

Relationship between Social Commitment and Successful Withdrawal of the Drug Abuse

Siroos Ahmadi^{1*}, Mohammad Norian Najafabadi²

1. Professor of Sociology, Yasouj University, Yasouj, Iran (Corresponding Author); sahmadi@yu.ac.ir

2. PhD Candidate in Sociology, Yasouj University, Yasouj, Iran; mohammadnorian@yahoo.com

Original Article

Abstract

Background and aim: Drug abuse is a pathological pattern which is characterized by lack of control, loss of social function, high-risk use, and continued use. This research has attempted to examine the relationship between social commitment and successful withdrawal of the drug abuse in Isfahan, Iran.

Data and method: This research is a causal-comparative survey, in which two groups were compared; 1) drug addicts with successful withdrawal, and 2) drug addicts with unsuccessful withdrawal. A total of 444 people including 222 with the successful withdrawal, and 222 with unsuccessful withdrawal were selected using a systematic random sampling method. The research instrument for measuring social commitment was a researcher-made questionnaire whose validity was determined using factor analysis and its reliability was measured by means of the internal consistency through Cronbach's Alpha coefficient.

Findings: The results showed that the mean social commitment and its three dimensions are significantly higher in the group with successful withdrawal than the unsuccessful group. Based on the logistic regression analysis, social commitment variable with the values (B=0.212, Wald=122.1, Sig=0.000, EXP (B)=1.8), Cox & Snell=0.461), increases the probability of membership in group with successful withdrawal by 1.9 times and explains 0.615 changes in the dependent variable. It means that the more social commitment and its components, the more rate of successful withdrawal from substance use disorder.

Conclusion and Discussion: The research concludes that social factors (social commitment and its components; individual and collective commitment) are effective in the treatment of substance use disorder and by paying more attention to them, one of the basic problems of the society can be alleviated.

Keywords: Drug abuse, Successful drug withdrawal, Unsuccessful drug withdrawal, Social commitment, Isfahan.

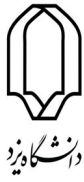
Key Message: Although, in Withdrawal of the Drug Abuse, the biomedical approach is mainly emphasized, but social factors, including social commitment, can also play a very important role in successfully Withdrawal of the Drug Abuse.

Received: 14 January 2023

Accepted: 18 February 2023

Citation: Ahmadi, S. and Norian Najafabadi, M. (2023). Relationship between Social Commitment and Successful Withdrawal of the Drug Abuse. *Journal of Social Continuity and Change*, 2(2), 359-375.
<https://doi.org/10.22034/jscc.2023.19556.1060>





رابطه تعهد اجتماعی و ترک موفق اختلال مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها

سیروس احمدی^{۱*}، محمد نوریان نجف‌آبادی^۲

۱- استاد جامعه‌شناسی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران (نویسنده مسئول): sahmadi@yu.ac.ir
۲- دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی - بررسی مسائل اجتماعی ایران؛ دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران: mohammadnorian@yahoo.com

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه و هدف: اختلال مصرف مواد یک الگوی آسیب‌شناختی است که با نقص کنترل، افت کارکرد اجتماعی، مصرف پرخطر، و تداوم مصرف مشخص می‌گردد. پژوهش حاضر تلاش کرده است رابطه تعهد اجتماعی و ترک موفق اختلال مصرف مواد مخدر را در شهر اصفهان مورد بررسی قرار دهد.

روش و داده‌ها: این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است که طی آن دو گروه: (۱) معتادان با ترک موفق و (۲) معتادان با ترک ناموفق، مورد مقایسه قرار گرفتند. در مجموع ۴۴۴ نفر شامل ۲۲۲ نفر با ترک موفق و ۲۲۲ نفر با عود مجدد، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. ابزار تحقیق جهت سنجش تعهد اجتماعی، پرسشنامه محقق ساخته بود که با استفاده از تحلیل عاملی تعیین اعتبار و با استفاده از همسانی درونی به روش ضریب آلفای کرونباخ، تعیین پایایی گردید.

یافته‌ها: میانگین تعهد اجتماعی و ابعاد دوگانه آن، در گروه ترک موفق به‌طور معناداری بیشتر از گروه ترک ناموفق است. براساس نتایج رگرسیون لجستیک، متغیر تعهد اجتماعی با مقادیر $B=0/2$, $Wald=122/06$, $p \leq 0/001$, $EXP(B)=1/8$, $Cox \& Snell=0/4$ ، عضویت در گروه ترک موفق را $1/8$ برابر می‌کند و قادر است $0/6$ تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کند. به این صورت که هرچه تعهد اجتماعی و مؤلفه‌های آن در پاسخگویان افزایش یابد، احتمال ترک موفق اختلال مصرف مواد افزایش می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری: عوامل اجتماعی (تعهد اجتماعی و مؤلفه‌های آن تعهد فردی و تعهد جمعی) در درمان اختلال مصرف مواد مخدر مؤثرند و با توجه جدی‌تر به آن‌ها می‌توان به تسکین یکی از معضلات اساسی جامعه، کمک کرد.

واژگان کلیدی: ترک موفق، ترک ناموفق، اختلال مصرف مخدر، تعهد اجتماعی، اصفهان.

پیام اصلی: اگرچه، در ترک اختلال مصرف مواد مخدر به‌طور عمده بر رویکرد زیستی پزشکی تاکید می‌شود اما عوامل اجتماعی از جمله تعهد اجتماعی نیز می‌تواند نقش بسیار مهمی در ترک موفق اختلال مصرف مواد داشته باشند.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۲۴

ارجاع: احمدی، سیروس و نوریان نجف‌آبادی، محمد (۱۴۰۲). رابطه تعهد اجتماعی و ترک موفق اختلال مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها، تداوم و تغییر اجتماعی، ۲(۲)، ۳۷۵-۳۵۹. <https://doi.org/10.22034/jscc.2023.19556.1060>



مقدمه و بیان مسأله

اختلال مصرف مواد، یکی از بزرگ‌ترین معضلات جوامع بشری می‌باشد که نه تنها موجب مشکلات جسمی می‌شود، بلکه با تأثیر بر جنبه‌های مختلف سلامت جسمی، پیامدهای منفی اجتماعی متعددی را برای مصرف‌کننده و اطرافیان دارد (Le-Moal & Koob, 2007). این اختلال به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر سایر آسیب‌های اجتماعی تأثیر می‌گذارد و بر همین مبنا از آن به‌عنوان مادر آسیب‌های اجتماعی نام برده می‌شود.

این مسأله یک آسیب اجتماعی فراگیر در سطح جهان است (Franzese, 2015) و صدها میلیون نفر در سراسر جهان به این آسیب اجتماعی مبتلا هستند (UNODC, 2020). اختلال مصرف مواد، از بارزترین آسیب‌های اجتماعی است که به‌راحتی می‌تواند بنیان فرهنگی و اجتماعی یک کشور را سست و پویایی انسانی آن را به‌مخاطره اندازد. در هم‌تنیدگی عوامل روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی، این مشکل را به یکی از پیچیده‌ترین آسیب‌های اجتماعی بدل کرده است.

مطالعه بیماری‌های مختلف نشان می‌دهد که اختلال مصرف مواد، در زمرهٔ ده بیماری اصلی است؛ که علاوه بر آسیب‌های فردی برای بیمار، بیشترین آسیب‌های اجتماعی را به اطرافیان و جامعه وارد می‌کند و همهٔ خانواده‌ها و افراد درگیر را خواهان نوعی اقدام جمعی و اساسی برای کنترل و پیشگیری آن می‌سازد (Mathers et al., 2003; Agha, Zia & Irfan, 2008; Koob & Volkow, 2016; Kolodny et al., 2015; Zeledon et al., 2020). این امر در ایران نیز به‌دلایل مختلف شیوع بالایی دارد، اختلال مصرف مواد، در ایران طی دهه اخیر یکی از مهم‌ترین بحران‌های بهداشتی، درمانی و اجتماعی می‌باشد و بالاترین شیوع اختلال مصرف مواد در دنیا با ۲/۸٪ متعلق به کشور ایران است (صرامی، قربانی و تقوی، ۱۳۹۲). این در حالی است که میانگین شیوع بیماری اختلال مصرف مواد در دنیا ۰/۴ درصد است (نورمحمدی ۱۳۹۵) و در استان اصفهان نیز یک آسیب اجتماعی جدی محسوب می‌شود، به‌گونه‌ای که این استان برحسب جرایم و پیامدهای زیانبار ناشی از مواد مخدر در بین استان‌های کشور در ردیف دوم قرار گرفته است (نظم‌فر، عشقی، چهاربرج و علوی، ۱۳۹۷).

اگرچه، میزان ترک موفق اختلال مصرف مواد مخدر در ایران برحسب شهرستان‌ها در دسترس نیست، اما با توجه به حجم گستردهٔ معنادان در اصفهان که بالغ بر ۱۵۰ هزار نفر تخمین زده می‌شود (نظم‌فر و همکاران، ۱۳۹۷) به نظر می‌رسد، ترک ناموفق یا عود مجدد اختلال مصرف مواد، در این شهر نیز همچون الگوی کشوری، یک مسألهٔ اجتماعی جدی است.

ترک اختلال مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها یک فرآیند حداقل دو مرحله‌ای است: مرحلهٔ اول، سم‌زدایی است که علائم ترک، کنترل می‌شود. هدف از این مرحله، حصول حالت پرهیز به‌شکلی ایمن و راحت برای بیمار است. برای رسیدن به این هدف، از روش‌ها و داروهای گوناگون استفاده می‌شود. مرحلهٔ دوم، بازتوانی یا پیشگیری از عود و بازگشت است. هدف از این مرحله این است که بازگشت به مصرف مواد، از طریق پرهیز از مصرف یا از راه درمان با مواد قانونی، جلوگیری شود. به‌عبارت دیگر، به بیمار کمک شود به سلامت فردی و اجتماعی، دست یابد (UNODC, 2020).

هدف از درمان اختلال مصرف مواد مخدر این است که علاوه بر این که فرد بتواند مصرف مواد خود را قطع نماید، به سبک زندگی عاری از مواد بازگشته و نقش کارکردی خود را در خانواده، محل کار و اجتماع به‌دست آورد (Schaler, 1997). با وجود پیشرفت‌هایی که در درمان اختلال مصرف انجام گرفته، بازگشت دوره‌های سنگین و غیر قابل کنترل مصرف، همچنان به‌عنوان یک مشکل رایج و

پیشگیری از آن، از بزرگ‌ترین چالش‌هایی است که متخصصان حوزه درمان اعتیاد با آن مواجه‌اند (Witkiewitz, Marlatt & Walker, 2005).

ترک جسمانی مواد مخدر چندان مشکل نیست، بلکه مشکل اصلی، وابستگی روانی و بازگشت مجدد و شروع دوباره مصرف مواد است. مطالعات زیادی شیوع بالای بازگشت به اختلال مصرف مواد و در کنار آن آمار بالای عود مجدد مواد توسط معتادان پس از رهایی از زندان یا مراکز بازپروری را نشان می‌دهند. بنابر شواهد، بیشترین ریزش درمان اختلال مصرف مواد در شش ماه اول ترک اختلال مصرف، بوده است. همچنین میزان بازگشت مجدد افراد به اختلال مصرف مواد در خوش‌بینانه و بدبینانه‌ترین حالات بین ۵۰ تا ۹۰ درصد در مطالعات مختلف ارزیابی شده است (Oudejans et al., 2019; Koob & Volkow, 2016; Bill, 2011). برخی معتادین در مراکز بازپروری برای چندمین بار اقدام به ترک کرده و حداقل دو نفر از سه نفری که در راستای قطع مصرف، پس از شش ماه بازگشت داشته‌اند، مشاهده می‌شود (Zeledon et al., 2020).

بیشتر معتادانی که دچار اختلال مصرف مواد هستند، پس از سم‌زدایی و ورود به درمان‌های توان‌بخشی، طی ۹۰ روز پس از شروع درمان اختلال مصرف مواد، دچار عود مجدد می‌شوند، به همین علت، امروزه در همه روش‌های درمانی، ضمن تأکید بر دارو درمانی، عوامل روانی-اجتماعی نیز مورد توجه و تأکید قرار گرفته است (McKay et al., 2006). این امر بیانگر این است که پیشگیری از بازگشت اختلال مصرف مواد مخدر در ایران یک مسأله حاد اجتماعی است. یافته‌های پژوهش‌ها نشان می‌دهند، حتی قوی‌ترین و اثربخش‌ترین داروهای پیشگیری از بازگشت اختلال مصرف مواد مخدر مانند آنتاگونیست‌های^۱ مواد افیونی، نواقص و محدودیت‌هایی دارند و به‌تنهایی برای درمان اختلال مصرف مواد، کافی نیستند (Lin Dembo, 2008). از این رو، عوامل متعددی در حوزه اجتماعی-روانی می‌توانند بر ترک موفق اختلال مصرف مواد باشند (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۹؛ Oudejans et al., 2019 Franzese, 2015; Zeledon et al., 2020). برخی پژوهشگران در این زمینه به تعهد اجتماعی اشاره کرده‌اند (عیدی و همکاران، ۱۳۹۶؛ معیذفر و زمانی‌سبزه‌ای، ۱۳۹۳؛ Lin Dembo, 2008; Martinelli et al., 2020).

تعهد اجتماعی، وضعیتی احساسی، شناختی و رفتاری است که در فرد، وفاداری و التزامی نسبت به جمع، قواعد، نقش‌ها و ارزش‌ها ایجاد می‌کند و باعث می‌شود فرد با انتظارات دیگران سازگاری و تطابق یابد، اگرچه در این راه متحمل هزینه نیز می‌شود (مبارکی، افشانی و کردعلیوند، ۱۳۹۷). ونتزل (۱۹۹۱)، تعهد اجتماعی را مراعات و احترام به حقوق دیگران، رقابت میان فردی و توسعه اخلاقی می‌داند و آن را مستقیماً به یادگیری مرتبط دانسته است. وی تعهد اجتماعی را در داشتن احساس تصمیم‌گیری، خلاقیت و تفکر مستقل می‌داند که نقطه مقابل اطاعت و رفتار سلطه‌پذیر است.

با این احتساب می‌توان گفت که تعهد به‌عنوان یکی از ارکان مهم اجتماعی، شرایط تنظیم امور را فراهم کرده، بر قابلیت نظم و ثبات اجتماعی می‌افزاید و پیش‌بینی امور و جریان‌های اجتماعی را نیز تسهیل می‌کند. تعهد به کارکردی بودن یک گروه اجتماعی کمک می‌کند، چنان‌که یکپارچگی تعهدات فردی موجب ایجاد تعهد اجتماعی می‌شود. اما این رابطه کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بر این اساس، پژوهش حاضر به دنبال این است که رابطه تعهد اجتماعی و ترک موفق یا ناموفق اختلال مصرف مواد مخدر را مورد بررسی قرار دهد.

1- Antagonist

تحقیقات پیشین

عمرانی و همکاران (۱۴۰۰)، تحقیقی با عنوان ارتباط سواد سلامت و تعهد اجتماعی با خودمراقبتی بهداشتی در دوره پاندمی بیماری کووید-۱۹، انجام دادند. یافته‌های پژوهش نشان داد بین سواد سلامت و تعهد اجتماعی، با خودمراقبتی بهداشتی ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین نتایج آزمون تحلیل رگرسیون این محققان مبین آن است، سواد سلامت و تعهد اجتماعی قادر هستند، تغییرات متغیر ملاک خودمراقبتی بهداشتی را پیش‌بینی نمایند.

مبارکی، افشانی و کردعلیوند (۱۳۹۷)، تحقیقی با عنوان تحلیل رابطه بین تعهد اجتماعی و بزهکاری: مطالعه مقایسه‌ای میان دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهرهای خرم‌آباد و یزد انجام دادند. یافته‌های آنان نشان داد که بین متغیره تعهد اجتماعی و بزهکاری رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد و نتایج معادلات ساختاری نیز بیانگر آن است که متغیرهای تعهد اجتماعی، غضب اخلاقی و بی‌هنجاری بیشترین تأثیر را در تبیین متغیر بزهکاری دارند. عیدی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای به بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر ماندگاری در درمان اعتیاد پرداختند. نتایج این تحقیق نشان داد که بین افراد معتاد با ترک موفق و افراد معتاد دارای لغزش از لحاظ متغیرهای تعهد اجتماعی، انزوای اجتماعی و کنترل اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

معیدفرو و زمانی‌سبزه‌ای (۱۳۹۳) در ارزیابی عوامل اجتماعی مؤثر بر تداوم عدم سوءمصرف مواد مخدر در بین جوانان نیز حکایت از این دارند که ارتباط متوسطی بین دو متغیر تعهد اجتماعی و ماندن در ترک اعتیاد وجود دارد. این همبستگی بیانگر این است که به هر میزان تعهد اجتماعی فرد بالا باشد، به همان نسبت احتمال ترک اعتیاد در وی نیز بیشتر خواهد بود. ابراهیم‌بای‌سلامی، غفاری‌زاده (۱۳۸۸) پژوهشی با عنوان رابطه تعهد و کنترل اجتماعی با اعتیاد انجام دادند. در این تحقیق با روش علی-مقایسه‌ای و با نمونه‌گیری تصادفی از میان معتادان دارای پرونده، اطلاعات و داده‌های مورد نیاز با بررسی اسناد موجود و به‌کارگیری تکنیک پرسشنامه در بین گروه معتادان (۱۰۰ نفر) و غیرمعتادان (به عنوان گروه کنترل) جمع‌آوری گردید. یافته‌های تحقیق نشان داد، بین تعهد و کنترل اجتماعی با اعتیاد رابطه معناداری دارند. احمدی و غلامی‌آبیز (۱۳۸۲) در تحقیقی به بررسی عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر اعتیاد پرداختند. یافته‌ها نشان داد که هرچه از میزان تعلق و تقید افراد نسبت به نهادها و سازمان‌های اجتماعی کاسته می‌شود، به همان میزان بر شدت اعتیاد آنان افزوده می‌گردد. به عبارت دیگر، عدم تعهد و وابستگی فرد به نهاد خانواده و روابط مسالمت‌آمیز حاکم بر خانواده‌ها، منجر به طرد عاطفی فرد از کانون خانواده و زمینه‌ساز انحرافات اجتماعی می‌گردد.

رتی، هوگان و کاکس (۲۰۱۹)، در پژوهشی با عنوان تجارب شخصی افراد در حال بهبودی از وابستگی به مواد مخدر و فعال در گروه‌های اجتماعی، انجام دادند. در این تحقیق، تعداد ۱۰ نفر از ساکنان ایرلند شمالی که در گذشته اعتیاد داشته و در حال حاضر ترک نموده‌اند و در گروه‌های اجتماعی در حال فعالیت می‌باشند با استفاده از روش کیفی پدیدارشناسی مورد مطالعه قرار گرفتند. چهار تم از تجربیات شرکت‌کنندگان استخراج گردید: الف) نقش گروه در بهبود اعتیاد آن‌ها؛ ب) انتخاب شخصی و انعطاف‌پذیری در تجربه بهبودی؛ ج) گروه به‌عنوان یک واحد خانواده فراگیر و د) مسئولیت‌پذیری در گروه بهبودی، نقش قابل توجهی در رهایی و عدم‌عود مجدد آن‌ها به مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها داشته است.

کروکا (۲۰۲۱) پژوهشی با عنوان تجربه زنده رهایی از اعتیاد به هروئین انجام داد. این تحقیق با روش کیفی و با استفاده از مصاحبه روی تعداد ۱۰ نفر از ساکنان ایالت غرب میامی در ایالات متحده انجام شده است. نتایج استخراج شده از مصاحبه‌ها بیانگر آن است،

جهت رهایی از اختلال مصرف مواد باید: (۱) آماده بوده: فرد معتاد باید این را بخواهد که از اختلال مصرف مواد رها شود؛ (۲) ساختار: معتاد باید کارهای خاصی را در طول هفته انجام دهد و باید با مراقبین خود در ارتباط باشد؛ (۳) تعهد: معتاد متوجه شود که مرگ در خانه او بوده است و معتادان زیادی در حال مرگ هستند و ترک اختلال مصرف مواد به مانند هدیه‌ای است که به او داده شده برای یک زندگی طولانی مدت؛ (۴) پذیرش: معتاد همانی است که امروز است؛ (۵) ریکاوری به عنوان یک تعهد مادام‌العمر با مسئولیت‌های روزانه به طور مداوم انجام و از معتادان مراقبت شود تا از بازگشت به بیماری جلوگیری شود؛ (۶) باید آموزش‌ها و اطلاع‌رسانی لازم به افراد معتاد که حتی آمادگی درمان و بهبودی را ندارند داده شود. زیرا به نظر می‌رسد آمادگی بر اساس انباشت تجربیات و اطلاعات حاصل می‌شود؛ و (۷) همچنین افرادی که در حال بهبودی هستند با قضاوت کمتر و کاهش انگ مورد پذیرش قرار می‌گیرند.

دکتر، دی رویشر و اندریلاسچن (۲۰۲۱) در مقاله‌ای با عنوان دیدگاه‌های رهایی اعتیاد: تأثیر گروه‌های کانونی در مورد افراد در حال بهبودی و اعضای خانواده انجام دادند. در این تحقیق، با ۶ نفر از افرادی که از اختلال مصرف مواد نجات یافته‌اند و ۶ نفر از اعضای خانواده گروه ترک موفق، مصاحبه شده است. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد، خانواده‌ها و بستگانی که از عضو خانواده گرفتار اختلال مصرف مواد، پشتیبانی و حمایت نمایند و به فرد بهبودیافته در امور خانه مسئولیت دهند و از طرفی افراد معتاد و اعضای خانواده در جلسات گروه درمانی متمرکز شرکت نمایند، در روند بهبودی موفق‌تر هستند. توجه به افزایش اعتماد به نفس، خودکارآمدی، کنترل، نظارت و افزایش کیفیت زندگی که از طریق روابط اجتماعی در درون خانواده بدست می‌آید، تأثیر مهمی بر عدم عود مجدد اختلال مصرف مواد دارد.

مارتینلی و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی با عنوان «آیا اعضای گروه‌های کمک متقابل برای بهبود اعتیاد تجهیز شده‌اند؟» انجام داده‌اند. یافته‌های این تحقیق نشان داد بین عضویت افراد معتاد در انواع گروه‌های کمک متقابل غیررسمی، حمایت متقابل در گروه‌ها، تقویت خودکارآمدی و مهارت‌های مقابله، سرمایه‌بازایی، مشارکت در شبکه‌های اجتماعی و تعهد به هوشیاری در حفظ بهبودی با درمان اعتیاد ارتباط مؤثر می‌باشد. پژوهش لین و دمبو (۲۰۰۸) نیز نشان‌دهنده این است که هر اندازه افراد به تعهدات اجتماعی پایبندی بیشتری داشته باشند، با احتمال کمتری دچار رفتار انحرافی می‌شوند. رویکرد بی‌هنجاری در این زمینه عنوان می‌کند که عدم وابستگی افراد به نهادها و سازمان‌های اجتماعی از قبیل خانواده، مدرسه و نظایر آن، سبب توسعه رفتارهای انحرافی می‌گردد.

چارچوب نظری

یکی از ارکان اصلی رفتار جمعی در هر جامعه، تعهد اجتماعی^۱ است که اشاره به نوعی تمایل عاطفی مثبت به هم‌نوع «دیگر» دارد. سازوکاری که این انرژی عاطفی را تولید می‌کند، نوعی هم‌ذات‌پنداری است و چیزی که این انرژی رها شده را جهت می‌دهد، قالب اخلاقی پذیرفته شده است (چلبی، ۱۳۹۰). به‌زعم شوارتز و همکاران، تعهد در برگیرنده چهار شاخص اساسی اهمیت‌دادن به وظایف، برعهده گرفتن عواقب رفتار، پاسخ‌گویی، و قابل‌اعتماد بودن است (Schwartz, 2015). اما جوهانسون؛ مک گانیگل و جیمسون در یک طبقه‌بندی جامع، تعهد اجتماعی را به دو بخش: (۱) تعهد فردی و (۲) تعهد جمعی تقسیم‌بندی نمودند. در تعهد فردی، فرد نسبت به خود و

1- Social commitment

در تعهد جمعی، نسبت به گروه یا جامعه‌ای که عضو آن است، احساس مسئولیت می‌کند. این احساس مسئولیت باعث می‌شود فرد نسبت به مصالح خود و نیز مصالح جامعه، التزام داشته باشد (McGunnigle & Jameson, 2000; Johnson, 1991).

فورد معتقد است تعهد اجتماعی، پیروی از قوانین اجتماعی و برآوردن انتظاراتی است که جامعه از فرد دارد. این قوانین از نقش‌های اجتماعی استنباط شده و در واقع، بیانگر هنجارهای فرهنگی و اجتماعی است و چگونگی و میزان تعهد و التزام فرد نسبت به افراد دیگر جامعه را نشان می‌دهد (Ford, 1982). در همین راستا، تعهد اجتماعی سبب می‌گردد تا میزان مشارکت فرد در نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی افزوده شود و کسانی که درگیری بیشتری در کار، زندگی خانوادگی، سرگرمی و... پیدا می‌کنند، معمولاً فرصت کمتری برای درگیری در رفتارهای کج‌روانه خواهند داشت.

در مقابل، کسانی که تعهدات کمتری نسبت به جامعه داشته باشند، در فعالیت‌های مرسوم و متداول جامعه شرکت نخواهند داشت و بدین لحاظ، فرصت و آزادی عمل بیشتری برای نیل به فعالیت‌های کج‌روانه نظیر مصرف مواد مخدر پیدا می‌کنند. از سوی دیگر، تعهدات اجتماعی فرد معتاد، وفاداری وی به هنجارهای اخلاقی و اجتماعی را نیز به همراه داشته و از این طریق نیز فرد دچار نوعی کنترل درونی اخلاقی برای عدم مصرف مواد مخدر می‌شود. بنابراین، احساس تعهد، تعلق و دل‌بستگی به خانواده، گروه و جامعه سبب می‌گردد که فرد منافع دیگران را در هر کاری که می‌خواهد (اعم از اختلال مصرف مواد یا پیشگیری از عود مجدد) در نظر بگیرد و در هر امری که به آنان مربوط می‌شود، مسئولانه عمل کند.

رابرتسون (۱۳۷۴) معتقد است، آن دسته از افرادی که تعهد و علقه‌های اجتماعی بیشتری نسبت به خانواده، جامعه و به‌طور کلی، نظام اجتماعی که در آن زندگی می‌کنند، داشته باشند، با احتمال کمتری دچار بازگشت مجدد به اختلال مصرف مواد شده و مقاومت بسیار بیشتری در پایداری در ترک موفق اختلال مصرف مواد نسبت به کسانی که تعهد ضعیفی نسبت به جامعه دارند، از خود نشان می‌دهند.

طبق رویکرد کنترل اجتماعی، میزان تعهد فردی و جمعی افراد، عامل تعیین‌کننده در گرایش به اختلال مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌هاست. هیرشی، قیدوبندهای کنترل اجتماعی را در چهار بُعد وابستگی، تعهد، مشغولیت و عقاید می‌داند. وی گرایش به اختلال مصرف مواد را بی‌توجهی به قیدوبندهای اجتماعی و عدم کنترل اجتماعی می‌داند (Sanders, 2007). نظریه کنترل اجتماعی هیرشی از جمله نظریه‌های کنترل است که هم کنترل درونی و بیرونی و نیز تعهد و پیوند را مورد توجه قرار می‌دهد. هیرشی با الهام از دورکیم، معتقد است که رفتار انحرافی، نتیجه ضعف پیوندهای فرد با جامعه عادی است (محسنی‌تبریزی، جزایری و بابایی، ۱۳۸۹). هیرشی بر مبنای مدل نظریه کنترل اجتماعی ادعا می‌کند، هنگامی که افراد همبسته، متعهد و درگیر عناصر و ابعاد مختلف اجتماعی هستند و به اهداف معمول و متعارف جامعه اعتقاد دارند، آن‌ها هنجارهای اخلاقی در جامعه را درونی می‌کنند و رفتارهای بزهکارانه را به‌عنوان نقص رفتار اخلاقی می‌دانند. در ادبیات گسترده‌تر، همبستگی اجتماعی، در دل‌بستگی به پدر و مادر و تعهد به مدرسه و جامعه حضور پیدا می‌کند (محسنی‌تبریزی، جزایری و بابایی، ۱۳۸۹).

از نظر هیرشی (۲۰۱۷)، به‌طور خاص، کنترل اجتماعی شامل چهار بُعد: پیوندهای اجتماعی که دل‌بستگی ایجاد می‌کند (روابط اجتماعی)، تعهد (پذیرش هنجارهای سنتی)، درگیری (زمان صرف‌شده در فعالیت‌های معمولی) و اعتقادات (حمایت از قراردادهای اجتماعی) هستند (Ferguson et al., 2011). با این تفصیل، از نظر هیرشی، افرادی که تعهد فردی و جمعی و ارتباطات محکمی با

خانواده و جامعه دارند، کمتر درگیر رفتار بزهکارانه (اختلال مصرف مواد) می‌شوند؛ بنابراین، هنگامی که تعهد فرد به خانواده و جامعه ضعیف باشد یا از بین برود، کج‌روی (اختلال مصرف مواد) به‌وجود می‌آید (Hirshi, 2017).

لذا تعهد اجتماعی، عامل بازدارنده مهمی در پیشگیری از بازگشت به اختلال مصرف مواد می‌باشد، به طوری که با افزایش تعهد اجتماعی فرد، میزان گرایش وی به اختلال مصرف مواد کاهش می‌یابد. با توجه به ادبیات نظری و تجربی موجود، فرضیه اصلی پژوهش حاضر را می‌توان به صورت زیر تدوین نمود:

بین تعهد اجتماعی و مؤلفه‌های آن (فردی و جمعی) با ترک موفق اختلال مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها، رابطه وجود دارد.

روش و داده‌های پژوهش

پژوهش حاضر، با استفاده از پیمایش علی مقایسه‌ای انجام شده است که طی آن دو گروه: (۱) مورد مطالعه (افراد دارای اختلال مصرف مواد که از ترک آن‌ها، سه سال می‌گذرد)؛ و (۲) مورد مقایسه (افراد دارای اختلال مصرف مواد که موفق به ترک نشده‌اند) مورد بررسی قرار گرفته‌اند. جامعه آماری گروه نخست، افراد دارای اختلال مصرف مواد است که حداقل سه سال پس از ترک، هیچ‌گونه استعمال مواد مخدری نداشته‌اند. این افراد در قالب افراد فعال در سازمان‌های مردم‌نهاد درمان اختلال مصرف مواد در شهر اصفهان، مورد شناسایی قرار گرفتند. جامعه آماری گروه دوم، افراد دارای اختلال مصرف مواد است که علی‌رغم چندین بار اقدام به ترک، مجدداً به مصرف مواد مخدر بازگشته‌اند. حسب اطلاعات از سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه مبارزه با مواد مخدر در اصفهان، تعداد افراد دارای ترک موفق در حدود ۳۰۰۰ نفر و افراد ناموفق در ترک اختلال مصرف، در حدود ۴۰۰۰ نفر برآورد می‌شوند که با استناد به جدول نمونه‌گیری کرجسی و مورگان (۱۹۷۰)، تعداد ۴۴۴ نفر در قالب دو گروه مورد مطالعه (۲۲۲ نفر) و مورد مقایسه (۲۲۲ نفر) انتخاب شدند.

جهت نمونه‌گیری از مراجعان، به هشت سازمان مردم‌نهاد فعال در ترک اعتیاد در شهر اصفهان، شامل: سه‌روردی، خواجو، شیخ‌بهایی، میرداماد، ملاصدرا، سلمان فارسی، یاس و هاتف، استفاده گردید. با توجه به در دسترس بودن چارچوب نمونه‌گیری، از نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک استفاده شد. ابتدا در هر یک از سازمان‌ها، لیست افراد موفق و ناموفق در ترک مواد مخدر، استخراج گردید. سپس، هر یک از لیست‌های مذکور بر حسب شاخص‌های مورد نظر جهت همگن کردن گروه‌ها، تنظیم گردیدند. در گام بعد، از نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک جهت انتخاب نمونه‌ها استفاده گردید.

در گام آخر، با توجه به این که مقرر گردید اندازه نمونه در هر دو گروه یکسان باشد و گروه‌ها به لحاظ برخی متغیرهای جمعیتی با یکدیگر همگن باشند، در موارد متعددی فرد تعیین شده در نمونه‌گیری سیستماتیک، با افرادی قبل یا بعد، جایگزین شده است. با توجه به این که در روش علی-مقایسه‌ای، گروه‌های مورد مطالعه و مورد مقایسه باید در شاخص‌های مختلف، به استثنای متغیر مستقل پژوهش، شبیه هم باشند (دلاور، ۱۳۹۳؛ سرمد، حجازی و بازرگان، ۱۳۸۴).

در این پژوهش، تلاش گردید گروه‌ها حتی‌الامکان بر حسب متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، وضع تأهل، دوره ابتلا به اختلال مصرف مواد و وضعیت اقتصادی-اجتماعی همگن باشند. ابزار تحقیق جهت سنجش تعهد اجتماعی، پرسشنامه پژوهشگر ساخته است که مبتنی بر دو بُعد: تعهد فردی (۶ گویه) با بارهای عاملی به خوبی انجام‌دادن کار (۰/۸۳)، برنامه‌ریزی برای زندگی (۰/۷۵)، پذیرفتن

مسئولیت اشتباهم (۰/۷۹)، فکر قبل از انجام هر کاری به نتایج و پیامدهای آن (۰/۵۵۵)، برای دستیابی به اهداف سخت تلاش می‌کنم (۰/۸۳) و هیچ‌وقت گناه خود را گردن دیگران نمی‌اندازم (۰/۸۴)؛ و تعهد جمعی (۶ گویه) با بارهای عاملی وظیفه‌ای ملی جهت حفاظت از منابع طبیعی (۰/۵۶)، نسبت به پاکیزگی شهرم حساس هستم (۰/۶۶)، نسبت به مسائل کشور بی‌تفاوت نیستم (۰/۷۱)، اعتقاد به جمله «شهر ما، خانه ما» (۰/۷۱)، نباید از کار و زندگی خود باز بماند (۰/۷۰) و مشکلات شهرم را به مسئولان گزارش می‌دهم (۰/۴۹).

در مجموع، ۱۶ گویه است که در سطح سنجش پنج درجه‌ای از نوع لیکرت طراحی شده‌اند. جهت تعیین اعتبار از اعتبار سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده گردید و پایایی آن نیز با استفاده از همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ مورد سنجش قرار گرفته است.

بر اساس یافته‌های تحقیق، مقدار KMO برابر ۰/۹۱۲ است که بیانگر کفایت نمونه‌گیری است. به‌علاوه، معناداری آزمون بارتلت ($p \leq ۰/۰۰۱$) نشان می‌دهد، بین متغیرها همبستگی وجود دارد و برای تحلیل عاملی مناسب هستند. براساس داده‌ها، نتایج تحلیل عاملی تأییدی بیانگر آن است که پس از حذف ۴ آئتم از مدل، به دلیل فقدان بار عاملی یا همبستگی با عاملی غیر از آنچه برایش در نظر گرفته شده بود، در مجموع، دو عامل تعهد فردی با ۶ آئتم، و تعهد جمعی با ۶ آئتم استخراج گردیدند. براین اساس، دامنه نمرات تعهد اجتماعی از ۱۲ تا ۶۰ می‌باشد. براساس یافته‌های تحقیق، دو عامل تعهد فردی و تعهد جمعی استخراج شده و در مجموع قادرند ۳۰/۵۵ درصد از واریانس سازه تعهد اجتماعی را تبیین کنند. به‌علاوه، براساس ضریب آلفای کرونباخ برای عامل تعهد فردی (۰/۹۲)، تعهد جمعی (۰/۷۲)، و کل مقیاس (۰/۸۴) است. با توجه به مقدار ضرایب آلفا و نتایج تحلیل عاملی، پرسشنامه مورد استفاده جهت سنجش تعهد اجتماعی قابل اعتماد است.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های مربوط به متغیرهای جمعیتی تحقیق شامل سن، جنس، وضع تأهل، وضع اشتغال، نوع شغل، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، و اولین ماده مصرفی بر حسب هر یک از گروه‌های ترک موفق اختلال مصرف مواد و عود اختلال مصرف مواد، در قالب جدول ۱ ارائه شده‌اند. بر اساس داده‌های جدول ۱، بخش عمده پاسخگویان در گروه سنی ۵۰-۳۴ است که سهم این گروه سنی در گروه‌های ترک موفق اختلال مصرف مواد و عود اختلال مصرف مواد، ۶۴/۴ است. بخش اعظم پاسخگویان هر دو گروه را مردان (۸۴/۲) تشکیل می‌دهند. به لحاظ وضع تأهل، بخش عمده پاسخگویان (۷۷/۹) متأهل می‌باشند. برحسب وضع اشتغال، بخش اعظم پاسخگویان شاغل (۸۵/۶) هستند، همچنین برحسب نوع اشتغال، بخش عمده پاسخگویان دارای شغل آزاد (۹۵/۴۹) می‌باشند. برحسب میزان تحصیلات، بخش اعظم پاسخگویان تحصیلاتی کمتر از دیپلم (۷۹/۲۹) دارند.

از طرفی برحسب وضعیت اقتصادی، بخش اعظم پاسخگویان در وضعیت متوسط اقتصادی (۷۹/۷) می‌باشند و بالاخره، برحسب نوع و اولین ماده مصرفی، بخش عمده پاسخگویان از مصرف تریاک (۶۹/۸) شروع نمودند. نکته مهم در مورد آمار توصیفی پاسخگویان، بالاتر بودن تعداد مردان نسبت به زنان است که این امر به‌طور خاص طبق آمارهای رسمی موجود مردان معتاد بیش از زنان معتاد می‌باشد. از طرفی، تعداد قابل توجه مراکز ترک اعتیاد برای مردان در مقایسه با زنان و امکان حضور بیشتر برای این مردان می‌باشد. به‌علاوه، نسبت افراد معتاد متأهل، دارای شغل و دارای تحصیلات کمتر از دیپلم، به مراتب، بیشتر از افراد مجرد، غیرشاغل و دارای تحصیلات دانشگاهی می‌باشد.

جدول ۱- فراوانی پاسخگویان برحسب متغیرهای جمعیت‌شناختی در گروه‌های ترک موفق و ترک ناموفق

متغیر	مقوله‌ها	گروه ترک موفق		گروه ترک ناموفق	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
گروه سنی	۳۳-۱۶	۲۰/۳	۴۵	۲۰/۳	۴۵
	۵۰-۳۴	۶۴/۴	۱۴۳	۶۴/۴	۱۴۳
	۶۷-۵۱	۱۵/۳	۳۴	۱۵/۳	۳۴
جنسیت	مرد	۸۴/۲	۱۸۷	۸۴/۲	۱۸۷
	زن	۱۵/۸	۳۵	۱۵/۸	۳۵
وضع تأهل	مجرد	۲۲/۱	۴۹	۲۲/۱	۴۹
	متاهل	۷۷/۹	۱۷۳	۷۷/۹	۱۷۳
وضع اشتغال	غیرشاغل	۱۴/۴	۳۲	۱۴/۴	۳۲
	شاغل	۸۵/۶	۱۹۰	۸۵/۶	۱۹۰
نوع اشتغال	آزاد	۹۳/۲۴	۲۰۷	۹۵/۴۹	۲۱۲
	دولتی	۶/۷۵	۱۵	۴/۵۰	۱۰
تحصیلات	کمتر از دیپلم	۷۹/۲۹	۱۷۶	۷۹/۲۹	۱۷۶
	دیپلم یا فوق‌دیپلم	۱۴/۰۰	۳۱	۱۴/۰۰	۳۱
	دانشگاهی	۶/۷۵	۱۵	۶/۷۵	۱۵
وضعیت اقتصادی	پایین	۱۸/۵	۴۱	۱۸/۵	۴۱
	متوسط	۷۹/۷	۱۷۷	۷۹/۷	۱۷۷
	بالا	۱/۸	۴	۱/۸	۴
اولین ماده مصرفی	تریاک	۶۷/۶	۱۵۰	۶۹/۸	۱۵۵
	حشیش (گل، ماری‌جونا)	۱۵/۳	۳۴	۱۵/۳	۳۴
	شیره (تریاک)	۴/۵	۱۰	۲/۳	۵
	قرص (متادون، ترامادول)	۳/۲	۷	۳/۶	۸
	الکل	۵/۹	۱۳	۴/۵	۱۰
	هروئین	۳/۶	۸	۴/۵	۱۰

براساس داده‌های جدول ۲، میانگین و انحراف معیار سن شروع مصرف مواد، و مدت مصرف مواد در گروه ترک موفق و عود مجدد اختلال، ارائه شده‌اند. براساس داده‌های جدول، میانگین سن شروع مصرف مواد در هر دو گروه، در محدوده ۲۲ سال بوده است و مدت مصرف مواد در گروه ترک موفق، بالاتر از گروه عود مجدد است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار تعهد اجتماعی، سن شروع مصرف و مدت مصرف مواد در دو گروه ترک موفق و ترک ناموفق

متغیرها	گروه ترک موفق		گروه ترک ناموفق	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن شروع مصرف مواد	۲۱/۸	۶/۵	۲۲/۲	۶/۴
مدت مصرف مواد	۱۹/۷	۷/۹	۱۷/۳	۷/۸

جهت بررسی سؤال تحقیق مبنی بر این که آیا رابطه معناداری بین تعهد اجتماعی و ترک موفق اختلال مصرف مواد مخدر وجود دارد؟ با توجه به توزیع فاصله‌ای داده‌ها در قالب دو گروه مستقل، از آزمون تی مستقل استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۳ منعکس شده است. براساس داده‌های جدول، میانگین میزان تعهد اجتماعی و ابعاد دوگانه آن، یعنی (تعهد فردی و تعهد جمعی)، در گروه افراد ترک موفق اختلال مصرف به‌طور معناداری بیشتر از افراد گروه عود اختلال مصرف مواد می‌باشند.

جدول ۳- مقایسه میانگین تعهد اجتماعی و ابعاد آن در دو گروه ترک موفق و ترک ناموفق با استفاده از تی مستقل

متغیر تعهد اجتماعی	گروه‌ها	N	Mean	Std.dev	t	df	$p \leq 0.001$
تعهد اجتماعی	ترک موفق	۲۲۲	۵۵/۹	۹/۵	۲۰/۵	۳۸۸/۲	۰/۰۰۱
	ترک ناموفق	۲۲۲	۳۹/۹	۶/۴			
تعهد فردی	ترک موفق	۲۲۲	۳۰/۸	۴/۴	۲۲/۵	۳۵۶/۳	۰/۰۰۱
	ترک ناموفق	۲۲۲	۱۷/۲	۷/۷			
تعهد جمعی	ترک موفق	۲۲۲	۲۷/۰	۵/۸	۵/۱	۳۵۷/۳	۰/۰۰۱
	ترک ناموفق	۲۲۲	۲۲/۷	۳/۴			

در نهایت، جهت پیش‌بینی ترک موفق اختلال مصرف بر اساس تعهد اجتماعی، ابعاد دوگانه آن، و مجموع متغیرهای تحقیق، از آزمون رگرسیون لجستیک در قالب مدل ۱، ۲، و ۳ استفاده گردید که نتایج آن در جداول ذیل ارائه شده است. در قالب مدل ۱، تعهد اجتماعی در تحلیل وارد شده است که با توجه به داده‌های جدول ۴، قادر است تغییرات متغیر وابسته را به‌طور معناداری پیش‌بینی کند. به‌گونه‌ای که به‌ازای یک واحد افزایش در تعهد اجتماعی، ترک موفق اختلال مصرف مواد ۱/۸ برابر می‌شود. در ادامه، در قالب مدل ۲، ابعاد دوگانه تعهد اجتماعی شامل تعهد فردی و تعهد جمعی در تحلیل وارد شده‌اند که نتایج در جدول ۵ منعکس شده‌اند.

جدول ۴- پیش‌بینی عضویت در گروه ترک موفق براساس تعهد اجتماعی، مدل ۱

متغیر	B	S.E	Wald	df	$p\text{-value} \leq 0.01$	Exp (B)	Cox & Snell	Nagelkerke
تعهد اجتماعی	۰/۲	۰/۰۱	۱۲۲/۰	۱	۰/۰۰۱	۱/۸	۰/۴	۰/۶
مقدار ثابت	۹/۹	۰/۸	۱۲۳/۶	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰		

بر اساس داده‌های جدول ۵، تعهد فردی و تعهد جمعی رابطه معناداری با ترک موفق اختلال مصرف مواد دارند و طی آن، به‌ازای یک واحد افزایش در تعهد فردی و تعهد جمعی، ترک موفق اختلال مصرف مواد به ترتیب $1/6$ و $1/3$ برابر می‌شود. همچنان‌که پیداست، ضرایب تعیین کاکس و اسنل و نگلکرک، در مدل ۲ افزایش می‌یابند و قادرند میزان بیشتری از واریانس را تبیین کنند. و بالاخره، در قالب مدل ۳، متغیرهای زمینه‌ای و جمعیتی سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، تحصیلات، وضعیت اقتصادی اجتماعی، سن شروع مصرف مواد، و مدت مصرف مواد نیز در تحلیل وارد شدند که نتایج در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۵- پیش‌بینی عضویت در گروه ترک موفق براساس مؤلفه‌های تعهد اجتماعی، مدل ۲

متغیر	B	S.E	Wald	df	p-value ≤ 0.01	Exp (B)	Cox & Snell	Nagelkerke
تعهد فردی	۰/۴	۰/۰	۱۰۴/۷	۱	۰/۰۰۱	۱/۶	۰/۵۸	۰/۷۷
تعهد جمعی	۰/۳	۰/۰	۴۸/۶	۱	۰/۰۰۱	۱/۳		
مقدار ثابت	۳/۳	۰/۹	۱۱/۵	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰		

بر اساس داده‌های جدول ۶، متغیرهای جمعیتی زمینه‌ای سن و سن شروع مصرف مواد و مدت مصرف مواد نیز قادرند احتمال عضویت در گروه ترک موفق را به‌طور معناداری پیش‌بینی کنند و طی آن، به‌ازای یک واحد افزایش در متغیر سن، سن شروع مصرف مواد، و مدت مصرف مواد، ترک موفق به ترتیب $0/8$ ، $1/1$ و $1/1$ برابر می‌شود. در مجموع، متغیرهای تعهد اجتماعی، سن، سن شروع مصرف مواد و مدت مصرف مواد مخدر براساس شاخص‌های کاکس و اسنل، و نگلکرک، قادرند به ترتیب $0/35$ و $0/52$ از تغییرات واریانس را تبیین کنند.

جدول ۶- پیش‌بینی عضویت در گروه ترک موفق براساس تعهد اجتماعی و متغیرهای زمینه‌ای جمعیتی، مدل ۳

متغیر	B	S.E	Wald	df	p ≤ 0.01	Exp(B)	Cox & Snell	Nagelkerke
تعهد اجتماعی	۰/۱	۰/۰	۹۷/۳	۱	۰/۰۰۱	۱/۸	۰/۳۵	۰/۵۲
سن	۰/۱	۰/۰	۱۵/۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۸		
جنس	۰/۱	۰/۳	۰/۲	۱	۰/۶	۰/۸		
تأهل	۰/۰	۰/۳	۰/۰۵	۱	۰/۸	۱/۰		
اشتغال	۰/۱	۰/۳	۰/۲	۱	۰/۶	۱/۱		
شغل دولتی*	۰/۲	۰/۲	۰/۸	۱	۰/۳	۱/۲		
سن شروع مصرف مواد	۰/۱	۰/۰	۱۵/۰	۱	۰/۰۰۱	۱/۱		
مدت مصرف مواد	۰/۱	۰/۰	۱۲/۷	۱	۰/۰۰۱	۱/۱		
تحصیلات کمتر از دیپلم	۱/۰	۰/۵	۴/۴۸	۱	۰/۰۳	۲/۸		
تحصیلات دیپلم یا فوق دیپلم**	۱/۰۹	۰/۵	۳/۵	۱	۰/۰۶	۳/۰		
وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین***	۰/۸۳	۱/۰	۰/۶	۱	۰/۴	۲/۲		
وضعیت اقتصادی-اجتماعی متوسط	۰/۸۰	۱/۰	۰/۶	۱	۰/۴	۲/۲		
مقدار ثابت	۴/۵	۱/۶	۷/۵	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱		

* شغل آزاد به عنوان مرجع مورد نظر قرار گرفته است. ** تحصیلات دانشگاهی به عنوان مرجع مورد نظر قرار گرفته است.

*** وضعیت اقتصادی اجتماعی بالا به عنوان مرجع مورد نظر قرار گرفته است.

در ادامه، جدول ۷ حساسیت مدل رگرسیون لوجستیک را در تشخیص گروه‌ها ارائه کرده است. بر اساس داده‌های جدول، حساسیت مدل در تشخیص گروه ترک موفق (۷۷/۵٪)، در تشخیص افراد با ترک ناموفق (۷۸/۴٪) و در کل (۷۷/۹٪) است.

جدول ۷- حساسیت الگوی رگرسیون لوجستیک در تشخیص گروه ترک موفق اختلال مصرف مواد از گروه ترک ناموفق

درصد صحیح	پیش‌بینی شده		ترک موفق	مشاهده شده
	ترک ناموفق	ترک موفق		
۷۷/۵	۵۰	۱۷۲	ترک موفق	مشاهده شده
۷۸/۴	۱۷۴	۴۸	ترک ناموفق	
۷۷/۹				درصد کل

بحث و نتیجه‌گیری

استمرار مصرف مواد و مقاومت فرد در برابر ترک و پیشگیری از بازگشت به اختلال مصرف مواد، به‌نوعی نشانه‌ای از فقدان یا ضعف تعلق، عدم تعهد فردی و جمعی، درگیری و اعتقاد فرد به اصول اخلاقی و هنجارهای اجتماعی می‌باشد. بر این مبنا، یکی از عوامل بسیار مهم در ترک و پیشگیری از بازگشت به اختلال مصرف مواد، وجود تعلق خاطر افراد به جامعه، تعهد فردی و جمعی آنان به امور متداول زندگی روزمره، درگیری در فعالیت‌های مختلف زندگی و اعتقاد به نظام هنجاری جامعه است. بازگشت موفق افراد دارای اختلال مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها به زندگی عادی، متأثر از گستره‌ای از عوامل است. اگرچه، عمدتاً بر زمینه‌های زیستی و پزشکی تأکید می‌شود، اما عوامل اجتماعی روانی نیز می‌توانند نقش مهمی برعهده داشته باشند. آمارهای نگران‌کننده عود مجدد افراد گرفتار اختلال مصرف مواد مخدر بیانگر این است که گستره‌ای از عوامل باید در فرآیند ترک موفق، مطرح نظر باشند.

بر این اساس، پژوهش حاضر تلاش کرده است با انتخاب دو گروه افراد ترک موفق و افراد ترک ناموفق، به بررسی نقش تعهد اجتماعی بپردازد. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، میانگین تعهد اجتماعی و مؤلفه‌های آن در افراد ترک موفق به‌طور معناداری بالاتر از گروه ترک ناموفق است و نتایج تحلیل رگرسیون لوجستیک بیانگر این است که به‌ازای یک واحد افزایش در تعهد اجتماعی، احتمال ترک موفق، برابر ۱/۸۰ می‌شود. این یافته تحقیق به‌لحاظ نظری، منطبق با مبانی مطرح شده در پژوهش است؛ تعهد، یک هنجار اخلاقی نیرومند است که الزام‌هایی را در مقابل دیگران، یا در برابر کوتاهی‌های خود و پیامدهای آن، پدید می‌آورد (نقدی دورباطی، ۱۳۹۵). بر همین مبنا، انتظار می‌رود تعهدپذیری به‌واسطه التزام و وفاداری، منجر به حساسیت در مقابل آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی گردد (Cohen, 2003).

تعهد اجتماعی در پیشگیری از بازگشت به اختلال مصرف مواد اثرگذار است. که در این پژوهش، تحقق یافت. هیرشی (۲۰۱۷) معتقد است که وقتی افراد به والدین شدیداً وابسته هستند، متعهد به خط و مشی‌های مرسوم می‌باشند. لذا، درگیر فعالیت‌های معمول و مرسوم می‌شوند و باور و اعتقاد به ارزش‌های اخلاقی جامعه (باورهای هنجاری) دارند. از این رو، احتمال بروز بزهکاری در این افراد کمتر خواهد شد. به‌عبارت دیگر، زمانی که پیوند اجتماعی با جامعه متعارف قوی است، افراد از انحراف یا جنایت ممانعت خواهند کرد (Ozby & Ozcan, 2006).

در حوزه اختلال مصرف مواد، صاحب‌نظران معتقد هستند که اختلال مصرف مواد مانند دیگر اشکال بزهکاری، معلول کاهش و فقدان نظارت است، زمانی که کنترل اجتماعی تضعیف می‌گردد، متقابلاً یکپارچگی اجتماعی و پیوند و تعهد اجتماعی میان افراد در جامعه دستخوش زوال و نقصان می‌گردد که این خود به کاهش اقتدار ناشی از یکپارچگی منجر می‌شود. این مسأله بر توانایی پیشگیری مؤثر از بزهکاری و انحراف در جامعه تأثیر گذاشته و لذا احتمال انحرافات نظیر اختلال مصرف مواد قوت می‌گیرد. بدین لحاظ، می‌توان به این نتیجه رسید که بین تعلق خاطر و پیوستگی فرد با خانواده، خویشاوندان و جامعه و تعهد فردی و جمعی و اعتقاد افراد به نظام‌های هنجاری از یک‌سو، و احتمال اختلال مصرف مواد از سوی دیگر، رابطه معکوس وجود دارد، به طوری که چنانچه خانواده و سایر نهادهای اجتماعی منشأ تعلق نظیر دین، نظارت و حمایت اجتماعی لازم را فراهم نکنند و نتوانند فرد را با نظام اجتماعی همبسته نگاه دارند، افراد به سمت رفتارهای انحرافی نظیر اختلال مصرف مواد سوق داده خواهند شد.

تحقیق حاضر به‌لحاظ تجربی با نتایج مطالعات (عیدی و همکاران، ۱۳۹۶؛ احمدی و غلامی‌آبیز، ۱۳۸۲؛ معیدفر و زمانی‌سبزه‌ای، ۱۳۹۳؛ Lin Dembo, 2008; Martinelli et al., 2020)، همسو و منطبق است که به‌طریق مختلف، نشان دادند، با بهبود یا تقویت تعهد اجتماعی و مؤلفه‌های آن، اثر معناداری بر ترک اختلال مصرف مواد یا پیشگیری از عود مجدد آن دارد.

در پژوهش‌های از نوع علی مقایسه‌ای تلاش می‌شود گروه‌های مورد مطالعه و مورد مقایسه از جهات مختلف همگن باشند تا با صراحت بیشتری بتوان تفاوت معنادار گروه‌ها را در متغیرهای مستقل جستجو نمود. در پژوهش حاضر، از این جهت، تلاش گردید گروه‌های مورد مطالعه و مورد مقایسه به‌لحاظ متغیرهای زمینه‌ای و جمعیتی مختلف، همگن گردند. با این حال، تحلیل رگرسیون لجستیک در مدل ۲ بیانگر آن است که با بالا رفتن میانگین سنی پاسخگویان، احتمال ترک موفق اعتیاد کاهش می‌یابد. به‌علاوه، با بالاتر بودن سن شروع مصرف مواد و مدت زمان بیشتر استفاده از مواد مخدر، احتمال عضویت در گروه ترک موفق، بیشتر می‌شود. این یافته‌ها، منطقی‌تر به نظر می‌رسند زیرا به‌طور معمول، هرچه سن بالاتر رود، بدن بیشتر به اختلال مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها وابستگی پیدا می‌کند و به همین جهت، ترک موفق آن، مشکل‌تر می‌شود. از طرف دیگر، در منطق با یافته‌های قبلی، شروع مصرف مواد در سنین بالاتر، آنگونه است که فرد مدت زمان کمتری درگیر اختلال مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها بوده است و بر همین اساس، رهاشدن از آن‌ها و به‌عبارتی، ترک موفق اختلال مصرف مواد و روان‌گردان‌ها برای آن‌ها آسان‌تر می‌شود. با استناد به یافته‌های پژوهش حاضر که طی آن، تعهد اجتماعی بر ترک موفق اختلال مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها تأثیر می‌گذارد، پیشنهاد می‌شود با فراهم کردن زمینه، برای پذیرفتن قالب‌های اخلاقی و هنجارهای اجتماعی افراد را به درونی کردن ارزش‌ها و نهادها و احساس تعلق به آن‌ها و همچنین نسبت به دیگران سوق داده و آن‌ها را به جامعه پیوند دهند. ضعف چنین پیوندهایی، موجب می‌شود، فرد دچار اختلال مصرف مواد شود و نتواند ترک موفق داشته باشد و بر درمان اختلال مصرف مواد باقی‌بماند. خانواده و نهادهای اجتماعی نیز با افزایش نظارت و تقویت کنترل (رسمی و غیررسمی) بر اعضای خود متقابلاً باعث بیشتر شدن یکپارچگی، پیوند و تعهد اجتماعی (فردی و جمعی) می‌شوند و عامل مهم و اثربخشی بر پیشگیری از بزهکاری، انحراف و اختلال مصرف مواد خواهند شد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از مشارکت‌کنندگان، مراکز درمانی و سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در شهر اصفهان که در این پژوهش مساعدت و همکاری نمودند، تقدیر و تشکر نمایند.

منابع

- ابراهیمی‌سلاسی، غلام‌حیدر و غفاری‌زاده، محمد (۱۳۸۸). «رابطه تعهد و کنترل اجتماعی با اعتیاد»، *رفاه اجتماعی*، ۱۰(۳۴): ۱۸۶-۱۷۳. <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-1843-fa.html>
- احمدی، حبیب و غلامی‌آبیز، محسن (۱۳۸۲). «بررسی عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر اعتیاد: مطالعه موردی معتادان اردوگاه پیربنان شهر شیراز»، *اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۲(۵): ۸۵-۱۰۵. <http://etiadjohi.ir/article-1-467-fa.html>
- چلبی، مسعود (۱۳۹۰). *جامعه‌شناسی نظم؛ تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی*، تهران، نشر نی.
- دلاور، علی (۱۳۹۳). *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*، تهران، روان.
- رابرتسون، یان (۱۳۷۴). *درآمدی بر جامعه*، (ترجمه حسن بهروان). تهران: انتشارات آستان قدس رضوی.
- سرمد، زهره؛ حجازی، الهه و بازرگان، عباس (۱۳۸۴). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*، تهران، آگاه.
- صرامی، حمیدرضا؛ قربانی، مجید و تقوی، منصور (۱۳۹۲). «بررسی دو دهه تحقیقات شیوع‌شناسی مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران»، *اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۷(۲۷): ۳۶-۹. <http://etiadjohi.ir/article-1-156-fa.html>
- عمرانی، سیدامیر؛ شیخی، سمیرا، خالدی، آسیه و صفری، سپیده (۱۴۰۰). «ارتباط سواد سلامت و تعهد اجتماعی با خودمراقبتی بهداشتی در دوره پاندمی بیماری کووید-۱۹»، *رفاه اجتماعی*، ۲۱(۸۲): ۱۸۸-۱۶۱. <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-3883-fa.html>
- عیدی، مجید؛ نامداری، مهرداد؛ دهقانی‌زاده، زهرا و صیادی، صوفیا (۱۳۹۶). «مطالعه‌ای با عنوان بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر ماندگاری در درمان اعتیاد»، *مشارکت و توسعه اجتماعی*، ۲(۴): ۱۵۴-۱۳۹. <http://jpsd.hormozgan.ac.ir/article-1-86-fa.html>
- مدنی قهفرخی، سعید (۱۳۹۹). *جامعه‌شناسی اعتیاد از افیون تا کریستال*، تهران: نشر پارسه.
- مبارکی، محمد؛ افشانی، سیدعلیرضا و علیوند، سهیلا کرد (۱۳۹۷). «تحلیل رابطه بین تعهد اجتماعی و بزهکاری: مطالعه مقایسه‌ای میان دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهرهای خرم‌آباد و یزد»، *مطالعات اجتماعی ایران*، ۱۰(۲): ۱۳۵-۱۱۱. http://www.jss-isa.ir/article_34139.html
- محسنی‌تبریزی، علیرضا؛ جزایری، علیرضا و بابایی، نعمت‌الله (۱۳۸۹). «فراتحلیل مطالعات مربوط به سوءمصرف مواد با رویکرد روانی-اجتماعی طی یک دهه و نیم گذشته (۱۳۸۴-۱۳۷۰)»، *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۱(۱): ۲۰۰-۱۷۵. https://ijsp.ut.ac.ir/article_20743.html
- معیدفر، سعید و زمانی‌سبزی، شهرام (۱۳۹۳). «عوامل اجتماعی مؤثر بر تداوم عدم سوءمصرف مواد مخدر بین جوانان معتاد به مواد مخدر صنعتی و سنتی»، *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۵(۱): ۱۹۰-۱۶۷. <https://doi.org/10.22059/ijsp.2014.53758>

- نظم‌فر، حسین؛ عشقی چهاربرج، علی و علوی، سعیده (۱۳۹۷). «ارزیابی و تحلیل فضایی جرائم مرتبط با مواد مخدر در استان‌های ایران»، *اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد*، ۱۲(۴۵): ۳۰-۱۱. <http://etiadpajohi.ir/article-1-1582-fa.html>
- نقدی دورباطی، مهدی (۱۳۹۵). «تحلیل تجربی اخلاق عملی با تاکید بر تعهد تعمیم یافته به مثابه وجه عملی اخلاق اجتماعی»، *تحلیل اجتماعی نظم و نابرابری اجتماعی*، ۴(۷۱): ۳۵-۱. https://jsa.sbu.ac.ir/article_99261.html
- نورمحمدی، عبدالرضا (۱۳۹۵). شناسایی و اولویت‌بندی عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر ماندگاری درمان بهبود یافتگان از اعتیاد، طرح پژوهشی ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- Agha, S., Zia, H. & Irfan, S. (2008). "Psychological problems and family functioning as risk factors in addiction". *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 20(3), 88-91. <https://www.ayubmed.edu.pk/JAMC/PAST/20-3/Sajida.pdf>
- Cohen, A. (2003). *Multiple Commitments in the Workplace: An Integrative Approach*, New York: Psychology Press.
- Dekkers, A., De Ruyscher, C. & Vanderplassen, W. (2021). "Perspectives on addiction recovery: focus groups with individuals in recovery and family members". *Addiction Research & Theory*, 28(6), 526-536. <https://doi.org/10.1080/16066359.2020.1714037>
- Ferguson, K. M., Bender, K., Thompson, S. J., Maccio, E. M., Xie, B. & Pollio, D. (2011). "Social control correlates of arrest behavior among homeless youth in five US cities". *Violence and Victims*, 26(5), 648-668. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.26.5.648>
- Ford, M. E. (1982). "Social cognition and social competence in adolescence". *Developmental Psychology*, 18(3), 323-336. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.18.3.323>
- Franzese, R. J. (2015). *The Sociology of Deviance: Differences, Tradition, and Stigma*. New York: Cengage.
- Hirschi, T. (2017). *Causes of Delinquency*, London: Routledge.
- Johnson, M. P. (1991). Commitment to personal relationships. In W. H. Jones, & D. W. Pelman (Eds.), *Advance in Personal Relationships* (pp. 117-143). London: Jessika Kingsley.
- Kolodny, A., Courtwright, D. T., Hwang, C. S., Kreiner, P., Eadie, J. L., Clark, T. W. & Alexander, G. C. (2015). "The prescription opioid and heroin crisis: a public health approach to an epidemic of addiction". *Annual Review of Public Health*, 36(12), 559-574. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122957>
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). "Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis: *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760-773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)

- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). "Determining sample size for research activities". *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Krowka, J. A. (2021). "The lived experience of recovery from heroin addiction, Doctoral dissertation", The University of Akron.
- Le Moal, M. & Koob, G. F. (2007). "Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspectives". *European Neuropsychopharmacology*, 17(6-7), 377-393. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2006.10.006>
- Lin, W. H., & Dembo, R. (2008). "An integrated model of juvenile drug use: A cross-demographic groups study". *Western Criminology Review*, 9(2), 3348. <http://www.westerncriminology.org/documents/WCR/v09n2/lin.pdf>
- Martinelli, T. F., Nagelhout, G. E., Bellaert, L., Best, D., Vanderplasschen, W. & van de Mheen, D. (2020). "Comparing three stages of addiction recovery: Long-term recovery and its relation to housing problems, crime, occupation situation, and substance use". *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 27(5), 387-396. <https://doi.org/10.1080/09687637.2020.1779182>
- Mathers, C. D., Bernard, C., Iburg, K. M., Inoue, M., Ma Fat, D., Shibuya, K., ... & Xu, H. (2003). "Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results". Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 54.
- McGunnigle, P. J., & Jameson, S. M. (2000). "HRM in UK hotels: a focus on commitment". *Employee Relations*, 5(8), 116-109. <https://doi.org/10.1108/01425450010340380>
- Oudejans, S., De Weert-van, O., Spits, M., Wildt, W., Merckx, M., Dekker, J., Visch, I. & Goudriaan, A. (2019). "A Self-Reported Version of the Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation-Q: Concurrent Validity with the MATE 2.1". *European Addiction Research*, 26(1), 20-27. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.07.013>
- Özbay, Ö. & Özcan, Y. Z. (2006). "A test of Hirschi's social bonding theory: Juvenile delinquency in the high schools of Ankara, Turkey." *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(6), 711-726. <https://doi.org/10.1177/0306624X05283525>
- Rettie, H. C., Hogan, L. & Cox, M. (2019). "Personal experiences of individuals who are recovering from a drug or alcohol dependency and are involved in social-based recovery groups". *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 27(2), 95-104. <https://doi.org/10.1080/09687637.2019.1597337>
- Sanders, E. (2007). Understanding addiction and its hidden costs. <https://www.prweb.com/releases/2007/09/prweb551324.htm>
- Schwartz, M.S. (2016). "Ethical decisionmaking theory: An integrated approach". *Research on Professional Journal of Business Ethics*, 4(13), 755-776. <https://doi.org/10.1007/s10551-015-2886-8>

- Schaler J., A. (1997). "Addiction Beliefs of Treatment Michael Vick Providers: Factors Explaining Variance". *Addiction Research & Theory*, 4(4): 367–384. <https://doi.org/10.3109/16066359709002970>
- Wentzel, K. R. (1991). "Social competence at school: Relation between social responsibility and academic achievement". *Review of Educational Research*, 61(1), 1-24. <https://doi.org/10.15288/jsad.2022.83.613>
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G., & Walker, D. (2005). "Mindfulness- based relapse prevention for alcohol and substance use disorder". *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(3), 211-228. <https://doi.org/10.1891/jcop.2005.19.3.211>
- UNODC (2020), *World Drug Report 2020*, United Nations Office on Drugs and Crime, <https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/maps-and-tables.html>
- Zeledon, I., West, A., Antony, V., Telles, V., Begay, C., Henderson, B., ... & Soto, C. (2020). "Statewide collaborative partnerships among American Indian and Alaska Native (AI/AN) communities in California to target the opioid epidemic: Preliminary results of the Tribal Medication Assisted Treatment (MAT) key informant needs assessment". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 108(3), 9-19. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.04.003>