

پیشگیری از عود رفتار اعتیادی در معتادان

کیوان شکری^۱، محمد صالح سنگین استادآبادی^۲، جمال علی آبادی^۳

چکیده

خطر بازگشت به مصرف مواد مخدر به دنبال ترک اعتیاد همواره مطرح است و این مساله مقابله با مسئله اعتیاد را پیچیده تر می سازد. فرایند عود و بازگشت زمانی آغاز می شود که تفکرات، احساسات و رفتارهای فردی که در برنامه بهبودی قرار دارد دوباره تحریف و غیر منطقی می شوند. فرایند عود و بازگشت غالباً شامل فعال نمودن سیستم انکار ورزی به مثابه یک سپر دفاعی غیر انعطاف پذیر، تمایل به تنهایی و انزوا و نمونه هایی از قضاوت های منفی، تصمیم گیری های عالی و نامناسب، ناتوانی در مواجهه با مشکلات و بروز فشارهای زندگی و استرس است. بنابراین، این مساله همواره مورد توجه مسئولین و نیز خود مبتلایان به سوءمصرف مواد و خانواده آنان بوده است. بر این اساس برنامه ریزی و تلاش جهت کاهش این مسئله باید به عنوان بخشی از برنامه های پیشگیری از اعتیاد در جامعه مورد توجه قرار گیرد. در کشور ما نیز خصوصاً در سال های اخیر با وجود گسترش انواع برنامه های درمانی و تلاش در جهت کاهش تعداد مبتلایان به اعتیاد از طریق بازگرداندن آنان به زندگی سالم، همچنان شاهد آمار روز افزون معتادان و نیز اخبار ناخوشایند از این مسئله در جامعه هستیم. کارشناسان امر علت اصلی شکست اغلب این برنامه های درمانی و کاهش آسیب در معتادان را فراوانی بازگشت معتادان در کشور دانسته اند. لذا پرداختن به مسئله عود در درمان اعتیاد الزامی و از نیازهای اساسی در فرایند کنترل معضل اعتیاد در کشور است. به این منظور، هدف اصلی این مقاله مروری، بررسی عود رفتار اعتیادی و عوامل مؤثر بر آن و رویکردهای پیشگیری از عود بود.

کلید واژه ها: اعتیاد، عود رفتار اعتیادی، پیشگیری از عود رفتار اعتیادی

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران،

shokri.keivan@gmail.com

۲. کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۳. کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

مقدمه

وابستگی به مواد مخدر از مشکلات عمده در سطح بین الملل و کشور ما است؛ زیرا از یک سو سلامت جامعه را مورد تهدید قرار داده و از سویی دیگر با بسیاری از جرائم و جنایات‌ها همچون ایدز در ارتباط است و به یکی از معضلات و نگرانی‌های عمده جهان امروز تبدیل شده است و هرساله افراد زیادی را به دام خود می‌کشاند. بنا به گزارش برلی^۱ (۱۹۸۷؛ نقل از یزدانی، ۱۳۹۰)، مسئله سوء مصرف مواد در حال حاضر بعد از سه بحران اصلی جهان یعنی نابودی محیط زیست، تهدیداتمی و بحران فقر، بحران چهارم جهان را تشکیل داده است. طبق گزارش «برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل» در آستانه قرن بیست و یکم، حدود یکصد و هشتاد میلیون نفر در سراسر دنیا، مصرف کننده اصلی مواد مخدر بوده‌اند که بخش قابل توجهی از این آمار متعلق به شرق و جنوب شرقی آسیا می‌باشد و سهم ایران از معتادین جهان برای سال ۱۳۸۱، رقم ۱/۶۷۸/۰۰۰ نفر اصلی، ۸۹۵/۰۰۰ تفتنی و ۴۱۰/۰۰۰ نفر ناشناخته را نشان می‌دهد (رئیس دانا، ۱۳۸۱، به نقل از زاهدی اصل، ۱۳۹۳). بر اساس اعلام مسئولان وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی سالانه حدود ۸ درصد به مصرف کنندگان مواد مخدر در کشور افزوده می‌شود. طبق گزارش معاونت سلامت بهداشت، آمار مبتلایان به سوء مصرف مواد در ایران ۳ میلیون و ۷۰۰ هزار نفر اعلام شده است (کریم یار جهرمی، افتخارزاده و حمیدی پور، ۱۳۹۲). علیرغم اینکه در سراسر دنیا با این پدیده شوم روبه‌رو هستند، هنوز شیوه‌ای که بتوان آن بیماری را به صورت دائمی و قطعی درمان کرد یافت نشده است. حتی پس از اینکه فرد معتاد مصرف مواد مخدر را برای مدتی طولانی قطع نماید نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر نگیرد. لذا بهبودی فرد معتاد با قطع مصرف مواد مخدر حاصل نمی‌شود. از این جهت عود مصرف مواد یکی از معضلات اصلی درمان افراد دچار سوء مصرف مواد است. تاریخچه پیشگیری از عود اعتیاد به اواسط دهه ۱۹۷۰ برمی‌گردد. در طی این سال‌ها عده‌ای به رواج راهبردهای‌های پیشگیری علاقه‌مند شدند (بهاری، ۱۳۹۲). به نظر می‌رسد که عود یا بازگشت رفتارهای اعتیادی (مانند سوء مصرف مواد، الکل، قماربازی) در

معتادان نسبتاً رایج است. حدود ۲۰ تا ۸۰ درصد از معتادان ظرف یکسال اول درمان اعتیاد دچار عود می‌شوند (بهاری، ۱۳۹۲). مارلات و گوردون^۱ (۱۹۸۵) احتمال بازگشت به مواد مخدر را در خوشبینانه‌ترین شکل تا ۵۰ درصد پیش‌بینی کرده‌اند؛ به نظر آنان این احتمال تا ۹۰ درصد نیز متغیر است (به نقل از اسنو و اندرسون^۲، ۲۰۰۰). کوپ^۳ (۲۰۰۰) به نقل از کریمیان، ۱۳۹۰ نیز تخمین می‌زند ۸۰ درصد از معتادانی که دوره سم‌زدایی را با موفقیت پشت سر گذارده‌اند، ظرف مدت یک سال و یا کمتر به مصرف مجدد روی می‌آورند و تنها ۲۰ درصد از آن‌ها بهبودی خود را پس از سم‌زدایی ادامه می‌دهند. براساس گزارش آژانس مبارزه با مواد مخدر^۴ (۲۰۰۶) میزان عود سوء مصرف مواد در سال ۲۰۰۵ از میان ۳۲/۸۰۸ معتاد، ۱۷/۴۱۹ نفر بوده است. این در حالی بوده است که میزان معتادان جدید در همان سال ۲۰۰۵، معادل ۱۵/۳۸۹ نفر اعلام شده است (به نقل از ابراهیم و کومار^۵، ۲۰۰۹). در حال حاضر در ایران آمار دقیقی از این که چند درصد از بهبودیافتگان به مصرف مجدد مواد روی آوردند در دسترس نیست؛ اما افزایش آمار مبتلایان به سوء مصرف مواد در کشور می‌تواند بیانگر این مسئله باشد که روش‌های درمانی انجام شده مؤثر یا جامع نبوده است (کریم یارجه‌رمی و همکاران، ۱۳۹۲). میزان بازگشت به مصرف مجدد مواد مخدر ۵۰ تا ۷۵ درصد ذکر شده است (امینی، امینی، افشار مقدم و آذر، ۱۳۸۲). براساس آمارهای حضور معتادان در مراکز بازپروری بهزیستی در ایران، بسیاری از آن‌ها پس از ترک اعتیاد بیش از ۲ الی ۳ بار چه به صورت خودمعرف و چه از طریق دادگاه از خدمات بازپروری استفاده کرده‌اند. و در پژوهشی که در زنجان بین ۹۶ معتاد مراجعه‌کننده به مرکز بازپروری انجام شد، تمامی آن‌ها سابقه حداقل یک‌بار ترک اعتیاد را داشته‌اند (یزدانی، ۱۳۹۰). در پژوهش حق‌دوست و همکاران، ۳۳/۵ درصد مبتلایان به مصرف مواد یک‌بار، ۳۸ درصد دو تا سه بار، ۲۸/۵ درصد بیش از سه بار درمان ناموفق داشتند. این درحالی است که ۵۳ درصد آن‌ها در کمتر از ۳ ماه به مصرف مجدد مواد مخدر روی آورده بودند و فقط ۱۲ درصد آن‌ها توانسته بودند به مدت بیش از یک‌سال عاری از مواد مخدر باقی

1. Marlat & Gordon
2. Snow & Anderson
3. Coob

4. National Anti-Drug Agency
5. Ibrahim & Kumar

بمانند. میانگین زمان اجتناب از مواد مخدر $3_ + 6/3$ ماه بود و به‌طور کلی بر اساس میانگین امتیازات محاسبه‌شده، بی‌خوابی و وسوسه مهم‌ترین عوامل فردی و دسترسی آسان به مواد مخدر، کشمکش‌های خانوادگی و عدم پای‌بندی به درمان، مهم‌ترین عوامل محیطی عود بوده‌اند (به نقل از دهقانی فیروزآبادی و همکاران، ۱۳۹۳). بدون تردید تمام عوامل مختلفی که در ایجاد اعتیاد مؤثر است، می‌تواند در بازگشت و عود به اعتیاد هم مؤثر باشد. این عوامل شامل عوامل درون فرد (مسائل روانی و ویژگی‌های شخصیتی)، عوامل بین فردی (افراد) که به نحوی در مصرف مواد فرد نقش داشته‌اند، عدم باور خانواده نسبت به ترک اعتیاد) و عوامل محیطی است. در پژوهش میرزایی و همکاران (۱۳۸۹) در بین عوامل فردی وسوسه بیشترین تأثیر را در عود به مصرف ماده مخدر داشته است. در پژوهش شوق، شکیبی، نیساری و آلیلو (۱۳۹۰) نتایج حاکی از آن بوده که در زمینه عوامل فرهنگی، نداشتن تفریحات و سرگرمی سالم در اوقات فراغت $4/40$ درصد، در زمینه عوامل فردی، رفع احساس تنهایی و انزوا 36 درصد، در زمینه عوامل اجتماعی، وجود دوستان معتاد $5/35$ درصد، در زمینه عوامل اقتصادی، بیکاری $6/34$ درصد و در زمینه عوامل خانوادگی، روابط نامناسب والدین با فرزندان $5/17$ درصد، دارای بیشترین اهمیت در زمینه بازگشت به رفتارهای اعتیادی بوده است (شوق و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش ناستی‌زایی، هزاره مقدم، و ملارهی (۱۳۸۹) مشخص شد که محیط زندگی آلوده، دوستان معتاد، ناکارآمدی جلسات روان‌درمانی و عوامل تداعی‌کننده در عود اعتیاد فرد نقش دارند (ناستی‌زایی و همکاران، ۱۳۸۹). شاطریان، منتی، کسانتی و منتی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان عوامل مرتبط با عود اعتیاد در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر ایلام به این نتیجه رسیدند که عود اعتیاد با متغیرهای سابقه ترک اعتیاد، معاشرت با دوستان معتاد، تحصیلات، سابقه اعتیاد در خانواده، وضعیت اشتغال، مصرف سیگار، نوع ماده مخدر، سن و تعداد افراد خانوار ارتباط معنی‌دار وجود دارد (شاطریان و همکاران، ۱۳۹۳).

با توجه به موارد ذکر شده مسئله بازگشت به مواد شایع است و این مسئله تأثیرات منفی زیادی را بر فرد، جامعه و خانواده در پی دارد. فردی که بعد از ترک به‌سوی سوءمصرف مواد برمی‌گردد احساس گناه، ناامیدی، خجالت و عصبانیت‌گریبان‌گیر وی

می‌شود. از نظر خانوادگی نیز اختلافات خانوادگی وی تشدید می‌شود. از نظر اجتماعی نیز امکان اینکه فرد بعد از عود برای تهیه مواد دست به جرم بزند بسیار بالاست، در همین راستا یکی از راهکارهایی که می‌توان اعمال کرد تا افراد مبتلا به اعتیاد هر چه سریع‌تر از این مشکل رهایی یابند و افراد مستعد دیگری را نیز به دام این گرفتاری نیندازند پیشگیری از عود رفتار اعتیادی است. پیشگیری از عود یکی از چالش‌های اصلی درمانگران و افراد وابسته به مواد است. باور بر این است که آگاهی از ماهیت پیشگیری، مدل‌ها و نظریات موجود در حوزه پیشگیری مسئولان و برنامه‌ریزان را در اجرای سیاست‌ها و اقدامات پیشگیرانه و کنترل‌کننده عود اعتیاد یاری خواهد کرد. با توجه به اینکه عود مصرف مواد یکی از معضلات اصلی درمان افراد دچار سوء مصرف مواد است، با استناد به دیدگاه‌های مراکز معتبر بین‌المللی که بر ساخته از آخرین یافته‌های علمی و عملی در زمینه اعتیاد است، ابتدا عود رفتار اعتیادی، فرایند عود، الگوهای عود را معرفی می‌شوند و سپس عوامل مؤثر بر عود، مدل‌ها، اصول، رویکردهای پیشگیری از عود برای برنامه‌ریزی و انجام مداخله‌های پیشگیرانه معرفی می‌شوند.

عود رفتار اعتیادی^۱

عود نیز یکی از جنبه‌های مهم اعتیاد است که پس از دوره‌ای از قطع مصرف و طی تلاش‌های بازدارنده بروز می‌کند. عود از بحث‌انگیزترین پدیده‌ها در رابطه با مباحث اعتیاد در میان پژوهشگران و همچنین یکی از عوامل ناامیدی به ترک در میان افراد به ترک انواع اعتیاد است (برونو و پرون^۲، ۲۰۱۰). معانی و تعریف‌هایی از پدیده عود ارائه شده است که تغییرات مختلفی نیز در آن‌ها، در طول سال‌ها، اعمال شده است. عود در ابتدا به عنوان یک شکست فردی در ترک و یا درمان تلقی می‌شد، دنیس^۳ نیز عود را اینگونه تعریف کرد: «عود فرایند بازگشت به اعمال غیر سالم گذشته است که فرد را به استفاده مجدد از ماده یا دارو ترغیب می‌کند». به طور معمول، افرادی که درگیر عود می‌شوند، نشانه‌هایی از تغییر در افکار، نگرش‌ها، هیجانات و اعمالشان دیده می‌شود (به نقل از ابراهیم و کومار^۴، ۲۰۰۹).

1 . Recurrent addictive behavior
2 . Brower & Perron

3 . Dennis
4 . Ibrahim and Kumar

فرایند عود^۱

عود به عنوان یک فرایند آشکار و طولانی که نقص در سازگاری و مقابله با محرک‌ها و فشارهای داخلی و خارجی می‌باشد، تعریف می‌شود. معمولاً عود یک واقعه و رخداد جداگانه نیست و فرایندی است که در آن فرد توانایی مقابله با زندگی و فشارهای آن را ندارد. عود با علائم هشداردهنده قابل پیش‌بینی شناسایی می‌شود (خالقی، ۱۳۹۳). مراحل مختلفی وجود دارند که دلالت بر شروع فرایند عود می‌کنند. این مراحل را رادفر^۲ (۱۳۸۲) به این صورت عنوان نموده است: ۱- مرحله تغییر در نگرش؛ مرحله‌ای است که معتاد ترک کرده در حال بهبودی از خود راضی شده و برنامه درمانی خود را قطع می‌کند. نشانگرهای این مرحله عبارتند از اینکه فرد هوشیاری و متانت خود را از دست می‌دهد، به زندگی بدبین می‌شود، صبر و تحملش کم می‌شود، اطمینان بیش از حد پیدا می‌کند و کمک دیگران را رد می‌کند. ۲- مرحله تغییر در افکار که الگوی بازگشت به مصرف مواد توسط نگرش‌ها، ارزش‌ها و جریان تفکر افراد ساخته می‌شود. این فرایندها ملکه ذهن افراد می‌شوند و فرد به الگوی تفکر قدیمی‌اش باز می‌گردد. نشانگرهای این مرحله عبارتند از اینکه فرد فکر می‌کند به خاطر اینکه مدتی کاملاً پاک بوده است می‌تواند مجدداً مواد مصرف کند، فکر می‌کند می‌تواند جایگزین‌های مواد مثل حشیش یا الکل مصرف نماید، فکر می‌کند به خاطر اینکه مدتی کاملاً پاک بوده است مسئله‌ی ندارد و نسبت به تغییرات مثبت مقاومت می‌کند. ۳- مرحله تغییر در احساسات؛ که در آن فرد در حال بهبودی، نسبت به موقعیت‌های مختلف پاسخ منفی می‌دهد. نشانگرهای این مرحله عبارتند از اینکه فرد بد اخلاقی و افسردگی‌اش افزایش پیدا می‌کند، احساس رنجش و عصبانیت بیش از حد دارد و احساس تنهایی و بی‌کسی می‌کند. ۴- مرحله تغییر در رفتار؛ در این مرحله توجه به پاسخ‌های رفتاری فرد معتاد می‌تواند فرایند تفکر فرد معتاد را نشان دهد. این تغییرات در اعمال، واکنش‌ها و پاسخ‌های فرد مشهود است. همچنین فرد مجدداً به اماکن، اشخاص و فعالیت‌هایی که در زمان اعتیاد با آنها سروکار داشته است تمایل و گرایش پیدا می‌کند. نشانگرهای این مرحله عبارتند از از اینکه در فرد ناسازگاری و عدم توافق با دیگران

افزایش پیدا می‌کند، در جلسات خودیاری شرکت نمی‌کند، در این مرحله نشانه‌های استرس مثل سیگار کشیدن بیش از حد افزایش می‌یابد، با دوستان معتاد خود ملاقات می‌کند و مکرراً راجع به لذات مصرف مواد صحبت می‌کند (رادفر، ۱۳۸۲).

نظریه‌ها درباره عود اعتیاد

در نگاه به علل عود اعتیاد رویکردها و نظریات مختلفی طراحی و ارائه شده است. برخی با رویکرد فشارهای ساختاری عود را نتیجه ادامه شرایطی در جامعه می‌دانند که ابتدا باعث ارتکاب اولیه اعتیاد شده و بعد از ترک اعتیاد و خروج از اعتیاد هنوز ادامه دارد و به عواملی مانند فقر، بیکاری، بی‌نظمی یا آشفتگی اجتماعی و امثال آن اشاره می‌کنند. در این صورت وضعیت ساختاری در جامعه سبب عود در معتادان به اعتیاد می‌شود. لذا برخی پژوهشگران به نقش عوامل ساختاری در تکرار اعتیاد اشاره دارند (خالقی، ۱۳۹۳). برخی به تأثیر رضایت اجتماعی معتادان بر کاهش تکرار اعتیاد اشاره می‌کنند. سرانجام، برخی با رویکرد کنش متقابل به شیوه‌های تعامل اجتماعی با معتادان و تعریف و برچسب‌زدن به آنان اشاره می‌کنند. بدین گونه که فرد معتاد انگشت‌نما می‌شود و اعضای خانواده، دوستان، آشنایان و نیز مقامات کنترل رسمی مانند پلیس و قاضی او را مظنون، معتاد و غیره می‌نامند، در نتیجه او را بیشتر از دیگران مورد توجه قرار می‌دهند یا او را منزوی و طرد می‌کنند. در نهایت شخص معتاد آن تعاریف و برچسب‌ها را قبول می‌کند و با پذیرش آن‌ها چاره‌ای جز پیوستن به همگان خود در گروه‌های معتاد ندارد؛ زیرا این گروه‌ها از وی حمایت‌های گوناگون خواهند کرد و ارزش‌های مورد قبول او را تایید می‌کنند. این گروه‌ها فرد را علیه کسانی که وی را طرد کرده‌اند بر می‌انگیزد و نتیجه آن ارتکاب و عود اعتیاد خواهد بود (خالقی، ۱۳۹۳).

نظریه‌های ساختاری

دیدگاه ساختاری کارکردی، عود اعتیاد را ناشی از وضعیت ساختاری می‌داند. این دیدگاه سعی می‌کند کنش متقابل افراد و ساختار جامعه را با یکدیگر ارتباط دهد. مرتون عقیده دارد که جامعه، فرد را به کج رفتاری مجبور می‌کند. به نظر وی کج رفتاری حاصل فشارهای ساختاری اجتماعی خاصی است که افراد را به کج رفتاری وا می‌دارد. از نظر

مرتون^۱ (۱۹۶۸) شرایط ساختاری می‌تواند پایگاه‌ها و موقعیت‌هایی باشند که فرد، در اختیار دارد مانند سن، سواد یا پایگاه شغلی و محل سکونت که شرایط محیطی خاصی را برای فرد فراهم می‌سازند و او را در محدودیت‌های ساختاری قرار دهند. عامل سن در معتادان بازگشت‌کننده حائز اهمیت است، زیرا سن بالا در کنار سایر شرایط ساختاری وضعیت دشواری فراهم می‌سازد که فرد نمی‌تواند با آن‌ها مقابله کند و ناچار به ترک است. در حالی که سن کم و جوان بودن چنین تأثیر ساختاری بر افراد ندارد و لذا کمتر برای ترک اقدام می‌کنند. لذا شرایط ساختار اجتماعی بر رضایت اجتماعی تأثیر دارد (به نقل از آزادارمکی، ۱۳۹۲).

نظریه کنترل اجتماعی^۲

نظریه کنترل اجتماعی نیز در تبیین کج رفتاری‌های اجتماعی از نظریه‌های با نفوذ حوزه جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی است. این نظریه علت اصلی کج رفتاری را نبود کنترل اجتماعی می‌داند. فرض اصلی این است که افراد به طور طبیعی تمایل به کج رفتاری دارند و اگر تحت کنترل قرار نگیرند دچار انحراف می‌شوند (نگو و پاترنوستر^۳، ۲۰۱۱). مذهب یکی از منابع کنترل اجتماعی است. از نظر این دیدگاه، مذهب یک هدف اجتماعی دارد و آن هدف یگانه‌سازی برای جامعه است (بوکر^۴، ۲۰۱۱). یکی از راهکارهای کنترل اجتماعی کنترل مستقیم است که جامعه یا خانواده به وسیله آن نظارت خود را بر افراد معتاد اعمال و آنها را وادار کنند که با آرژها و هنجارهای جامعه هم‌نوا شوند (شکری، ۱۳۹۴). طبق نظر هیرشی^۵، بین تعلق خاطر افراد معتاد به خانواده، خویشاوندان و جامعه و تعهد و اعتقاد آنان به نظام هنجاری جامعه از یک سو و احتمال اعتیاد آنان از سوی دیگر رابطه معکوس وجود دارد (فریدریکسن^۶، ۲۰۰۸).

نظریه کنش متقابل

در نظریه کنش متقابل نمادین، مید^۷ معتقد بود خود‌انگاره، از جریان کنش متقابل اجتماعی

1. Merton

2. social control theory

3. Ngo, & Paternoster

4. Buker

5. Hirschi

6. Fredrickson

7. Mead

سرچشمه می‌گیرد. افراد می‌آموزند که نگرش به دیگران را نسبت به خود دریابند و با این کار خود را به عنوان موضوعی اجتماعی می‌بینند و در نتیجه بنابر همان خود انگاره هم رفتار می‌کنند. مید همچنین باور داشت که کنش متقابل اجتماعی خصلتی پویا دارد و ایستا نیست. وی تأکید می‌کرد افراد با خواندن ژست‌ها و نمادها، پیوسته رفتارشان را با آنچه به نظر میرسد دیگران می‌خواهند انجام دهند سازگار می‌کنند. رویکرد انگگ زنی تناسب این مفهوم را برای مطالعه عود اعتیاد به روشنی نشان می‌دهد (رابینگتن و مارتین، ترجمه صدیق سروستانی، ۱۳۸۶). افراد معتاد با نگرش مثبتی که به اعتیاد ایجاد می‌کنند، زشتی آن را در نظر خود کاهش می‌دهند و تصور مثبتی از اعتیاد خود دارند.

نظریه برچسب

نظریه برچسب، تکرار اعتیاد را ناشی از دریافت برچسب از جامعه می‌داند. نظریه پردازان برچسب بیشتر به تحلیل کج رفتاری ثانوی (تکرار انحراف) پرداخته و برچسب را الگوی پایدارکننده کج رفتاری حرفه‌ای یا زنجیره‌ای نامیده‌اند (والکرا، ۲۰۰۸). در نظریه برچسب انحراف اولیه و قضاوت‌های افراد سبب به وجود آمدن انحراف ثانویه می‌شود. در واقع انحراف ثانویه در اثر عمل انحرافی اولیه به وجود می‌آید و موقعیت خاصی را برای شخص به عنوان منحرف ایجاد می‌کند. فرایند برچسب‌زنی می‌تواند آثار منفی خاص خود را داشته‌باشد، مانند اینکه شخص برچسب خورده نقشی را بپذیرد که در آن برچسب به او نسبت داده می‌شود. به بیان دیگر اگر بر شخصی رسماً انگگ کجرو، خلافکار یا مجرم وارد آید این امر ممکن است موجب شود که به شکل مناسب با آن برچسب رفتار کند. می‌توان گفت پس از آنکه شخصی برچسب معتاد خورد، اغلب از او انتظار دارند که به اعتیاد خود ادامه دهد. این کار می‌تواند فرصت‌های شخص معتاد را در زندگی محدود و او را به ادامه نقش معتاد وادار کند. مثلاً وی نمی‌تواند به کار مناسب مشغول شود و مجبور می‌شود برای تأمین زندگی خود به کارهای انحرافی روی آورد. پس برچسب‌زدن دارای روند دوگانه‌ای است که یک خط‌مشی انحرافی را به فرد توسط برچسب تلقین می‌کند و فرد هم می‌پذیرد (مظلوم خراسانی، ۱۳۸۵).

الگوهای عود اعتیاد

محققان و صاحب‌نظران به الگویی در فرایند عود پی برده‌اند. آن‌ها عقیده دارند که عود مدتها پیش از اینکه معتاد اولین جرعه را بنوشد یا اولین بار مواد مصرف کند، آغاز می‌شود. این فرایند به شرح زیر است (لینتون، ۲۰۰۸).

۱. شخص در موقعیت پرخطری قرار می‌گیرد؛ یعنی او در موقعیتی است که وی را در ارتباط تنگاتنگ با مصرف مواد یا الکل قرار می‌دهد. در نتیجه، او هوس و میل به مصرف را به شیوه‌های مساله ساز تجربه می‌کند.

۲. در عین حال هیچ‌گونه پاسخ مقابله‌ای برای این موقعیت رواج نیافته است یعنی، شخص هنوز طرح و برنامه‌ای برای سر و کار داشتن با این موقعیت تهیه نکرده است.

۳. شخص مطمئن نیست که او بتواند مصرف مواد یا الکل را مهار کند او ممکن است قادر باشد این موقعیت را چند بار اول اداره کند اما اطمینانش را از دست می‌دهد. فکر مصرف مواد یا الکل از راه‌های مشکل ساز از مغزش خارج نمی‌شود.

۳. آنگاه شخص مواد یا الکل مصرف می‌کند.

۴. شخص احساس گناه و بی‌کفایتی می‌کند و انگار به خاطر شروع دوباره اختیارش را از دست می‌دهد.

۵. بنابراین، این احساس‌ها ممکن است او را به سمت مشکلات بیشتر مواد و الکل سوق دهند.

چنانچه او پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثری را برای سر و کار داشتن با این موقعیت پرخطر بروز دهد کمتر احتمال دارد به مصرف دوباره (عود) بازگردد. همین‌طور اگر شخص قدرت پیش‌بینی موقعیت‌های پرخطر را داشته باشد، کمتر احتمال خواهد داشت خود را در موقعیت‌های که منجر به عود می‌شوند، دریابد.

عوامل مؤثر بر عود

عوامل بازگشت به رفتارهای اعتیاد آمیز قبلی پس از طی یک دوره کم‌وبیش موفق، به همان اندازه گرایش علل گرایش اولیه به سمت سوء مصرف مواد، پیچیده بوده و به عوامل

متعددی بستگی دارد. عوامل مؤثر در عود را رادفر (۱۳۸۲) به چهار عمده فردی، بین فردی، اجتماعی و موقعیتی تقسیم نموده است: الف) **عوامل فردی**: این عوامل شامل ویژگی های فردی، نگرش ها و طرز تفکر و مهارت های اجتماعی و نحوه مقابله با مشکلات و فشارهای روانی — اجتماعی است. طول مدت اعتیاد، نوع و مقدار ماده مورد مصرف، میزان آسیب دیدگی شخص از مواد و نقشی که سوء مصرف مواد در شیوه زندگی کلی فرد بازی می کند به نوبه خود می توانند روی احتمال عود تأثیر بگذارند. ب) **عوامل بین فردی**: از نظر تعریف، پیشگیری را می توان فعالیت ها یا اقداماتی دانست که بروز (وقوع موردهای جدید) سوء مصرف مواد را کاهش داده یا تثبیت می کند و در نتیجه تعداد کل موردها را کاهش داده یا ثابت نگه می دارد. فرد معتادی که پس از ترک سوء مصرف مواد مجبور است، با خانواده ای زندگی کند که یک یا چند نفر دیگر از اعضای آن به مشکل اعتیاد دچار هستند بیشتر در معرض خطر عود قرار دارد. همین طور معتادی که علیرغم کوشش در ترک مواد با عکس العمل منفی و طرد کننده اعضای خانواده خود مواجه شود و همچنان خود را متهم یا محکوم احساس نماید و یا نتواند حمایت و تشویق لازم را در محیط خانواده دریافت کند احتمال دارد اعتماد به نفس و خودباوری خود را از دست داده و به عنوان نوعی راه حل مشکلات ناشی از این احساس، مجدداً به دوستان معتاد پناه ببرد. پ) **عوامل اجتماعی**: عوامل اجتماعی به موضوع هایی چون محل سکونت، شرایط کار، وجود دوستان سالم برای گذراندن اوقات فراغت، داشتن مهارت لازم برای استخدام، وجود امکانات کارآموزی و اشتغال، نگرش نسبت به سوء مصرف مواد و معتادان سابق، قوانین حاکم بر استخدام کارکنان معتاد و بالاخره دیدگاه کلی جامعه درباره مصرف مواد اشاره می کنند. نوجوانی که به خاطر عدم دسترسی به امکانات سالم گذران اوقات فراغت و احساس خوشی و نشاط، به طرف سوء مصرف مواد کشیده شده است، اگر پس از گذراندن مرحله سم زدایی و بهبود جسمی و روانی باز هم جا و مکانی برای گذراندن اوقات فراغت و احساس شادی و نشاط در یک محیط فارغ از اعتیاد نداشته باشد، هم چنان در خطر عود عادت ها و رفتارهای نامطلوب سابق خود خواهد بود. به همین ترتیب، معتادانی که پس از ترک اعتیاد امکان تغییر شغل و یا بازگشت به شغل سابق، یا جذب در

بازار کار نداشته باشند طبعاً با مشکلات شخصی و خانوادگی زیادی روبه‌رو خواهند شد که برای فرار از آنها ممکن است به طرف مصرف مجدد مواد کشیده شوند. وجود قوانینی که این قبیل افراد را از بازگشت به کار سابق محروم یا امکان جذب آنها را در بازار کار مناسب با تجربه و آموزش قبلی آنها محروم می‌سازد می‌تواند آنها را به سوی بازار زیرزمینی پخش و فروش مواد سوق داده و به سوء مصرف مواد و اعمال خلاف قانون دیگر منجر شود (رادفر، ۱۳۸۲). **ت) عوامل موقعیتی:** عوامل موقعیتی محل‌ها و موقعیت‌هایی هستند که با سوء مصرف مواد در گذشته فرد مرتبط هستند. افراد معتاد به علائم و نشانه‌های درونی و بیرونی که قبلاً برایشان حاکی از وجود امکان مصرف مواد بوده حساس‌اند. افرادی که دوره مسمومیت‌زدایی و ترک را طی کرده‌اند، در معرض این خطر قرار دارند که احساس علاقه و کشش بسیار شدید به سوی محل‌هایی داشته باشند که در گذشته با مصرف مواد همراه بوده‌اند. این ولع بسیار شدید درونی به عنوان یکی از علل عمده گرایش به آزمایش مجدد مواد ترک شده و اعتیاد شناخته شده‌اند. در اغلب موارد این احساس علاقه شدید باعث می‌شود که فرد خطر ابتلای مجدد خود را نادیده بگیرد. به این دلیل، کمک به افراد معتاد برای شناسایی علائم و نشانه‌های محیطی یا موقعیتی مربوط به مصرف مواد و نیز علائم و احساسات حاکی از کشش شدید به مصرف به عنوان یکی از هدف‌های عمده برنامه‌های پیشگیری از عود تلقی می‌شوند (هاشمی جشنی، ۱۳۹۰).

علاوه بر موارد بیان شده برخی دیگر از پژوهشگران بدون ارائه چارچوب‌بندی و طبقه‌بندی خاصی، برخی از این عوامل را ذکر کرده‌اند؛ مثلاً گورسکی و میلر دو عامل دیگر را معرفی کرده‌اند. ۱) اعتیادهای جایگزین: تمایل به دیگر مواد که غالباً مواد با اثرات مشابه با اثرات ماده اولیه را شامل می‌شود در میان افراد معتاد شایع است. برخی تغییر مواد مصرفی را بهبودی می‌دانند که در واقع باور اشتباهی است. همچنین به نظر می‌رسد که ترک کردن و عود نکردن در اعتیاد از چند ماده سخت‌تر از یک ماده باشد. ۲) رفتارهای وسواسی در عود: بسیاری از افراد تلاش می‌کنند تا با انجام رفتارهایی آن را جایگزین مصرف مواد کنند در حالیکه نتیجه این کار ممکن است شکل‌گیری رفتارهای وسواسی شدید باشد که در روند بهبودی فرد اختلال ایجاد می‌کند. (به نقل از یزدانی، ۱۳۹۰).

ماهیت پیشگیری و چشم‌اندازهای آن

در حوزه اعتیاد، پیشگیری تعابیر متعددی دارد. از نظر عده‌ای، پیشگیری به معنای متوقف سازی مشکل موجود قبلی نظیر کشیدن سیگار به طور منظم، برای پیشگیری از بیماری بعدی است. عده‌ای دیگر پیشگیری را حذف هر گونه تجربه و امتحان رفتار اعتیادی می‌دانند. سرانجام، عده‌ای نیز پیشگیری را فرایند آموختن و تلقین تدریجی باورهای می‌دانند که مانع از اندیشیدن درباره تکرار به هر گونه رفتار اعتیادی تهدید کننده سلامت در نظر می‌گیرند (دی کلمنته^۱، ۲۰۰۳). بنابراین یکی از مشکلات همیشگی در حوزه پیشگیری از سوء مصرف مواد، این توافق ناکافی است که دقیقاً منظور یکسانی از پیشگیری استنباط نمی‌شود. با این حال، سه هدف مجزا اما مرتبط با هم از پیشگیری وجود دارد: اولاً هدف از پیشگیری را می‌توان دستیابی به پرهیز تعریف کرد. با این حال، پرهیز معانی مختلفی دارد. برای مثال، پرهیز را می‌توان برای اشاره به منع کلی مصرف مواد توسط هر کسی تلقی کرد. بازنگری و مرور تاریخچه مصرف مواد طی زمان‌های مختلف در جوامع مختلف نشان می‌دهد که منع کامل ممکن است دست‌نیافتنی باشد و باید دنبال اهداف دیگری از پیشگیری بود. معنای دوم پرهیز بر منع مواد برگزیده یا ممانعت برای اقتضای خاص در جامعه (اقلیت‌ها) تکیه می‌زند. یک برنامه باید هدفش پیشگیری از سوء مصرف مواد باشد نه پرهیز؛ زیرا سوء مصرف مواد به طور کلی بر حسب مقدار، دفعات، یا مدت زمان مصرف مواد اشاره می‌کند. سومین هدف از اقدامات پیشگیرانه کاهش پیامدهای نامطلوب مصرف یا سوء مصرف مواد است. این تعریف از پیشگیری، کانون توجه را از مواد به تعامل بین مواد، مصرف کننده و محیط جلب می‌کند. لويس، دانا و بلوینس^۲ (۱۹۹۴) اظهار می‌دارند که باید ۱- عوامل سبب‌ساز در رواج مصرف مواد را شناخت ۲- برنامه‌ها و فعالیت‌هایی طراحی شوند که این عوامل خطر ساز کاهش یابد ۳- منابع لازم برای اجرای برنامه‌ها وجود داشته باشد و ۴) اثربخشی برنامه‌ها بررسی شود.

مدل‌ها و سطوح پیشگیری

فرنج و کافمن دو مدل پیشگیری ارائه می‌دهند. مدل اول توسط موسسه ملی سوء مصرف

مواد^۱ (NIDA) ارائه شده و بر این فرض استوار است که اعتیاد و سوء مصرف مواد اساساً یک مشکل فردی است که ناشی از اطلاعات، آموزش، راه حل ها و برنامه های مداخلاتی ناکافی است. طبق این مدل، برنامه های اطلاع رسانی تلویحاً به این مطلب اشاره دارند که اطلاعات دقیق، درست و به موقع به افراد مجال می دهد تا تصمیم های مسئولانه ای گرفته و رفتار جامعه پسندی در پیش بگیرند یعنی مواد مصرف نکنند. بر اساس این مدل، برنامه های آموزشی به افراد کمک می کند که مهارت های اساسی زندگی را گسترش دهند یا بالا ببرند (مثل تصمیم گیری کاهش استرس، برقراری رابطه). برنامه های جایگزین می کوشند که با ارائه جایگزین هایی که مفرح، پاداش دهنده و مقبول قشر هدف هستند مانع از سوء مصرف مواد شوند. مدل دوم پیشگیری از اعتیاد که توسط موسسه ملی الکلیسم و سوء مصرف مواد^۲ ارائه شده است از یک رویکرد سلامت جمعی برای طرح ریزی پیشگیری تبعیت می کند. این مدل از دو بعد سطح فعالیت ها و آماج فعالیت ها بهره می گیرد. این مدل شامل یک نگاه سه بخشی به اقدامات پیشگیری در قالب پیشگیری اولیه، ثانوی و ثالث است (بهاری، ۱۳۹۲).

پیشگیری اولیه

این پیشگیری جهت کاهش وقوع هر بیماری با هدف ریشه کنی آن از طریق روش های تایید شده تجربی صورت می گیرد. به عبارت دیگر هدف از پیشگیری اولیه محافظت از فرد به منظور اجتناب از مشکلات قبل از پیدایش علائم یا نشانه های مشکل است. آنچه از راهبردهای پیشگیری اولیه در خصوص مسئله سوء مصرف مواد مطرح است، رساندن پیام مؤثر و مفید به کسانی است که مواد مصرف نکرده اند و هدف این است که این افراد از مصرف مواد مخدر منصرف شوند و تمایلی به استعمال این مواد پیدا نکنند.

پیشگیری ثانویه

درمان نارسائی های موجود در مراحل اولیه در حیطه این نوع پیشگیری است. این گونه پیشگیری اغلب گونه ای از پیشگیری اولیه است ایده اصلی در پیشگیری ثانویه حمله به

1. National Institute on Drug Abuse (NIDA).

2. National Institute on Alcoholism and Drug Abuse.

مشکلات در زمانی است که قابل مهارند، پیش از آنکه در برابر مداخله مقاوم شوند (یزدانی، ۱۳۹۰).

پیشگیری ثالث

در این نوع پیشگیری تلاش در جهت کاهش آثار باقیمانده یک نارسائی است. در خصوص سوء مصرف و وابستگی به مواد تلاش برای پایان دادن به مصرف غیرارادی الکل و سایر مواد و یا بهبود بخشیدن به اثرات منفی آن‌ها از طریق درمان و توان بخشی است. این نوع پیشگیری اغلب به درمان اشاره دارد، ضمن این که توان بخشی و پیشگیری از عود را نیز شامل می شود. آماج پیشگیری ثالث در اعتیاد عبارت است از ۱) مواد مورد مصرف. ۲) مصرف کننده یا میزبان. ۳) آن جنبه‌هایی از محیط فیزیکی و اجتماعی که معتاد را مجاز دانسته یا مانع می شوند (ناروقه، قادری و مصالایی، ۱۳۹۵).

سومین چارچوب کلی برای سامان‌دهی تلاش‌های پیشگیرانه را می توان در آثار کخ و گروپ^۱ (۱۹۷۱) مشاهده کرد. آن‌ها از یک مدل اقتصادی عرضه و تقاضا بهره گرفتند. طبق این مدل هر گونه برنامه یا فعالیتی که عرضه یا قابلیت دسترسی به مواد را در جامعه یا تقاضا برای مواد را کاهش دهد، پیشگیری است. ابزار اولیه کاهش عرضه مواد ممانعت از حمل و نقل، تولید و توزیع است. کاهش در عرضه، کانون اصلی قانون و مالیات است. کاهش تقاضا برای مواد شامل ترکیبی از راهبردهایی مانند راهبردهای زیر است ۱. درمان معتادان فعلی ۲. شناسایی مصرف کنندگان و مداخله زود هنگام ۳. اجبار و تهدید به مجازات مصرف کننده ۴. اطلاع رسانی درباره خطرات فردی و اجتماعی مصرف مواد و الکل، ۵. اعمال محدودیت در تبلیغ مواد و منافع و مزایایی مواد ۶. ارائه جایگزین‌های دلپسند ۷. آموزش مصرف مناسب مواد ۸. طراحی تغییرات اجتماعی برای افزایش کیفیت زندگی اقشار آسیب پذیر و در معرض خطر (به نقل از بهاری، ۱۳۹۲).

در سال ۱۹۹۴ چارچوب جدیدی برای طبقه بندی و پیشگیری ارائه شد. مدل جدید مراقبت تقسیم بندی جدیدی را ارائه داده است که عبارتند از:

راهبردهای پیشگیری همگانی: این راهبردها برای عموم جمعیت در سطح ملی،

1. Kock and Group

محلی و مدارس اجرا می‌شوند. هدف پیام‌ها و برنامه‌ها در این نوع پیشگیری، جلوگیری از مصرف مواد یا به تأخیر انداختن شروع مصرف مواد است.

راهبردهای پیشگیری انتخابی: این راهبردها معطوف به گروه‌های از جمعیت عمومی است که به دلیل وابستگی اعضای آن به گروه خاصی گمان می‌رود که در معرض سوء مصرف مواد می‌باشند، مثل فرزندان افراد معتاد، کسانی که در مدرسه مردود شده‌اند، یا اخراج گردیده‌اند و یا دانشجویانی که دچار شکست تحصیلی شده‌اند.

راهبردهای پیشگیری برای افراد علامت‌دار: این راهبردها، راهبردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد در جمعیت ویژه‌ای است که نشانه‌های اولیه را نشان می‌دهند ولی هنوز ملاک‌های تشخیص اعتیاد را ندارند (هاشمی جشنی، ۱۳۹۰: ۸۱).

پیشگیری از عود

پیشگیری از عود روش سازمان‌دهی شده‌ای است که برای معتادین در حال بهبودی تهیه می‌شود. رادفر (۱۳۸۲) اهداف برنامه‌های پیشگیری از عود را شامل این موارد عنوان می‌کند: ۱. به وجود آوردن مهارت‌های مقابله‌ای جدید برای چالش با موقعیت‌های پرخطر از نظر عود ۲. شناخت علائم و نشانه‌های عود ۳. ایجاد تغییرات مفید در شیوه زندگی ۴. افزایش فعالیت‌های اخلاقانه

اصول پیشگیری از عود

شناخت عواملی که دلالت بر کاهش خطر عود دارند می‌تواند به اقدام مؤثر در برابر موقعیت‌های گوناگون کمک کند. رادفر (۱۳۸۲) برای پیشگیری از عود اصول زیر را به همراه پیشنهادها مرتبط با آن، عنوان می‌کند:

۱) **برخورد و مقابله با علائم محرومیت و بحران‌های حین سم زدایی:** برای مثال باید ظرفیت و توانایی مراجع در تفکر، خود تنظیمی احساسات، حافظه، قضاوت و رفتار و سطح ثبات (که باید باتوانایی او در انجام فعالیت‌های روزانه‌اش سنجیده می‌شود) در فرد بررسی شود. ۲) **ارزیابی:** هر چه میزان درک مراجع از موقعیت‌ها و حوادثی که قبلاً منجر به بازگشت وی به مصرف مجدد مواد شده‌است بالاتر برود و این واقعات را درک و قبول کند، میزان خطر عود کاهش می‌یابد. مشاور و افراد با نقش‌های مشابه، باید ارزیابی

خود را راجع به مشکلات ارائه شده توسط مراجع (موقعیت‌هایی که باعث شده مراجع به دنبال درمان برود) و تاریخچه عودهای او داشته باشد. (۳) **آموزش**: به هر مقدار که درک بهتری از فرایند بهبودی و عود وجود داشته باشد، خطر عود نیز کاهش می‌یابد. فرد نیاز دارد که اطلاعات دقیق و مناسبی در خصوص آنچه باعث عود می‌شود و آنچه که می‌تواند برای پیشگیری آن انجام دهد داشته باشد. اطلاعات داده شده در خصوص عود باید شامل مدل زیستی-روانی-اجتماعی در بروز بیماری اعتیاد، مدل تکاملی در بهبودی، سختی‌های بین راه، عوارض، شناسایی علائم خطر، راهبرهای مقابله با علائم خطر و طرح‌های مؤثر برای بهبودی باشد. بررسی و ارزیابی از مراجع در خصوص موارد آموزش داده شده مهم است. بسیاری از مراجعین مشکلات و مسائل شدید حافظه دارند که به علت سندرم بعد از محرومیت حاد^۱ است که از درک و فهم صحیح مطالب آموزشی توسط آنان جلوگیری می‌کند (کیرشنبوم^۲، ۲۰۰۹). (۴) **شناسایی علائم خطر**: زمانی که مراجع خودش علائم هشدار دهنده در خصوص خطر مصرف مواد و نقض پاکی‌اش را بداند خطر عود کاهش می‌یابد. علائم خطر شامل دو گونه علائم می‌شوند. برخی ریشه در مسائل روانی فرد (مثل مسائل دوران کودکی) دارند و برخی ریشه در اعتیاد فرد دارند. علائمی که ریشه در مسائل روانی فرد دارند باعث درد و افت عملکرد می‌شوند ولی مستقیماً باعث مصرف مواد نمی‌شوند و زمانی که شیوه تفکر اعتیادی که باعث بازگشت و عود می‌شوند شروع می‌شود عود مصرف مواد را شاهد هستیم (یزدانی، ۱۳۹۰). (۵) **کنترل علائم خطر**: زمانی که مراجع طرح و نقشه محکم و استواری را برای پیشگیری از بروز و توقف علائم خطر دارد خطر عود کاهش پیدا می‌کند. کنترل علائم خطر شامل آموزش به فرد در خصوص چگونگی مقابله و کنترل علائم خطر در میزانی که بروز می‌کنند، می‌شود (کیرشنبوم، ۲۰۰۹). (۶) **دخیل شدن افراد شاخص**: زمانی که افراد شاخصی (نظیر خانواده، دوستان) واکنش مناسب به نشانه‌های خطر نشان دهند خطر عود کاهش می‌یابد. مراجعین در معرض عود نمی‌توانند به تنهایی بهبود بیابند و به کمک دیگران به خصوص اعضای خانواده، پشتیبانان و حامیانی در هنگام ترک، مشاورین، گروه‌های مختلف نیازمند هستند.

هر چه این افراد خود از نظر روانی و خلقی سالم‌تر باشند بیشتر می‌تواند به مراجع در پاک ماندنش کمک نمایند. این افراد می‌بایست در خصوص نشانه‌های خطر آموزش ببینند و بایستی مراقب باشند تا زمانی که نشانه‌های خطر را مشاهده کردند به مراجع اعلام کنند و همچنین به مراجعین باید خاطر نشان شد که به تذکرات این افراد گوش کنند و اقدام نمایند (یزدانی، ۱۳۹۰). **۷) تقویت:** زمانی که فردی برای سه سال متوالی پاک بود می‌توان برنامه‌های پیشگیری از عود را سالانه مود بررسی و تجدید نظر قرار داد. این برنامه‌ها و فعالیت‌ها آن قدر باید تکرار و تقویت گردند تا به صورت عادت فرد در بیایند. **۸) مشاوره:** پیشگیری از عود می‌بایست قسمتی از برنامه درمانی باشد. مهارت‌های مقابله و فائق آمدن بر مشکلات بایستی به معتادین آموزش داده شود. در اینجاست که نقش عوامل دیگر همچون مشاوره، جامعه و خانواده تعیین کننده است. مشاوره راه‌های دستیابی به حل مسئله پیش آمده را تسهیل می‌کند. نقش مشاور در این موقعیت این است که محیطی را که در آن فرد بتواند با مشکلاتش برخورد کند و با آنها کنار بیاید را فراهم نماید. انواع مشاوره شامل مشاوره بازتوانی، فردی و گروهی می‌شود. **۱۰) گروه‌های خودیاری:** گروه خودیاری انجمنی از افرادی است که مشکلات مشابه دارند و خودشان را برای کمک و راهنمایی دو و یا چند جانبه سازماندهی می‌کنند. در این گروه‌ها افراد تشویق می‌شوند که راجع به تجربیات و مشکلات‌شان، احساسات‌شان و اقدامات‌شان برای غلبه کردن بر مشکلات صحبت کنند و این تبادل تجربیات برای دیگران امید و اعتماد به آینده را به ارمغان می‌آورد. آنها می‌تواند مشکلات یکدیگر را شناسایی کنند و به فرد مشکل‌دار در غلبه بر احساس شرم و ترس از داشتن این مشکلات کمک کنند. تعامل فعال بین اعضای گروه، ارتباطات محکمی را بین اعضا ایجاد می‌کند. مراقبت و اهمیتی که آنها به هم می‌دهند به آنها در پیروزی در جنگ با مشکلات کمک می‌کند و به خصوص زمانی ارزش دارد که حمایت آنچنانی در خارج از گروه نیز مشاهده نمی‌شود. تلاش مشترک آنها در بهبودی، ارزش‌ها را در آنها می‌پروراند. درصد زیادی از موفقیتی که هر گروه خودیاری به آن دست می‌یابد به خاطر فلسفه وجودی یا مجموعه اعتقاداتی است که اعضای آن گروه به کمک یکدیگر، رعایت آنها را تمرین می‌کنند. در حین اینکه گروه به آنها ارزش و احترام به زندگی را به خاطر

اعتقادات‌شان نشان می‌دهد، تغییرات مثبتی را در احساسات، تفکر و رفتارشان در هر یک از اعضاء نیز به وجود می‌آورد. گروه خودیاری در هر مدل برنامه درمان سوء مصرف ابزار قدرتمندی است و اعضای قدیمی‌تر گروه با تمرینات تجربی مفید، بینش لازم را در اعضاء جدیدتر نسبت به مشکل‌شان به وجود می‌آورند. زمانی که اعضای قدیمی‌تر از تجربیات‌شان و آنچه بر آن‌ها گذشته است و راهکارهایی که برای مقابله اخذ کرده‌اند صحبت می‌کنند اعضای جدیدتر از تجربیات آن‌ها استفاده می‌کنند و یاد می‌گیرند که چگونه با موقعیت‌های مختلف زندگی برخورد کنند و بر آنها فائق آیند، بدون اینکه مواد مصرف‌نمایند (یزدانی، ۱۳۹۰). (۱۱) **آموزش شغلی**: این آموزش می‌تواند شامل ارزیابی شغلی فرد، آموزش مهارت‌ها و کمک در یافتن شغل باشد. (۱۲) **جامعه**: دخالت جامعه در پیشگیری از عود نقش اساسی در موفقیت این امر خطیر دارد و باید شامل آموزش جامعه در ارتباط با اعتیاد، درک اهداف برنامه‌های مختلف باشد. (۱۳) **مشارکت خانواده**: از اعتیاد به عنوان بیماری خانواده نام می‌برند. احساس‌ها و رنج‌های مختلفی در طول فرایند اعتیاد به سمت افراد خانواده یک معتاد روی می‌آورند که از جمله مهمترین آن‌ها احساس گناه، اندوه و غم، عصبانیت، شرمساری و احساس تنهایی، ناامیدی و ترس و احساس مغبون شدن است. به دلیل درگیری و تأثیر زیاد خانواده بر فرد معتاد، لازم است که جلسات مشاوره خانواده برای کمک به پیشگیری از عود صورت گیرد. (۴) **برطرف کردن موانع بهبودی**: فرایند پیشگیری از عود هیچگاه آسان نبوده و شناسایی تعدادی از عواملی که می‌توانند مانعی در راه بهبودی باشند می‌تواند مثرتر باشد. آگاهی داشتن از این عوامل به درک بهتر سختی‌ها و راه‌های اجتناب از مشکلات کمک می‌کند. برخی از این موارد شامل بیماری‌های همبود از جمله اختلالات خلقی است که نیاز به درمان اساسی دارد. همچنین به آشفستگی روانی اجتماعی و نقائص شناختی باید توجه شود (پاگانو، وایت، کلی، استوت و تونیکان، ۲۰۱۳).

در یک نگاه کوتاه و به طور خیلی مختصر می‌توان پیشگیری از عود را شامل اجزاء

زیر عنوان کرد (رادفر، ۱۳۸۲).

الف) بهبودی جسمی: مراقبت از سلامت فرد، عادات پسندیده و مفید غذایی، تمرینات جهت دستیابی به آرامش، خواب منظم و فعالیت‌های خلاقانه. ب) بهبودی روانی و رفتاری: اعتماد به نفس. به دست آوردن ارزش‌های والا مثل شرافت، به موقع سرکار حاضر شدن، قبول مسئولیت و از عهده آن به خوبی برآمدن. ج) بهبودی اجتماعی: وقت خود را با خانواده و دوستانش صرف کردن، با اعضاء خانواده غذا خوردن، و نقشهای اختصاصی را به عهده گرفتن. د) بهبودی معنوی و مذهبی: ارزشهای اخلاقی و معنوی را افزایش دادن.

رویکردهای پیشگیری از عود

چهار مدل رایج پیشگیری عبارتند از مدل طبی، مدل یادگیری اجتماعی، مدل زیستی - روانی - اجتماعی و مدل فرانظری.

مدل طبی پیشگیری از عود

این مدل را اولین بار جلنیک^۱ (۲۰۱۰) به عنوان راهی برای درک الکلیسم مفهوم‌سازی کرد و از آن زمان برای رفتارهای اعتیادی به کار گرفته است. این دیدگاه فرضیات اصلی که افراد وابسته به مواد و الکل اساساً دچار هوس‌های جسمی مقاومت‌ناپذیر برای مواد هستند و در مصرف مواد خویشتن‌دار نیستند، می‌پذیرد. طبق این مدل، بیماری الکلیسم یا اعتیاد، پیشرونده و برگشت‌ناپذیر است. حاصل این مدل برای پیشگیری از عود در پتانسیل آن برای دید دو مقولگی هم به اختلال و هم مشکل نهفته است. این مدل بیماری محور مراجع را به صورت «پرهیزکننده^۲» یا «بازگشت‌کننده^۳» تعریف می‌کند. چون مبارزه علیه نیروهای قدرتمند و مهارنشدن بیماری بسیار سخت است اغلب عود به صورت رویدادی احتمالی نگریده می‌شود. در واقع عود جزئی از بیماری است. بسیاری از طرفداران این مدل تمام لغزش‌ها را عود می‌بینند و تصور بر این است که لغزش‌های مراجع درمان را بی‌اثر و ختشی می‌کند؛ بنابراین در صورت تمایل، مراجع باید فرایند بهبودی را از نو آغاز کند و دوباره از نقطه صفر شروع کند (به نقل از بهاری، ۱۳۹۲). در دیدگاه‌های سنتی،

لغزش اهمیت بسیار زیادی دارد. به این صورت که آموزش داده می‌شود که یک جرعه مشروب، مقداری حشیش، یا یک قرص یا مقداری تریاک به سوء‌مصرف منجر خواهد شد. زیرا عقیده بر این است که اعتیاد پیش‌رونده است. هرگونه مصرف مواد بی‌درنگ به پیشروی بیماری می‌انجامد؛ و بنابراین، تنها اقبال و بخت معتاد «پرهیز» است. این تصویری رایج است که پرهیز به معنای سلامتی و مصرف مواد برابر با بیماری است. افزون بر آن، طرفداران مدل طبی معمولاً به مراجع می‌گویند که الکیسم و وابستگی به هرگونه مواد، بیماری است که به طور مزمن عود کننده است.

مدل یادگیری اجتماعی پیشگیری از عود

طرفداران این مدل عقیده دارند که مصرف و سوء‌مصرف مواد حاصل تاریخچه خاص یادگیری است و رفتار مصرف مواد مخدر از نظر فراوانی، طول عمر و شدت به دلیل منافع روانی که دارد، افزایش یافته است. این عقیده را می‌توان با عقیده خانتزیان^۱ (۲۰۱۱) مبنی بر اینکه مصرف مواد پاسخ بالقوه در تلاش برای کاهش سائق است و چون اثرات روانی مواد در ابتدا کاستن از تنش و فشار است، پس تقویت کننده می‌باشد همسو دانست (خانتزیان، ۲۰۱۱). آلبرت بندورا نیز در نظریه یادگیری خود معتقد است که مصرف بیش از اندازه مواد توسط عوامل فشارزای محیطی آغاز می‌شود و توسط اثرات افسرده‌وار بی‌حس کننده مواد مخدر بر دستگاه اعصاب مرکزی حفظ می‌شود. طبق مدل یادگیری اجتماعی به بازگشت به مواد به عنوان تجربه‌ای آموزنده‌ای نگریسته می‌شود که می‌توان با موفقیت از آن بهره‌برداری نمود تا منفی که قبلاً در درمان به دست آمده است، تقویت و تحکیم کرد. عود نیز پاسخی به شرایط محیط است که مادام بر مراجع تحمیل می‌شود. از این نظر عوامل تعیین کننده‌ی عود و موقعیت‌های پرخطر را باید از همان آغاز ردیابی کرد و با آموزش به مراجع احتمال مصرف دوباره مواد و عود تمام‌عیار بعدی را از همان ابتدا به طور مؤثری کاهش داد (مطهری، ۱۳۹۳).

مدل زیستی - روانی - اجتماعی

این مدل اعتیاد را الگوی رفتاری پیچیده و پیش‌رونده‌ای می‌داند که دارای مؤلفه‌های زیستی

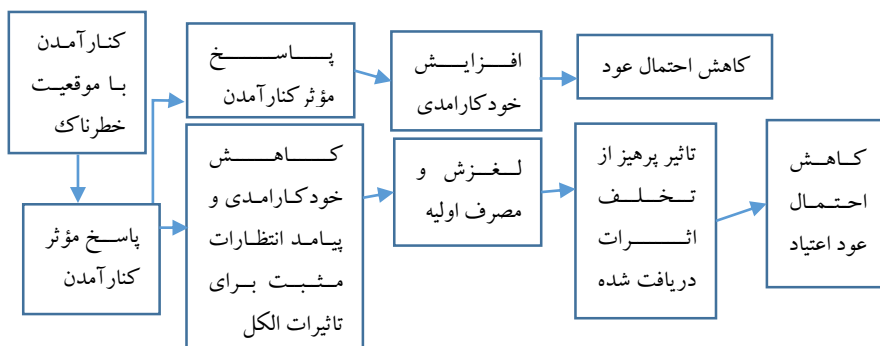
- روانی و اجتماعی است چیاپوزی^۱ (۲۰۰۰) این مدل را برای پیشگیری از عود به کار گرفته و به این نکته اشاره داشته که نظام‌های زیستی، روانی و اجتماعی پتانسیل خطرات عود را در خود دارند. خطرات نظام‌های زیستی که می‌توانند فرد را در معرض خطر عود قرار دهند عبارتند از عواملی از قبیل تخریب اعصاب، هوس‌های ناشی از واکنش به سرخ و نواقص زیستی - شیمیایی. عوامل خطر ساز روانی شامل باورها و انتظارات از مصرف مواد و نیز نواقص در مهارت‌های مقابله‌ای است. وقایع منفی زندگی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی از عوامل اجتماعی مؤثر بر عود هستند. از این منظر، راهبردهای پیشگیری از عود شامل توجه به یکایک این نظام‌ها است. طرز برخورد مراجع با مسائل و مشکلات جسمی و شناختی که مربوط به ترک هستند بر خطر آن‌ها برای عود تأثیر دارد و بر مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های مقابله‌ای، مهارت‌های حل مساله، مقابله شناختی و فکری و مدیریت استرس تأکید می‌شود. این مدل بر سیستم‌های اجتماعی بویژه بر سیستم خانواده همراه با مداخلات زناشویی و خانوادگی که نقش مهمی در فرایند پیشگیری از عود بازی می‌کنند، تأکید می‌ورزد (به نقل از بهاری، ۱۳۹۲).

مدل پیشگیری از عود مارلات

یکی از مدل‌های اثرگذار در خصوص اعتیاد، مدل مارلات و گوردن^۲ (۱۹۸۵) در مورد فرایند عود است. بر اساس این مدل، احتمال عود در موقعیت‌های پرخطر، به وسیله پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد، احساس خودکارآمدی کاهش یافته و انتظارات مثبت در مورد اثرات رفتارهای پرخطر اعتیادی افزایش می‌یابد. مارلات موقعیت پرخطر را موقعیتی تعریف می‌کند که در آن تهدید، فراتر از توان مقابله فرد ادراک می‌شود و راهی به جز تسلیم فرد در برابر وسوسه رفتارهای مربوط به اعتیاد باقی نمی‌گذارد. مشخص کردن موقعیت‌های پرخطری که فرد در آن قرار می‌گیرد یکی از فعالیت‌های اصلی در مدل پیشگیری از عود است. تحلیل محتوای دوره‌های عود الکلی‌ها، سیگاری‌ها، معتادان هرئینی، قماربازان تکانشی و افراد پرخور به سنخ‌شناسی موقعیت‌های پرخطر در بین گروه‌های نامتجانس سوء مصرف مواد منجر شده است. این سنخ‌شناسی پنج نوع موقعیت

درون فردی (حالات هیجانی منفی، حالات فیزیکی - فیزیولوژی منفی، افزایش حالات هیجانی مثبت، آزمایش مهار شخصی، تسلیم میل و وسوسه شدن) و سه موقعیت بین فردی (تعارض بین فردی، فشار اجتماعی و افزایش حالات هیجانی مثبت) را شامل می شود. در نظریه مارلات بر دو دسته از تعیین کنندگان عمده در فرایند عود تأکید شده است. اولین دسته از تعیین کنندگان عود، تعیین کنندگان محیطی - درون فردی است که یا در مراحل اولیه عود در پاسخ به رویدادهای جسمانی یا روان شناختی اولیه (نظیر مقابله با حالت های هیجانی منفی و سایر موارد) و یا در پاسخ به رویداد محیطی (نظیر بدشانسی، بیچارگی، تصادف و مشکل مالی) مورد استفاده قرار می گیرد. دومین دسته از تعیین کنندگان عود، عوامل بین فردی می باشند و زمانی که مراحل عود دربرگیرنده تأثیرات افراد دیگر است (نظیر، تعارض بین فردی، فشار اجتماعی) نمایان می شود (مارلات، پارکز و ویتو کیتر، ۲۰۰۲). براساس این الگو، هدف اولیه درمان های پیشگیری از عود باید کمک به معتاد برای ایجاد راهبردهای رفتاری و شناختی کارآمد برای مقابله با موقعیت های پرخطر بین فردی - محیطی و بین فردی باشد. افراد با دادن پاسخ های مقابله ای مؤثر مطمئن می شوند که از طریق افزایش خود کارآمدی می توانند با این موقعیت ها کنار آیند و به این وسیله احتمال عود در این افراد کاهش می یابد. در مقابل افرادی که پاسخ مقابله ای غیر مؤثر تجربه می کنند، خود کارآمدی شان کاهش یافته و با این انتظار که مصرف مواد نتایج مثبت به همراه خواهد داشت، دچار لغزش می شوند. این لغزش به نوبه خود به احساس گناه و شکست منجر شده و در همایندی با اثرات مثبت مواد، احتمال عود را افزایش می دهد. با توجه به مدل پیشگیری از عود مارلات، نقص مهارت های مقابله ای کلی به احساس خود کارآمدی کاهش یافته و افزایش احتمال اینکه رفتارهای اعتیادی به عنوان یک راهبرد مقابله ای مناسب مورد استفاده قرار گیرد، در موقعیت های پرخطر کمک می کند (ویتکیویتز، واندرماس و هافورد^۲ و مارلات، ۲۰۰۷). الگوی شناختی- رفتاری فرایند

بازگشت (برگرفته از مارلات و همکاران، ۲۰۰۲) در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل ۱. الگوی شناختی - رفتاری فرایند بازگشت (برگرفته از مارلات و همکاران، ۲۰۰۲)

از این مدل می توان استنباط کرد این است که افراد با دادن پاسخ های مؤثر کنار آمدن، مطمئن می شوند که می توانند با این موقعیت ها کنار آیند (افزایش خود کارآمدی) و به این وسیله احتمال عود کاهش می یابد. در مقابل، افرادی که پاسخ های غیر مؤثر کنار آمدن را تجربه می کنند، خود کارآمدی شان پایین خواهد آمد و با این انتظار که مصرف الکل اثر مثبت خواهد داشت (نتایج مثبت انتظارات) همراه است که می تواند منجر به لغزش اولیه شود. این لغزش، در جای خود می تواند به احساس گناه و شکست (تأثیر پرهیز از تخلف) منجر شود. تأثیر پرهیز از تخلف، تنها با نتایج مثبت انتظارات، می تواند احتمال عود را افزایش دهد

دید فرایندی به پیشگیری

مدل فرایندی تغییر رفتار عمدی آدمی را می توان برای پیشگیری به راحتی به کار گرفت. به ویژه مراحل، فرایندها، نشانگرها (شاخصه ها) و بافت تغییر چارچوبی را برای کاربرد دقیق تر هر سه نوع فعالیت پیشگیری در اختیار می گذارند. رازینسکی و دی کلمنته، ۲۰۱۱ به نقل از بهاری، ۱۳۹۲ مدعی هستند که کاربرد مدل فرایندی تغییر برای شروع اعتیاد قادر است بسیاری از مشکلات مفهومی و عملی که مانع از اقدامات پیشگیرانه در قبال رفتارهای تهدید کننده سلامتی هستند را برطرف سازد. زیرا هدف نهایی برنامه های

پیشگیری از رفتار اعتیادی پیشگیری از مبادرت منظم به سوء مصرف مواد یا وابستگی به رفتار اعتیادی است. این هدف بر نقطه پایانی فرایند معتادشدن یعنی مرحله «نگهداری اعتیاد» تمرکز می‌کند. فرایند معتادشدن از طریق یک سلسله مراحل که شامل التزام فزاینده به مصرف مواد، از بین رفتن خویش‌تنداری و وابستگی فزاینده زیستی- روانی- اجتماعی به رفتار اعتیادی است، به پیش می‌رود. مطابق مدل فرانظری مراحل رفتارهای اعتیادی پروچاسکا، دیکلمنته و نور کروز^۱ (۱۹۹۲) و دی کلمنته (۲۰۰۳) مشخصه مرحله پیش قصد و فقدان قصد برای تغییر است. در این نقطه، فرد از مشکل آگاه نیست یا آن را کمتر از اندازه برآورد می‌کند و در برابر تغییر دادن آن مقاوم است. در خلال مرحله قصد فرد از مشکل آگاه است، درباره تغییر کردن می‌اندیشد، اما الزام و تعهدی به انجام اقدام برای برطرف‌سازی مشکل در خود نمی‌بیند. در این مرحله، فرد به این می‌اندیشد که تصدیق مشکل چقدر هزینه دارد و آیا بهایی که قرار است برای تغییر بپردازد، ارزش دارد دادن رفتار اعتیادی است و می‌کوشد که رفتارش را (بدون موفقیت) در سال گذشته تغییر دهد. در خلال مرحله عمل / اقدام این تغییرات را به وجود می‌آورد. از نظر پروچاسکا و دی کلمنته در این مرحله رفتار اعتیادی فرد در هر حال از یک روز تا شش ماه تغییر کرده است. سرانجام، در مرحله نگهداری یا ابقاء، فرد در حال پیشگیری از عود رفتار اعتیادی با استمرار فرایند تغییر از طریق ثبات رفتار است؛ بنابراین، پی بردن به اینکه مراجع بر حسب مراحل تغییر در کجا قرار دارد (مثلاً با استفاده از مصاحبه یا پرسشنامه تغییر رفتار اعتیادی) می‌تواند به مشاور کمک کند تا پی ببرد که آیا عود دغدغه فکری مراجع هست یا نیست و چگونه وارد بحث پیشگیری از عود یا بهبودی شود زیرا عود رفتار اعتیادی تا مرحله ابقاء یا نگهداری دغدغه فکری مراجع به حساب نمی‌آید. با این وجود، احتمال دارد که دغدغه عود، در هر یک از این مراحل بروز کند حتی اگر ظاهر متفاوتی داشته باشد چون ممکن است تصور کند که قادر نیست که تغییر موفقیت آمیزی داشته باشد. حال آنکه در مرحله اقدام یا ابقاء مراجع ممکن است نگران عود باشد چون تعهد به تغییر شکل گرفته است؛ بنابراین، بسیار مهم است که در مراحل قبلی، مشاور مساله عود را مطرح کند (نه اینکه آن

را ترغیب کند یا منکر شود.) در حالی که در مراحل بعدی مشاور ممکن است مراجع را دعوت کند که درباره نگرانی‌هایش بحث کند (دی کلمنته، ۲۰۰۳).

در خلال کار با مراجع در مورد پیشگیری یا بهبودی از عود، مشاور باید با پرسیدن سؤالات زیر، خودش را واری کند:

۱. آیا من دارم به مراجع می‌گویم که انتظار عود برای تمام معتادان است؟
 ۲. آیا من دارم از گفتن پیامدهای انتخاب مصرف مواد به مراجع اجتناب می‌کنم؟
 ۳. آیا من فکر می‌کنم که اگر در همان موقعیت بودم، همان کار را می‌کردم؟
 ۴. آیا من اطلاعاتم را درباره عود از دیگران پنهان می‌کنم؟
- اگر پاسخ مشاور به به هر یک از این سؤالات «بلی» است، او باید به تنهایی یا به همراه همکار یا استاد ناظر احتمال بالا بردن مصرف مواد را در مراجع بررسی کند. اولین سؤال بسیار اساسی است چون مشاور نمی‌خواهد مشوق عود باشد. همین‌طور نمی‌خواهد که احتمال عود را منکر شود. ممکن است مشاور بخواهد که مساله عود را در همان مراحل اولیه تغییر مطرح کند اما باید مواظب باشد که این پیام را به مراجع ندهد که همه معتادان دچار عود می‌شوند. این پیام مانند این جمله به بیمار است که «شما به طور مدام نباید مساله بازگشت بیماری سرطان را نادیده بگیرید». برعکس، مشاور باید امید واقع‌بینانه به تغییر را به مراجع بدهد که ممکن است گرفتار این مثل باشد که «امید بهترین چیز را داشته باش و آماده بدترین وضعیت باش» (آگبولا، مک نیل، کولمن و لیناردی بی، ۲۰۱۰).

نتیجه‌گیری

اعتیاد و سوء مصرف مواد یک مشکل جدی جهانی است که سلامت عمومی هر جامعه‌ای را تهدید می‌کند و منجر به اختلالات روانی، رفتاری و شناختی زیادی می‌شود. هیچ اجتماعی از پیامدهای منفی اعتیاد و سوء مصرف مواد در امان نیست. تلاش برای درک، پیش‌بینی، پیشگیری و درمان سوء مصرف مصرف مواد معمولاً با این سؤال شروع می‌شود که چرا افراد مواد مصرف می‌کنند؟ چرا افسرده می‌شوند؟ چرا حتی پیش از مشاهده‌ی

پیامدهای مصرف مواد و الکل همچنان به مصرف خود ادامه می‌دهند؟ و هزاران چرای دیگر را در این حوزه می‌توان مطرح کرد. از حدود چند دهه قبل محققان توجه خود را به این مسئله معطوف کرده‌اند که چرا نه؟ چرا بسیاری از افراد که در خطر مصرف مواد هستند هرگز به سراغ آن نمی‌روند؟ چرا برخی از افراد تحت تأثیر عواملی که برای دیگران مشکلات عاطفی و روانی به وجود می‌آورد این پیامدها را تجربه نمی‌کنند؟ چگونه افراد بعد از اقدام به ترک می‌توانند از خطر عود در امان باشند؟ پرسش‌هایی از این دست و دامنه گسترده‌ی از مشاهدات پژوهشی و بالینی به توجه به مفهوم پیشگیری منجر گردیده است. اگر چه امروزه بکارگیری روش‌های مختلف پیشگیرانه در به تاخیر انداختن اعتیاد افراد کمک می‌کند اما سرمایه‌گذاری بر مقوله کاهش تقاضا و ایجاد فرهنگ پیشگیری اولیه، هرگز نباید منجر به غفلت از سرمایه‌گذاری و حمایت از درمان مبتلایان و فعالیت در سطح دوم و سوم پیشگیری باشد. پیشگیری از مصرف مجدد مواد راهبرد مهمی است که نقش اساسی در جلوگیری از گرایش افراد به مصرف مواد دارد. هر چند طی سالیان اخیر برنامه‌هایی توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر در زمینه گسترش برنامه‌های پیشگیری و تدوین سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد اجرا شده‌اند اما یکی از حوزه‌های که ضروری است به صورت ویژه‌ای به آن پرداخته شود، بهره‌گیری از رویکردها و برنامه‌های پیشگیری از مصرف مجدد مواد است. بدون شک استفاده از چنین برنامه‌هایی کمک خواهد کرد تا از هدر رفت انرژی و منابع انسانی در سرمایه‌گذاری بر برنامه‌هایی که از کارآمدی لازم برخوردار نیستند، جلوگیری گردد و در نتیجه از برنامه و رویکردهای استفاده شود که کارآمد هستند و اثربخشی آنها نیز ثابت شده است. عود مانع اساسی در درمان رفتارهای اعتیاد آور و در نتیجه تغییر رفتار اعتیادی است (برانندون، ویدرین و لیتوین^۱، ۲۰۰۷). به عنوان مثال میزان عود دوازده ماه بعد از مصرف الکل یا دخانیات به طور کلی از ۸۰ تا ۹۵ درصد در نوسان است (پولیوی و هرمن^۲، ۲۰۱۱). وسوسه‌ی مصرف نقش بسیار مهمی در بروز عود ایفا می‌کند. در فرایندهای درمان معتادان پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه‌ی اثرات لذت‌بخش ماده‌ی اعتیاد آور دیده می‌شود. این احساس

ممکن است از چند ساعت پس از شروع درمان تا روزها و ماه‌ها پس از پایان آن دیده شود. فراوانی و شدت مصرف شاید کم‌کم رو به کاهش رود ولی این احتمال هست هیچ‌وقت به طور کامل از بین نرود. بعضی افکار، احساسات و موقعیت‌ها می‌توانند وسوسه‌ی مصرف را در فرد در حال بهبودی ایجاد و یا تشدید کنند. به این عوامل، عوامل شروع کننده گفته می‌شود یعنی عواملی که باعث می‌شوند دوره‌ی مصرف برای فرد یادآوری شده و وسوسه‌ی مصرف آغاز شود. طبق مطالب بیان شده وقتی فردی عود می‌کند، مانند دوره‌ی اعتیاد دیگر قادر نیست میزان مصرف خود را کنترل کند. نکته‌ی مهم دیگر این است که دوباره رفتارهای مرتبط با اعتیاد مانند انکار کردن اعتیاد، دروغ گفتن، پنهان‌کاری، و مانند آن در فرد دیده می‌شوند (معارف وند و اختیاری، ۱۳۹۱). مطلبی که نباید از آن غافل شد این است که بهبودی فقط به این معنی نیست که مصرف مواد قطع شود، بلکه علاوه بر قطع مصرف باید رفتارهایی که در دوره‌ی مصرف از فرد سر می‌زند نیز متوقف شوند. به این ترتیب اگر کسی مصرف مواد را قطع کرده اما هنوز رفتارهای مرتبط با اعتیاد در او مشاهده می‌شود، در وضعیت نگران‌کننده‌ی قرار گرفته است، چرا که احتمال دارد رفتارهایی مرتبط با اعتیاد بازم زمین را برای مصرف او مهیا کنند.

براساس رویکردهای رایج و کاربردی و نظریات مختلف که در رابطه با فرایند عود بیان شد می‌توان به این نتایج رسید که عود به یک باره اتفاق نمی‌افتد. همیشه قبل از عود اتفاقاتی اتفاقاتی رخ می‌دهد و علامت‌هایی ظاهر می‌شوند که افراد نزدیک به فرد معتاد از خطر عود آگاهی یابند. احتمال دارد در بعضی موارد خود فرد مصرف کننده متوجه این علائم نشود در چنین شرایطی اگر خانواده یا اطرافیان این علائم را بشناسند و بدانند باید در مورد آن‌ها چه کاری انجام دهند می‌توانند فرد در حال بهبودی را نسبت به وضعیت خطرناکی که در آن قرار گرفته است آگاه سازند و از روش‌های مناسب برای انتقال اطلاعات در زمینه سوء مصرف مواد و عود اعتیاد استفاده کنند. در انتخاب روش‌ها به چند نکته توجه شود: روش‌ها جذاب باشد، با توجه به شرایط خاص هر یک از گروه‌های هدف باشد و شرایط سنی - جسمی - تحصیلی - فرهنگی افراد در نظر گرفته شود. هر چه قدر اطلاعات ارائه با نیازهای افراد یا مشکلات‌شان نزدیکی بیشتری داشته باشد، احتمال

تأثیر گذاری آن‌ها بر افراد و مشارکت و علاقه‌مندی شان برای شرکت در برنامه‌های پیشگیری افزایش می‌یابد. علاوه بر این شناخت عوامل زمینه‌ساز بروز مشکلات و اولویت‌بندی تأثیر گذاری آن عوامل و تدوین برنامه‌های پیشگیری براساس این عوامل زمینه‌ساز و اولویت آنها کارایی و اثر بخشی برنامه‌ها را افزایش می‌دهد. نکته بعد اینکه در ارائه اطلاعات به شرایط توجه شود. به عبارتی یک برنامه ثابت برای همه مناطق کشور ارائه نشود چرا که نیازها و مشکلات در همه مناطق شبیه هم نیستند. عوامل زمینه‌ساز و بروز مشکل در همه مناطق یکسان نیستند و برای تأثیر گذاری اطلاعات ارائه شده در زمینه‌های پیشگیری لازم است که به این مسائل توجه شود. برنامه پیشگیری باید مبتنی بر مشارکت مردم منطقه و گروه‌های هدف باشد و استفاده از گروه‌های خودیاری در ارائه اطلاعات در این سطح می‌تواند مؤثر واقع شود. استفاده از این گروه‌ها که در گذشته خود با مشکلات درگیر بوده‌اند از این جهت مهم است که مشکل را لمس کرده‌اند.

در مراحل ارائه خدمات و انجام مداخله‌ها برای پیشگیری از فرایند عود می‌توان گفت که: (۱) ارائه خدمات یا انجام مداخله‌ها به موقع باشند (۲) ارائه خدمات یا انجام مداخله‌ها در سطح تخصصی باشند (۳) آشنایی با منابع ارائه‌کننده خدمات بسیار مهم است. (۴) مشارکت و انگیزه افراد برای درمان و حل مشکل حائز اهمیت است (۵) توزیع و پراکندگی مناسب موسسات ارائه‌کننده خدمات در ارائه خدمات تأثیر دارد (کیرشنبوم^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). ارائه خدمات نباید در طولانی مدت ادامه پیدا کند چرا که منجر به وابستگی افراد می‌شود. ارائه این خدمات نیز منجر به استقلال نسبی نمی‌شود بلکه هدف بیشتر کنترل مشکل است. به عبارت دیگر ارائه خدمات منجر به کاهش بحران می‌شود اما افراد پس از این مرحله لازم است خدمات دیگری را هم دریافت کنند تا باز پروری و توانبخشی آنان فراهم شود. با توجه به مواردی که در رویکردهای پیشگیری بیان شد برای رسیدن به این هدف نکات زیر مورد توجه قرارگیرد: پیشگیری معمولاً در کوتاه مدت به نتیجه نمی‌رسد و با توجه به ماهیت کار همکاری سازمان‌های مختلف و مردم ضروری است. یکی از راهبردهای اساسی در این مرحله توجه همزمان به فرد خانواده و جامعه است.

امروزه در اکثر موسسات کشور ممکن است که بیشترین تمرکز بر فرد باشد و شاید یکی از دلایل عدم موفقیت کامل در استقلال‌نسبی افراد و موفقیت در درمان اعتیاد غفلت از خانواده و جامعه باشد. برای حل مشکل اعتیاد و مسئله عود اعتیاد باید در جامعه و عوامل تسریع‌کننده اعتیاد تغییراتی صورت گیرد. در مراکز بازپروری نیز تغییرات گسترده‌ای باید صورت گیرد. در حال حاضر در مراکز بازپروری به معتاد فقط در همان مکان رسیدگی می‌شود در حالی که باید علاوه بر اینها به ایجاد تغییراتی در خانواده نیز پرداخت. به عبارت دیگر، مرحله‌ای به عنوان پیگیری بعد از مرحله ترخیص معتاد باید وجود داشته باشد و سعی شود خانواده را محیطی پذیرای فرد معتاد ساخت. زیرا نپذیرفتن فردی که ترک اعتیاد نموده از طریق جامعه و خانواده باعث اعتیاد مجدد او می‌شود. علاوه بر این موارد باید قبل از شروع بازپروری معتاد در مراکز بازپروری با رفتار حرفه‌ای ضمن توجه به نکات مثبتی که ممکن است در فرد معتاد وجود داشته باشد، امید و اعتمادی را در او بوجود آورد تا او به این درک برسد که مشکل متعلق به خود اوست و بجای پرداختن به احساسات باید با رفتار و عملکرد زمان حال او پرداخت. در واقع باید سعی نمود که به معتاد فهماند که در این راه علاوه بر حمایت‌هایی که از او می‌شود راه برای هرگونه دلیل تراشی و دستاویزهایی که معتادان معمولاً بکار می‌برند بسته‌است. با توجه به مطالب بیان‌شده پیگیری بعد از ترک ماده مصرفی نیز حائز اهمیت است که متأسفانه در فرایند ترک اعتیاد نادیده گرفته می‌شود. پیگیری می‌تواند از بازگشت مکرر معتادان ترک کرده و شروع مجدد اعتیاد جلوگیری کند و کوششی در جهت کنترل و هدایت غیررسمی فرد پس از اعتیاد و جلوگیری از اعتیاد مجدد وی باشد. پیگیری در شرایط مطلوب باید با تغییر محیط اجتماعی معتاد و فضای پیرامونی او همراه گردد. به منظور عملیاتی‌شدن تمام موارد ذکر شده در سطح جامعه و کاربرد آن در امر خطیر پیشگیری از عود اعتیاد پژوهش‌های بیشتری مورد نیاز است.

منابع

- امینی، کورش؛ امینی، داریوش؛ افشارمقدم، فاطمه و آذر، ماهیار (۱۳۸۲). بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان*، ۱۱(۴۵)، ۴۷-۴۱.
- آزاد ارمکی، تقی (۱۳۹۲). *نظریه‌های جامعه‌شناسی*. تهران: انتشارات سروش.

بهراری، فرشاد (۱۳۹۲). اعتیاد مشاوره و درمان (راهنمای تغییر رفتار اعتیادی در معتادان). تهران: نشر دانژه، چاپ دوم.

خالقی، عصمت (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی با رویکرد سیستماتیک در پیشگیری از عود اعتیاد و افزایش سلامت عمومی در افراد وابسته به مواد در مراکز ترک اعتیاد گیلان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی، چاپ شده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

دهقانی فیروزآبادی، سمیره؛ قاسمی، حامد؛ منتظرهدش، رویا؛ فاتحی زاده، مریم؛ ذوالفقاری، سلاله؛ و ابراهیمی، علی اکبر (۱۳۹۳). اثربخشی مصاحبه انگیزشی (مدل MI) بر پیش بینی عود زنان وابسته به مواد مخدر. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۸(۲۹)، ۱۱۸-۱۰۷.

راینگتن، ارل و مارتین واینرگ (۱۳۸۶). رویکردهای نظری هفتگانه در بررسی مسائل اجتماعی، ترجمه رحمت اله صدیق سروستانی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

رادفر، رامین (۱۳۸۲). مقدمه‌ی بر پیشگیری از عود اعتیاد. تهران: نشر کنکاش، چاپ اول.

زاهدی اصل، محمد (۱۳۹۳). آسیب‌های اجتماعی از منظر مددکاری اجتماعی. تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی، چاپ اول.

شاطریان، محسن؛ منتی، رستم؛ کسانی، عزیز و منتی، والیه (۱۳۹۳). عوامل مرتبط با عود اعتیاد در بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر ایلام. مجله علوم پزشکی ایلام، ۲۲ (۶)، ۱۷۳-۱۶۵.

شروق، علی؛ شکیبی، علی؛ نیساری، رقیه و آلیلو، لیلا (۱۳۹۰). بررسی عوامل مؤثر بر عود اعتیاد از دیدگاه معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد آذربایجان غربی در سال ۸۸. نشریه دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۲۲ (۲)، ۱۳۶-۱۲۹.

شگری، کیوان (۱۳۹۴). عوامل اجتماعی مؤثر بر بزهکاری نوجوانان (مطالعه موردی شهر سنندج). پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی، چاپ نشده، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

کریم یار جهرمی، مهدی؛ افتخارزاده، محمدهاد و حمیدی پور، زهرا (۱۳۹۲). بررسی میزان تأثیر علل مختلف عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۳ (۱)، ۱۳۳-۱۲۴.

کریمیان، نگار (۱۳۹۰). اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۵(۲۰)، ۸۶-۷۳.

مطهری، سجاد (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانی شناختی دیدگاه مایکل فریش در پیشگیری از عود و بهبود دشواری در تنظیم هیجان معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره توانبخشی، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبایی.

- مظلوم خراسانی، محمد (۱۳۸۵). بررسی مسائل اجتماعی ایران. انتشارات دانشگاه فردوسی مشهد.
- معارف‌وند، معصومه و اختیاری، حامد (۱۳۹۱). پیگشگیری از عود (چگونه از عود بیماری اعتیاد در طی درمان پیشگیری کنیم). تهران: نشر مهرسا. چاپ اول.
- میرزایی، طیبه؛ راوری، علی؛ حنیفی، نسرین؛ میری؛ سکینه، حقدوست اسکویی، سیده فاطمه و میرزایی خلیل آبادی، صدیقه (۱۳۸۹). عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان. نشریه پرستاری ایران، ۲۳ (۶۷)، ۴۹-۵۸.
- ناروقه، نعمت‌اله؛ قادری، سلمان و مصلائی، سیده مهسا (۱۳۹۵). مدل‌های پیشگیری از مصرف مواد، بررسی هزینه - اثربخشی مدل‌های پیشگیری از مصرف مواد. فصلنامه علمی - تخصصی دانش انتظامی پلیس پایتخت، ۲۸ (۹)، ۳۷-۴۸.
- ناستی‌زایی، ناصر؛ هزاره‌مقدم، مهدیه و ملارهی، اسماء (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتیاد زاهدان. دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۸ (۳)، ۱۷۴-۱۶۹.
- هاشمی جشتی، عبدالله (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های جرات ورزی و امتناع بر کاهش عود معتادان مراجعه کننده به مرکز درمانی ترک اعتیاد حیات سبز شهرستان اقلید، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی، چاپ نشده، پردیس نیمه حضوری، دانشگاه علامه طباطبائی.
- یزدانی، فاطمه (۱۳۹۰). مقایسه حمایت اجتماعی بین افرادی که پس از قطع مصرف مواد عود داشته‌اند با افرادی که عود نداشته‌اند در کمپ تولدی دوباره شهرستان تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- Agboola, S., McNeill, A., Coleman, T., & Leonardi Bee, J. A. (2010). Systematic review of the effectiveness of smoking relapse prevention interventions for abstinent smokers. *Association for the Study of Addiction, 10*(3), 105-136.
- Brandon, T. H., Vidrine, J. I., & Litvin, E. B. (2007). Relapse and relapse prevention. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 257-284.
- Brower, K., J. & Perron, B. E. (2010). Sleep disturbance as a universal risk factor for relapse in addictions to psychoactive substances. *Journal of Medical Hypotheses, 74*, 928-933.
- Buker, H. (2011). Formation of self-tttt ril : Gtt tfrsss Hircii general theory of crime andbeyond. *Journal Aggression and Violent Behavior, 16*(3), 265-276.
- Di Clemente, C. C. (2003). *Addiction and change: How Addition Develop and Addicted People Recover*. The Guilford Publiction. Inc USA.
- Fredrickson, B. L. (2008). The Role of positive Emotion in Positive Psychology: The Broaden and Build Theory of Positive Emotion. *Journal American Psychologist, 56*, 218-226.

- Ibrahim, F., & Kumar, N. (2009). The Influence of Community on RelapseAddiction to Drug use: Evidence from Malaysia. *European Journal of Social Sciences*, (11) 3, 89-100.
- Khantzian, E. J. (2011). Fine ° tuning on painful Affect and Relapse: A Group Vignette. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 6(3), 264-271.
- Kirshenbaum, A.P., Olsen, D. M., Bickel, W. K. (2009). A quantitative review of the ubiquitous relapse curve. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 8-17.
- Koch, J.V., & Grupp.S. E. (1971). The economics of drug control policies. *International Journal of the Addictions*, 6(4), 571-584.
- Lewis, A. J., Dana, Q.R., & Blevins, G. A. (2012). *Substance Abuse Counseling: An Individ ualized Approach*. 2 ED. Brooks / Cole Company. US.
- Linton. M. J. (2008). *Overcoming Problematic Alcoholic and Drug Use: A guide for Beginning the people recover*. The Guilford Publication. Inc. USA.
- Marlatt, G. A., Parks, G.A., & Witkiewtz, K. (2002). *Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention* Addictive Behaviors Research Center, Department of Psychology, University of Washington
- Marlatt, G.A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the treatment of behaviors*. New York: Guilford press.
- Ngo, F T., & Paternoster, R. (2011). Cybercrime Victimization: An examination of Individual and Situational level factor. *International Journal of Cyber Criminology*, 5(1), 775-776.
- Pagano, M. E., White, W, L., Kelly, J. F., Stout, R. L., & Tonigan, J. S. (2013). The 10-year course of Alcoholics Anonymous participation and long-term outcomes: a follow-up study of outpatient subjects in Project MATCH. *Substance Abuse*, 34(1), 51-59.
- Polivy, J., Herman, C. P. (2011). *If at first you don't succeed: False hopes of self-change*. *American Psychologist*, 57, 677° 689.
- Prochaska, J.O., Declemente, C.C., & Norcross, J. C. (2002). In search of how people change: Applictions to addictive behaviors. *Journal Amerriican Psycholgist*, 47, 1102-1114.
- Snow, D., & Anderson, C. (2000). Exploring the factors influencing relapse and recovery among drug and alcohol: addicted women. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 38(7), 8-19
- Walker, S. P. (2008). Accounting, paper shadows and the stigmatised poor. *Accounting, organizations and society*, 33(4, 5), 453-487.
- Witkiewitz, K., Van der Maas, H.L. J., Hufford, M.R., & Marlatt, G. A. (2007). Nonnormality and divergence in posttreatment alcohol use: Reexamining the Project MATCH data another way. *The Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 378-394.