

مطالعات علوم اسلامی انسانی

مقاله پژوهشی، سال هشتم، شماره ۳۰، تابستان ۱۴۰۱ (ص ۱۲۲-۱۲۹)
دریافت: خرداد ماه ۱۴۰۱ پذیرش: مرداد ماه ۱۴۰۱

بررسی ابعاد حمایت های اجتماعی در معتادان بهبود یافته و خانواده های آسیب دیده

Examining the dimensions of social support in recovering addicts and damaged families

نعیمه الماسی اصل / کارشناس ارشد روابط بین الملل، دانشگاه آزاد اسلامی، ملارد، ایران.
سیدحسین حسین پور / کارشناسی آسیب شناسی اجتماعی، دانشگاه جامع علمی کاربردی، تهران، ایران.
ناصر بابازاده / لیسانس مددکاری اجتماعی، دانشگاه جامع علمی کاربردی، تهران، ایران.
سجاد روحی / لیسانس مدیریت امور فرهنگی، دانشگاه جامع علمی کاربردی، تهران، ایران.

Naeimeh Almasi Asl/ Master of International Relations, Islamic Azad University, Mallard, Iran.

almasinaeimeh@gmail.com

Seyed Hosein Hosein Pour/ Bachelor of Social Pathology, Comprehensive University of Applied Sciences, Tehran, Iran.

Naser Babazadeh/ Bachelor of Social Work, University of Applied Sciences, Tehran, Iran.

Sajad Rohi/ Bachelor of Cultural Affairs Management, Comprehensive University of Applied Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Among the social harms that have become one of the serious and acute problems of today's societies is the increasing use of narcotic drugs and psychoactive drugs, the increasing and rapid trend of which against all kinds of treatments causes concern to the general public and government officials in particular in different countries. has provided; The recovery of drug addicts and stability in not returning is a social phenomenon, and social phenomena are not single-caused and have a complex complexity, and the role of social support in strengthening social bonds, feeling of social belonging, and reducing psychological pressures can act as an obstacle to the tendency to addiction. be effective The theoretical approach of social support in connection with social solidarity

چکیده

از جمله آسیب‌های اجتماعی که به یکی از مشکلات جدی و حاد جوامع امروزی تبدیل شده است استفاده روزافزون از موادمخدر و داروهای روان گردان می‌باشد که روند افزایشی و سریع آن در برابر انواع درمان‌ها موجبات نگرانی عموم مردم و دولتمردان به طور خاص در کشورهای مختلف را فراهم نموده است؛ بهبودیافتگی معتادان به موادمخدر و ثبات در عدم بازگشت یک پدیده اجتماعی است و پدیده های اجتماعی تک علتی نبوده و دارای پیچیدگی مرکب است که نقش حمایت اجتماعی در تقویت پیوند اجتماعی، احساس تعلق اجتماعی و کاهش فشارهای روانی می‌تواند به مثابه مانعی بر گرایش به اعتیاد موثر واقع شود. رویکرد نظری حمایت اجتماعی در پیوند با همبستگی اجتماعی، سابقه ای به قدمت جامعه‌شناسی کلاسیک دارد. با توجه به این امر در مقاله‌ی حاضر، پیشنهادات مرتبط ارائه می‌گردد

کلیدواژه ها: حمایت اجتماعی، بهبودیافتگی، اعتیاد، نظریه، پیچیدگی مرکب.

has a history as old as classical sociology. According to this, in this article, relevant suggestions are presented.

Keyword: social support, recovery, addiction, theory, compound complexity.

مقدمه

در اهمیت این مسئله که معتادان پس از ترک نیاز به حمایت خانواده و اجتماع دارند شکی وجود ندارد. اغلب معتادان پس از ترک بخاطر رفتارهای گذشته دوران اعتیاد که نشأت گرفته از بیماری اعتیاد بوده مورد بی مهری، طرد خانواده ها و در مواردی طرد از جامعه قرار میگیرند. برای روشن شدن زمینه حمایت بایستی نیازمعتادان، شرایط و طرز فکر آنها را پس از ترک شناخت. حال یک انسان که به دلایل گوناگون دچار سوء مصرف موادمخدر شده و بر اثر خستگی و درماندگی از مصرف مواد آنرا ترک کرده تا با امیدهای تازه به آغوش جامعه و خانواده بازگردد چگونه بایستی مورد حمایت قرار گیرد؟ اصول و تجربی در مورد معتادان وجود دارد که عمل به آنها در طی چند دهه گذشته، معتادان زیادی را که امیدی به نجات و یا اصلاح آنان نبوده به جامعه بازگردانده حتی در بسیاری از موارد آنان را تبدیل به افرادی تأثیرگذار در جامعه و خانواده خود نموده است. این اصول معتاد را مسئول بیماری اش نمی داند. کنترل بیماری را هم در توان معتاد نمی بیند و حتی درمانش را هم در خود بیمار به تنهایی نمی یابد. و این کار را نه با طرد کردن و در تنگنا قرار دادن بلکه با عشق و امید بوجود میآورند. در وهله اول خود فرد باید اصول و قواعدی را فرا بگیرد و این آمادگی را داشته باشد که تغییر نماید. ما باید این مسئله را بخوبی درک کنیم که مشکل اصلی یک معتاد مصرف و یا قطع مصرف مواد مخدر نمی باشد. بلکه مشکل در درون افکار و احساسات یک معتاد و شرایط اجتماعی است که فرد در آن قرار دارد. قسمتی که قابل دیدن نیست و حتی درک کردن این قسمت از بیماری او جز مشکل ترین درمان های جهان میباشد، یک فرد معتاد قبل از اینکه مصرف مواد مخدر او را به سوی رفتارهای ناهنجار اجتماعی؛ ناسازگاری و تخریب بکشد. حال این فرد پس از قطع مصرف مواد مخدر مجدداً با همان احساساتی رودررو میشود که زمانی وی را به سوی مواد مخدر سوق داده و اکنون از بین نرفته بلکه در مواردی بسیار قوی تر از گذشته عمل میکند زیرا اینک دردهای دوران مصرف مواد؛ کمبودهای عاطفی؛ احساسی؛ مالی و دهها عامل دیگر نیز به دردهای گذشته او اضافه شده. معتاد پس از ترک با وجود خستگی و ناتوانی در مقابل مواد مخدر در پس ذهن خود روزنه ای برای فرار باز میگذارد. زیرا برای یک معتاد بهترین ابزار و ایمن ترین رفتار همان چیزی است که با آن عجين شده. این رفتار برای او امنیت و آرامش غیر واقعی اما خوش آیند به همراه دارد. اینجا نقش مددکاران اجتماعی و آغاز مداخلات حرفه ای او در کنار خانواده فرد بهبود یافته پذیرش، آموزش و کمک به توسعه مهارتهای مذاکره ای و ارتباطی بهبود یافتگان خواهد بود. چرا که گاهی اوقات صرف آگاهی مددجو از اینکه مددکار به وی علاقمند است و با او همکاری دارد حمایت از مددجو بحساب می آید و در نهایت ایجاد فضای امن روانی و درک احساسات و گذشت همراه با مهربانی نسبت به فردی که آمادگی ملحق شدن به خانواده و جامعه را دارد.

مواد مخدر

مخدر مأخوذ از خدر است که به معنی ضعف و تنبلی و سستی می آید و بر این معانی نیز اطلاق می شود: تاریکی، سیر و سیاحت، چشم پوشی، سردی، لازم گرفتن چیزی و جایگزین شدن، که همه این ها بزدلی، عقب ماندگی، سرگردانی، کودنی و بی غیرتی را به دنبال دارند و تمام این معانی در معتاد به مواد مخدر نمایان هستند؛ اعم از این که مواد مایع را استعمال کند یا جامد آن را (قربانی و اکبری، ۱۳۹۴). قربانی و فتاح (۱۳۹۱) در تعریفی اصطلاحی عنوان می کنند که هر گونه ترکیب گیاهی و شیمیایی که باعث دگرگونی در سطح هوشیاری مغز شده و باعث ایجاد اعتیاد در فرد و وابستگی به ماده مصرفی می شود ماده مخدر نامیده می شود. این تعریف شامل تمام انواع مواد مخدر فعلی و آنچه در آینده پدید آید، است.

اعتیاد و معتاد

اعتیاد در لغت به معنای عادت کردن و یا خوی کردن به چیزی است. سازمان ملل متحد اعتیاد را این گونه تعریف کرده است: اعتیاد، مسمومیت حاد یا مزمنی است که برای شخص یا اجتماع زیان بخش است و از طریق استعمال داروی طبیعی یا صنعتی ایجاد می شود. اعتیاد به مواد مخدر دارای سه ویژگی زیر است:

۱. احساس نیاز شدید به ادامه مصرف مواد مخدر و تهیه آن از هر طریق ممکن؛
 ۲. وجود علاقه شدید به افزایش مداوم میزان مصرف مواد مخدر؛
 ۳. وجود وابستگی روانی و جسمانی به آثار مواد مخدر، به طوری که در اثر دسترسی نداشتن به آن، علائم وابستگی روانی و جسمانی در فرد معتاد هویدا شود (قربانی و اکبری، ۱۳۹۴).
- معتاد فردی است که از راه های گوناگون نظیر خوردن، تخدیر، تزریق و استنشاق، یک یا چند ماده مخدر را با هم و به صورت مداوم مصرف می کند و در صورت قطع آن، با مسائل جسمانی، رفتاری یا هر دو مواجه می شود (قربانی، مجرد و اکبری، ۱۳۹۳).

انواع مواد مخدر

مواد مخدر را به لحاظ نوع اثر گذاری، عوارض جانبی، نحوه مصرف و نوع وابستگی دسته بندی می کنند. برخی از انواع مواد مخدر شامل تریاک، مرفین، هروئین، حشیش، متادون، شیشه، گراس و ماری جوانا و... است. با گذشت زمان این مواد، در اشکال، ترکیبات، آثار و اسامی جدیدی عرضه می شود که یکی از جدیدترین آنها قرص شادی (اکستازی) است که به شکل آدامس، قرص، کپسول یا پودر مورد استفاده قرار می گیرد و عوارض خطرناک روحی و جسمی را به دنبال دارد. امروزه اعتیاد به سیگار به عنوان تنها ماده تخدیر کننده ای که برای همه افراد جامعه قابل دسترسی است و مصرف آن قبح اجتماعی خود را از دست داده، رو به افزایش است. به زعم بسیاری از افراد جامعه، سیگار، جزء مواد مخدر محسوب نمی شود، در حالی که براساس طبقه بندی سازمان جهانی بهداشت به عنوان یکی از مجموعه های اعتیاد به مواد مخدر به حساب آمده است. افراد سیگاری بیشتر از سایرین در معرض اعتیاد به مواد مخدر قرار دارند (قربانی، ۱۳۹۴).

نظریه های مرتبط با حمایت اجتماعی و معتادان بهبود یافته

رویکرد نظری حمایت اجتماعی در پیوند با همبستگی اجتماعی، سابقه ای به قدمت جامعه شناسی کلاسیک دارد. دورکیم با طرح مفهوم همبستگی اجتماعی به گونه ای غیرمستقیم به حمایت اجتماعی به عنوان محصولی برآمده از روابط اجتماعی توجه دارد. اگرچه او برای اولین بار بحث تأثیر شبکه روابط اجتماعی و حمایت های منتج از این شبکه را در آسیب شناسی باب نمود. اما حمایت اجتماعی در تحلیل های آسیب شناختی اجتماعی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. در زمینه حمایت اجتماعی و نقش آن در حمایت از معتادان بهبود یافته نظریاتی وجود دارد که در این بخش به برخی از این نظریات اشاره می نماییم: از نظر ساراسون و دیگران حمایت اجتماعی به عنوان میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. برخی، حمایت های اجتماعی را واقعیت اجتماعی و برخی آن را ناشی از ادارک فرد می دانند (علیپور، ۱۳۸۰: به نقل از دلپسند و دیگران، ۱۳۹۱). حمایت واقعی عبارت است از نوع و فراوانی تعاملات حمایتی خاص است که فرد در روابط اجتماعی در قالب آن ها کمک های ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی را از دیگران دریافت می کند. افراد براساس روابط اجتماعی و نوع پیوندهایی که دارند از منابع حمایتی برای برطرف کردن نیازهایشان استفاده می کنند، بطوری که هر اندازه روابط اجتماعی گسترده تر باشد میزان دسترسی به منابع حمایتی را بیشتر می کند و احتمالاً این منابع حمایت اجتماعی می تواند حوادث منفی زندگی را کاهش داده و به مثابه چتر دفاعی در مقابل عوامل استرس زای زندگی اجتماعی عمل می کند؛ و در نهایت در ارتباط با اعتیاد از نظریه ساراسون می توان چنین استنباط نمود که حمایت اجتماعی با کاهش ناکامی ها و تقویت خودپنداره مثبت احتمال گرایش مجدد به اعتیاد را کاهش می دهد.

کوب حمایت اجتماعی را مجموعه اطلاعاتی تعریف می کند که شخص را به این اعتقاد می رساند که در یک شبکه ارتباطی مورد توجه و علاقه دیگران است و از سوی آن ها با ارزش و محترم شمرده می شود، و در نتیجه چنین باوری این احساس به فرد دست می دهد که به آن شبکه ارتباطی متعلق است (رستگار خالد، ۱۳۸۴: ۱۳۶).

شافر، کوین و لازرواس با تأکید بر ادراکات ذهنی فرد، حمایت اجتماعی را عبارت از ارزشیابی ها یا ارزیابی های فرد از این که تا چه حد یک تعامل یا الگوی تعاملات یا روابط برای وی سودمند است، می دانند. کسلر و همکاران بین دو نوع از حمایت اجتماعی تمایز قائل می شوند: حمایت اجتماعی ساختاری و حمایت اجتماعی کارکردی. حمایت اجتماعی ساختاری بر جنبه های ساختاری روابط اجتماعی دلالت می کند. این جنبه ها بطور کلی عبارتند از ترتیب و برنامه زندگی) بدین معنی که آیا شخص به تنهایی زندگی می کند یا با دیگران (فراوانی تعاملات اجتماعی، مشارکت در فعالیت های اجتماعی یا درگیری در شبکه اجتماعی (گروهی از افراد که ممکن است سطوح متنوعی از تماس با یکدیگر داشته باشند). حمایت اجتماعی کارکردی نیز اصولاً به کارکردهای متعددی که حمایت ممکن است فراهم کند اشاره دارد. از جمله این نوع حمایت می توان به ابراز حالات روانی مثبت یا حمایت عاطفی، اظهار موافقت با عقاید و یا احساسات شخص، ابراز احساس تشویق آمیز و دلگرم کننده و یا کارکردهای دیگر مانند تأمین مشورت، ارائه اطلاعات و تأمین کمک های اطلاعاتی اشاره کرد (کسلر و همکاران^۱، ۱۹۸۵، ۵۴۲).

از منظر راتوس می توان چنین استدلال نمود که حمایت اجتماعی با کاهش منابع فشار و تعدیل آن ها به مثابه یک عامل بازدارنده در برابر آسیب های اجتماعی عمل می کند. راتوس عقیده دارد که حمایت اجتماعی از طریق فرآیندهای زیر فشارهای روانی را تعدیل می کند:

- ۱- توجه عاطفی: گوش دادن به مشکلات فرد و ابراز احساس همدلی، مراقبت، فهم و قوت قلب داد؛
 - ۲- یاری رسانی: ارائه حمایت و یاری که به رفتار انطباقی می انجامد؛
 - ۳- اطلاعات: ارائه راهنمایی و توصیه جهت افزایش توانایی مقابله ای افراد؛
 - ۴- ارزیابی: ارائه پسخوراند از طرف دیگران در زمینه عملکرد منجر به تصحیح عملکرد؛
 - ۵- جامعه پذیری: دریافت حمایت اجتماعی معمولاً به واسطه جامعه پذیری بدست می آید در نتیجه نتایج سودمندی بدنبال می آورد (بخشی پور و همکاران، ۱۳۸۴: ۱۴۷-۱۴۶).
- نظریه کنترل اجتماعی هیرشی از جمله نظریه های کنترل است که هم کنترل درونی و هم کنترل بیرونی را مورد توجه قرار می دهد. هیرشی با الهام از دورکیم، معتقد است که رفتار انحرافی نتیجه ضعف پیوندهای فرد با جامعه عادی است (محسنی تبریزی، ۱۳۸۳: ۸۹). در نظریه هیرشی چهار عنصر برای پیوند فرد با جامعه یا دیگران، عادی دیده شده است:
- ۱- دل بستگی: میزان توجه و حساسیت فرد نسبت به دیگران و دیدگاه ها و توقعات آن ها.
 - ۲- تعهد: میزان همراهی پاداش ها و مجازات های اجتماعی با رفتار همونا و نابهنجار افراد.
 - ۳- درگیر بودن: میزان وقتی که فرد در فعالیت های عادی اجتماعی صرف می کند.
 - ۴- باور داشتن: میزان اعتبار هنجارهای اجتماعی برای فرد، با میزان درونی کردن هنجارهای اجتماعی (مشکاتی و مشکاتی، ۱۳۸۱: ۴۳).

هر عنصر یک حلقه ارتباط بین فرد و جامعه است تا زمانی که فردی به گروه های عادی جامعه ارتباط دارد، از هنجارهای اجتماعی پیروی می کند ولی اگر یک یا چند حلقه ارتباطی ضعیف شد، احتمال منحرف شدن افزایش می یابد (ممتاز، ۱۳۸۰: ۱۲۳-۱۲۰).

حمایت اجتماعی از معتادان بهبود یافته و خانواده های آسیب دیده

بهبود یافتگان اعتیاد گاه پس از ترک هنوز سردرگم هستند و دائماً با وسوسه استفاده مجدد از مواد مخدر رو به رو می شوند، در اکثر درمان ها فرد معتاد پس از مرحله سم زدایی در جلسات روان درمانی فردی یا گروهی قرار می گرفته است بدون توجه به اینکه تا چه اندازه آمادگی تغییر و پذیرش درمان را دارد. و طبیعتاً، بدون توجه به این عامل مهم احتمال موفقیت کاهش می یافته است.

درک کلیه علل و عوامل زمینه ساز مستعد کننده بروز اعتیاد و نیز عوامل محافظت کننده در مقابل آن از دو جهت ضرورت دارد تا روند پیشگیری، شناسایی، درمان و پیگیری به طور هدفمند طرح ریزی شود.

- ۱- شناسایی افراد در معرض خطر اعتیاد و اقدام های پیشگیرانه لازم برای آنان؛
- ۲- ضرورت حمایت از معتادان بهبود یافته در تمام زمینه ها برای عدم بازگشت به مصرف مواد مخدر.

¹ Kessler and et al

پیشگیری از بازگشت مجدد در دهه‌های اخیر به مقوله یک فرایند مستقل و نیز شیوه‌های پیشگیری از آن بیشتر توجه می‌شود. فرضیه‌های متعددی برای تبیین این رویکردها ارایه شده‌اند.

حمایت اجتماعی به این مسئله می‌پردازد که فرد در زندگی خود و در هنگام بروز مشکلات از همفکری و مساعدتهای اطرافیان خود (دوستان، خانواده و...) بهره‌مند شود و بتواند با آنها احساس نزدیکی کند. چرا که حمایت اجتماعی و میزان آن تابع روابط اجتماعی فرد است.

بنابراین حمایت در ابعاد مختلف خود نظیر حمایت عاطفی، حمایت ابزاری و حمایت خود ارزشمندی، حمایت اطلاعاتی و حمایت شبکه اجتماعی بهترین راه جلوگیری از بازگشت معتادان بهبودیافته است. این حمایت‌ها میتواند هم از طرف خانواده و مجاورت با خویشاوندان نزدیک و شبکه‌های حمایتی خانوادگی و اجتماعی باشد و هم از طرف نهاد های دولتی و غیردولتی باشد. حمایت‌های عاطفی میتواند زمینه خود حمایتی را نیز در بهبود یافتگان ایجاد کند. بنابراین انواع حمایت‌های اجتماعی میتوانند همچون چسبی امکان دسترسی، مشارکت دادن، جایگزینی و حفاظت از بهبودیافتگان را بوجود آورند. ضروری است تا نگاه افراد جامعه نیز به این افراد تغییر یابد تا آنها در میان لایه‌های جامعه سرخورده نشود. یکی از بهترین اشکال حمایت از بهبود یافتگان توسط مددکاران اجتماعی هنگامی است که خواسته‌های مددجویان در داخل موسسه سرکوب یا نادیده گرفته میشود و اینجاست که مددکاران اجتماعی در نقش مدافع مداخله می‌نمایند.

متأسفانه عود (بازگشت)، اعتماد به نفس، مسئولیت پذیری و کارآمدی فرد را کاهش می‌یابد و به تبع تأثیرات زیادی نیز بر فرد، خانواده و جامعه می‌گذارد. مشکلات خانوادگی از سر گرفته می‌شود، بی‌اعتمادی اعضای خانواده به فرد معتاد تقویت شده و ترک بعدی و پذیرش آن را مشکل تر میکند. حرمت های خانوادگی از بین می‌رود و بنیاد خانوادگی سست و متزلزل می‌گردد، و اگر فرد معتاد نقش پدر یا مادر را در خانواده دارا باشد مشکلات بسیار عدیده ای چه از لحاظ اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی به دنبال دارد و اگر فرزند خانواده باشد هر بار که برگشت می‌کند استرس شدیدی بر سایر اعضا وارد می‌آورد. تأثیرات عود بر جامعه نیز از لحاظ اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی و امنیتی قابل تأمل می‌باشد. زیرا زمانی که این افراد دوباره معتاد می‌شوند از نظر روانی فشار شدیدی تحمل می‌کنند و برای تهیه مواد شاید دست به هر جرمی بزنند و امکان ترک دوباره کمتر می‌شود.

در بررسی از رویکردهای پیشگیری از بازگشت مجدد الگوهایی را فهرست بندی کرده‌اند. در یکی از الگوهای موجود به جای تمرکز بر مسمومیت‌زدایی، به مراقبت‌های پس از مرخص شدن از مراکز درمان توجه می‌شود. یکی از مهم‌ترین اقداماتی که بایستی در آغاز برای مراجع انجام داد، ایجاد احساس آگاهی عمیق از شیوه‌هایی است که این عوامل راه انداز درونی و بیرونی ممکن است توسط آنها موقعیت های مخاطره آمیز را به وجود آورند.

اعضای خانواده اغلب به شیوه‌هایی به عضو معتاد خانواده کمک می‌کنند که هم به ضرر او و هم به ضرر خودشان تمام می‌شود. معمولاً اعضای خانواده اصول حمایت از معتادان را نمی‌دانند و کمک کردن آنها بر اساس این اعتقاد است که اعتیاد یک مشکل و ناهنجاری رفتاری است و اینکه آنها می‌توانند عزیز معتادشان را به ترک اعتیاد متقاعد کنند. اما اگر می‌خواهیم برای دستیابی به بهبودی از عزیز معتادمان به صورت موثری حمایت کنید، قبل از هر چیز باید بدانید که اعتیاد نوعی بیماری است نه یک رفتار غیر اخلاقی و ضعف اخلاقی انسان و همانند هر بیماری دیگری راه و روش بهبودی مخصوص خود را دارد. در خصوص حمایت اجتماعی از معتادان بهبود یافته ای که با قدرت و اعتماد به نفس بالا از دام اعتیاد رها گشته‌اند همکاری نهادهای دولتی و مردمی ضروری می‌باشد.

اعتماد داشتن یکی از مهم‌ترین کمک‌هایی است که میتوان به معتادان بهبود یافته داشت تا دوباره بتوانند به کار و زندگی خود ادامه دهند. می‌توان گفت که معتادان بهبود یافته در مرز داشتن زندگی سالم و یا غیر سالم هستند. معتادان بهبود یافته نیازمند بازتوانی شخصیتی می‌باشند چرا که سرخوردگی آنان و خانواده‌هایشان سبب بازگشت مجدد آنان به چرخه اعتیاد شده است. کارشناسان حوزه مواد مخدر معتقد هستند از طریق بازتوانی شخصیت میتوان مشکلاتی از جمله اضطراب؛ افسردگی و مشکلات روحی معتادان را کنترل و آنان را از سرخوردگی‌ها دور کرد تا مجدد به چرخه اعتیاد برگردانده نشوند.

ایجاد خانه‌های میان‌راهی یکی از راهکارهای بهزیستی برای توانمندسازی معتادان بهبود یافته است که مقرر شده بود با ساخت این خانه‌ها معتادان بهبود یافته پس از خروج از کمپ‌ها و مراکز درمانی تا زمان پیدا کردن شغل، سرپناه و کسب درآمد و با پیگیری

مشکلات قانونی و حقوقی در این خانه ها ساکن شوند، چرا که در غیر این صورت معنادان بهبود یافته دوباره به سمت کانون های آسیب باز می گردند و فرآیند بهبودی با شکست مواجه می شود.

مددکاران اجتماعی در مورد حمایت از بهبود یافتگان بعضاً مورد انتقادهایی قرار میگیرند چرا که حمایت های آنان در مراحل اولیه ممکن است فقط به حفظ موقعیت و وضعیت سلامتی حاصل شده متمرکز باشد تا بهبود موقعیت و گسترش تواناییهای او. زیرا مددکاران اجتماعی بعضاً احتمال می دهند مددجو کنترل زندگیش را بسرعت از دست بدهد. بنابراین شاید در این مرحله دشوار باشد دقیقاً تعیین کند در حال انجام چه کاری است و یا چه اهدافی دارد.

از آنجایی که بهبودیافتگی معنادان به موادمخدر و ثبات در این راه یک پدیده اجتماعی است و پدیده های اجتماعی تک علتی نبوده و دارای پیچیدگی مرکب هستند رهایی فرد از موادمخدر به عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی متعددی بستگی دارد. عوامل فردی همچون وضعیت جسمانی، روانی، اقتصادی و... عوامل خانوادگی همچون روابط درون خانواده، میزان مسئولیت پذیری و... در سطح اجتماعی ساختارهایی که بر فرد تاثیرگذار است نقش تعیین کننده ای دارا هستند. یکی از عواملی که می تواند در بهبود فرد تاثیرگذار باشد، تاثیر حمایت اجتماعی بر این روند می باشد. حمایت اجتماعی در فرآیند بازگشت و بهبود فرد معناد می تواند تقویت کننده ای قدرتمند و سودمند باشد. از جمله مواردی که حمایت اجتماعی می تواند در این فرآیند تاثیرگذار باشد عبارتند از:

* احساس تعلق؛

* احساس امنیت و امن بودن؛

* کاهش استرس، انزوا و تنهایی؛

* افزایش احساس معنا و هدف داشتن در زندگی؛

* افزایش امید و مثبت اندیشی نسبت به آینده؛

* شناسن فرار از دنیایی کوچک و نگرانی های ناشی از آن؛

* حمایت اجتماعی می تواند بر احساس شرم، خجالت و پنهان شدن مقابله کند.

حمایت اجتماعی به روش های گوناگونی می تواند در بهبودیافتگان از اعتیاد کمک کننده باشد:

۱- فراهم آوردن اطلاعات با ارزش به طور مثل معرفی پایگاه های اطلاعاتی در زمینه اعتیاد، شرح و توصیف تجارب شخصی افراد مختلف در هنگام بهبود، به اشتراک گذاری تکنیک ها و روش هایی که می تواند در مدیریت تمایل به اعتیاد کمک کننده باشد.

۲- فراهم نمودن منابع لازم یا مطلوب به طور مثال ارائه اطلاعات برای یک مصاحبه شغلی، ارائه یک کتاب در زمینه بهبود و روش های موثر آن، قرض دادن اتومبیل.

۳- فراهم نمودن کمک های واقعی و محسوس برای مثال همراه شدن با فرد برای رفتن به مطب پزشک، مراقبت از کودکان آن ها و یا کمک به فرد به منظور پیدا کردن یک منزل مناسب.

۴- فراهم نمودن حمایت عاطفی شامل گوش دادن فعال، تشویق، احساس فهم شدن، دلسوزی و حل مسئله به طور مشترک. بدون شک، برخی از افرادی وجود دارند که بدون توجه به حمایت اجتماعی بهبود می یابند با این وجود پژوهش ها حاکی از آن است که رابطه مستقیمی بین افرادی که از حمایت های اجتماعی و گروهی بهره می برند با بهبودشان وجود دارد (آتکینز و هاودون^۲ ۲۰۰۷؛ هامفریس^۳، ۲۰۱۱).

در حقیقت حمایت اجتماعی در بهبودیافتگی افراد معناد بسیار تعیین کننده است که حتی چندین رویکرد در معالجه اعتیاد تمرکز خود را به حمایت اجتماعی قرار می دهند (میلر، فورشیمز و زوبن^۴، ۲۰۱۱).

با این وجود نقش حمایت اجتماعی در بهبود معنادانی که در فرآیندهای طبیعی دست به اقدام می زنند شاخص با اهمیت تری می باشد.

² Atkins & Hawdon

³ Humphreys

⁴ Miller, Forchimes & Zweben

نتیجه گیری و ارائه پیشنهاد

معتادان بهبودیافته بویژه افرادی که در ماه های ابتدایی پس از بازگشت و ترک قرار دارند از جمله اقشار آسیب پذیر در اجتماع هستند که در صورت عدم توجه و کاهش میزان حمایت اجتماعی از این افراد، احتمال بازگشت بسیار افزایش می یابد از این روی آگاه سازی در سطح جامعه، خانواده، افراد به همراه مدیریت صحیح و برنامه ریزی منسجم با در نظر گرفتن مفاهیمی همچون حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی، به آسیب پذیری و کاهش فشار روان بهبودیافتگان می تواند کمک نماید تا به احساس اطمینان و ثبات بیشتری دست پیدا کنند و گویی که آن ها کنترل موقعیت پس از ترک موادمخدر را برعهده دارند.

با توجه به مطالب ارائه شده می توان مواردی را مورد پیشنهاد قرار داد تا میزان حمایت اجتماعی از معتادان بهبودیافته روز به روز افزایش چشمگیری یابد:

* انعقاد موافقتنامه بین دستگاهی با هدف ارائه خدمات به بهبود یافتگان از اعتیاد با توجه به ویژگی های شخصیتی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگ بومی آنان انجام پذیرد.

* تاکید بر تفاوت مسائل هر استان با استان دیگر در این حوزه در جریان شکل گیری برنامه مشترک ارائه خدمات به بهبودیافتگان از اعتیاد مورد توجه قرار گیرد. همچنین این مدل های استانی، در برنامه ریزی ها و کاهش عوامل خطرزا در بازگشت بهبودیافته از اعتیاد بکار گرفته شود.

* راه اندازی شبکه حمایت های اجتماعی برای بهبود یافتگان از اعتیاد از طریق تشویق و ترغیب سازمان های مردم نهاد فعال در این حوزه که منجر به افزایش کیفیت ارائه خدمات توسط سازمان ها شود.

* برگزاری کارگاه های آموزشی توسط سمن ها (NGOs) پیرامون سازوکارهای شکل گیری حمایت های اجتماعی از بهبودیافتگان از اعتیاد.

* نقش خانواده در روند ثبات بهبودیافتگی معتادان بسیار برجسته تر از نهادهای درمانی و حمایتی است چرا که حمایت در این نهادها گسسته است از این روی توجه ویژه به نقش خانواده در کنار هم افزایی و مشارکت سایر نهادها، دستگاهها و تشکلهای مردم نهاد بهبود در این روند را می تواند تسریع بخشد.

منابع

- [۱] ابراهیمی، سید محمد و فتاحی، مزده (مهرماه ۱۳۹۰). آسیب شناسی اعتیاد زنان. ماهنامه اصلاح و تربیت. ۱۷(۱۲)، صص ۳-۸ بازیابی از: <http://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/۸۸۸۷۶۶>
- [۲] اورنگ، جمیله (خرداد ۱۳۸۰). پژوهشی درباره اعتیاد. تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، مرکز آمار و برنامه ریزی.
- [۳] خرسندی، زینب (شهریور ۱۳۹۵). بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روان زنان معتاد (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه خاتم. دانشکده علوم انسانی
- [۴] حجابیان، احمد و قنبری، یوسف (پاییز ۱۳۹۲). شناسایی و تحلیل مؤلفه های اجتماعی مؤثر در گرایش جوانان روستایی به اعتیاد در مناطق روستایی شهرستان اصفهان. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد. ۲۷(۱۷)، صص ۶۷-۲۷. بازیابی از: <http://www.ensani.ir/fa/content/321813/default.aspx>
- [۵] حجتی، سوده (۱۳۹۰). طرح پژوهشی بررسی وضعیت اعتیاد زنان به مواد مخدر. تهران: کمیته مبارزه با مواد مخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام
- [۶] ستوده، هدایت الله (۱۳۸۹). آسیب شناسی اجتماعی (جامعه شناسی انحرافات). تهران: آوای نور.
- [۷] دانش، پروانه، ملکی، امیر و نیازی، زهره (بهار ۱۳۹۲). نظریه زمینه ای درباره علل اعتیاد زنان معتاد زندانی در زندان مرکزی اصفهان.
- [۸] فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی - فرهنگی. ۱(۴) ۱۴۵-۱۲۵. بازیابی از: <http://fa.journals.sid.ir/ViewPaper.aspx?id=217986>
- [۹] رحیمی موقر، آفرین؛ ملایری خواه لنگرودی، زهرا، دلیر پور احمدی، شهناز و امین اسماعیلی، معصومه (تابستان ۱۳۹۰). بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۷(۲)، صص ۱۲۵-۱۱۶. بازیابی از: <http://fa.journals.sid.ir/ViewPaper.aspx?ID=151173>
- [۱۰] رشادت، کورش (۱۳۹۳). سوء مصرف مواد مخدر؛ مفاهیم، پیشگیری و توقف. تهران، دانشگاه پیام نور.
- [۱۱] ریماز، شهناز؛ دستور پور، مریم، مرقاتی خوبی، عفت السادات و محسنی، شکرالله (اردیبهشت ۱۳۹۲). بررسی متغیرهای دموگرافیک مرتبط با عود سوء مصرف مواد در زنان و مردان مراجعه کننده به مراکز منتخب درمان اعتیاد شهر تهران در سال ۱۳۸۸. ماهنامه علوم پزشکی رازی. ۱۰(۷۱۲۰)، صص ۶۳-۷۲. بازیابی از: <http://fa.journals.sid.ir/ViewPaper.aspx?id=۲۰۷۶۲۱>
- [۱۲] زارعی محمودآبادی، حسن؛ لقمانی خوزانی، بیبا و شبانی بروجنی، پرستو (شهریور ۱۳۹۳). اعتیاد زنان؛ تعارض نقش مادری و اعتیاد. مجموعه مقالات همایش بین المللی روان شناسی و فرهنگ زندگی؛ مؤسسه سفیران فرهنگی مبین، ترکیه، استانبول. بازیابی از: http://www.civilica.com/Paper-ICPCL01-ICPCL01_233.htm
- [۱۳] زنجانی، تهمینه (۱۳۸۶). اعتیاد در نوجوانان؛ پایگاه اینترنتی انجمن درمانگران ایران (WWW.iranHoalors.com).
- [۱۴] قاسمی روشن، ابراهیم (زمستان ۱۳۸۲). از اعتیاد زنان تا نابسامانی خانواده. فصلنامه مطالعات کتاب زنان. ۲۲(۱۶)، صص ۱۳۰-۱۵۱. بازیابی از: <http://www.noormags.ir/view/fa/articlepage>
- [۱۵] صدیق سروستانی، رحمت الله (۱۳۸۶). آسیب شناسی اجتماعی. تهران: سمت.
- [۱۶] کاوه، محمد (۱۳۹۱). آسیب شناسی بیماری های اجتماعی (جلد اول). تهران: جامعه شناسان.
- [۱۷] کاکویی دینکی، عیسی و قوامی، نسرين السادات (زمستان ۱۳۹۳). بررسی ویژگی های جنسیتی و پیامدهای گرایش زنان به سوء مصرف مواد مخدر. فصلنامه علمی - ترویجی سلامت اجتماعی و اعتیاد. ۴(۴)، صص ۳۲۹ - . بازیابی از: <http://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1073940>
- [۱۸] گلستانه، فرشته (۱۳۸۸). اثر برنامه تمرینی ایروبیک بر سلامت روان زندانیان زن معتاد زندان مرکزی زاهدان (پایان نامه کارشناسی ارشد). رشته تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه پیام نور.
- [۱۹] مقرنسی، مهدی؛ کوشان، محسن؛ گلستانه، فرشته؛ سید احمدی، محمد و کیوانلو، فهیمه (تابستان ۱۳۹۰). تأثیر یک دوره تمرین ایروبیک بر سلامت روان زنان معتاد. فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار. ۱۸ (۲)، صص ۹۱-۹۷. بازیابی از: <http://fa.journals.sid.ir/ViewPaper.aspx?id>
- [۲۰] ممتاز، فریده (اسفند ۱۳۸۶). انحرافات اجتماعی؛ نظریه ها و دیدگاه ها. تهران: شرکت سهامی
- [۲۱] ناصری پلنگرد، سهیلا؛ محمدی، فریبا؛ دوله، معصومه و ناصری، محبوبه (تابستان ۱۳۹۲). عوامل مؤثر بر اعتیاد زنان.