر پیشگیری از عود مکرر معتادان داشته و می‌تواند به عنوان یک روش درمانی مفید در این زمینه استفاده گردد (۶). بر اساس مطالعه شاطریان و همکاران به منظور پیشگیری از عوامل خطر عود مواد مخدر، یک برنامه چند بعدی مورد نیاز است که با اجرای آن می‌توان از عود اعتیاد در معتادان تحت درمان جلوگیری کرد (۴). مطالعه‌ای به بررسی دلبستگی به خدا و سبک‌های مختلف مقابله معنوی بر دانشجویانی پرداخت که به طور معمول الکل مصرف می‌کردند. نتایج حاکی از سه سبک مقابله معنوی «تشریک مساعی»، «تسلیم شدن» و «خودهدایتی» بود. افرادی که در ارتباط با خدا احساس امنیت عاطفی دارند، به طور قابل ملاحظه‌ای از سبک مقابله تسلیم شدن و تشریک مساعی استفاده خواهند کرد (۱۰). اما Chambers نشان داد که معنویت نقش برجسته‌ای در پایداری درمان اعتیاد دارد و اعمال معنوی از طریق دعا، نیایش، مدیتیشن و... بیشترین نقش را در بهبودی داشته است. از این‌رو، معنویت عامل مهمی در ایجاد تعادل است که می‌تواند مصرف بی‌رویه مواد را کاهش دهد و مصرف کننده را به مرور در مسیر بهبودی قرار دهد (۱۱).

با توجه به ماهیت مزمن و عود کننده بیماری اعتیاد، عده زیادی از افرادی که مصرف مواد را ترک می‌کنند، دچار لغزش یا عود خواهند شد (۵). پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل

شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده مصرفی دیده شده است. این احساس را می‌توان از چند ساعت پس از ترک تا چندین ماه پس از پایان درمان دید (۱۲). ولع مصرف نوعی میل درونی (ذهنی) برای مصرف مواد است (۱۴، ۱۳). میلی که اگر برآورده نشود، رنج‌های روان‌شناختی و بدنی را در پی دارد (۱۴).

مددجویانی که تحت درمان معنوی قرار دارند، اغلب از حمایت شدن از سوی نیرویی برتر، راهنمای درونی، زندگی هدفمند و آرایه خدمت به افرادی که در جستجوی کمک و بهبودی هستند، سخن می‌گویند (۱۵). معنویت می‌تواند به عنوان راهبرد مقابله‌ای برای افرادی که با تنش‌ها و اضطراب مواجه هستند، به کار گرفته شود (۱۶). معنویت به معنی جستجوی انسان برای یافتن معنی، هدف و چهارچوب اخلاقی مربوط به خود، دیگران و حقیقت غایی است (۱۸، ۱۷). برای بسیاری از بیماران، دین و معنویت راهبردی مقابله‌ای در برابر بیماری است (۱۸). مقابله دینی - معنوی شامل باورهای دینی، نگرش‌ها و یا اقداماتی به منظور کاهش فشارهای روانی ناشی از اتفاقات استرس‌زا در زندگی است که تاب‌آوری افراد را در شرایط مذکور افزایش داده است.

راهبردهای مختلفی از جمله راهبردهای مداخله‌ای خاص، بازسازی شناختی، راهبردهای خودکنترلی و... برای پیشگیری از عود و مصرف مجدد مواد مخدر آرایه شده است (۱۳)، اما کمتر مطالعه‌ای به بررسی راهبردهای مقابله معنوی معتادان در برابر میل به مصرف مجدد و پیشگیری از عود پرداخته است. غفلت از پرداختن به مقابله معنوی به عنوان راهکاری مؤثر در برابر میل به مصرف مجدد در معتادان، خلأ مطالعات کیفی در این زمینه و رواج درمان‌های معنوی در مراکز معتبر جهان، ضرورت انجام چنین مطالعه‌ای را بیش از پیش آشکار ساخته است. بنابراین، مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و به منظور ایجاد درکی عمیق از چالش‌های افراد بهبود یافته با استفاده از تجربیات آن‌ها انجام گرفت.

روش

مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و بر پایه روش آنالیز محتوای

استقرایی و با هدف تبیین مقابله معنوی معتادان بهبود یافته در برابر میل به مصرف مجدد مواد مخدر انجام شد. تحقیق، بر روی ۱۸ مشارکت کننده با حداقل ۲ سال دوره بهبودی از سوء مصرف مواد مخدر و محدوده سنی ۲۷-۴۸ سال سن و طی سال ۱۳۹۴ انجام گردید. محیط پژوهش شهر بانه بود. نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند (Purposive sampling) و با حداکثر تنوع از نظر سن، سطح تحصیلات، مدت زمان مصرف و دوره‌های بهبودی متفاوت انتخاب شد. نمونه‌های نخست از طریق انجمن معتادان گمنام بانه تعیین و همین نمونه‌ها رابطی برای شناسایی نمونه‌های بعدی شد. معیارهای ورود به مطالعه حاضر عبارت از داشتن حداقل دو سال تجربه بهبودی (عدم مصرف هر نوع ماده مخدر در بیش از دو سال گذشته) و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته (Semi structural) استفاده گردید. چند سؤال کلی مثل، «چطور شد که به سمت ترک مواد رفتید؟»، «چه چیزی باعث شده که دوباره به سمت مصرف مواد مخدر گرایش پیدا کنید؟»، «شما در برابر میل به مصرف مجدد مواد مخدر چه کار خواهید کرد؟» و... به عنوان راهنمای مصاحبه طراحی شد. با توجه به پاسخ‌های مشارکت کنندگان، سؤالات بعدی از آنان پرسیده شد.

مصاحبه‌ها به دلیل محدودیت‌های فرهنگی در فضای پارک و با حضور شخص سوم در زمانی که توسط شرکت کنندگان تعیین شد، انجام گرفت. هر مصاحبه توسط دستگاه دیجیتالی ضبط گردید. مدت هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بود و در مجموع ۱۸ مصاحبه انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری آن‌ها و با استفاده از رویکرد آنالیز محتوای قراردادی Graneheim و Lundman انجام گرفت (۱۹). به کمک این شیوه می‌توان درون‌مایه‌ها و الگوهای پنهان مطالعه را از درون محتوای داده‌های حاصل شده از مشارکت کنندگان آشکار ساخت (۲۰). بعد از انجام هر مصاحبه، محتوای آن‌ها کلمه به کلمه نوشته شد. سپس، مطالب چندین بار خوانده شد و فهم کلی از گفته‌های

شونده، به دست آمده بود را ملاحظه کرده و در صورت مغایرت با نظرات آنان، هر جا که لازم بود تغییرات لازم اعمال گردد. موازین اخلاقی، هماهنگی با انجمن معتادان گمنام بانه، اخذ رضایت نامه کتبی از مشارکت کنندگان، گمنام بودن، محرمانه بودن اطلاعات، کسب اجازه ضبط صوتی مصاحبه ها و حق کناره گیری در زمان دلخواه از مواردی بود که رعایت شد، ولی چون در شهر بانه کمیته ای به عنوان کمیته اخلاق در پژوهش دیده نشد، اخذ کد اخلاق امکان پذیر نگردید.

یافته ها

یافته های تحقیق با کمک روش نمونه گیری کیفی از طریق مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته با ۱۸ نفر (مرد) از مطلعان کلیدی جمع آوری شد. مواد مصرفی شرکت کنندگان در دوران اعتیادشان، تریاک، حشیش، هرویین و کراک بود. برخی از آنان همزمان تجربه مصرف چندین ماده را دارا بودند. جدول ۱ ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه را نشان می دهد.

مشارکت کنندگان به دست آمد. بعد از آن، واحدهای معنی که شامل جملات یا پاراگراف های مرتبط با یکدیگر است، مشخص شد و کدهای اولیه از آن ها استخراج گردید. کدها ادغام شده و بر اساس شباهت ها، طبقه بندی گردید و تحت عنوان زیرطبقه که در سطوح متفاوت انتزاع قرار دارد، نام گذاری شد (۱۹).

برای اطمینان از اعتبار یافته ها (Validity) محقق زمان کافی جهت جمع آوری داده ها در نظر گرفت و با رفت و برگشت مکرر در داده ها درگیری خود را با یافته ها حفظ نمود. به منظور اطمینان از قابلیت داده ها (Trustworthiness) محقق درگیری طولانی مدت با داده ها را حفظ کرد. درگیری مستمر ذهنی با داده ها، افزایش وسعت اطلاعات و عمق اطلاعات را امکان پذیر نمود. همچنین، از روش بازنگری مشارکت کنندگان (Member checking) استفاده شد. بدین صورت که تعدادی از مصاحبه شوندگان (۹ نفر) به صورت تصادفی انتخاب شدند و از آنان خواسته شد تا جدول های حاوی کدهای اولیه، زیرطبقات، طبقات و مضامین کلی را که توسط محقق و با استفاده از مصاحبه مربوط به خود مصاحبه

جدول ۱. ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان

شماره	سن	وضعیت تأهل	تحصیلات	شغل	مدت اعتیاد	مدت بهبودی (سال)	نوع ماده مصرفی
۱	۲۷	مجرد	دیپلم	بیکار	۷	۲	کراک- حشیش
۲	۴۶	متاهل	دوم دبیرستان	سنگ کار ساختمان	۶	۳	تریاک- حشیش
۳	۳۶	متاهل	پنجم ابتدایی	دستفروش	۷	۲	هرویین- کراک- تریاک
۴	۳۹	متاهل	سوم راهنمایی	کفاش	۷	۴	کراک- حشیش
۵	۴۵	مجرد	بی سواد	دستفروش	۵	۳	هرویین- کراک
۶	۴۰	متاهل	فوق دیپلم	مهندس عمران	۹	۵	تریاک- هرویین
۷	۴۷	متاهل	اول دبیرستان	مغازه دار	۱۱	۲	حشیش- هرویین
۸	۴۸	متاهل	لیسانس	کارمند	۶	۴	کراک- حشیش
۹	۴۵	متاهل	فوق دیپلم	حسابدار شرکت	۶	۵	تریاک- هرویین
۱۰	۳۸	مجرد	سوم راهنمایی	کارگر ساختمان	۱۰	۸	تریاک- هرویین- حشیش- کراک
۱۱	۴۱	مجرد	لیسانس	حسابدار شرکت	۸	۴	حشیش- کراک
۱۲	۳۵	مجرد	سوم راهنمایی	کارگر ساختمان	۱۵	۴	تریاک- هرویین
۱۳	۴۶	متاهل	لیسانس	بیکار	۱۶	۳	تریاک- کراک- هرویین
۱۴	۴۴	مجرد	فوق دیپلم	کارمند	۷	۵	حشیش- هرویین
۱۵	۳۷	مجرد	سوم راهنمایی	مغازه دار	۱۰	۲	تریاک- کراک- حشیش- هرویین
۱۶	۴۱	متاهل	دیپلم	مغازه دار	۱۱	۳	حشیش- هرویین
۱۷	۳۴	مجرد	اول دبیرستان	بیکار	۹	۲	تریاک
۱۸	۳۹	متاهل	دوم راهنمایی	راننده تاکسی	۱۴	۷	تریاک

جدول ۲. توصیف مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان تحقیق

سن	حداقل ۲۷ سال و حداکثر ۴۸	میانگین ۳۷/۵ سال
وضعیت تأهل	مجرد ۸ نفر، متأهل ۱۰ نفر	-
تحصیلات	زیر دیپلم ۱۰ نفر، دیپلم و بالاتر ۸ نفر	حداقل بی‌سواد، حداکثر لیسانس
شغل	بیکار ۳ نفر، شغل آزاد ۱۰ نفر، شغل دولتی ۵ نفر	-
مدت اعتیاد	حداقل ۵ سال و حداکثر ۱۶ سال	میانگین مدت اعتیاد ۱۰ سال
مدت بهبودی	حداقل ۲ سال و حداکثر ۸ سال	میانگین مدت بهبودی ۵ سال
نوع ماده مصرفی	تریاک، هرویین، حبشیش، کراک	

جدول ۲ مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان تحقیق را نشان می‌دهد.

یافته‌های حاصل از راهبردهای مقابله معنوی افراد بهبود یافته در برابر میل به مصرف مجدد مواد مخدر در قالب کدهای اولیه، طبقات اصلی و درون‌مایه‌ها مشخص گردید که در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. راهبردهای مقابله معنوی در برابر میل مجدد به مصرف مواد مخدر

درون مایه	طبقات اصلی	طبقات اولیه
مقابله معنویت محور	باورهای معنوی	استمداد از خدا مشمول لطف خدا بودن احساس شرم از خدا ایمان به خدا ارتباط با خدا
منابع حمایت محور	عضویت در انجمن معتادان گمنام بهره بردن از تجربه افراد بهبود یافته خانواده حمایت‌گر ایجاد شبکه اجتماعی سالم جستجوی منابع اطلاعات	
تحولات معنوی	واقع‌گرایی تقویت عزت نفس هدفمندی خدمتگذاری پرداختن به فعالیت‌های سالم خودکنترلی و خویش‌داری خویش‌باوری رسیدن به خودآگاهی	

باورهای معنوی: در اکثر گفته‌های مشارکت‌کنندگان، باورها و اعتقادات معنوی حضور پر رنگ داشت. منظور از باورهای معنوی، اعتقادات شخصی افراد است که در مقابله با

مشکلات زندگی به آنان کمک کرده و به زندگی آنان معنی و مفهوم بخشیده است. این طبقه شامل ۵ زیرطبقه است که به هر کدام با ذکر نقل قول‌های مرتبط اشاره شده است.

استمداد از خدا: با توجه به پیامدهای بسیاری که اعتیاد بر روان افراد بر جای گذاشته است، طلب یاری از خدا به عنوان راهبردی مؤثر در برابر میل به مصرف مجدد مواد مخدر گزارش شد؛ به طوری که هرگاه تمایل به مصرف در آنان ایجاد شود، از خدا درخواست کمک و یاری کرده و از او می‌خواهند که در این مسیر همراه آنان باشد. شرکت‌کنندگان ایمان داشتند که خدا در هر شرایطی آنان را یاری خواهد کرد و چه بسا پاکی از دام اعتیاد لطف خدا بوده است. «اگر تونستم پاک باشم و این پاکی رو حفظ کنم، فقط به یاری خدا بوده و ازش می‌خوام که باز هم من رو یاری بده» (مشارکت‌کننده ۸).

مشمول لطف خدا بودن: اما مورد لطف خدا واقع شدن و قرار گرفتن در مسیر بهبودی از نظر برخی از شرکت‌کنندگان به عنوان یک باور معنوی و راهبردی مؤثر در مقابله با میل مجدد به مصرف مواد مخدر گزارش شد. «خدا خیلی به من لطف داشته و اگر لطف اون نبود، هرگز توان مقاومت نداشتم» (مشارکت‌کننده ۱).

احساس شرم از خدا: شرکت‌کنندگان از احساس حضور خدا در تمامی امور خود گزارش دادند و خدا را ناظر بر اعمال خود می‌پنداشتند. از این‌رو، درک حضور خدا و احساس شرمندگی در برابر او، یکی از باورهای مؤثر در ادامه روند بهبودی گزارش شد. «خدا رو ناظر بر همه اعمالم می‌دونم و این نظارت و شرم حضور، میل به مواد رو در من از بین برده» (مشارکت‌کننده ۱۰).

ایمان به خدا: ایمان به خدا یکی دیگر از راهبردهای

ایجاد شبکه اجتماعی سالم: یکی از دلایل عدم ترک مواد مخدر ارتباط با افراد معتاد و شبکه اجتماعی ناسالم است؛ به طوری که اگر افراد در مراحل ترک و بهبودی نیز باشند، در صورت ارتباط با افراد معتاد دچار لغزش شده و به مصرف مجدد روی خواهند آورد. «درسته که دوران بهبودی رو می‌گذرونم، اما اگر با افراد معتاد قطع ارتباط نمی‌کردم، پاک نمی‌شدم» (مشارکت کننده ۱).

جستجوی منابع اطلاعات: یکی از مشارکت کنندگان درباره جستجوی منابع اطلاعات به عنوان یکی از راهبردهای مقاله معنوی چنین بیان کرد: «برای ادامه پاکی باید سعی کنی مدام اطلاعات رو افزایش بدی. درباره اثرات مواد و شیوه‌هایی که کمک می‌کنه پاک بمونی» (مشارکت کننده ۱۷). مشارکت کننده دیگر در ارتباط با اهمیت شبکه‌های اجتماعی و افزایش اطلاعات پیرامون اعتیاد و اثرات مواد مخدر چنین گفت: «گروهی در تلگرام راه انداختیم و تبادل اطلاعات می‌کنیم و تجربه‌مون رو در اختیار هم می‌ذاریم» (مشارکت کننده ۲).

تحولات معنوی: ایجاد تحول و دگرگونی در بسیاری از شرکت کنندگان به عنوان راهبردی معنوی در برابر میل به مصرف مجدد مواد مخدر گزارش شد. منظور از متحول شدن در مطالعه حاضر تغییرات پایداری است که در افراد رخ داده و منجر به ایجاد تحولات شگرفی در باورها، ایده‌ها، اعمال و رفتار آنان گردیده است. از جمله این تحولات، شهادت مقابله با مصرف، رهایی از اسارت مواد، واقع‌گرایی، خویشن‌باوری و از این قبیل است.

واقع‌گرایی: لذت‌گرایی، افکار ایده‌آل‌گرایانه و تصور انسان کامل بودن بسیاری از افراد را در معرض وابستگی به مواد مخدر قرار داده است. ماده‌ای که با مصرف مداوم، پیامدهای بسیاری از جمله از خودبیگانگی، از دست دادن ارزش‌ها و باورهای انسانی، طرد خانوادگی و اجتماعی را برای فرد مصرف کننده به همراه دارد. بسیاری از شرکت کنندگان در مطالعه حاضر پس از تجربه بهبودی تمام توان خویش را به کار گرفته که دوباره دوران گم‌گشتگی را تجربه نکنند. مقابله‌ای که تنها با «واقع‌گرایی» صورت گرفته است. «تصور می‌کردم هر وقت بخوام، مواد رو کنار می‌ذارم، اما نتونستم و

مؤثر در برابر میل به مصرف مجدد مواد مخدر است و به معتادان بهبود یافته یاری خواهد داد تا در برابر میل و وسوسه برای مصرف مواد مقاومت کنند. «ایمان به خدا و این که ما مخلوقش هستیم و حق نداریم بدون رضایت اون کاری کنیم، مانع مصرف مجدد می‌شه» (مشارکت کننده ۱۳).

ارتباط با خدا: «حرف زدن با خدا آروم می‌کنه، اونم جوابمو می‌ده. یه گفتگوی درونیه تا فکرم از مواد دور بشه» (مشارکت کننده ۱۲).

منابع حمایت‌محور: در دسترس بودن و بهره‌گیری از منابع حمایتی، یکی دیگر از راهبردهای مقابله معنوی در برابر میل به مصرف مجدد مواد مخدر گزارش شد. در این طبقه، ۵ زیرطبقه جای گرفت که به اختصار هر کدام از زیرطبقات با ذکر نقل قول مرتبط توضیح داده شده است.

عضویت در انجمن معتادان گمنام: گروه‌های خودیار فرصتی برای افراد فراهم خواهد کرد تا با کسانی آشنا شوند که دارای اهداف و علایق مشترک هستند و از حمایت اعضای گروه بهره‌مند شوند. «در انجمن با کسانی آشنا شدم که با من همدردن، تجربه طرد و تحقیر دارند! این‌جا بود که احساس کردم تنها نیستم» (مشارکت کننده ۱۸).

بهره بردن از تجربه افراد بهبود یافته: برخی از مشارکت کنندگان بهره بردن از تجربه افراد بهبود یافته را به عنوان یکی از منابع حمایتی دانستند. «الگوی من رهبر گروه بود که ۱۵ سال مصرف کننده و فروشنده مواد بود، اما الان پاکه. به خودم گفتم: من چرا نتونم» (مشارکت کننده ۱۰).

خانواده حمایت‌گر: در روند بهبودی و دوری از مواد مخدر، خانواده به عنوان یکی از حامیان اصلی که افراد را یاری خواهد داد تا در برابر میل به مصرف مواد مخدر مقاومت نمایند، نقشی کلیدی ایفا کرده است. وجود خانواده‌ای همدل که فرد معتاد را پذیرفته و در جهت درمان بیماری او می‌کوشند، بیش از پیش در ادامه پاکی و بهبودی شرکت کنندگان مؤثر گزارش شد. «همسرم در تمام مراحل ترک همراهیم کرد و من این پاکی رو مدیونش هستم» (مشارکت کننده ۸). «والدینم هرگز اعتیادم رو به روم نیاوردن و برای بهبودیم هر کاری کردند» (مشارکت کننده ۱۲).

«با دوستانم، هر صبح به کوه می‌ریم و این در حفظ سلامتی و شادابییم مؤثره» (مشارکت کننده ۷).

خودکنترلی و خویشن‌داری: از نظر برخی شرکت کنندگان لازمه پاک ماندن و دوری از مواد، کنترل و تسلط بر خویشتن و نیز شهامت مقابله با مصرف مواد است. «برای پاکی باید کنترلت رو در دست بگیری، نه این که مواد کنترلت کنه» (مشارکت کننده ۶).

خویشتن‌باوری: خویشتن‌باوری به زعم برخی از شرکت کنندگان راهبردی دیگر برای مقابله با میل به مصرف مواد مخدر است. «باور داشتن به توانایی‌ها و این که می‌تونم رها بشم، کمک می‌کنه با وجود میل شدید به سمت مواد نرم» (مشارکت کننده ۵).

رسیدن به خودآگاهی: رسیدن به خودآگاهی لازمه متحول شدن و آغاز دوره‌ای جدید در زندگی افراد است. برای بسیاری از مشارکت کنندگان آگاه شدن از انسان بودن، از وجود خویشتن و حق بهره‌مندی از یک زندگی سالم و به دور از مواد، سرآغاز تحولی شگرف تلقی شده است. «تا به این باور نرسی که مواد حق انسان رو برای داشتن زندگی سالم می‌گیره، نمی‌تونی در برابرش مقاومت کنی» (مشارکت کننده ۴).

بحث

راهبردهای مقابله‌ای زمانی به کار رفته است که فرد موقعیت تنش‌زای خود را خارج از کنترل ارزیابی نماید. نگرش معنوی به عنوان چهارچوبی زمینه‌ای عمل کرده است تا افراد در ورای مشکلات خویش، به ساختن معنی بپردازند، نسبت به آینده امیدوار شده و در برخورد با مشکلات، ارزیابی معنوی از موقعیت داشته و سعی نمایند تا موقعیت را از طریق ارتباط دادن آن با علت اصلی (مثل خواست و مشیت خداوند) مورد ارزیابی قرار دهند (۲۱). بر اساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر، معنادان بهبود یافته دارای ۳ نوع راهبرد مقابله معنوی در برابر میل به مصرف مجدد مواد مخدر بودند: باورهای معنوی، منابع حمایت محور و تحولات معنوی که در درون مایه مقابله معنویت محور جای گرفت.

مدام مصرفم بیشتر شد. الان ضعف و قوت‌هام رو بیشتر می‌شناسم» (مشارکت کننده ۳).

تقویت عزت نفس: از جمله راهکارهای مقابله با میل و گرایش به مصرف مجدد مواد، تقویت عزت نفس و احترام گذاشتن افراد به «خویشتن» است؛ تا جایی که خود را از هر آسیبی دور نگه دارند و آگاهانه و با هشیاری گام بردارند. «سعی می‌کنم به خودم احترام بذارم و خودم رو دوست داشته باشم و حاضر نشم به سمت ماده‌ای برم که داغونم می‌کنه» (مشارکت کننده ۱).

هدفمندی: داشتن هدف در زندگی یکی دیگر از راهبردهای معنوی مقابله با میل به مصرف مجدد گزارش شد. هدفمندی افراد را از سپری کردن زندگی روزمره دور ساخته و در پی هدفی که برمی‌گزینند، به تکاپو وا داشته است. «وقتی هدف داشته باشی مسیرت مشخصه و به چیزهای واهی فکر نمی‌کنی» (مشارکت کننده ۷).

خدمتگزاری: برای برخی از شرکت کنندگان خدمتگزاری به دیگران، از راه‌های مقابله با مصرف مجدد مواد مخدر است. به زعم بسیاری از آنان در زمان اعتیاد تنها سربار جامعه بودند و وجود آنان چه بسا برای دیگران بسیار زیان‌بار بود، اما اکنون که دوران بهبودی را تجربه می‌کنند، سعی می‌کنند تا جایی که می‌توانند شخص مفیدی باشند و بدون هیچ چشم‌داشتی خدمتگزار جامعه باشند. «خودمو خدمتگزار می‌دونم. فرقی نمی‌کنه به کی خدمت کنم، مهم اینه که با خلوص نیت باشه» (مشارکت کننده ۲).

پرداختن به فعالیت‌های سالم: فعالیت‌های ورزشی علاوه بر تأثیرات مفیدی که بر سلامت جسم دارد، سلامت روان افراد را نیز بهبود بخشیده است. برخی از مشارکت کنندگان مقابله با میل مجدد به مصرف مواد مخدر، راهبرد پرداختن به فعالیت‌های سالم نظیر فعالیت‌های ورزشی را برگزیده‌اند: «ورزش بهتر از هر کاری بهم کمک کرده. اوایل به دلیل ضعف جسمانی خیلی سخت بود، اما به مرور قوی‌تر شدم» (مشارکت کننده ۱۳). «سعی می‌کنم با ورزش روزانه سلامت از دست رفته‌ام رو به دست بیارم» (مشارکت کننده ۱۸).

در مطالعه‌ای در انگلستان، بر خلاف این که حضور افراد در کلیسا تنزل یافته است، هنوز اغلب بزرگسالان به خدا اعتقاد دارند (۲۲). اعتقادات معنوی به افراد کمک کرده است تا با دشواری‌های زندگی تطابق یابند و بر این اساس، احساس بهزیستی معنوی می‌تواند منجر به کنار آمدن آن‌ها با مشکلات گردد. تنش‌های حاصل از بیماری اعتیاد بسیار وسیع است؛ به طوری که این تنش و اضطراب حتی در بهبود یافتگان احساس شده است. در مطالعه حاضر، داشتن باورهای معنوی به عنوان راهبردی ذکر شد که باعث کاهش این تنش‌ها خواهد شد. در برخی از فرهنگ‌ها دین، معنویت و آثار مثبتی که بر جای گذاشته است، حایز اهمیت است. تأثیراتی از قبیل آسایش، لذت، رضایت، معنی در زندگی، مواجهه با مرگ، درد و رنج، بی‌عدالتی و تجربه‌های استرس‌زا در زندگی اثرگذار است (۲۳). در فرهنگ ایرانی، دین و معنویت دارای جایگاه ویژه‌ای است؛ به طوری که در بسیاری از شرایط بحرانی، افراد برای مقابله با مشکلات و مسایل خود به دین و معنویت پناه می‌برند. در پژوهشی مشخص گردید که درک حمایت و آرامش از باورهای دینی و معنوی تأثیرات مثبتی بر بهبودی اعتیاد دارد (۲۳). بامداد و همکاران نشان دادند که فعالیت‌های معنوی و مذهبی بر روند بهبودی مصرف کنندگان مواد مخدر تأثیر مثبت گذاشته است و افرادی که در فعالیت‌های مذهبی و معنوی مشارکت بیشتری داشتند، در بعد معنوی دارای سلامت بیشتری هستند (۲۴). Hernandez و همکاران دریافتند، میزان مصرف الکل در افرادی که دارای دلبستگی به خدا هستند، در مقایسه با افرادی که خدا را به عنوان یک منبع حمایتی درک نکرده‌اند، به طور قابل توجهی کمتر است (۱۰). این یافته‌ها، آرای برخی نظریه‌پردازان نظیر را تأیید کرده است؛ مبنی بر این که معنویت و درمان‌های معنوی سبب ایجاد تأثیرات مثبت گردیده است و بیمارانی که معنویت را منبع حمایتی جهت رهایی از اعتیاد می‌دانند، دو برابر بیش از دیگران احتمال بهبودی از مصرف هرویین و کوکائین در ۵ سال بعد را دارند (۲۵).

شرکت کنندگان در مطالعه حاضر بیان کردند، طرد اجتماعی شرایطی را برای آنان فراهم ساخته بود که در

خانواده و جامعه جایی برای پذیرش آنان نبود. ارتباط با انجمن معتادان گمنام فرصت فوق‌العاده‌ای است که خود را از منجلاب اعتیاد رها سازند. در این گروه‌ها افراد بدون پیش‌داوری پذیرفته خواهند شد و الزام به رعایت تعهدات و ارزش‌های گروه بر کسی تحمیل نخواهد شد. حمایت حاصل در این گروه، افراد را ملزم به رعایت ارزش‌ها و اهداف گروه ساخته و با حضور منظم در جلسات و برنامه‌های ۱۲ قدم، التزام به پاکی و بهبودی در افراد بیشتر می‌گردد. حمایت اجتماعی با بهبود سلامت روان ارتباط دارد و منجر به تقویت روابط افراد با دیگران شده است (۲۶). Galanter و همکاران به این نتیجه دست یافتند که ارتباط با انجمن الکلی‌های گمنام و حمایت ایجاد شده در گروه، مقدار و فراوانی را در مصرف کنندگان الکل کاهش داده است (۲۷). مطالعه Chen (۲۸) و شمسعلی‌نیا و همکاران (۲۹) نشان داد، افرادی که در جلسات معتادان گمنام مشارکت فعالی داشتند، نسبت به کسانی که در این جلسات شرکت نکردند، در ترک مواد مخدر موفق‌تر بودند. شیوه درمانی این انجمن بر پایه مشارکت اجتماعی و همیاری گروهی است و به رشد شخصی، مسؤولیت‌پذیری و استقلال فردی منجر شده است. این برنامه در بعد تقویت معنویت بر آگاه‌سازی افراد درباره نیاز آنان به نیروی معنوی و کسب قدرت از آن پرداخته و در بعد حمایت اجتماعی، روش اصلی بهبودی خود را بر کمک متقابل به یکدیگر بنا نهاده و افراد را در حلقه‌های بحث به گفتگو و تبادل تجربه و داشته است و بر این اساس، افراد مبتلا به بازنگری مسایل خود پرداخته، یکدیگر را در بازبینی مسایل یاری داده و بر مسؤولیت خود برای درمان به آگاهی خواهند رسید (۳۰). افراد بهره‌مند از مشارکت در این گروه با اعتماد به نفس و احساس کفایت بیشتری قادر به تحمل شرایط سخت دوران درمان بوده و پایداری و تداوم بیشتری برای طی این دوران سخت دارند (۳۱).

ایجاد شبکه اجتماعی سالم و اجتناب از برقراری ارتباط با افراد معتاد از اقدامات مؤثر و معنوی شرکت کنندگان به عنوان راهبردی معنوی در برابر میل به مصرف مجدد است. معتادان بیش از افراد سالم دارای سبک زندگی و روابط

اجتماعی ناسالم و رفتارهای مخاطره‌آمیز هستند. از این‌رو، تغییرات عمده در سبک زندگی و شبکه اجتماعی سالم هر چه بیشتر آنان را به سمت بهبودی خواهد برد (۳۲). نتایج پژوهش نظری شاکر و همکاران نشان داد، افرادی که از مهارت‌های ترک اعتیاد پرهیزمدار-ایمان‌مدار استفاده می‌کنند، در سطح مهارت‌های کسب حمایت از جانب دوستان و خانواده و متوقف ساختن افکار منفی دارای نتایج خوبی بودند. وجود خانواده حمایت‌گر و بهره‌گیری از تجربه افراد بهبود یافته، مدت بهبودی افراد را طولانی‌تر خواهد کرد و میزان گرایش به مصرف مواد را در آنان کاهش خواهد داد (۳۳). شمسعلی‌نیا و همکاران نشان دادند، زمینه خانوادگی و بهره‌مندی از حمایت خانوادگی و اجتماعی در مراحل بهبودی یکی از موانع مهم در پایداری و عود مصرف مواد است (۲۹). خانواده با تغییر سبک زندگی، بازسازی شخصیت، از سرگیری زندگی زناشویی و یافتن شغل مناسب می‌تواند از افراد معتاد حمایت کند (۳۴). افراد بهبود یافته در مطالعه حاضر گزارش دادند که استفاده از منابع حمایتی و کسب اطلاعات برای بهبودی و پاک ماندن آنان را یاری داده است تا با اثرات مخرب مواد مخدر و تأثیر منفی آن بر کارکردهای جسمی، روانی و اجتماعی آشنا شده و همین امر آنان را نیازمند جستجوی اطلاعات بیشتر، بهره‌گیری از صاحبان تجربه و متخصصان ساخته است. جستجوی اطلاعات در مطالعه شمسعلی‌نیا و همکاران یکی از عوامل مؤثر در تصمیم به ترک اعتیاد عنوان شد. دستیابی به اطلاعات بیشتر در مورد اعتیاد و راه‌های درمان، آگاهی افراد وابسته به مواد را بالا برده و بیش از پیش آنان را در مسیر پاک‌ی و بهبودی قرار خواهد داد (۲).

تحولات معنوی راهبردی مؤثر در مقابله با تمایل و گرایش به سمت مصرف مجدد مواد مخدر است که شامل سعی افراد در داشتن هدف، واقع‌گرایی، شناخت ضعف‌ها و قوت‌ها، تقویت عزت نفس، خودکنترلی و از این قبیل است. به زعم بسیاری از شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، عدم شناخت از خود، تصور کامل بودن، تصور معتاد نشدن با یک بار تجربه و داشتن افکار ایده‌آل‌گرایانه از عوامل گرایش به مواد مخدر بود؛ به طوری که با قرار گرفتن در شرایط بحرانی و از دست

دادن کنترل و اراده شخصی اقدام به تأمین مواد از راه‌ها و شیوه‌های غیر قانونی و غیر اخلاقی نموده‌اند. رسیدن به خودآگاهی یکی از راه‌های تعالی و مقابله با میل به مصرف مجدد مواد مخدر است. چنان چه پژوهش پیراسته مطلق و نیک‌منش نشان داد که خودآگاهی معنوی بهترین پیش‌بینی کننده ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی است (۳۵). افرادی که خودکنترلی بیشتری دارند، دارای مهارت مقابله‌ای وسیع‌تری هستند و توان بالاتری در برابر میل به مصرف مجدد مواد از خود نشان خواهند داد (۳۶). در پژوهشی نشان داده شد، افرادی که خویشن‌پذیری بالاتری دارند، از مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد و افراد روان‌رنجور، از مقابله‌های اجتنابی و هیجان‌مدار استفاده می‌کنند (۳۷). این در حالی است که شرکت‌کنندگان داشتن هدف در زندگی را از راهبردهای مؤثر در مقابله با میل به مصرف مجدد مواد گزارش دادند. معنویت به معنی برخورداری از زندگی هدف‌دار و معنی‌دار است و اولین شرط ضروری برای معنی‌دار شدن و هدفمند شدن شخص و زندگی او است (۳۸). داشتن زندگی هدفمند و دارای برنامه در بین افراد در حال بهبودی توان مقابله و سازگاری را در زندگی بالا برده است. این یافته با نتایج مطالعه Arevalo و همکاران (۳۹) و Wong و Yau همسو است (۴۰). احساس معنی و هدفمندی در زندگی اغلب منجر به کاهش دوره درمان اعتیاد و تمایل به افزایش دوره بهبودی شده است (۲۲).

محدودیت‌ها: یکی از محدودیت‌های پژوهش این بود که دستیابی به نمونه‌های زن میسر نگردید. از این‌رو، پیشنهاد شده است که تحقیق حاضر روی زنان معتاد به مواد مخدر نیز انجام و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه گردد. محدودیت دیگر این بود که مشارکت‌کنندگان فقط از شهر بانه بودند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر، درک و توصیف عمیقی از راهبردهای مقابله معنوی افراد بهبود یافته در برابر میل به مصرف مجدد مواد مخدر ارائه داد و حاکی از نقش مثبت معنویت و راهبردهای معنوی است. از نتایج پژوهش حاضر می‌توان برای تدوین چهارچوبی برای آرایه مداخلات حرفه‌ای

تشکر و قدردانی

از مسؤولان محترم انجمن معتادان گمنام شهر بانه و تمامی شرکت کنندگان محترم در پژوهش حاضر صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

مددکاری اجتماعی بر مبنای «الگوی حرفه‌ای معنویت‌محور» در زمینه اعتیاد استفاده نمود. الگویی که با هدف ارتقای مقابله معنوی در افراد بهبود یافته طراحی شود و مبتنی بر آموزش و تقویت راهبردهای معنوی برای رویارویی در برابر میل به مصرف مجدد مواد مخدر باشد.

References

1. Habibi R, Farid A, Gharibi H. Phenomenological investigation of the factors of tendency to addiction and predisposing factors for its treatment from recovered addicts' view. *Social Health and Addiction* 2015; 1(2): 41-54. [In Persian].
2. Shamsalainai A, Nourozi K, FallahiKhoshknab M, Farhoudian A. Factors effective on the decision to quit among substance abusers: A qualitative study. *J Qual Res Health Sci* 2013; 2(2): 111-24. [In Persian].
3. Naghibi S, Azizpoor M, Ashari S, Hosseini S, Alizadeh A. The study of the relation between suicidal thoughts and religious belief in patients under methadone maintenance treatment (MMT) of Sari in 2013. *Religion and Health* 2014; 2(1): 1-8. [In Persian].
4. Shaterian M, Menati R, Kassani A, Menati W. Associated factors with addiction relapse in patients of referring to addiction treatment centers in Ilam: A case-control study. *J Ilam Univ Med Sci* 2015; 22(6): 165-73. [In Persian].
5. Molazadeh J, Ashori V. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in improvement of relapse Prevention skill and mental health in addict. *Daneshvar* 2009; 16(34): 1-12. [In Persian].
6. Golestani F. The impact of group therapy based on change stages in prevention relapse among substance abusers in Kerman. *Research on Addiction* 2009; 2(8): 83-104. [In Persian].
7. Ehsanmanesh M, Karimi Keisami E. A review of the history and several studies regarding substance abuse in Iran. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2000; 5(3): 62-78. [In Persian].
8. Sharg A, Shakibi A, Neisari R, Aliloo L. Survey of factors related to the relapse of addiction from view of addict patients attending to drug abuse treatment clinics in West Azerbaijan. *J Urmia Univ Med Sci* 2011; 22(2): 129-36. [In Persian].
9. Nastizayi N, Hezareh Moghadam M, Mollazehi A. The study of factors for recurred addiction from the view of self-introduced addicts to the addiction abandonment centers of Zahedan. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2010; 8(3): 169-74. [In Persian].
10. Hernandez G, Salerno JM, Bottoms BL. Attachment to god, spiritual coping, and alcohol use. *Int J Psychol Relig* 2010; 20(2): 97-108.
11. Chambers H. Spirituality and Quaker approaches to substance use and addiction. *Religions* 2015; 6(2): 385-403.
12. Ekhtiari H, Edalati H, Behzadi A, Safaei H, Noori M, Mokri A. Designing and evaluation of reliability and validity of five visual cue-induced craving tasks for different groups of opiate abusers. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008; 14(3): 337-49. [In Persian].
13. Ghorbani M. Relapse prevention: An overview of Marlatts Cognitive- Behavioral Model. *Research on Addiction* 2008; 2(7): 91-114. [In Persian].
14. Mokri A, Ekhtiari H, Edalati H, Ganjgahi H. Relationship between degree of craving and different dimensions of addiction severity in heroin intravenous users. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008; 14(3): 298-306. [In Persian].
15. White W, Laudet A. Spirituality, science and addiction counseling. *Counselor Magazine* 2006; 7(1): 56-9.
16. Griffiths M. Teaching yoga in addiction recovery: A social work perspective [MSc Thesis]. Melbourne, Australia: RMIT University; 2007.
17. Morgan VJ, Berwick HE, Walsh CA. Social work education and spirituality: An undergraduate perspective. *Transformative Dialogues* 2008; 2(2): 1-15.
18. Saad M, de Medeiros, R. Spiritual-religious coping-health services empowering patients' resources. Rijeka, Croatia: INTECH Open Access Publisher; 2012. p. 125-44.
19. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
20. Hosseini S V, Anoosheh M, Abbaszadeh A, Ehsani M. Causal conditions of adolescent girls' tendency toward

- physical activities. *J Qual Res Health Sci* 2015; 3(4): 331-9. [In Persian].
21. Rasouli M, Yaghmaei F. Spiritual coping in institutionalized adolescent girls: A qualitative study. *Iran J Nurs* 2010; 23(66): 43-53. [In Persian].
 22. Wright M. Hospice care and models of spirituality. *Eur J Palliat Care* 2004; 11(2): 75-8.
 23. Waters P, Shafer KC. Spirituality in Addiction Treatment and Recovery [online]. Tallahassee, FL: The Addiction Technology Transfer Center Network; [cited 205]; Available from: URL: <http://www.funtherapist.com/pdf/articles/BeaconSpiritualitypart1.pdf>
 24. Bamdad M, Fallahikhooshknab M, Dalvandi A, Khodayi Ardakani MR. Impact of spiritual care on spiritual health of hospitalized amphetamine dependents. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2013; 1(3): 10-8. [In Persian].
 25. HosseiniAlmadani S A, Ahadi H, Karimi Y, Bahrami H, Moazedian A. the comparison of resiliency, identity styles, spirituality and perceived social support in addicts, non-addicts, and recovered addicts. *Research on Addiction* 2012; 6(21): 47-64. [In Persian].
 26. Underwood LG, Teresi JA. The daily spiritual experience scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Ann Behav Med* 2002; 24(1): 22-33.
 27. Galanter M, Dermatis H, Bunt G, Williams C, Trujillo M, Steinke P. Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *J Subst Abuse Treat* 2007; 33(3): 257-64.
 28. Chen G. Social support, spiritual program, and addiction recovery. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2006; 50(3): 306-23.
 29. Shamsalina A, Norouzi K, Fallahi KM, Farhoudiyan A. Recovery based on spirituality in substance abusers in Iran. *Glob J Health Sci* 2014; 6(6): 154-62.
 30. Kelly JF, Stout RL, Slaymaker V. Emerging adults' treatment outcomes in relation to 12-step mutual-help attendance and active involvement. *Drug Alcohol Depend* 2013; 129(1-2): 151-7.
 31. Kelly JF, Urbanoski KA, Hoepfner BB, Slaymaker V. Facilitating comprehensive assessment of 12-step experiences: A multidimensional measure of mutual-help activity. *Alcohol Treat Q* 2011; 29(3): 181-203.
 32. Zeinali A, Wahdat R, Eisavi M. Pre-addiction susceptibility backgrounds in recovered drug users. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008; 14(1): 71-9. [In Persian].
 33. Nazari Shaker H, Hakimzadeh R, Moazami GM. The Effectiveness of abstinence-based/faith-based addiction quitting courses on general and coping self-efficacy. *Research on Addiction* 2010; 4(13): 51-60. [In Persian].
 34. Shamsalinia A, Nourozi K, Khoshknab MF, Farhoudian A. Challenges of recovery in medium-term residential centers (camps). *Med J Islam Repub Iran* 2014; 28: 106.
 35. Pirasteh Motlagh A, Nikmanesh Z. The role of spirituality in quality of life patients with AIDS/HIV. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2013; 20(5): 571-81. [In Persian].
 36. Oraki M. Study of relationship between anger, self efficiency, coping styles, tendency to narcotic drug in a group of clients dependent to narcotic drugs. *Research on Addiction* 2017; 5(18): 39-54. [In Persian].
 37. Shoakazemi M. The comparative study relationship between coping strategies and attitude toward drug in drug users. *Research on Addiction* 2008; 2(7): 79-90. [In Persian].
 38. Hatami H, Bahrainian A, Javanbakht M, Ghafari S. The relationship between quality of life and the spiritual beliefs of the Iranian Calligraphers Association artists. *Medical Ethics* 2011; 4(14): 149-66. [In Persian].
 39. Arevalo S, Prado G, Amaro H. Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Eval Program Plann* 2008; 31(1): 113-23.
 40. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Appl Nurs Res* 2010; 23(4): 242-4.

Spiritual Coping against the Desire of Re-using Drug

Kobra Vaezi¹, Masoud Fallahi-Khoshknab²

Original Article

Abstract

Introduction: Through recognizing spiritual coping strategies against the desire of re-using drug among ex-addicts, their empowerment in facing the desire of re-using drugs can be improved. This study aimed to explore some spiritual coping methods against the desire of re-using drug among ex-addicts.

Method: This study was done based on the qualitative method and contract content analysis. The participants were 18 ex-addicted men selected through a targeted sampling method, which were in different periods of drug withdrawal. Data collection was done through semi-structural interviews; and the data were analyzed using the method of Graneheim and Lundman.

Results: The theme of spiritual-bases coping with three main categories of "spiritual beliefs", "supportive-based resources", and "spiritual evolutions" was specified as spiritual coping strategy against the desire of re-using drug.

Conclusion: Considering the efficacy of spiritual coping against the desire of re-using drug among ex-addicts, it is necessary for social workers to strengthen spirituality and spiritual beliefs in these patients as an impediment tool to improve their supporting programs.

Keywords: Spirituality, Coping, Addiction, Drug abuser

Citation: Vaezi K, Fallahi-Khoshknab M. **Spiritual Coping against the Desire of Re-using Drug.** J Qual Res Health Sci 2017; 6(4): 449-60.

Received date: 21.02.2016

Accept date: 26.06.2016

1- Department of Social Work, School of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

2- Professor, Department of Nursing, School of Rehabilitation, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Masoud Fallahi-Khoshknab, Email: fallahi@uswr.ac.ir