

ارزیابی تطبیقی میزان اثربخشی اقدامات کلینیک‌ها، کمپ‌ها و گروه‌های معتادین بی‌نام و ارائه مدلی کارآمد در کنترل و کاهش اعتیاد

بهروز اسلامی^۱، محمدعلی طالبی^۲، ملیحه مهدی پور خراسانی^۳، راضیه ذاکری هامانه^۴، اعظم کاظمی^۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۳/۰۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۵/۱۸

چکیده

هدف: هدف این تحقیق ارزیابی تطبیقی میزان اثربخشی اقدامات کلینیک‌ها، کمپ‌ها و گروه‌های معتادین بی‌نام و ارائه مدلی کارآمد در کنترل و کاهش اعتیاد بود. **روش:** به این منظور ۱۵۰ نفر از معتادان کلینیک‌ها، کمپ‌ها و گروه‌های معتادین بی‌نام شهر یزد (هر کدام ۴۰ مرد و ۱۰ زن) به روش کیفی و به شیوه مصاحبه عمیق مورد بررسی قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد هر کدام از اقدامات کلینیک‌ها، کمپ‌ها و گروه‌های معتادین بی‌نام دارای نقاط ضعف و قوتی متفاوت هستند. **نتیجه‌گیری:** در درمان اعتیاد بایستی درمان خشک و درمان با متادون مورد توجه قرار گیرد و در هر دو شیوه ارتباط مستمر فرد معتاد با خانواده، لزوم مشارکت وی در فعالیت‌های مرکز ترک و ایجاد حس امنیت و اشتغال برای وی باید مدنظر قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، کلینیک، کمپ، معتادین بی‌نام

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد جامعه‌شناسی و مدیر افکارسنجی جهاد دانشگاهی یزد، یزد، ایران، پست الکترونیک:

behrozeslami@gmail.com

۲. دانشجوی دکتری علوم سیاسی، استانداری یزد، یزد، ایران

۳. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

۴. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران

۵. کارشناس ارشد روان‌شناسی، استانداری یزد، یزد، ایران

مقدمه

امروزه در کشور سه مکان و روش ترک موادمخدر بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد. کلینیک‌ها، کمپ‌ها و گروه‌های معتادین بی‌نام. در بیشتر موارد مراجعه به کلینیک در نهایت به تجویز متادون ختم می‌شود. متادون در طی جنگ دوم جهانی در آلمان ساخته شد و اولین بار برای تسکین درد به کار رفت. بیشترین کاربرد آن در درمان وابستگی به سایر شبه افیونی‌ها نظیر هروئین، کدئین و مورفین است (رحمانی، ۱۳۸۶). متادون یک ماده مخدر صناعی است که از راه خوراکی قابل مصرف است و می‌توان آن را جانشین هروئین نمود و به جای داروی مورد مصرف معتادین به آن‌ها داده تا موجب فرونشینی علائم ترک شود (بهدانی، هبرانی، و ارشادی، ۲۰۰۷). درمان نگهدارنده از بروز علائم ترک تریاک جلوگیری می‌کند. همچنین تقاضای آن را کاهش داده یا از بین می‌برد. استفاده از دوز نگهدارنده متادون باعث معالجه بیمار نمی‌شود، بلکه نقش درمانی دارد. درمان با متادون قادر است قسمت‌های آسیب دیده مغز معتاد بر اثر مصرف موادمخدر را تحت پوشش جبران کننده قرار دهد؛ به نحوی که معتاد تا هنگامی که تحت درمان این دارو است، نشنگی و خماری نداشته و توانایی بازگشت به کار و شغل را پیدا کند. اشتها پیدا کرده و تاثیرات شگرفی در خلق و خو و عواطف خانوادگی وی به وجود آید (رحمانی، ۱۳۸۶). درمان نگهدارنده با متادون هرچند نوعی اعتیاد جسمانی به این دارو ارزیابی می‌شود، اما معادل اعتیاد تلقی نمی‌شود؛ زیرا فرد به سبب مصرف منظم این دارو از دور تسلسل یکنواخت (مصرف، نشنگی، خماری، جستجوی نوبت بعدی مواد، مصرف) رها می‌شود (مستشاری، ۱۳۸۰). هدف‌های درمان با متادون عبارتند از: عادی کردن زندگی بیمار؛ کمک به جذب مجدد وی به جامعه؛ نگاه داشتن وی در درمان تا زمانی که او از آن سود ببرد (وزیریان و مستشاری، ۱۳۸۲). از دید صاحب‌نظران به طور کلی جایگزینی تریاک و هروئین با متادون حداقل دو فایده دارد: شیوع اعتیاد تزریقی را کاهش داده و فراوانی بیماری‌های خطرناکی همچون ایدز نیز کمتر می‌شود؛ ارتباط معتاد با توزیع کنندگان موادمخدر قطع شده و احتمال بزهکاری در جامعه کاهش می‌یابد (فرهادی نسب و مانی کاشانی، ۱۳۸۷).

معتادان گمنام، یک انجمن غیر انتفاعی از زنان و مردانی است که اعتیاد به مواد مخدر مشکل اصلی زندگی‌شان بوده و معتقدند قدم‌های دوازده‌گانه، نکات مثبتی هستند که بهبودی‌شان را ممکن ساخته است. هر معتادی که اراده به ترک اعتیاد کند، می‌تواند عضوی از انجمن باشد. اعتیاد داشتن فرد در گذشته، شرط حضور در انجمن است. اعضای انجمن همگی دارای یک ویژگی مشترک به نام اعتیاد هستند و عضو انجمن می‌تواند هر مرد و زن معتادی باشد؛ صرف نظر از مذهب، نژاد و زبان (انجمن معتادان گمنام، ۱۳۸۳). گمنامی، اساس تمام سنت‌های انجمن است؛ گمنامی، اعتماد و انگیزه ایجاد می‌کند (معظمی و پارسا، ۱۳۸۸). معنویت، اهمیت مرکزی برای درمان در انجمن معتادان گمنام دارد (اسمیت^۱، ۱۹۹۳). در انجمن معتادان گمنام اعضا از حمایت‌های عاطفی و اطلاعاتی یکدیگر برخوردارند. اعضای قدیمی برای تازه واردها حمایت‌های لازم را فراهم می‌آورند تا هم بتوانند از مواد پرهیز کنند و هم برای حضور مکرر در جلسات تقویت شوند (گراه، جاسون و کیز^۲، ۲۰۰۸). اعتیاد، اختلالی است با عودهای مکرر (میلر^۳، ۲۰۰۹). معتادان معمولاً بارها با تجربه روش‌های متفاوت ترک، سلامت جسمی خود را به دست آورده، اما پس از گذشت مدت کوتاهی بار دیگر اعتیاد بازگشت می‌کند (معظمی و پارسا، ۱۳۸۸). ترک جسمانی مواد مخدر چندان مشکل نیست. مشکل اصلی بازگشت و شروع دوباره این عادت ناپسند است (لاله^۴، ۲۰۰۶). روش‌های رایج درمان اعتیاد از کارایی کافی برخوردار نیستند و حتی در بهترین روش‌های درمانی، میزان موفقیت یک ساله ۳۰ تا ۵۰ درصد گزارش شده است (برین و وک‌لن^۵، ۱۹۹۶). متأسفانه مشکل عمده در درمان معتادان، حتی با دوره پاک‌ی طولانی مدت، میزان بالای عود می‌باشد. در حال حاضر در ایران آمار دقیقی از اینکه چند درصد از معالجه‌شدگان مجدداً به مصرف مواد بازگشته‌اند وجود ندارد (قربانی، محمدخانی و صرامی، ۱۳۹۱) اما افزایش آمار مبتلایان به سوءمصرف مواد مخدر می‌تواند بیانگر این مسئله باشد که روش‌های درمانی انجام شده مؤثر یا جامع نبوده‌اند (سماراسینگ^۶، ۲۰۰۱).

نتایج تحقیقات هم در رابطه با شیوه‌های ترک متناقض است. یافته‌های تحقیق هابارد^۱ همکاران (۱۹۸۹) نشان داد روش درمان نگهدارنده با متادون^۲ موفق‌ترین شیوه در کاهش مصرف هروئین است. یافته‌های پژوهش مترگ و وودی^۳ (۱۹۹۳) تأیید کننده همین موضوع است. یافته‌های مارگوس و فارمیگونی^۴ (۲۰۰۱)، نشان داد با وجود اینکه درمان‌های دارویی از جمله متادون در تنظیم هیجان فرد مؤثر است، درمان‌های شناختی و رفتاری اثربخشی بیشتری از دارو درمانی دارند و به طور کلی درمان شناختی و رفتاری برای پیشگیری از عود در افراد سوء مصرف کننده مواد مفیدتر است. یافته‌های سیفرت^۵ (۲۰۰۲) در بررسی روش‌های سم‌زدایی نشان داد بیماران از متادون رضایت ندارند. یافته‌های رجبی و مقدس تبریزی (۱۳۹۰)، شرباما^۶ و همکاران (۲۰۰۵) و لوین^۷ و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد در روش‌های درمانی درمان نگهدارنده با متادون و درمان نگهدارنده با بوپرونورفین^۸ که به عنوان روش متداول در کلینیک‌های درمان اعتیاد در کشورمان استفاده می‌شود نیز میزان بالای عود و لغزش مشاهده شده است. نتایج تحقیق علیوردی‌نیا (۱۳۸۸)، موس و موس^۹ (۲۰۰۵)، مگ‌گرو^{۱۰} (۲۰۱۲)، ماسی، چن، هاو کلی، و کاسیویو^{۱۱} (۲۰۱۱)، نشان داد شرکت معتادان خود معرف در گروه معتادان گمنام موجب کاهش عود اعتیاد می‌شود. بنابراین جهت کمک به بالابردن توانایی افراد برای مقابله با عود مجدد، پژوهشی جامع که تمام نقاط قوت و ضعف کلینیک‌ها، کمپ‌ها و گروه‌های معتادین بی‌نام را از منظر خود معتادان مورد ارزیابی قرار دهد و در نهایت بر اساس همین نقاط قوت و ضعف، مدلی تکمیلی ارائه کند ضروری است.

1. Hubbard
2. Methadon
Maintenance therapy
3. Meterge, & Woody
4. Marques, &
Formigoni

5. Seifert
6. Scherbauma
7. Levin
8. Bupronorphin
Maintenance Therapy
9. Moos & Moos

10. McGraw
11. Masi, Chen,
Hawkley, &
Cacioppo

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

این تحقیق یک مطالعه علی-مقایسه‌ای و به لحاظ هدف، کاربردی است. جامعه آماری در این تحقیق معناتان حاضر در کمپ‌ها، کلینیک‌ها و معتادین بی‌نام در سال ۱۳۹۳ در شهر یزد بود. در معتادین بی‌نام روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس و نمونه‌گیری از کمپ‌ها و کلینیک‌ها به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد. ابتدا به صورت تصادفی ۴ کمپ (۳ کمپ مردان و ۱ کمپ زنان) و ۸ کلینیک (۷ کلینیک مردان و ۱ کلینیک زنان) انتخاب گردید. در این تحقیق حجم نمونه ۱۵۰ نفر از معناتان حاضر در کلینیک، کمپ و معتادین بی‌نام استان یزد بود. تعداد ۵۰ نفر از افراد حاضر در کلینیک‌ها، ۵۰ نفر از افراد حاضر در کمپ‌ها و ۵۰ نفر از افراد حاضر در معتادین بی‌نام انتخاب شدند که در هر گروه ۱۰ نفر زن و ۴۰ نفر مرد حضور بودند.

ابزار

در این تحقیق از مصاحبه استفاده شد. سؤالات به صورت باز طراحی و در مصاحبه مطرح گردید. در این تحقیق از روایی محتوایی استفاده شد. به این منظور، گویه‌هایی که متغیرهای تحقیق را می‌سنجید از گویه‌های تحقیقات پیشین انتخاب شد. برای انتخاب بهترین گویه‌ها برای متغیرهای جدید از نظرات محققین و اساتید دیگر استفاده شد. در نهایت، پرسش‌نامه تدوین شده را به اساتید و متخصصان ارائه و از نظرات آن‌ها برای تصحیح سؤالات مصاحبه کمک گرفته شد. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوا صورت گرفت. به این ترتیب که ابتدا با چندین بار مرور متن مصاحبه، آشنایی کامل با محتوا پیدا شد. سپس در متن هر مصاحبه کدها استخراج شدند. کدها به صورتی گروه‌بندی شدند تا مضمون استخراج شود.

یافته‌ها

میانگین سن پاسخ‌گویان ۳۴/۶، کمترین سن ۱۴ و بیش‌ترین ۶۰ سال بود. میانگین سنی اولین مصرف، ۱۸/۴۲ سال بود. میانگین دفعات اقدام به ترک ۹/۲۸ دفعه بود. میزان ۲۲/۷

درصد مجرد، ۶۶/۷ درصد متأهل و ۱۰/۷ درصد مطلقه بودند. ۲ درصد بی‌سواد، ۱۹/۳ درصد ابتدایی، ۳۸ درصد سیکل، ۳۰/۷ درصد دیپلم، ۲/۷ درصد فوق‌دیپلم، ۶ درصد لیسانس و ۱/۳ درصد فوق‌لیسانس بودند. میزان ۶۹/۳ درصد دارای خانواده معتاد و ۵۷/۳ درصد دارای دوست معتاد بودند.

جدول ۱: توزیع فراوانی نقاط قوت و ضعف کلینیک‌ها از نظر پاسخ‌گویان به تشکیل نمونه‌ها

نقاط	موارد	کل		نمونه کلینیک		نمونه کمپ		نمونه معتادین بی‌نام	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
وجود دارو		۲۵	۱۶/۷	۲۵	۵۰	۰	۰	۰	۰
وجود پزشک		۳۸	۲۵/۳	۲۹	۵۸	۴	۸	۵	۱۰
دور نبودن از خانواده		۴	۲/۷	۴	۸	۰	۰	۰	۰
دور نبودن از کار		۳	۲	۳	۶	۰	۰	۰	۰
قوت	برخورد مناسب	۹	۶	۹	۱۸	۰	۰	۰	۰
	حفظ آپرو	۲	۱/۳	۱	۲	۱	۲	۰	۰
	وجود روان‌شناس	۲	۱/۳	۲	۴	۰	۰	۰	۰
	آزاد بودن	۱	۰/۰۷	۱	۲	۰	۰	۰	۰
	قانونی بودن	۱	۰/۰۷	۱	۲	۰	۰	۰	۰
	اعتیاد آور بودن دارو	۱۰۲	۶۸	۱۵	۳۰	۴۵	۹۰	۴۲	۸۴
	افزایش دارو به درخواست فرد	۷	۴/۷	۴	۸	۲	۴	۱	۲
ضعف	اهمیت پول نزد پزشک	۹	۶	۳	۶	۰	۰	۳	۶
	عدم تفاوت قیمت بین مصرف‌افراد	۲	۱/۳	۲	۴	۰	۰	۰	۰
	نبود رابطه معنوی بین پزشک و معتاد	۱۳	۸/۷	۲	۴	۰	۰	۱۱	۲۲

وجود دارو و پزشک مهمترین نقاط قوت و اعتیاد آور بودن دارو و اهمیت پول نزد پزشک از مهمترین نقاط ضعف می‌باشد.

جدول ۲: توزیع فراوانی نقاط قوت و ضعف کمپ از نظر پاسخ گویان به تشکیک نمونه‌ها

نقاط	موارد	کل		نمونه کلینیک		نمونه کمپ		نمونه معتادین بی‌نام	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
قوت	وجود همدلی	۲۴/۷	۳۷	۱۴	۷	۵۶	۲۸	۲	۴
	ترک خشک (بدون مواد)	۴۲/۷	۶۴	۱۲	۶	۳۸	۱۹	۳۹	۷۸
	عدم دسترسی به مواد	۳/۳	۵	۰	۰	۱۰	۵	۰	۰
	وجود اجبار	۳۱/۳	۴۷	۶۰	۳۰	۶	۳	۱۴	۲۸
	برخورد بد	۳۲	۴۸	۴۴	۲۲	۸	۴	۲۲	۴۴
ضعف	عدم سرویس دهی	۲۰/۷	۳۱	۲۸	۱۴	۱۸	۹	۸	۱۶
	زجر آور بودن	۷/۳	۱۱	۱۶	۸	۶	۳	۰	۰
	دوری از خانواده	۷/۳	۱۱	۱۲	۶	۲	۱	۴	۸
	دوری از محل کار	۳/۳	۵	۸	۴	۲	۱	۰	۰
	آشنایی با خلاف بیشتر	۳/۳	۵	۶	۳	۲	۱	۱	۲
	اهمیت پول	۴/۷	۷	۰	۰	۲	۱	۶	۱۲

ترک خشک (بدون مواد) و وجود همدلی مهم ترین نقاط قوت و برخورد بد و وجود

اجبار مهم ترین نقاط ضعف می باشد.

جدول ۳: توزیع فراوانی نقاط قوت و ضعف معتادین بی‌نام از نظر پاسخ گویان به تشکیک نمونه‌ها

نقاط	موارد	کل		نمونه کلینیک		نمونه کمپ		نمونه معتادین بی‌نام	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
قوت	مشارکت افراد	۳۴/۷	۵۲	۱۳	۲۶	۴۰	۲۰	۱۹	۳۸
	همدلی	۳۸	۵۷	۱۱	۲۲	۴۲	۲۱	۲۵	۵۰
	افزایش آگاهی	۳۴/۷	۵۲	۱۴	۲۸	۵۸	۲۹	۹	۱۸
	برخورد مناسب و جذب فرد	۱۷/۳	۲۶	۶	۱۲	۱۴	۷	۱۳	۲۶
	تشویق و افزایش امید	۱۲/۷	۱۹	۶	۱۲	۱۰	۵	۸	۱۶
	افزایش ایمان و روحانیت	۷/۳	۱۱	۴	۸	۸	۴	۳	۶
	گمنامی و حفظ آبرو	۴/۷	۷	۰	۰	۰	۰	۷	۱۴
	اهمیت نداشتن پول	۳/۳	۵	۰	۰	۰	۰	۵	۱۰
	ورود به حریم شخصی	۴/۷	۷	۶	۱۲	۰	۰	۱	۲
	عدم پذیرش کامل از سوی مسئولین	۲/۷	۴	۰	۰	۰	۰	۴	۸

همدلی، مشارکت و افزایش آگاهی از مهم‌ترین نقاط قوت و ورود به حریم شخصی از مهم‌ترین نقاط ضعف می‌باشد.

جدول ۴: توزیع فراوانی برخورد همسایگان و خانواده بعد از اولین پکی

برخورد	همسایگان		خانواده	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
قطع رابطه و عدم حمایت و جذب	۷۲	۴۸	۷۸	۵۲
تشویق و امید بخشی	۳۷	۲۴/۷	۶۶	۴۴
کسی خبر نداشت	۴۱	۲۷/۳	۶	۴
جمع	۱۵۰	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰

اکثر مواقع برخورد اطرافیان با فرد معتاد پس از ترک کماکان به صورت قطع رابطه و عدم حمایت بوده است.

جدول ۵: توزیع فراوانی مشکلات در رابطه با کار بعد از اولین پکی

مشکلات	فراوانی	درصد
دنبال کار نرفتم	۱۱	۷/۳
شغلم خصوصی بود (بدون مشکل)	۴۱	۲۷/۳
کار نمی‌دادند	۴۹	۳۲/۷
کار دادند	۱۷	۱۱/۳
خانه‌دار	۲۱	۱۴
بی‌خبر	۱۱	۷/۳

در اکثر مواقع به علت نگاه بدبینانه نسبت به افرادی که قبلاً معتاد بوده‌اند فرد معتاد از پیدا کردن کار عاجز است.

بحث و نتیجه‌گیری

بین نظر افراد حاضر در کلینیک از یک طرف و افراد حاضر در کمپ و معتادین بی‌نام از طرف دیگر تفاوت چشمگیری وجود دارد. افراد حاضر در کلینیک وجود پزشک و دارو را مهم‌ترین نقطه قوت کلینیک می‌دانند در حالی که افراد حاضر در کمپ و معتادین بی‌نام غیر از وجود پزشک و حفظ آبرو (آن هم به میزان ناچیز) نقطه قوتی را در کلینیک نمی‌بینند. از نظر ۵۰ درصد پاسخ‌گویان در کلینیک، وجود دارو نقطه قوت کلینیک بوده در حالی که از نظر ۶۸ درصد کل پاسخ‌گویان این مورد جزء نقاط ضعف محسوب

می‌شود. مهم‌ترین نقطه ضعف کلینیک اعتیاد آور بودن دارو بوده و حتی بخش قابل توجهی از افرادی که در کلینیک حضور دارند آن را نقطه ضعف می‌دانند. یکی دیگر از نقاط ضعف کلینیک نبود رابطه معنوی بین پزشک و بیمار و اهمیت پول نزد پزشک از دیدگاه پاسخ‌گویان می‌باشد. طبق اظهار نظر افراد رابطه عمیق میان پزشک و معتاد وجود ندارد و پزشک تنها به فکر تجویز دارو و کسب درآمد است. از آنجا که بین میزان مصرف دارو از سوی افراد و میزان پول پرداختی، تفاوتی وجود ندارد فرد معتاد به دلایلی همچون: گرفتن داروی بیشتر و مصرف بیشتر؛ گرفتن داروی بیشتر و فروش مقداری یا کل آن در جامعه و کسب درآمد از آن یا حتی فراهم کردن پول برای تهیه مواد مخدر، تقاضای درخواست داروی بیشتر می‌کند که اگر به قصد مصرف بیشتر باشد ممکن است باعث اعتیاد در وی شود و اگر قصد فروش آن را داشته باشد، گاهی درآمد حاصل از فروش دارو را صرف تهیه مواد مخدر می‌کند که در هر دو حال کلینیک را از هدف غایی آن دور می‌کند. یکی از چالش‌های عمده در درمان نگره‌دارنده با متادون، لغزش و میزان ماندگاری بر درمان است (قربانی، محمدخانی و صرامی، ۱۳۹۱). کریمی طلابری (۱۳۹۱) نشان داد متادون درمانی ماهیتی تک‌بعدی دارد و به ابعاد روانی و اجتماعی درمان پرداخته نمی‌شود. محوریت درمان، استفاده از متادون است و با توجه به پزشک محور بودن مرکز و توجه نداشتن به کیفیت درمان، به متقاضیان مشاوره کافی ارائه نمی‌شود یا مشاوره، به اندازه کافی در امر مشاوره تبحر ندارد. نتیجه درمان نگهدارنده با متادون هنگامی که همراه با مشاوره، حمایت اجتماعی و موقعیت‌های شغلی و تحصیلی باشد، موفقیت‌آمیزتر خواهد بود (والدرون، اسلسنیک، برودی، ترنر، و پترسون، ۲۰۰۱).

از آنجایی که معتادان در کمپ با یکدیگر رابطه دارند، لذا احساس همدلی و همدردی در آنان زیاد است. در کمپ به هیچ‌گونه موادی دسترسی ندارند. نکته قابل توجه اینکه فقط ۴ درصد پاسخ‌گویان معتادین بی‌نام وجود همدلی را نقطه قوت کمپ می‌دانند. برخورد بد، بی‌احترامی، ضرب و شتم، اجبار و عدم آزادی و زوری بودن، عدم رسیدگی بهداشتی و

تغذیه، زجر آو بودن و درد کشیدن، دوری از خانواده و محل کار، آشنایی با خلاف بیشتر و اهمیت پول نزد مسئولین کمپ از نقاط ضعف کمپ می‌باشد. یافته‌های کریمی طلابری (۱۳۹۱) نشان داد برخورد خصمانه و تحقیر آمیز و رابطه غیرمراقبانه درمان‌گر، عامل مهمی در قطع درمان بوده که بیشتر معنادان به آن اشاره کردند. تنها نقاط ضعف معنادین بی‌نام ورود به حریم شخصی و باز کردن مسائل خصوصی زندگی فرد عنوان شده که افراد معتقدند معنادین بی‌نام در این زمینه زیاده‌روی می‌کنند و برخی افراد از این مسئله نیز سوءاستفاده می‌کنند. از طرفی مشکل در انجام برخی همایش‌ها و مراحل اداری موجود بر سر راه این انجمن به عنوان عدم پذیرش از سوی مسئولین به عنوان نقاط ضعف معنادین بی‌نام عنوان شده است؛ لازم به ذکر است که عدم پذیرش کامل از سوی مسئولین، فارغ از درست یا غلط بودن آن ضعفی نیست که به ساختار اجرایی معنادین بی‌نام در رابطه با درمان باز گردد. شرکت در جلسات انجمن فرصت‌های تماس اجتماعی را در بیماران افزایش داده و حمایت‌های اجتماعی بالایی را برای آنان فراهم می‌آورد. شرکت در جلسات علاوه بر ارتقاء عزت نفس، ارتباطات و تعاملات اجتماعی آنان را افزایش داده و این فرصت را فراهم می‌نماید تا صفات شخصیتی بیماران بهبود و ارتقاء یابد. شرکت در جلسات مستمر معنادان گمنام، دوری‌گزینی بیماران از درون‌گرایی و گوشه‌گیری، برقراری مجدد روابط اجتماعی سازنده و استفاده از تجارب مفید سایر بیماران را به همراه دارد (ستوده اصل و دیگران، ۱۳۹۲).

در اکثر موارد برخورد همسایگان و خانواده با فرد معتاد بعد از اولین پاکی، به صورت قطع رابطه بوده و همچنان نگاه بدبینانه به فرد دارند و کسی سعی در ایجاد ارتباط با فرد معتاد نداشته و اگر این تلاش از سوی معتاد صورت بگیرد با برخورد نامناسب از سوی اطرافیان ناکام می‌ماند. در مفهوم پیشگویی تحقق یابنده، وایت (۱۳۸۳) عنوان کرده که هویت هر فرد را دو عنصر تعیین می‌کند: افرادی که واقعیت او را تعریف می‌کنند؛ و چگونگی صورت پذیرفتن این تعریف. بر اساس این دیدگاه افرادی که به آنان برچسب ایی مانند معتاد وارد می‌آید، واکنش‌هایی متناسب با آن برچسب از خود نشان می‌دهند. فرد پس از برچسب خوردن تغییر هویت می‌دهد. نه تنها نمی‌تواند شغلی بیابد،

بلکه چون فردی منحرف تعریف می‌شود، مانند یک مجرم و بزهکار با وی رفتار می‌شود و مقبولیت اجتماعی خود را نیز به عنوان یک شهروند عادی از دست می‌دهد. در نتیجه بسیار محتمل است که مجدداً مرتکب اعتیاد و یا انحرافات دیگر شود (احمدی، ۱۳۸۴). تحقیقات در ایران نشان می‌دهد که تلقی عموم و نگاه حاکمان به اعتیاد، مسئله‌ای شخصی و فردی است و فرد معتاد نیز مجرم تلقی شده و همیشه مورد سرزنش و نفرت است (مظفر و دیگران، ۱۳۸۸). این یافته با یافته‌های آنه^۱ (۲۰۰۸) همخوانی دارد. این برخورد در ارتباط با پیدا کردن کار هم برای افراد وجود دارد. همین بی‌اعتمادی و عدم جذب در جامعه و پذیرش آنان می‌تواند یکی از دلایل مهم بازگشت مجدد آنان به اعتیاد باشد. کجباف و رحیمی (۱۳۹۰) بازگشت به بازار کار و کسب شأن اجتماعی و درآمد را به عنوان نگهدارنده‌های جانبی عدم گرایش مجدد به اعتیاد، می‌دانند.

از آنجا که کلینیک دارای پزشک است و فرد از خانه و محل کار دور نیست برای افراد دارای جاذبه است اما اعتیادآور بودن متادون و ناتوانی بسیاری از افراد در ترک آن به نوعی نقطه دافعه برای افراد معتاد محسوب می‌شود. حضور پزشک قوت قلبی برای افراد معتاد محسوب می‌شود، نبود ارتباط روحی و معنوی قوی بین پزشک و معتاد نیز از عوامل تضعیف‌کننده انگیزه برای ادامه درمان می‌باشد. افزایش بی‌رویه دارو به درخواست فرد معتاد در برخی کلینیک‌ها، کلینیک را از هدف غایی خود دور خواهد کرد. بنابراین در این زمینه نیاز به تعهد بیشتر برخی پزشکان و نظارت دستگاه‌های مسئول بیشتر احساس می‌شود. در کمپ احساس همدردی بیشتر از کلینیک است. افراد ارتباط بیشتر و مداوم‌تری دارند و دارای تجربیات یکسان‌اند. اما برخورد نامناسب، عدم وجود سرگرمی در کمپ، آشنایی با برخی افراد بزهکار و ایجاد ارتباط میان آنان، ضرب و شتم، عدم سرویس‌دهی مناسب و عدم رابطه با خانواده از نکاتی است که فرد را از محیط کمپ دل‌زده کرده و درمان اعتیاد را با مشکل مواجه می‌سازد. معتادین بی‌نام با افزایش آگاهی در افراد، مشارکت در امور و تقویت روحیه مذهبی و ایمان به خدا و تشویق و افزایش امید با حفظ

گمنامی افراد معتاد به آنان در ترک موادمخدر کمک شایانی می‌کند. البته گاهی با ورود به حریم شخصی برخی افراد و سوءاستفاده برخی افراد، برای اعضا مشکلاتی به وجود می‌آید. از تجمیع^۱ نقاط ضعف و قوت و علت شروع مجدد مصرف جدول ذیل حاصل می‌شود.

جدول ۶: نکات کلی اظهار شده

نکات کلی اشاره شده	فراوانی	نکات کلی اشاره شده	فراوانی
آزاد بودن	۱	گمنامی و عدم ورود به حریم شخصی	۱۶
عدم تفاوت قیمت بین میزان مصرف متادون	۲	افزایش ایمان و روحانیت	۱۷
قانونی بودن و پذیرش از سوی مسئولین	۵	اهمیت نداشتن پول	۲۱
افزایش ندادن دارو به درخواست فرد	۷	وجود دارو و ترک بدون درد	۳۶
عدم دسترسی به مواد و آشنا شدن با خلاف بیشتر	۳۷	بیکاری	۴۷
وجود پزشک و روان‌پزشک	۴۰	وجود اجبار	۴۷
سرویس دهی مناسب و افزایش امکانات تفریحی	۴۳	افزایش امید و ایجاد رابطه معنوی معتاد و مسئولین مرکز ترک	۵۰
برخورد مناسب	۸۳	وجود همدلی	۹۴
وجود مشارکت	۱۰۴	افزایش آگاهی	۱۰۸
عدم رابطه مناسب با خانواده و دور بودن از آنان	۱۲۶	اطرافیان آلوده	۱۲۵
اعتیادآور نباشد و ترک خشک باشد	۱۶۶		

اعضا اصلی مرکز درمانی عبارتند از: روان‌شناس، روان‌پزشک، مددکار اجتماعی، پزشک، جامعه‌شناس؛ نهادهای نظارت کننده مرکز درمان عبارتند از: بهزیستی، شورای هماهنگی مبارزه با موادمخدر، معاونت اجتماعی نیروی انتظامی؛ نهادهای همکاری کننده با مرکز درمان: استانداری، شهرداری، فرمانداری، کمیته امداد، اداره ورزش و جوانان، امور بانوان و... برای ترک در این مدل، افراد به دو دسته ترک بدون نگهدارنده و ترک با نگهدارنده تقسیم می‌شوند که این تشخیص به عهده تیم درمان است. افرادی که باید بدون نگهدارنده ترک کنند در مدت ترک در مرکز نگهداری می‌شوند. سایر خدمات

۱. در برخی موارد امکان جمع‌بندی نقاط قوت و ضعف وجود داشت و برای خلاصه‌تر شدن جمع شدند. مثلاً در قسمت نقاط قوت دور نبودن از خانواده ۴ مورد ذکر شده و در قسمت نقاط ضعف دور بودن از خانواده ۱۱ مورد ذکر شده است. به‌طور کلی اهمیت دور نبودن از خانواده در ۱۵ مورد ذکر شده است.

درمانی برای دو گروه مشترک می‌باشد. وجود رابطه مناسب و دوستانه با خانواده نقش بسزایی در ترک موادمخدر دارد. در غالب روش‌های درمان اعتیاد یا نقش خانواده بسیار کم‌رنگ است و یا اینکه اصلاً هیچ نقشی ندارند. در این مدل یکی از ارکان ضروری برای کمک به درمان اعتیاد و ثبات درمان، حضور خانواده در تمام دوره درمان و پس از آن می‌باشد. تیم درمان با جلسات مختلف و متعدد به خانواده‌ها شیوه برقرار کردن ارتباط و حتی نوع کنترل فرد معتاد را آموزش می‌دهند و در طول مدت درمان این جلسات مشاوره با خانواده ادامه پیدا می‌کند. این امر دو مزیت دارد. ۱) فرد معتاد گام به گام خانواده خود را در کنار خود می‌بیند و دلگرم می‌شود. ۲) خانواده نحوه برخورد با فرد معتاد را آموزش می‌بیند. از طرفی در طول ملاقات و دیدار چهره به چهره اعضای خانواده به مدت یک تا دو ساعت می‌تواند بسیار کمک کننده باشد. بنابراین خانواده می‌تواند با هماهنگی مسئولان مرکز و در زمان‌های مشخص شده برای دیدار حضوری با فرد معتاد ملاقات داشته باشند. ترک مواد امکان دارد اما اگر اطرافیان فرد معتاد باشند احتمال بازگشت فرد به اعتیاد و ناکام ماندن درمان بسیار زیاد می‌باشد. همین ناکامی در ترک اعتیاد، می‌تواند نگرش فرد به ترک را تغییر داده و فرد خود را در برابر اعتیاد عاجز ببیند. بنابراین هنگامی که فرد قصد ترک مواد را گرفت باید با همکاری خانواده ارتباط خود را با اطرفیانی که معتاد هستند قطع نموده و اگر مجبور به برقراری ارتباط می‌شود، این ارتباط در حضور دیگر اعضای خانواده صورت پذیرد.

نقش تیم درمان در مرحله افزایش آگاهی بسیار مهم می‌باشد. زمانی که فرد برای ترک اعتیاد مراجعه می‌کند تیم درمان با افزایش آگاهی، دانش و بینش به معتاد در رابطه با اعتیاد می‌تواند نقش بسزایی در ترک اعتیاد افراد داشته باشد. این افزایش آگاهی و بینش می‌تواند زندگی افراد را به سمت سلامتی و بهبود سوق دهد و از طرفی می‌تواند فرد را قانع کند که با اطرفیان آلوده خود قطع رابطه کند. ایجاد حس مشارکت و همدلی را با یکدیگر می‌توان انجام داد. به این صورت که مثلاً می‌توان از افراد مراجعه کننده در

خواست کرد که به تشویق دوستان و اطرافیان معتاد خود برای حضور در مرکز درمانی پردازند!

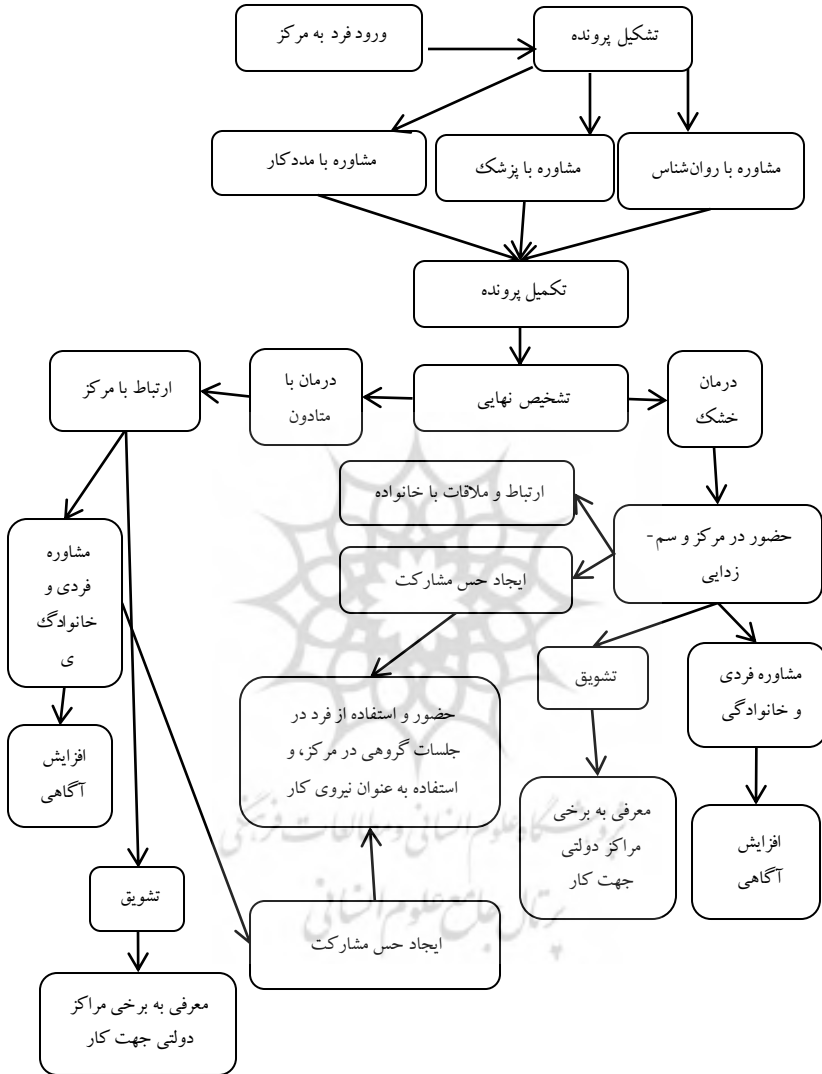
فرد معتادی که برای ترک مراجعه کرده با خود دارای انبوهی از مشکلات روحی، جسمی، عاطفی، خانوادگی و... می‌باشد. بنابراین در برخورد با وی باید سعی شود که همواره به وی با دیده احترام نگریسته شود و طوری برخورد شود که فرد بیشتر جذب شود نه اینکه با برخورد بد و غیر کارشناسانه از مرکز فراری باشد. تشویق و رابطه مناسب می‌تواند به افزایش امید در فرد منجر شود. اگر فرد معتاد مورد تشویق مسئولین مرکز قرار گیرد احساس اهمیت داشتن می‌کند و امیدواری در وی پررنگ‌تر شده و همین امیدواری باعث ترغیب و تشویق وی به ادامه درمان می‌شود. از طرفی این تشویق‌ها و افزایش امید از سوی مسئولین به ایجاد یک رابطه عاطفی و معنوی بین فرد معتاد و مسئولین می‌شود. از بین بردن بیکاری نکته‌ای است که به صورت مستقیم و غیر مستقیم کمک بسزایی به پاک ماندن افراد می‌کند. این امر بیشتر به مسئولین باز می‌گردد. پیشنهاد می‌شود مسئولین مرکز، اطلاعات مهارت‌های شغلی افراد را جمع‌آوری کرده و با تأیید مسئولین مرکز درمان در برخی مشاغل این افراد را به کار گرفت. یا زمینه برای مهیا کردن شغل به صورت خرید دستگاه مورد نیاز برای افراد و پس گرفتن آن به صورت اقساطی و بلند مدت صورت پذیرد. یا این که در مرکز درمان برخی از افرادی که در این مرکز بوده‌اند و در حال حاضر پاک هستند را برای انجام امور خدماتی به کار گرفت. این کار دارای چند مزیت است: هم در حد توان مشکل بیکاری برخی از این افراد حل خواهد شد؛ هم تشویق و ترغیب به حضور و ادامه رابطه خود با این مرکز می‌شوند؛ هم از حس وجود اجبار در مرکز کاسته می‌شود و هم به کامل شدن برخی از مراحل قبل (تشویق و ترغیب و افزایش امید و کاهش حس اجبار) کمک می‌شود و هم جلوی گرایش مجدد برخی افراد به اعتیاد به علت بیکاری گرفته خواهد شد.

۱. شایان ذکر است اگر فرایند درمان به درستی و بدون کم و کاست صورت پذیرد افراد خود به خود به تبلیغ برای اطرافیان آلوده خود خواهند پرداخت.

رسیدگی به افراد از نظر تغذیه، بهداشت، وجود سرگرمی در مرکز درمانی و ... می تواند در کاهش حس وجود اجبار و افزایش ترغیب حضور در مرکز نقش بسزایی داشته باشد. وجود پزشک و روان‌پزشک در مرکز می تواند به عنوان قوت قلبی برای افراد معتاد باشد. در این مدل نقش روان‌شناس و روان‌پزشک بسیار پررنگ است و علاوه بر مشاوره‌هایی که به فرد معتاد به صورت انفرادی می دهد نیاز است به خانواده معتاد نیز مشاوره ارائه شود و در برخی جلسات باید مشاوره خانوادگی (با حضور فرد معتاد و خانواده وی) صورت پذیرد. فرد معتاد نباید این احساس را داشته باشد که مسئولین مرکز بیشتر به فکر خودشان و کسب درآمد هستند تا کمک و درمان او. افزایش ایمان نیز از نکاتی است که باید مد نظر قرار گیرد. فرد به این باور برسد که می تواند با توسل به خدا و کمک خواستن از او، از سد مشکلات عبور کند. حفظ رازها و اسرار و مشخصات زندگی خصوصی افراد معتاد به عنوان فرد بیمار می باشد که با توجه به اعضای تیم درمان این امر از ابتدا در سر لوحه دانش علمی و اجتماعی و دینی آنان وجود دارد. پیشنهاد می شود رابطه خانواده و افرادی که توانسته اند اعتیاد را ترک کنند با مرکز ادامه پیدا کند، تا بتوان در حد امکان احتمال لغزش را در این افراد کاهش داد یا حتی به صورت ۱ یا ۲ بار در هفته انفرادی را که پاکی بالایی دارند به مرکز دعوت و جلسه‌ای را با حضور آنان ترتیب داد و حتی مدیریت جلسه را به همین افراد واگذار کرد تا آنان از تجربیات خود برای افرادی که تازه اقدام به ترک کرده اند تعریف کنند تا هم افرادی که پاکی بالایی دارند تشویق به ادامه راه گردند و هم امید به بهبودی در افراد در حال درمان افزایش یابد. جذب بیشتر افراد ترک کرده در خانواده و برقراری ارتباط بیشتر با افراد ترک کرده از سوی خانواده و دوستان لازم است.

جذب بیشتر افراد ترک کرده در جامعه به واسطه اشتغال‌زایی برای این افراد نقش مهمی در ادامه ترک دارد. نظارت بیشتر بر کلینیک‌ها نسبت به روند ارائه دارو؛ نظارت بیشتر بر امکانات کمپ‌های ترک اعتیاد و فرایند برخورد با معتادان حاضر در کمپ‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

چارت درمانی مدل پیشنهادی



۶۸
68
سال نازدهم، شماره ۴۲، تابستان ۱۳۹۵
Vol. 11, No. 42, Summer 2017

منابع

احمدی، حبیب (۱۳۸۴). *جامعه‌شناسی انحرافات*. تهران: نشر سمت.
 انجمن معتادان گمنام، برنامه معتادان گمنام (۱۳۸۳) کمیته ترجمه، نشر ترقی
 رجبی، رضا؛ مقدس تبریزی، یوسف (۱۳۹۰). تأثیر تمرینات ورزشی در جلوگیری از عود مصرف مورفین در بیماران وابسته به مواد مخدر تحت درمان متادون. *فصلنامه پژوهش‌های فیزیولوژی و مدیریت در ورزش*، ۵، ۳۵-۴۱.

ستوده اصل، نعمت؛ بهنام، بهناز؛ قربانی، راهب (۱۳۹۲). تأثیر جلسات معتادان گمنام بر صفات شخصیتی بیماران وابسته به مواد. *تشریح کومش*، ۱۴(۳)، ۳۲۰-۳۱۶.

شاه‌محمدی، اعظم؛ خیرآبادی، غلامرضا (۱۳۹۰). اثر بخشی اجتماع درمان مدار بر افزایش سطح امید در مراجعین به این مرکز. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۵(۱۹)، ۸۵-۷۱.

علی وردی نیا، اکبر (۱۳۸۸). اثر بخشی برنامه های معتادان گمنام در نگرش معتادان به مواد مخدر. *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، ۳(۳)، ۴۶-۱.

فرهادی نسب، عبدالله؛ مانی کاشانی، خسرو (۱۳۸۷). بررسی تأثیر درمان جایگزین با متادون بر افسردگی بعد از ترک در درمان معتادان شهر همدان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۱۶(۲)، ۵۰-۴۴.

قربانی، طاهره؛ محمدخانی، شهرام؛ صرامی، غلامرضا (۱۳۹۱). مقایسه اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری و درمان نگهدارنده با متادون در تغیر باورهای مرتبط با مواد و پیشگیری از عود. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۲)، ۳۸-۲۳.

کجباف، محمد باقر؛ رحیمی، فاطمه (۱۳۹۰). مقایسه انگیزه های فردی و اجتماعی و سرمایه اجتماعی معتادان در گروه های درمانی شهر اصفهان. *مجله رویکردهای نوین آموزشی*، ۶(۱)، ۱۴۸-۱۲۵.

کریمی طلابری، زهره (۱۳۹۱). دلایل قطع درمان نگهدارنده با متادون در مراجعان به مرکز ملی مطالعات اعتیاد. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۸(۴)، ۳۰۹-۲۹۹.

لاله، محمود (۱۳۷۹). *اعتیاد، بیماری فردی، فاجعه اجتماعی*. تهران: انتشارات تیمورزاده.

مستشاری، گلاره (۱۳۸۰). *ارزیابی مقدماتی درمان نگهدارنده با متادون. سازمان بهزیستی کشور*. تهران: انتشارات معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.

مظفر، حسین؛ ذکریایی، منیژه؛ ثابتی، مریم (۱۳۸۸). *آنومی فرهنگی و اعتیاد به مواد مخدر در بین جوانان* ۱۳-۲۸ ساله شهر تهران. *پژوهش نامه علوم اجتماعی*، ۳(۴)، ۵۴-۳۳.

معظمی، شهلا؛ پارسا، محمد (۱۳۸۸). انجمن معتادان گمنام از منظر عدالت ترمیمی. *مجله حقوقی دادگستری*، ۶۸، ۱۳۶-۱۲۱.

وایت، راب؛ هینز، فیونا (۱۳۸۳). *جرم و جرم شناسی (ترجمه علی سلیمی، محسن کارخانه، فرید مخاطب قمی)*. قم: انتشارات پژوهشکده حوزه و دانشگاه.

وزیریان، مستشاری (۱۳۸۲). *راهنمای کاربرد درمان سوء مصرف کنندگان مواد*. ویرایش دوم، تهران، انتشارات پرشکوه

Behdani, F., Hebrani, P., Arshadi, H. (2007). Epidemiological characteristics of patients in methadone maintenance treatment, admitted in Hejazi Hospital, Mashad (2005-2006). *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 9 (33-34), 53-59.

DeLeon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory model and method*. New York: Springer Publishing Company.

Groh, D. R., Jason, L. A., Keys, C. B. (2008). Social network variable in a literature review. *Clinical Psychology Review*, 28, 430-450.

- Hubbard, R. L., Marsden, M. E., Rachal, J. V., Harwood, H. J., Cavanaugh, E. R., Ginzburg, H. M. (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*. New York: University of North California Press.
- Levin, F. R., Evans, S. M., Brooks, D. J., Kalbag, A. S., Edward, F. G., Nunes, N. (2006). Treatment of methadone-maintained patients with adult ADHD: Double-blind comparison of methylphenidate, bupropion and placebo. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 137-148.
- Marques, A. C. P. R., Formigoni, M. L. O. S. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addictions*, 96, 835-846.
- Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C., Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15, 219-266.
- McGraw, J.G. (1993). *Personality disorders and states of aloneness. intimacy and aloneness. a multi-volume study in philosophical psychology*. New York: Rodopi.
- Metzger, D. S., Woody, G. E., McLellan, A.T., O'Brien, C. P., Druley, P., Navaline, H., & Abrutyn, E. (1993). HIV seroconversion among intravenous drug user in and out of treatment prospective follow up. *AIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 6(9), 1049-1056.
- Miller, P.M. (2009). *Evidence-Based addiction treatment*. USA: Academic press.
- Moos, R. H., Moos, B. S. (2005). Paths of entry into alcoholic anonymous: Consequences for participation and remission. *Alcoholic Clinical Experimental Research*, 29(10), 1858-1868.
- O'Brien, C.P., McLellan, A.T. (1996). Myths about the treatment of addiction. *Lancet*, 347(8996), 237-240.
- Sacks, S., Banks, S. (2008). Modified therapeutic community for co-occurring disorders: A summary of four studies. *Journal Of substance abuse treatment*, 34, 112-122.
- Samarasing D. (2001). Combat with substance abuse. *World Health*, 11(1), 1-3.
- Scherbauma, N., Kluwiga, J., Speckaa, M., Krauseb, D., Mergeta, B., Finkbeinera, T., Gastparb, M. (2005). Group Psychotherapy for Opiate Addicts in Methadone Maintenance Treatment ° A Controlled Trial. *European Addiction Research*, 11, 163-171.
- Seifert, J. (2002). Detoxification of opiate addicts with multiple drugs abuse: comparison of buprenorphine vs. methadone. *Pharmacopsychiatry*, 35(5), 159-164.
- Smith, D.E., Buxton, M.E., Bilal, R., Seymour, R.B. (1993). Cultural points of resistance to the 12-step recovery process. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25, 97-108.
- Waldron, H. R., Slesnick, N., Brody, J. L., Turner, C. W., Peterson, T. R. (2002). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4-7- month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 802-813.
- Ward, E. A. (2008). *Effects of Length of Time in Treatment and Criminal Classification Level on Recidivism Following Residential Treatment Programs for Drug Offenders* (Master of Science dissertation). Virginia Polytechnic Institute and State University.