

توانمندسازی افراد در حال بهبودی از اعتیاد:
مفاهیم کلیدی و ملاحظه‌های اجرایی برای سیاست‌گذاران،
خدمات‌رسانان و فعالان جامعه مدنی

عنوان و نام پدیدآور	توانمندسازی افراد در حال بهبودی از اعتیاد: مفاهیم کلیدی و ملاحظه‌های اجرایی برای سیاست‌گذاران، خدمات‌رسانان و فعالان جامعه مدنی/محمدجواد غفاری-سیاوشانی...[و دیگران]؛ ویراستار علمی: امیر غلامحسین زردوز؛ ناظر محمدجواد غفاری-سیاوشانی؛ ویراستار ادبی: آزاده بهرام‌جی؛ به سفارش جمعیت حمایت از بهبود یافتگان.
مشخصات نشر	تهران: آواژ، ۱۳۹۹.
مشخصات ظاهری	۳۱۹ص:؛ مصور (بخشی رنگی)، جدول، نمودار.
شابک	978-600-869863-0
وضعیت فهرست نویسی	فیا
پادداشت	نویسندگان: محمدجواد غفاری-سیاوشانی، آزاده بهرام‌جی، امیر غلامحسین زردوز، حسن اسدی، ضحی امیری، سید امین رادفر، حمیدرضا طاهری-نخست، فرید براتی-سده، بیژن پیرنیا، فاطمه جعفری، محمد طاهری-ریکنده، ستاره محسنی‌فر، رویا نوری، لیلا ارشد، مدینه قاسمی، حسین اسد بیگی.
پادداشت	کتابنامه.
موضوع	معتقدان به سواد مخدر -- توانبخشی -- مقاله‌ها و خطابه‌ها
موضوع	Addresses, essays, lectures -- *Drug addicts -- Rehabilitation
موضوع	سوء مصرف مواد -- درمان -- مقاله‌ها و خطابه‌ها
موضوع	Substance abuse -- Treatment -- *Addresses, essays, lectures
موضوع	اعتیاد -- درمان -- مقاله‌ها و خطابه‌ها
موضوع	Addresses, essays, lectures -- *Drug addiction -- Treatment
شناسه افزوده	غفاری سیاوشانی، محمدجواد، ۱۳۵۵-
شناسه افزوده	غلامحسین زردوز، امیر، ۱۳۶۰ -، ویراستار
شناسه افزوده	جمعیت خیریه حمایت از بهبودیافتگان
رده بندی کنگره	HV۴۹۹۸
رده بندی دیویی	۶۱۶/۸۶۰۳
شماره کتابشناسی ملی	۷۳۴۹۱۷۲
وضعیت رکورد	فیا

عنوان: توانمندسازی افراد در حال بهبودی از اعتیاد: مفاهیم کلیدی و ملاحظه‌های اجرایی برای سیاست‌گذاران، خدمات‌رسانان و فعالان جامعه مدنی به سفارش جمعیت حمایت از بهبود یافتگان نویسندگان:

محمد جواد غفاری سیاوشانی. آزاده بهرام‌جی. امیر غلامحسین زردوز. حسن اسدی. ضحی امیری. سید رامین رادفر. حمیدرضا طاهری نخست. فرید براتی سده. بیژن پیرنیا. فاطمه جعفری. محمد طاهری ریکنده. ستاره محسنی فر. رویا نوری. لیلا ارشد. مدینه قاسمی. حسین اسد بیگی.

ناظر: محمد جواد غفاری سیاوشانی

ویراستار علمی: امیر غلامحسین زردوز

ویراستار ادبی: آزاده بهرام‌جی

طراح جلد: حسین قلیپور

مشخصات نشر: تهران، آواژ

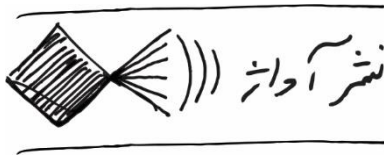
نوبت چاپ: اول

سال چاپ: ۱۳۹۹

تیراژ: ۱۰۰۰

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۸۶۹۸-۶۳-۰

قیمت: ۹۹۰۰۰ تومان



این اثر تحت پوشش قانون حمایت از حقوق مؤلفان و مصنفان ایران قرار دارد.

.....

تماس با نشر آواژ

۰۲۱- ۷۷۳۰۸۵۹۱

۰۹۱۰۱۰۹۳۸۹۱

www.avazh.ir

info@avazh.ir

فهرست

تشکر و قدردانی.....	۷
پیشگفتار.....	۹
درآمدی بر تبیین مدل نظری توانمندسازی و بهبودی، نظریه تغییر و ساختار اجرایی.....	۱۳
ارتقای بهبودی.....	۴۳
پیشگیری از لغزش و برگشت در افراد در حال بهبودی.....	۷۳
بهبودی از اعتیاد و ارتقا سلامت جنسی.....	۸۹
نقش ورزش در بهبودی از اعتیاد.....	۹۹
نقش تغذیه در بازتوانی و توانمندسازی افراد در حال بهبودی.....	۱۱۱
نقش معنویت در بهبودی از سومصرف مواد.....	۱۲۹
خدمات به خانواده: الگوی توانمندسازی و بازادغام اجتماعی.....	۱۳۷
ملاحظه‌های ویژه برای توانمندسازی زنان.....	۱۵۳
ملاحظه‌های ویژه برای توانمندسازی جوانان ۱۸ تا ۲۵ سال.....	۱۷۹
ملاحظه‌های ویژه برای توانمندسازی افراد اچ‌آی‌وی مثبت.....	۱۸۷
ملاحظه‌های ویژه برای توانمندسازی افراد دارای اختلال آشفتگی جنسیتی.....	۱۹۷
اشتغال (مدل‌های کسب و کار) برای افراد در حال بهبودی.....	۲۲۱
آموزش مدیریت مالی به افراد در حال بهبودی.....	۲۵۷
سرپناه برای افراد در حال بهبودی.....	۲۶۹
راهنمای معاضدت حقوقی برای افراد در حال بهبودی.....	۲۷۵
اصول حمایت طلبی برای افراد در حال بهبودی.....	۲۸۵
تاثیر انگ و برچسب بر عود مجدد افراد در حال بهبودی.....	۲۹۷
بازادغام اجتماعی افراد در حال بهبودی.....	۳۰۳

تشکر و قدردانی

سومصرف مواد مخدر علاوه بر آسیبی اجتماعی معضلی تهدید کننده برای امنیت ملی و جهانی است که منجر به عواقبی نظیر تخریب شالوده خانواده، منزوی شدن افراد، از دست دادن موقعیت‌های شغلی و اجتماعی، اختلال‌های روان‌پزشکی و دیگر بیماری‌های فیزیولوژیک همراه، قتل و یا خودکشی می‌شود. سومصرف مواد سبک زندگی فرد مصرف کننده و سلامت جامعه را مختل کرده، نهاد خانواده که بنیان اجتماع است را به کام خود برده و انجام رسالت اصلی دولت‌ها که حفظ رفاه و کرامت انسانی است را با مشکل روبه‌رو می‌کند.

فرد معتاد برای درمان نیاز به حمایت‌های روانی، معنوی، اجتماعی، فرهنگی، خانوادگی و پزشکی دارد. اعتیاد بیماری چند عاملی است که فاکتورهای مختلفی در بروز آن نقش دارند. بنابراین درمان‌های طبی صرف، پاسخگوی "بهبودی پایدار" از اعتیاد نیستند. تمام افرادی که به نحوی درگیر سومصرف هستند باید تحت حمایت‌های همه جانبه خانواده، اجتماع و جامعه قرار گیرند تا توانایی‌ها و وضعیت بهبازی خود را ارتقا دهند.

برای من جای خوشنودی است که در این کتاب عناصر مهم در توانمندسازی افراد در حال بهبودی بدون هیچ گونه پیچیدگی و ابهامی به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفته‌اند. نویسندگان در تالیف هر فصل علاوه بر تکیه بر تجربه‌های میدانی چندین ساله خود از رویکردها و مبانی نظری علمی و پژوهش‌های معتبر استفاده کرده‌اند. امیدوارم سیاست‌گذاران، خدمات‌رسانان و فعالان جامعه مدنی در حوزه اعتیاد از مطالعه این کتاب بهره‌مند شده و ما را با راهنمایی‌ها و توصیه‌های ارزنده‌شان یاری نمایند.

در پایان باید اذعان دارم که نگارش این کتاب بدون همکاری و همیاری نویسندگان مختلف آن امکان پذیر نبود. لذا اینجانب کمال تشکر و قدردانی خود را از همکاری صمیمانه یکایک ایشان صمیمانه ابراز می‌دارم.

محمد جواد غفاری سیاوشانی

تابستان ۱۳۹۹

پیشگفتار

کتاب "توانمندسازی افراد در حال بهبودی از اعتیاد: مفاهیم کلیدی و ملاحظه‌های اجرایی برای سیاست‌گذاران، خدمات‌رسانان و فعالان جامعه مدنی" به اهتمام جمعیت حمایت از بهبودیافتگان با هدف ارتقا بهباشی و بازادغام اجتماعی پایدار افراد در حال بهبودی توسط مولفان این اثر به نگارش درآمده است. این کتاب با استفاده از ادبیاتی ساده اما کاربردی، مبتنی بر شواهد و نشات گرفته از تجربه‌های موفق میدانی و بالینی برای توانمندسازی افراد در حال بهبودی از اعتیاد به نگارش درآمده است.

هدف از نگارش این اثر ارایه مدلی ساختاریافته با استخوان‌بندی مشخص (مانند اجتماع درمان‌مدار) و یا ارایه پروتکلی معین نیست که در آن جزییات عناصر محیطی، شایستگی‌های تخصصی تیم اجرایی و غیره شرح داده می‌شود. هدف تالیف این کتاب تعیین اصول و بیان درس آموخته‌ها، توصیه‌ها و ملاحظه‌های اجرایی است که هدف ایجاد یکپارچگی در ارایه خدمات بهبودی را از طریق نظام‌مند کردن و جهت دادن به خدمات ارایه شده در سر دارد. این کتاب به زبان ساده "نقشه راه" برای توانمندسازی افراد در حال بهبودی را ترسیم کرده است.

مولفان این کتاب در نظر دارند تا چرخه ناقص برنامه‌های کنونی که با ترخیص از مراکزهای درمانی (و یا بازتوانی) به اتمام می‌رسد را با ارایه مراقبت‌های مبتنی بر بهبودی^۱ که پس از ترخیص آغاز می‌شوند، تکمیل نمایند تا بدین شکل از افزایش اثربخشی برنامه‌های درمانی موجود در این حوزه اطمینان حاصل نمایند. بی‌شک بدون توجه به ماهیت عود کننده اعتیاد و اهمیت استمرار در ارایه خدمات مورد نیاز افراد در حال بهبودی در دوران پس از ترخیص از مراکز درمانی، موفقیت در این حوزه به صورت چشم‌گیری کاهش خواهد یافت. آمار گویای آن است که در بسیاری از کشورها به طور متوسط هشتاد درصد افراد در حال بهبودی در نود روز اول پس از ترخیص از مراکز درمانی تجربه بازگشت به مصرف (عود مجدد) دارند. معمولاً اولین افرادی که پس از ترخیص از مراکز درمانی با افراد در حال بهبودی تماس می‌گیرند فروشندگان مواد مخدر هستند و نه اعضای تیم مراقبتی. این امر نشان دهنده نیاز به نگارش و توسعه ادبیات بهبودی و توانمندسازی در حوزه اعتیاد توسط متخصصان بومی است و از همین رو است که این اثر با هدف ارتقا بهباشی و بازادغام اجتماعی پایدار فرد در حال بهبودی به رشته تحریر درآمده است.

^۱ recovery-oriented care

تبیین مدل‌های بومی برای توانمندسازی افراد در حال بهبودی پس از اجرای صحیح برنامه‌ها تنها با به کارگیری مداخله‌های همه جانبه (جامع)^۲ و انجام پژوهش‌های هدفمند و بدون هر گونه سوگیری امکان پذیر خواهد بود که تملک و افتخار آن برای ملت و جامعه متخصص ایرانی است؛ جامعه‌ای که دارای نیروهای فراوان متخصص، دلسوز و کارآمد در بخش‌های دولتی، غیردولتی و خصوصی است. تبیین مدل‌های بومی زمانی محقق می‌شود که در وهله اول اثربخشی این مداخله‌ها بر همگان نمایان شود. سپس می‌توان درس آموخته‌ها را بازنشر داده و از آن‌ها در حوزه سیاست‌گذاری و به طور خاص در تخصیص صحیح و درست بودجه در برنامه‌های آتی استفاده نمود.

کتاب حاضر برای متخصصان حوزه اعتیاد شامل فعالان جامعه مدنی متشکل از موسسه‌ها و سازمان‌های مردم نهاد (بخش غیردولتی)، مرکزهای سرپایی و یا اقامتی در بخش خصوصی و کارشناسان در نهادهای دولتی و همچنین تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گذاران حوزه اعتیاد به نگارش درآمده است. کتاب حاضر را می‌توان برای توانمندسازی افراد در حال بهبودی در مراکز درمانی و همچنین پس از ترخیص از مراکز درمانی مانند مرکزهای اقامتی میان مدت ترک اعتیاد و یا مرکزهای اقامتی با رویکرد اجتماع درمان مدار^۳ نیز به کار گرفت. علاوه بر موارد ذکر شده استفاده از کتاب حاضر برای مراجعان به برنامه جمعیت احیای انسانی (کنگره شصت)، مشارکت کنندگان در برنامه دوازده قدمی پرهیزمدار-ایمان‌مدار، الکلی‌های گمنام (و یا دیگر شاخه‌های آن مانند معتادان گمنام) و یا مراجعان تحت درمان با استفاده از داروهای آگونیستی (شبه مخدرها) در کلینیک‌های ترک اعتیاد سودمند است. با توجه به همپوشانی فراوان خدمات ارایه شده در فاز درمان (بسته به رویکرد و طول درمان) و فاز بهبودی (به معنای عام آن پس از ترخیص از مراکز درمانی) زمان و نحوه کاربرد مطالب ارایه شده در این کتاب را با توجه به نیازها و توانایی‌های منحصر به فرد هر مراجع بر عهده خدمات‌رسانان و تیم مراقبتی می‌گذاریم. نویسندگان این کتاب بر این باور نیستند که با به کارگیری اصول و توصیه‌های مندرج در این کتاب تمامی مشکل‌های افراد در حال بهبودی حل خواهد شد اما اصول بیان شده در این کتاب بدون شک مسیری روشن و بنیادی محکم را برای خدمات‌رسانان پایه‌ریزی می‌کند.

استمرار در خدمات رسانی، به کارگیری درس آموخته‌ها و همچنین پایش و ارزشیابی برنامه‌ها از اهمیت زیادی برای تدوین و اصلاح الگوهای توانمندسازی برخوردار است. با توجه به گستردگی و تنوع قومیتی و عرضی در جمهوری اسلامی ایران پس از مطالعه این کتاب از خدمات رسانان انتظار می‌رود تا الگوهای خود را برای گروه هدفی معین در موقعیت جغرافیایی مشخص و با توجه به منابع موجود و آسیب‌های رایج در آن منطقه (یا محله) تبیین نموده و پیوسته در بهسازی عناصر برنامه‌های درمانی، بازتوانی و توانمندسازی خود تلاش کنند.

^۲ comprehensive

^۳ The Therapeutic Community

با توجه به منابع محدود و گستردگی آسیب‌های اجتماعی در اقشار متفاوت باید خدمات‌رسانان را تشویق به استفاده از خلاقیت نموده و با مطلع کردن آن‌ها از شواهد علمی^۴ شجاعت انجام برنامه‌های نوآورانه را در ایشان تقویت کرد. به یاد داشته باشید که اثربخش‌ترین مدل درمانی و توانمندسازی شما هستید. کیفیت ارتباط همدلانه شما و دیگر اعضای تیم مراقبتی با مراجعان بیش‌ترین تاثیر را در ارتقا و تثبیت بهبودی ایشان دارد. ارتباط انسانی و تمام عیار شما با مراجعان از یک سو و به کارگیری مطالب ارایه شده در این کتاب (و سایر کتاب‌های حوزه اعتیاد) از سوی دیگر مانند دو بال پرواز هستند که یکی بدون دیگری تاثیرگذاری پایداری نخواهد داشت.

البته انجام و به کارگیری تمامی مطالب ارایه شده در این کتاب و یا کتاب‌های دیگر الزاما متضمن دستیابی به تمامی دست آوردهای^۵ برنامه‌های توانمندسازی نیستند زیرا این برنامه‌ها در بستری اجرا می‌شوند که در مواردی عوامل خطر ساز آن از تاثیر برنامه‌های ما زورآورترند. در حقیقت تاثیر عوامل بسیاری (مانند در اختیار داشتن منابع مالی و انسانی کافی) در طول بازه زمانی مناسب برای اجرای برنامه‌ها، مدیریت و رهبری سازمان‌ها و یا موسسه‌های اجرایی، مدیریت اجرایی برنامه‌ها، داشتن تعامل سالم، بُرد- بُرد و هم‌افزا در بین نهادهای مدنی، بخش‌های دولتی، خصوصی و بین‌المللی، پذیرش افراد در حال بهبودی از طرف جامعه، سیاست‌ها و قوانین مرتبط حاکم بر کشور، سطح رفاه اقتصادی جامعه، وجود بستر اشتغال پایدار با درآمد مکفی و بسیاری موارد دیگر در کنار برنامه‌های ما بر نیک‌باشی مراجعان غیر قابل انکار است. این امر لزوم توسعه ادبیات بهبودی و استفاده بهینه از تمامی منابع موجود را پررنگ می‌کند.

بدیهی است در این کتاب نمی‌توان به تمامی مباحث مرتبط با توانمندسازی افراد در حال بهبودی پرداخت. در فصل‌های این کتاب به مبحث‌هایی پرداخته شده که در ادبیات حوزه اعتیاد کم‌تر به آن‌ها توجه شده است. این مبحث‌ها پر کننده خلا برنامه‌های اجرایی هستند. امید است در جلد‌های دیگر این کتاب بتوانیم به بررسی مباحث تکمیلی بیش‌تری بپردازیم.

از آن جایی که در متون مختلف فارسی در حوزه اعتیاد از واژگان متفاوت و گهگاه نامتناسب برای ترجمه واژگان تخصصی استفاده شده (که در مواردی سبب دشواری درک مطالب برای خوانندگان شده است) ما در این کتاب تلاش کردیم تا واژگان معادل را در پانویس به زبان انگلیسی برای علاقمندان درج کنیم. امید است ثمرات اجرای مطالب مندرج در این کتاب امید و رضایتمندی را برای افراد در حال بهبودی و خانواده‌های ایشان، متخصصان، و دیگر اعضای تیم مراقبتی و همچنین کادر درمانی در نهادهای متفاوت دولتی و سازمان‌ها و موسسه‌های غیر دولتی و خصوصی به ارمغان آورد.

^۴ evidence informed

^۵ objectives

^۶ با توجه به ماهیت زمان‌بر تغییر مراجع در برنامه‌های توانمندسازی این برنامه‌ها معمولاً بین سه تا پنج سال برای مراجعان در گروه هدفی معین تعریف می‌شوند. این مدت زمان بسته به جنسیت و نوع آسیب می‌تواند کوتاه‌تر باشد.

مقدمه را با این جمله از آرتور شوپنهاور -فیلسوف نامدار قرن هجدهم- به پایان می‌برم: "باید در برابر هر نابخردی، کاستی و پلیدی انسانی [بیماری اعتیاد] گذشت داشته و به خاطر بسپاریم که آن چه در پیش روی داریم در واقع نابخردی‌ها، کاستی‌ها و پلیدی‌های خود ماست. زیرا این کاستی‌های گونه بشر است که ما نیز متعلق به آنیم و در نتیجه همان کاستی‌ها را در درون خویش نهفته‌ایم. نباید به دلیل این پلیدی‌ها از دیگران آزرده شویم تنها به این علت که آن‌ها تا کنون در ما پدیدار نشده‌اند." (یالوم، ۲۰۰۵).

امیر غلامحسین زردوز

بهار ۹۹

منابع

یالوم، ا. د. (۲۰۰۵). *درمان شوپنهاور*. ترجمه سپیده حبیب (چاپ هجدهم). (۱۳۹۱). تهران: نشر قطره.

درآمدی بر تبیین مدل نظری توانمندسازی و بهبودی، نظریه تغییر و ساختار اجرایی

امیر غلامحسین زردوز

شما پس از مطالعه این فصل قادر خواهید بود تا:

- بهبودی از اعتیاد و توانمندسازی را تعریف کنید؛
- مدل نظری پیشنهادی برای توانمندسازی افراد در حال بهبودی و دلایل انتخاب آن را توضیح دهید؛
- نظریه تغییر را درک کرده و نحوه به کارگیری آن در توانمندسازی افراد در حال بهبودی را تعریف کنید؛
- اهمیت استفاده از نظریه تغییر را برای طراحی برنامه‌ها (پروژه‌ها) شرح دهید؛
- اهمیت به کارگیری "ده عنصر بنیادین بهبودی" در سیاست‌گذاری و طراحی برنامه‌ها را توضیح دهید؛ و
- گام‌های اصلی اجرای برنامه توانمندسازی از غربالگری^۷ تا پیگیری^۸ را نام برده و اقداماتی که در هر گام باید انجام شود را توضیح دهید.

پرسش‌های کلیدی: کدام مدل نظری و با چه فلسفه و رویکردی برای توانمندسازی افراد در حال بهبودی در جمهوری اسلامی ایران پیشنهاد می‌شود؟ عناصر کلیدی برای توانمندسازی افراد در حال بهبودی چیستند؟ این عناصر چگونه در کنار هم قرار گرفته و بر یکدیگر تاثیر می‌گذارند؟

واژگان کلیدی: توانمندسازی^۹، بازتوانی^{۱۰}، بهبودی^{۱۱}، نیک‌باشی^{۱۲}، بهباشی^{۱۳} و نظریه تغییر

^۷ screening

^۸ follow up

^۹ empowerment

^{۱۰} rehabilitation

^{۱۱} recovery

^{۱۲} wellness

^{۱۳} wellbeing

من سال‌هاست که شاهد رنج و عذاب افراد مصرف‌کننده و خانواده‌های ایشان هستم؛ رنجی که انگار قرار است هیچ گاه پایان نیابد و امیدهایی که هم در افراد در حال بهبودی و هم در خانواده‌هایشان بارها در هم شکسته و فرو می‌ریزند. آرامش در زندگی این خانواده‌ها مانند شمع در باد است که در هر لحظه امکان خاموش شدن دارد. در پی این خاموشی دوباره مشکل‌های مرتبط با مصرف مواد صدمه‌های روحی^{۱۴} فراوانی را برای فرد مصرف‌کننده و اعضای خانواده او به ارمغان آورند. شرم و خجالت ناشی از داشتن والدین، همشیره، همسر و یا فرزندی معتاد مانند جذام جسم، جان و روان اعضای خانواده را خورده و باقی مانده تن رنجور آن‌ها در زیر پای اقوام، اجتماع و جامعه لگدمال می‌شود.

من سال‌هاست که برای حل معضل سومصرف مواد در اندیشه و تحقیق بوده و تلاش داشته که دریابم راه حل‌های مقرون به صرفه و پایدار برای بافت جامعه ایران چه هستند؟ آیا مشکل صرفاً در فرد مصرف‌کننده است و یا در خدمات درمانی؟ شاید هم مشکل در تیم خدمات‌رسان (درمانی) است که هر ناکامی را با برچسب‌های انکار و شخصیت معتادگونه به فرد مصرف‌کننده نسبت داده و عدم موفقیت در روند بهبودی را به پای همکاری نداشتن و متعهد نبودن خانواده می‌گذارد؛ آن هم در حالی که خانواده به حداقل آموزش صحیح دسترسی ندارد. من بارها از خود پرسیده‌ام آیا واقعاً زمان آن نرسیده است که فلسفه، رویکرد، خدمات و سیاست‌های اجرایی را در قبال افراد در حال بهبودی تغییر دهیم؟ شاید این پرسش‌های بی‌پایان همان جذامی است که در طی سال‌های کارم با افراد مصرف‌کننده و خانواده‌های ایشان به جان من نیز افتاده است.

ما در دوران حاضر متأسفانه شاهد آن هستیم که برخی از متخصصان و حتی تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گذاران در حوزه اعتیاد پیوسته به دنبال اجرا و نشر مدل‌های بازتوانی یا توانمندسازی هستند که در مواردی وارداتی بوده و یا بر مداخله‌های کوتاه مدت، اورژانسی و یا حتی در بعضی از موارد بر استفاده از اجبار و توسل به زور برای بازتوانی، توانمندسازی و بازادغام اجتماعی^{۱۵} افراد مصرف‌کننده تکیه دارند. به عنوان مثال، سال‌ها در ایران مدت زمان نگهداری افراد مصرف‌کننده در مراکز کوتاه مدت اقامتی (کمپ‌ها) ۲۸ روز بود. من همیشه از خود می‌پرسیدم چرا ۲۸ روز برای اقامت در کمپ‌ها تعیین شده است؟ بعدها متوجه شدم شرکت‌های بیمه در ایالات متحده آمریکا برای درمان بیماری اعتیاد تنها هزینه‌های ۲۸ روز بستری را در مراکز اقامتی پرداخت می‌کردند. با توجه به هزینه‌های

^{۱۴} traumas

^{۱۵} social reintegration:

بازادغام اجتماعی روند ادغام اجتماعی و روانشناختی فرد به محیط اجتماعی است. این عبارت همچنین اشاره به شکل‌های متفاوت برنامه‌ها و مداخله‌ها دارد که افراد را در روند ادغام اجتماعی حمایت کرده و خطر ارتکاب یا بازارتکاب جرم و یا سومصرف مواد را کاهش می‌دهد (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل، ۲۰۱۲).

بالای درمان به ناچار مراکز درمانی در آن کشور خدمات خود را در طول ۲۸ روز برای بیمار بی‌بضاعت تعریف کرده بودند (Califano, 2007).

ما در سطح کلان شاهد عدم وجود پیوستگی و توازن در خدمات ارایه شده و عدم اجرای برنامه‌های حساس به جنسیت^{۱۶} در حوزه اعتیاد هستیم. تمرکز بیش از اندازه بر یک فاز از خدمات‌رسانی (مانند بازتوانی آن هم برای گروهی مشخص مانند معتادان متجاهر) مانع تخصیص سرمایه‌های موجود بر دیگر فازهای خدمات‌رسانی مانند پیگیری‌های پس از ترخیص شده است. همچنین نداشتن نگاه نظام‌مند و درکی صحیح از ماهیت عودکننده بیماری اعتیاد باعث عقیم ماندن خدمات ارایه شده پس از اتمام فاز کوتاه مدت درمان شده است. اگرچه چنین مداخله‌هایی در کوتاه مدت نتایجی سطحی و گذرا را به همراه می‌آورند ولی برآیند و اثربخشی آن‌ها در دراز مدت و پس از طی کردن فراز و نشیب‌های بسیار و اتلاف سرمایه و منابع هنگفت ملی و انسانی معمولاً ناچیز و حتی در مواردی آسیب‌رسان خواهد بود.

در سطح کلان با نیم‌نگاهی به خدمات ارایه شده پرسش‌های بسیاری به ذهن متبادر می‌شوند: آیا در عمل مداخله‌های اجرا شده در دراز مدت اثربخش بوده‌اند؟ آیا این مداخله‌ها در آرایش و کاهش آسیب‌های اجتماعی مرتبط با اعتیاد تغییرهای مثبت‌پایداری را ایجاد کرده‌اند؟ آیا نتیجه مداخله‌ها راه حل‌های مناسب برای حل مشکل‌های پیش رو افراد در حال بهبودی را فراهم آورده است؟ آیا صدای افراد در حال بهبودی در روند طراحی و اجرای مداخله‌ها شنیده شده است؟ آیا کرامت انسانی افراد در حال بهبودی در طی اجرای مداخله‌ها به کمال حفظ شده است؟ آیا افراد در حال بهبودی این مداخله‌ها را مفید دانسته و داوطلبانه در آن‌ها مشارکت کرده‌اند؟ آیا اجرای مداخله‌ها باعث افزایش سرمایه اجتماعی و اعتماد در میان افراد در حال بهبودی و خانواده‌هایشان و جلب مشارکت آن‌ها می‌شود؟ آیا سازمان‌های غیردولتی در طراحی و اجرای مداخله‌ها مشارکت داشته‌اند؟ آیا بودجه کافی برای سال‌های آتی در جهت ادامه اجرای مداخله‌ها و رسیدن به نتیجه‌های مطلوب تخصیص داده می‌شود؟ آیا خدمات ارایه شده در قسمت‌های پیشگیری، کاهش آسیب، درمان و بهبودی یکدیگر را زنجیروار پوشش داده و تکمیل نموده‌اند؟ آیا در عمل مراجعان می‌توانند به راحتی به این خدمات بر اساس نیازهایشان دسترسی داشته باشند؟ آیا مداخله‌ها با واقعیت‌های اجرایی مانند میزان منابع موجود، مشارکت مردم جامعه، شدت بیماری اعتیاد، پذیرش مداخله‌ها از طرف افراد در حال بهبودی (مشارکت فعالانه در روند اجرای مداخله‌ها)، میزان مشارکت خانواده‌ها و مشارکت نهادهای دولتی مسئول مطابقت دارند؟

در سطح کلان برنامه‌های اجرا شده در حوزه اعتیاد در نگاه اول دارای چهار مشکل اولیه و بارز هستند:

^{۱۶} gender sensitive

نخست آن که برنامه‌ها کاملاً مردانه بوده و برای جنس مذکر طراحی شده‌اند. با بروز و افزایش نرخ شیوع اعتیاد در میان زنان همان ساختارهای مردانه بدون هیچ گونه تغییری برای ایشان مورد استفاده قرار گرفته‌اند. این امر گواه ناآگاهی سیاست‌گذاران و خدمات‌رسانان در مورد متمایز بودن نیازهای زنان نسبت به مردان در روند درمان و بهبودی است. در نتیجه این امر زنان مصرف‌کننده تبعیضی دوگانه^{۱۷} را نسبت به مردان مصرف‌کننده به دلیل "اعتیاد" و "زن بودن" متحمل می‌شوند.

دوم آن که در برنامه‌های فعلی رویکردهای حاد (کوتاه مدت) برای حل مسایل مرتبط با حوزه اعتیاد به کارگرفته می‌شوند در صورتی که اعتیاد بیماری اصلی (اولیه)، مزمن و عصبی است که در اثر عوامل ژنتیکی، فیزیولوژیک، روان‌شناختی، فرهنگی، معنوی و اجتماعی رشد و بروز پیدا می‌کند. وجه مشخص این بیماری اختلال در کنترل انجام عملی و یا احساس اجبار برای انجام رفتاری مشخص با وجود آگاهی نسبت به عواقب خطرناک آن است (Miller et al., 2013). این نگاه کوتاه مدت گویای نداشتن رویکردی علمی و واقع‌بینانه در برنامه‌های بازتوانی و توانمندسازی این حوزه است. از این روست که هنوز افراد بسیاری ریشه بیماری اعتیاد را ضعف در مسایل اخلاقی و نداشتن اراده و یا "یک جو غیرت" می‌دانند.

سوم آن که پژوهش‌های علمی و دقیقی برای طراحی و تبیین برنامه‌های راهبردی و درمانی در سطح کلان موجود نیستند. نبود مطالعه‌های طولی روان‌شناختی یا جامعه‌شناختی^{۱۸} درباره بهبودی (روند و محتوا) از اختلال‌های مصرف مواد^{۱۹} (اعتیاد) باعث سلیقه‌ای عمل کردن در این حوزه شده است. از طرف دیگر سالانه پژوهش‌های بسیاری در دانشگاه‌ها توسط متخصصان در حال انجام است اما تعاملی بین دانشگاه و ترجمان و به کارگیری پژوهش‌های دانشگاهی در تصحیح، توسعه و تسریع کار میدانی (و یا به اصطلاح آن چه در کف خیابان در جریان است) وجود نداشته و این دو حوزه به صورت جزیره‌ای عمل می‌کنند. به عبارت دیگر اساتید کاردان به دانشجویان در دانشگاه‌ها خدمت می‌کنند و تیم مراقبتی به افراد متأثر از بیماری اعتیاد در میدان در حال خدمات‌رسانی هستند بدون آن که این دو گروه با هم تعاملی معنی‌دار داشته باشند.

و چهارم عدم استفاده و شکل‌دهی تیم‌های مراقبتی چند رشته‌ای^{۲۰} متشکل از متخصصان با حوزه‌های تخصصی متفاوت مانند مددکار، متخصص تغذیه، مشاور، روان‌شناس بالینی، پزشک، مدیر مورد^{۲۱}، روان‌پزشک، مددیاری، راهنما (همتایان)، روحانی (مشاور مذهبی)، مربی بهبودی^{۲۲} و پرستار

^{۱۷} double discrimination

^{۱۸} طول مدت زمان مطالعه‌های طولی صرفاً برای اندازه‌گیری حفظ پرهیز از مصرف مواد در حوزه اعتیاد به مدت پنج سال پیشنهاد می‌شود زیرا پس از این مدت نرخ عود مجدد به زیر پانزده درصد می‌رسد.

^{۱۹} Substance Use Disorders

^{۲۰} multi-disciplinary

^{۲۱} case manager

^{۲۲} recovery coach

است. از آنجایی که فرد مصرف‌کننده آسیب‌های متعددی را متحمل می‌شود لزوم استفاده از تیم مراقبتی حرفه‌ای اجتناب‌ناپذیر است. من بر این باور هستم که علاوه بر عدم دریافت آموزش ضمن خدمت برای یادگیری نحوه خدمات‌رسانی، عدم ارجاع در تیمی بین رشته‌ای و اجتناب از همکاری و مشارکت گروهی معضلی فرهنگی است که می‌تواند با تمرین و افزایش آگاهی مرتفع گردد.

من در فصل نخست کتاب پاسخ تمامی مسایل مطرح شده در بالا را شرح نداده‌ام زیرا این امر نیازمند نگارش کتاب دیگری توسط متخصصان این حوزه است. اما اشاره به این پرسش‌ها و مسایل اهمیت پرداختن به موضوع توانمندسازی افراد در حال بهبودی را پررنگ می‌کند. این فصل با تعاریف بهبودی از اعتیاد و توانمندسازی آغاز شده، ارتباط توانمندسازی و بهبودی را در غالب توسعه سرمایه بهبودی شرح داده شده و بر مبنای این تعاریف و مفاهیم مطرح شده نظریه تغییر برای برنامه‌های توانمندسازی افراد در حال بهبودی را تبیین کرده است. سپس در ادامه ساختار و روند اجرایی برنامه‌های توانمندسازی متشکل از گروه‌بندی افراد در حال بهبودی، معیارهای مشمولیت^{۲۳} برای پذیرش در مرکزهای توانمندسازی، اهمیت استفاده از هم‌تایان در کادر خدمات‌رسانی و در انتها گام‌های اصلی روند اجرای برنامه‌های توانمندسازی توضیح داده شده‌اند. توصیه می‌کنم تمامی عناوین مطرح شده در مبحث "ساختار و روند اجرایی برنامه‌های توانمندسازی" در روند طراحی و اجرای برنامه‌های توانمندسازی افراد در حال بهبودی رعایت شوند.

تعاریف

بهبودی: اگر چه آمار دقیقی از تعداد افراد در حال بهبودی در سراسر دنیا موجود نیست اما می‌دانیم تعداد بسیاری از افراد مصرف‌کننده بر مصرف اجبارگونه خود به مواد فایق آمده‌اند. این سبک جدید زندگی عاری از مواد که سالم، پرثمر و معنی‌دار است را بهبودی می‌نامند. اگرچه واژه بهبودی به فراوانی در ادبیات حوزه اعتیاد استفاده می‌شود اما تعریف واحدی برای بهبودی وجود ندارد که در برگیرنده معیارهای کلیدی فراگیرسازی^{۲۴} (معرفی تمامی جنبه‌های بهبودی)، قابلیت اندازه‌گیری^{۲۵}، دقت^{۲۶}، مورد پذیرش بودن از طرف اکثر متخصصان این حوزه و سادگی در بیان مفهوم باشد (White, 2008). از این رو ما در این فصل ناگزیر به مرور اجمالی تعاریف کلیدی هستیم که به "ترتیب زمانی" در روند شکل‌گیری مفهوم بهبودی تاثیر بسزایی داشته‌اند (White, 2014):

^{۲۳} inclusion criteria

^{۲۴} inclusiveness

^{۲۵} measurability

^{۲۶} precision

انجمن آمریکایی طب اعتیاد^{۲۷} (سال ۱۹۸۲): بهبودی شرایط سلامت فیزیکی و روانی فردی است که پرهیز او از مصرف مواد روانگردان کامل و تثبیت شده است.

بنیاد هیزلدون بتی فورد^{۲۸} (پانل متخصصان^{۲۹} - سال ۲۰۰۷): بهبودی از مصرف مواد روان گردان سبک زندگی خود خواسته‌ای است که پرهیز، سلامت فردی و [مهارت‌های] شهروندی را در برمی گیرد.

کمیسیون سیاست مواد (روانگردان) بریتانیا^{۳۰} (پانل بهبودی - سال ۲۰۰۸): بهبودی کنترل داوطلبانه و مستمر بر مصرف مواد است که باعث افزایش سلامتی و نیک‌باشی و همچنین مشارکت موثر در جامعه می‌شود. بهبودی شامل رعایت حقوق و انجام وظایف شهروندی و مسئولیت پذیری اجتماعی است.

دولت اسکاتلند (سال ۲۰۰۸): بهبودی روندی پیش‌رونده و تغییرگونه (همراه با تغییرهای فراوان) دارد که در خلال آن فرد در حال بهبودی قدرت می‌یابد تا از مشکل سومصرف مواد به سوی زندگی عاری از مصرف هر گونه مواد حرکت کرده و به عضوی فعال و مفید در جامعه تبدیل شود.

مدیریت خدمات مصرف مواد و سلامت روان^{۳۱} (ایالات متحده آمریکا - سال ۲۰۱۰): بهبودی از الکل و مواد روان گردان روندی پیش‌رونده و تغییرگونه (همراه با تغییرهای فراوان) دارد که در خلال آن افراد به پرهیز از مصرف مواد^{۳۲}، سلامتی و بهباشی دست پیدا می‌کنند.

مدیریت خدمات مصرف مواد و سلامت روان (ایالات متحده آمریکا - سال ۲۰۱۲): بهبودی روندی پیش‌رونده و تغییرگونه (همراه با تغییرات فراوان) دارد که در خلال آن افراد سلامتی و بهباشی خود را ارتقا داده، به زندگیشان جهت داده و برای بالفعل نمودن تمامی پتانسیل‌های (ظرفیت) خود در حیطه‌های سلامتی، مسکن، هدف (معنی) و اجتماع تلاش می‌کنند.

اگر چه در تعریف بهبودی از اعتیاد نقاط افتراقی در میان متخصصان این حوزه وجود دارد اما تعریف‌های مختلف در مفاهیمی مشخص با هم توافق نظر دارند. بنابراین می‌توان بهبودی را در چهارچوب زیر تعریف نمود (White, 2007):

- بهبودی نیازمند تغییرهای مثبت، اساسی و پایدار در رابطه بین فرد و مصرف مواد است. این تغییرها در بهترین شکل آن رسیدن به پرهیز کامل و پایدار است اما برای برخی از افراد این

^{۲۷} American Society of Addiction Medicine

^{۲۸} Hazelden Betty Ford Foundation

^{۲۹} consensus panel

^{۳۰} UK Drug Policy Commission (UKDPC)

^{۳۱} Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)

^{۳۲} abstinence

تغییرها شامل دوره‌های به نسبت طولانی قطع مصرف و برای برخی دیگر که تحت درمان با استفاده از داروهای آگونیست هستند شامل رعایت کامل رژیم دارویی تجویز شده توسط پزشک معالج است که با درمان‌های غیردارویی توأم است؛

بهبودی در فرهنگ‌های متفاوت شامل این مفاهیم است: سلامتی کامل و همه جانبه، تاب آوری (به دست آوردن سلامتی علی‌رغم وجود فاکتورهای خطرناک فردی و محیطی) و مقاومت که شامل پرهیز از مصرف مواد و بهبازی در تقابل با عوامل خطرناک فردی، فرهنگی، اجتماعی و سیاسی است؛

- بهبودی فراتر از "حذف نشانه‌ها و علائم مصرف"^{۳۳} مواد است. بهبودی به افزودن عوامل سازنده (ارتقا دهنده کیفیت زندگی) و تقویت فاکتورهای محافظت کننده در زندگی فرد در حال بهبودی اشاره دارد که شامل ترمیم رابطه بین فرد و جامعه خود است (به عنوان مثال یادگیری و به کارگیری مهارت‌های شهروندی). بسیاری در ایران بهبودی را معادل قطع مصرف پایدار می‌دانند که تعریفی عقیم از بهبودی است. بهبودی در جوهر خود رشد، بالندگی، توسعه فردی، جامعه‌پذیری^{۳۴} و تعالی را به همراه دارد؛
 - استفاده از داروهای روان‌گردان به قصد درمان که توسط پزشک معالج تجویز شده است) مانعی در روند بهبودی نیستند البته تا زمانی که دیگر معیارهای ارتقا دهنده بهبودی وجود داشته باشند (White & Mojer-Torres, 2010)؛ و
 - زمانی تغییرهای ایجاد شده در سلامت فرد و اجتماع را بهبودی می‌نامیم که این تغییرها آگاهانه و داوطلبانه بوده و توسط فرد در حال بهبودی مدیریت شوند.
- در این میان بهتر است که به تعریف ویلیام ال. وایت^{۳۵} از بهبودی از اعتیاد نیز اشاره کنیم که تعریفی کاربردی و جامع است. ویلیام ال. وایت را می‌توان فردی پیش‌رو در پژوهش‌ها و مطالعه‌های حوزه بهبودی و یا شاید پدر علم بهبودی از اعتیاد معرفی کرد^{۳۶}. تعریف ویلیام ال. وایت از بهبودی به قرار زیر است:

"بهبودی از اعتیاد روندی است که در خلال آن مشکل‌های شدید و مستمر ناشی از مصرف الکل و دیگر مواد^{۳۷} (مشکل‌هایی که ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های مصرف مواد در

^{۳۳} remission

^{۳۴} socialization:

جامعه‌پذیری یا اجتماعی شدن مفهومی است که به توصیف و تبیین چگونگی رفتارهایی می‌پردازد که فرد را قادر می‌سازد تا با فرهنگ جامعه خودش سازش یابد. در واقع جامعه‌پذیری فرآیندی است که بر اساس آن فرد به اکتساب قوانین، رفتار و نظام باورها و بازخوردهای جامعه یا گروه مشخصی دست می‌یابد تا بتواند در درون آن جامعه زندگی کند (کاوه، ۱۳۹۱).

^{۳۵} William L. White

^{۳۶} ویلیام ال. وایت مقاله‌ها، کتاب‌ها و دیگر نوشته‌های خود را در وبگاه شخصی برای دسترسی عموم قرار داده است.

www.williamwhitepapers.com

^{۳۷} Alcohol and Other Drugs (AOD)

راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^{۳۸} را دارند) با توسعه (رشد) سلامت جسمی، هیجانی، هستی‌شناسی^{۳۹} (معنویت و معنی‌زندگی)، ارتباطی و شغلی مرتفع می‌شوند" (White & Kurtz, 2005).

از طرف دیگر "درمان" مداخله‌ای حرفه‌ای است که بر تثبیت انگیزه شروع بهبودی و دستیابی به شرایط پایدار زیستی، روانی و اجتماعی متمرکز است. در مقابل آن "بهبودی" روند طولانی مدت نگهداری و تقویت همان انگیزه و پایداری است (White & Gasperin, 2006).

توانمندسازی: توانمندسازی (همانند بهبودی) توسط سازمان‌ها، آژانس‌ها و نهادهای متفاوت با توجه به فرهنگ، جهان‌بینی و همچنین منابع موجود به شکل‌های متفاوتی تعریف می‌شود و از این رو تعریف واحدی برای آن وجود ندارد. با توجه به گستردگی و تنوع شرایط اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی تعاریف زیر با توجه به زاویه‌های دید مختلف و چشم‌اندازهای متفاوت به مقوله توانمندسازی برگزیده شده‌اند (United Nations Social Development Network, 2012):

- توانمندسازی به ظرفیت افراد، گروه‌ها و یا جوامع برای داشتن کنترل بر شرایط موجود، به کارگیری قدرت و دستیابی به اهداف اشاره دارد. توانمندسازی روندی است که افراد در قالب‌های فردی و یا گروهی می‌توانند به خود و دیگران کمک کرده تا کیفیت زندگیشان افزایش یابد؛
- توانمندسازی یعنی توانایی ایستادن برای آنچه متعلق به شما است؛ توانایی تصمیم گرفتن، توانایی گفتن "بله" و یا "خیر". توانمندسازی توانایی طلب خدمات از دولت، توانایی کمک معنی‌دار کردن به اجتماع و همچنین کنترل چالش‌ها و مسایلی است که زندگی فرد را متأثر می‌سازند. توانمندسازی عدم وابستگی به دیگران، احساس قدرتمندی و زندگی عزتمند است؛
- توانمندسازی روندی خودخواسته و مستمر در بطن اجتماع است. این روند بر پایه احترام متقابل، بازخوردهای نقادانه، مراقبت از دیگران، اهمیت دادن به آن‌ها و همچنین مشارکت گروهی بنا می‌شود و افرادی که دسترسی مساوی (برابری) به منابع ندارند در خلال روند توانمندسازی دسترسی بیش‌تری به منابع و کنترل آن‌ها پیدا می‌کنند؛
- در توانمندسازی افراد در حال بهبودی هدف غایی به دست آوردن کنترل، توانایی و ظرفیت لازم برای گرفتن تصمیم‌های موثر برای داشتن زندگی و بهبودی با کیفیت‌تر است؛
- توانمندسازی زمانی محقق می‌شود که افراد در حال بهبودی بتوانند صدای خود را به عنوان شهروند بلند کرده، حقوق خود را تصدیق (بازتعیین و بازتعریف) نموده و جایگاه سخنگوی

^{۳۸} Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

^{۳۹} ontological

خود و اجتماع بهبودی بودن را مطالبه کرده و برای معرفی و توانمندسازی خود کوشش نمایند؛

- توانمندسازی روندی است که در طی آن با ایجاد ساز و کارهای مناسب افراد، سازمان‌ها و جوامع بر زندگی خویش تسلط می‌یابند؛ و
- توانمندسازی به تعریف بانک جهانی عبارت است از روند افزایش ظرفیت افراد و گروه‌ها برای تقویت قدرت تصمیم‌گیری و تبدیل آن تصمیم‌ها به عمل و رسیدن به نتایج دلخواه. بانک جهانی بر این باور است که توانمندسازی معضل‌های اصلی افراد محروم را که ناشی از خود کفایی^{۴۰} و اعتماد به نفس پایین است مخاطب قرار می‌دهد. این خلاها به دلیل نبود فرصت‌ها و یا تبعیض ناشی از کم‌توانی (معلولیت)، نژاد، قومیت، مذهب، سن و یا جنسیت است.

توانمندسازی دارای ابعاد متفاوتی به قرار زیر است:

- توانمندسازی قانونی: توانمندسازی افراد برای طلب نمودن و احقاق حقوقشان،
- توانمندسازی سیاسی: توانایی افراد برای تاثیرگذاری بر روندها و تصمیم‌هایی که بر بهباشی آن‌ها تاثیر دارد،
- توانمندسازی اجتماعی: توانمندسازی افراد و گروه‌ها از طریق افزایش حس خودمختاری^{۴۱} (استقلال) و اعتماد به نفس در جهت برقراری ارتباط و تعامل‌های لازم با دیگر افراد یا موسسه‌ها و در راستای ارتقا بهباشی و بهره‌وری. توانمندسازی اجتماعی با بازادغام اجتماعی و ریشه کن کردن فقر مرتبط بوده و به طور مستقیم از دارایی‌های افراد (مانند مسکن و پس‌انداز)، سرمایه انسانی (مانند سلامتی و تحصیلات)، سرمایه اجتماعی افراد (مانند تعلق‌های اجتماعی، هویت و روابط با افراد تاثیرگذار) و سرمایه روانی (مانند عزت نفس، اعتماد به نفس و امید به آینده) تاثیر می‌پذیرد، و
- توانمندسازی اقتصادی: توانمندسازی افراد برای عدم تمرکز صرف بر مرتفع نمودن نیازها به صورت کوتاه مدت و زندگی در لحظه است. توانمندسازی اقتصادی کنترل بر منابع و قدرت تصمیم‌گیری در زندگی در جهت دستیابی به نتایج بلند مدت (مانند سرمایه‌گذاری بر روی سلامتی و تحصیلات) را شامل شده و از طریق مشارکت افراد در فعالیتهای اقتصادی و اشتغال مناسب و سودآور باعث کاهش فقر شده و بازادغام اجتماعی را تسهیل می‌کند (United Nations Expert Group Meeting, 2012).

همانطور که از تعاریف بالا مشهود است نقاط اشتراک بسیاری بین توانمندسازی و بهبودی وجود دارند. توانمندسازی نیز مانند بهبودی بر این فرضیه بنا نهاده شده که فرد (در حال بهبودی) بهتر از هر

^{۴۰} self-sufficiency

^{۴۱} autonomy

کس دیگری به نیازهای خود آگاه است. بنابراین او باید بتواند این نیازها را خود تعریف کرده و برای مرتفع کردن آنها با تکیه بر نقاط قوتش گام بردارد.

توانمندسازی در افراد در حال بهبودی با افزایش سرمایه بهبودی^{۴۲} همراه است. سرمایه بهبودی شامل ارتقا تمامی منابع درونی و بیرونی فرد در حال بهبودی است که برای شروع، رشد و حفظ بهبودی از مشکل‌های مرتبط با مصرف مواد به کار گرفته می‌شود. در روند بهبودی چهار نوع سرمایه بهبودی زیر توسط خدمات‌رسانان مورد استفاده قرار می‌گیرند:

سرمایه بهبودی فردی: سرمایه بهبودی فردی شامل سرمایه فیزیکی و انسانی است. سرمایه فردی مراجع شامل سلامتی جسمانی، دارایی‌های مالی، بیمه سلامت، سرپناه امن و ایمن در برابر مصرف مواد، پوشاک، غذا و دسترسی به وسایل نقلیه است. سرمایه بهبودی انسانی^{۴۳} شامل ارزش‌های مراجع، دانش، مهارت‌های شغلی، مدرک‌های تحصیلی، توانایی حل مساله، خودآگاهی، عزت نفس و خودکارآمدی^{۴۴} (اعتماد به نفس برای مدیریت موقعیت‌های پرخطر)، امیدواری/خوش بینی، دیدگاه مثبت نسبت به گذشته، حال و آینده، حس هدفمندی و معنی در زندگی و مهارت‌های بین فردی است.

سرمایه بهبودی خانواده و جامعه: سرمایه بهبودی خانواده و جامعه شامل رابطه‌های نزدیک خانوادگی، رابطه‌های اجتماعی حمایت کننده، تمایل اعضا خانواده و دیگران برای مشارکت در روند درمان، حضور اعضا دیگر خانواده و شبکه اجتماعی در روند بهبودی، دسترسی به تفریح‌های عاری از سومصرف مواد و داشتن روابط با نهادها (مانند مدارس، مراکزهای مذهبی، محل اشتغال و دیگر موسسه‌های اجتماع‌محور) است.

سرمایه بهبودی/اجتماع: سرمایه بهبودی اجتماع شامل نگرش، منابع و سیاست‌های مرتبط با اعتیاد و بهبودی است که به حل مشکل‌های مرتبط با مصرف مواد کمک می‌کند. سرمایه بهبودی اجتماع شامل موارد زیر است:

- تلاش‌های مستمر برای کاهش انگ و برچسب،
- الگوهای متنوع (ارتقا) بهبودی در اجتماع (محل)،
- طیف جامع منابع درمانی اعتیاد،
- منابع بهبودی از سوی همتایان (مانند گروه‌های خودیاری شامل الکی‌های گمنام) در اجتماع،

^{۴۲} Recovery Capital

^{۴۳} Human Recovery Capital

^{۴۴} self-efficacy

- موسسه‌های ارایه کننده خدمات حمایتی بهبودی در اجتماع مانند (مرکزها و باشگاه‌های بهبودی، انجمن‌های دوستان درمانی^{۴۵}، خانه‌های بهبودی^{۴۶}، مدارس بهبودی^{۴۷}، صنایع بهبودی^{۴۸} و مرکزها و خدمات مذهبی برای افراد در حال بهبودی)،
 - منابع حمایتی بهبودی برای حفظ بهبودی و مداخله‌های به‌هنگام^{۴۹} (مانند بررسی (چکاپ) ادواری وضعیت بهبودی از طرف مرکزهای درمانی، برنامه‌های کمک به کارمندان^{۵۰}، برنامه‌های کمک به متخصصان^{۵۱}، دادگاه‌های درمان مدار^{۵۲} و سازمان‌های حمایتی بهبودی اجتماع محور).
- سرمایه فرهنگی: سرمایه فرهنگی نوعی سرمایه اجتماعی است که شامل وجود روش‌های مورد قبول بهبودی از منظر فرهنگی نزد افراد و خانواده‌ها است. به عنوان مثال استفاده از رویکرد ایمان‌مدار از طریق ارایه خدمات مذهبی صرف برای بهبودی از اعتیاد در میان آمریکایی‌های آفریقایی تبار (سیاه پوستان آمریکا) کاملاً مورد پذیرش افراد است (White & Cloud, 2008).
- در حال حاضر متأسفانه تمرکز خدمات‌رسانان در کشور عزیزمان ایران بر توسعه سرمایه فردی (و یا بعضاً خانوادگی) برای بهبودی بوده و ما از توسعه دیگر انواع سرمایه بهبودی (که در بالا توضیح داده شده است) غفلت نموده‌ایم. این امر باعث نرخ بالای عود در میان افراد در حال بهبودی است.
- ویلیام سی. مویرز^{۵۳} نویسنده کتاب‌های متعددی در حوزه اعتیاد بیماری خود را به عنوان فردی که سال‌ها با سومصرف مواد درگیر بوده در کنفرانسی در دانشگاه ام. آی. تی این گونه توصیف کرد:

^{۴۵} treatment alumni associations:

گردهمایی افرادی که در یک مرکز و یا مرکزهای درمانی مشابه‌ای که روند درمان را به اتمام رسانده‌اند.

^{۴۶} recovery home:

به معنای عام آن به مراکزی اطلاق می‌شود که محیط زندگی ایمن، عاری از مواد و سالمی را برای افراد در حال بهبودی که به خصوص در فاز اولیه بهبودی هستند، فراهم می‌آورد. مراکز میان راهی نوعی از خانه‌های بهبودی است.

^{۴۷} recovery schools:

مدارس بهبودی به مدرسی اطلاق می‌شود که برای دانش آموزان در حال بهبودی با هدف به اتمام رساندن دوره متوسط دوم (دبیرستان) و ارتقا بهبودی ایشان طراحی شده‌اند.

^{۴۸} recovery industries:

به محیط‌های کاری اطلاق می‌شود که برای اشتغال افراد در حال بهبودی مناسب بوده و فرصت‌های شغلی خوب و با درآمد مناسب را برای ایشان فراهم می‌آورد.

^{۴۹} early re-interventions

^{۵۰} Employee Assistance Program (EAP):

برنامه‌ای برای کمک به کارمندان است که به آن‌ها در مسایل مرتبط با زندگی شخصی و کاری از طریق ارزیابی محرمانه، مشاوره کوتاه مدت، ارجاع و انجام پیگیری‌های لازم یاری می‌رساند.

^{۵۱} Professional Assistance Program (PAP):

برنامه‌ای برای کمک به متخصصان حوزه سلامت که خود وابسته به سومصرف مواد مخدر شده‌اند.

^{۵۲} Drug Court

^{۵۳} William C. Moyers

"من بیماری دارم که ریشه در مغز من دارد اما من از دیگر جوانب این بیماری نیز رنج می‌برم. من با آنچه که دوست دارم آن را حفره‌ای در وجودم بنامم به دنیا آمده‌ام؛ با دردی که ریشه در واقعیتی در وجود من داشت، باور به این که من به اندازه کافی خوب نبودم؛ لیاقت چیزهای خوب را نداشتم؛ دیگران به اندازه کافی به من توجه نمی‌کردند و یا شاید دیگران من را به اندازه کافی دوست نداشتند... برای ما معتادان بهبودی فراتر از خوردن قرص و یا تزریق دارو است. بهبودی مربوط به روح ماست. بهبودی روند مقابله کردن با این حفره در وجودمان است."

بیماری پیچیده‌ای مانند اعتیاد بدون شک نیازمند استفاده از طیف متنوعی از خدمات در مراحل متفاوت بهبودی است. انتظار ما از افراد در حال بهبودی برای داشتن بهبودی پایدار و پیشرونده بدون ایجاد و آرایه این خدمات که در راستای توسعه سرمایه بهبودی بوده انتظاری غیرمعقول و محال بوده که با واقعیت ابعاد بیماری این افراد همخوانی ندارد.

اکنون این پرسش وجود دارد که آیا نرخ بالای عود مجدد (بازگشت) افراد در حال بهبودی ناشی از مقاومت به درمان و یا دیگر مشکل‌هایی از این جنس است و یا ناشی از کاستی‌های موجود در سیاست‌گذاری‌ها و خدمات‌رسانی؟ من بر این باور هستم که سیاست‌گذاری‌ها و مداخله‌های موجود با ماهیت پیچیده بیماری اعتیاد همخوانی ندارد. بنابراین توصیه می‌گردد تا برای ارتقا و تثبیت بهبودی توسعه تمامی انواع سرمایه بهبودی مد نظر قرار گیرد. توصیه می‌گردد این امر در برنامه‌ریزی‌های راهبردی در سطح کلان نیز لحاظ شود.

نظریه تغییر: امروزه در تمامی کشورهای توسعه یافته هم در بخش‌های دولتی و هم در بخش‌های غیردولتی از روش شناسی^{۵۴} مشخصی برای برنامه‌ریزی و ارزش‌یابی برنامه‌های تخصصی در راستای بهبود شرایط اجتماعی استفاده می‌شود. همانطور که در تصویر زیر نشان داده شده نظریه تغییر به زبان ساده ارتباط بین مشکل‌های مورد خطاب در برنامه، مداخله‌های طراحی شده و همچنین دست آوردها^{۵۵} را به صورت کوتاه مدت و بلند مدت مورد بررسی قرار می‌دهد. نقطه شروع برای بسط نظریه تغییر داشتن مدل نظری معین، شناخته شده، کاربردی و قابل فهمی است که متضمن به کارگیری چهارچوبی مشخص برای ایجاد انسجام در خدمات آرایه شده است؛ بدون شک بدون اتخاذ مدلی نظری و نظریه تغییری مشخص انجام پایش و ارزش‌یابی برنامه‌ها امکان پذیر نخواهد بود.

همانطور که در تصویر زیر مشخص است برنامه توانمندسازی را می‌توان تشبیه به "تعمیرگاهی" نمود که فرد در حال بهبودی با فهرستی از مشکل‌های متشکل از چالش‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی (اجتماع مشخصی که فرد در حال بهبودی در آن زندگی و امرار معاش می‌کند) در آن پذیرش می‌شوند. تعدادی از این مشکل‌ها در اغلب این افراد مشترک هستند. برنامه‌ریزان و خدمات‌رسانان بر

^{۵۴} methodology

^{۵۵} outcome

اساس متداول ترین چالش ها و منابع موجود بسته ای از خدمات را برای افراد در حال بهبودی تعریف می کنند. انتظار می رود که فرد در حال بهبودی پس از شرکت و اتمام برنامه (در بازه زمانی مکفی) از مداخله ها تاثیر پذیرفته و تغییرهایی معنوی، شناختی، رفتاری، هیجانی، مهارتی و غیره در او پدیدار شود. خدمات ارایه شده بر اساس ابعاد متفاوت وجودی انسان شامل "بعدهای زیستی، روانی، اجتماعی، معنوی و فرهنگی"^{۵۶} تعریف شده و تمامی این ابعاد را باید مورد مخاطب قرار دهند. بدین شکل از اثربخشی برنامه توانمندسازی اطمینان حاصل می شود. با کاهش مداخله ها و یا با تمرکز بر وجهی خاص (به عنوان مثال تمرکز صرف بر مداخله های روان شناختی) اثربخشی و موفقیت برنامه های توانمندسازی تنزل می یابند.

در نهایت هدف کلی^{۵۷} اغلب برنامه های توانمندسازی دستیابی به بهیاشی (فردی)، خودکارآمدی، بازادغام اجتماعی و داشتن خانواده ای کامیاب و اجتماعی سالم است.



^{۵۶} bio-psycho-social-spiritual-cultural

^{۵۷} overall goal

از آتجایی که برنامه‌ریزان و مدیران پروژه (در سطح اجرای برنامه) باید بر اصول و مفاهیم برنامه‌ریزی^{۵۸} و نگارش طرح پیشنهادی^{۵۹} مسلط باشند، توصیه می‌شود در صورت احساس ضعف در این قسمت به مطالعه کتاب‌هایی در این زمینه و یا دریافت آموزش‌هایی در این راستا اقدام شود.

در نگارش مدل نظری و نظریه تغییر به کارگیری "ده اصل بنیادین بهبودی" مدیریت خدمات مصرف مواد و سلامت روان بسیار مهم است (SAMHSA, 2012). این ده عنصر بنیادین منعکس کننده ارزش‌ها، اصول اخلاقی و فرهنگ مردم ما نیز بوده که به رعایت آن‌ها در تعامل با اقشار آسیب پذیر تاکید فراوان شده است. همچنین می‌توان از این اصول به عنوان فهرستی (چک لیستی) برای اطمینان از اثربخشی برنامه‌ها و انطباق آن‌ها با اخلاق حرفه‌ای^{۶۰} موجود در این حوزه در دنیا برای طراحی مداخله‌هایی در سطح فردی، سازمانی و ملی استفاده نمود. فاصله گرفتن از به کارگیری این اصول در طراحی برنامه‌ها باعث کاهش اثرگذاری مداخله‌ها و تبدیل آن‌ها به روندهایی مکانیکی و سلبی شده و حتی می‌تواند تاثیری معکوس و بیماری‌زا^{۶۱} داشته باشد. این ده اصل که با اعمال تغییرهایی جزیی برای برنامه‌های توانمندسازی متناسب سازی شده و با ادبیات بهبودی انطباق دارند به شرح زیر هستند:

۱. خود جهت‌دهی^{۶۲}: افراد در حال بهبودی روش و مسیر بهبودی خود را به دلخواه تعیین نموده و محق هستند تا استقلال، خودمختاری و کنترل خود را بر منابع موجود و در راستای رسیدن به زندگی مطلوب از نگاه خود اعمال نمایند. به عبارت دیگر روند بهبودی باید توسط فرد در حال بهبودی معین شود؛ به این معنی که او باید اهداف زندگی و مسیر منحصر به فرد بهبودیش را خود تعریف نماید.

۲. فردی^{۶۳} و شخص‌محور^{۶۴}: برای هر فردی با توجه به نقاط قوت منحصر به فرد او، تاب‌آوری^{۶۵}، نیازها، ترجیحات، تجربه‌ها (شامل صدمه‌های روحی) و تنوع فرهنگی (با تجلی‌های متفاوت آن) مسیرهای متعدد و متفاوتی برای بهبودی وجود دارد. افراد در حال بهبودی، بهبودی را به مانند سفری بی‌پایان می‌دانند که دستیابی به بهباشی و سلامت روان مطلوب^{۶۶} از نتایج آن است.

۳. توانمندسازی: افراد در حال بهبودی این توانایی را دارند تا از میان گزینه‌های متفاوت خدمات مطلوب خود را انتخاب کرده و در گرفتن تمام تصمیم‌هایی که بر زندگی ایشان تاثیر می‌گذارد (که

^{۵۸} program planning

^{۵۹} proposal writing

^{۶۰} ethics

^{۶۱} iatrogenic

^{۶۲} self-direction

^{۶۳} individualized

^{۶۴} person-centered

^{۶۵} resiliency

^{۶۶} optimal

قسمتی از آن نحوه تخصیص بودجه به خدمات ارایه شده است) مشارکت کنند. آن‌ها باید برای انجام این امور آموزش دیده و حمایت شوند. افراد در حال بهبودی توانایی پیوستن به همتایانشان را دارند تا با یکدیگر به صورت موثر در مورد نیازها، خواسته‌ها، علایق و آرزوهایشان صحبت کنند. فرد در حال بهبودی در خلال روند توانمندسازی کنترل سرنوشت خود را در دست گرفته و در طول عمر خود بر ساختارهای اجتماعی و سازمانی تأثیر می‌گذارد.

۴. جامعیت^{۶۷}: بهبودی تمامی زندگی فرد در حال بهبودی (مانند ذهن، بدن، روح و اجتماع) را شامل شده و به تمام ابعاد زندگی فرد (مانند مسکن، اشتغال، آموزش، سلامت روان، درمان و مراقبت‌های بهداشتی، خدمات تکمیلی، درمان اعتیاد، معنویت، خلاقیت، شبکه‌های اجتماعی/حمایتی، مشارکت در اجتماع و حمایت‌های خانوادگی) می‌پردازد البته تا جایی که فرد در حال بهبودی تعیین کند. خانواده‌ها، خدمات‌رسانان، سازمان‌ها، نظام‌ها، اجتماع‌ها و جامعه نقش بسیار مهمی را در خلق و حفظ فرصت‌های معنی‌دار برای دسترسی افراد در حال بهبودی به حمایت‌های مورد نیاز ایفا می‌کنند.

۵. غیر خطی بودن^{۶۸}: بهبودی روندی خطی نداشته بلکه بر پایه رشد مستمر، فراز و فرودهای گاه به گاه و یادگیری از تجربه‌ها بنا نهاده شده است. بهبودی با مرحله نخستین افزایش آگاهی آغاز می‌شود که در طی آن فرد متوجه می‌شود که ایجاد تغییرهای مثبت امکان پذیر است. این آگاهی فرد را قادر می‌سازد تا کاملاً خود را درگیر روند بهبودی سازد.

۶. تمرکز بر نقاط قوت^{۶۹}: بهبودی بر گرامی داشتن و ایجاد ظرفیت‌ها، تاب‌آوری، استعدادها، مهارت‌های مقابله‌ای و ارزش ذاتی افراد تمرکز دارد. افراد در حال بهبودی با تمرکز بر نقاط قوت نقش‌های مخدوش و ناکارآمد خود را رها کرده و نقش‌های جدیدی را به خود می‌گیرند (مانند نقش همسر، مراقب، دوست، دانش‌آموز و یا کارمند). روند بهبودی بر پایه تعامل‌های حمایت‌گرایانه و اعتماد پیش می‌رود.

۷. حمایت همتایان: حمایت دوسویه که شامل تقسیم تجربه‌ها، مهارت‌ها و یادگیری اجتماعی^{۷۰} است نقشی مهمی در بهبودی و توانمندسازی افراد بازی می‌کند. افراد در حال بهبودی دیگر همتایان خود را تشویق نموده و ایشان را درگیر روند بهبودی می‌نمایند. همچنین همتایان حس تعلق و عضویت در اجتماع بهبودی، وجود روابط حمایت‌گرایانه و ایفای نقش‌های ارزشمند را در دیگر افراد در حال بهبودی ایجاد می‌نمایند.

^{۶۷} holistic

^{۶۸} non-linear

^{۶۹} strength-based

^{۷۰} social learning

۸. احترام: اجتماع، نظام‌ها^{۷۱}، پذیرش اجتماعی و تشویق افراد در حال بهبودی (که شامل محافظت از حقوق ایشان و حذف هرگونه انگ و برچسبی است) در نیل به بهبودی حیاتی هستند. پذیرش خویش^{۷۲} و اعتقاد مجدد به توانایی‌های فردی بسیار حایز اهمیت است. احترام شرط لازم فراگیری و مشارکت بدون قید و شرط افراد در حال بهبودی (در تمامی بعدهای زندگی ایشان) است.

۹. مسئولیت‌پذیری: افراد در حال بهبودی مسئولیت مراقبت از خود (خود مراقبتی^{۷۳}) و پیش برد سفر بهبودی را خودشان برعهده دارند. قدم برداشتن به سوی اهداف بهبودی در بسیاری از موارد شجاعت بسیاری را می‌طلبد. افراد در حال بهبودی باید برای فهم و درک معنی تجربه‌های فردی خود تلاش فراوان کرده و راهکارهای مقابله‌ای و روش‌های ارتقا بهباشی خود را شناسایی کنند.

۱۰. امید: درگیر شدن در روند بهبودی انگیزه بخش است و آینده بهتر را نوید می‌دهد. امید به افراد در حال بهبودی بشارت می‌دهد که آن‌ها می‌توانند و باید بر مشکل‌ها و موانع پیش رو غالب آیند. با این که امید امری درونی است اما می‌تواند توسط همتایان، خانواده، دوستان، خدمات‌رسانان و دیگران برانگیزانده و تقویت شود. امید شتاب‌دهنده روند بهبودی است.

با توجه به تعاریف و مفاهیم فوق و با تلفیق مفاهیم بهبودی و توانمندسازی می‌توان چهارچوب‌های مفهومی^{۷۴} بسیاری را برای توانمندسازی افراد در حال بهبودی ارائه نمود که در بستر شرایط حاکم بر جامعه و با لحاظ نمودن پیچیدگی‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی نهایت اثربخشی را داشته باشند. در سطح فردی بهباشی و بازادغام اجتماعی پایدار افراد در حال بهبودی را می‌توان به عنوان اهداف اصلی در نظر گرفت. در سطح سازمانی (برای افراد و سازمان‌هایی که دغدغه حمایت طلبی^{۷۵} را دارند) مهم‌ترین هدف ایجاد و توسعه ظرفیت سازمان‌هایی است که توسط افراد در حال بهبودی مدیریت می‌شوند تا بتوانند در راستای کاهش انگ و برچسب و تبعیض گام‌های موثری بردارند.

مدل نظری زیر برای توانمندسازی افراد در حال بهبودی (به عنوان بخشی از نظریه تغییر) پیشنهاد می‌شود که در تلاش برای ساده نمودن مفاهیم بوده و به تمامی عنصرهای کلیدی (که در توانمندسازی افراد در حال بهبودی کلیدی است) توجه دارد:

/ارتقا بهباشی (و یا نیک باشی) به سلامتی به معنای عام آن اشاره داشته و در افراد در حال بهبودی بر مولفه‌هایی مانند ارتقا بهبودی، توسعه منابع درون فردی و بین فردی، پیشگیری از لغزش و برگشت، رفع مشکل‌های حقوقی، تقویت معنویت، سلامت جنسی، ورزش، تغذیه سالم و غیره تاکید دارد. ارجاع

^{۷۱} systems

^{۷۲} self-acceptance

^{۷۳} self-care

^{۷۴} conceptual frameworks

^{۷۵} advocacy

به سازمان‌ها و موسسه‌های حمایتی دیگر برای هر کدام از این عناصر توانمندسازی (به غیر از پایش و ارزش‌یابی) می‌تواند انجام پذیرد.



اشتغال پایدار یعنی فرد در حال بهبودی به شغل مناسب دسترسی و به صورت مستمر در آن فعالیت داشته، از دستمزد منصفانه برخوردار بوده و اشتغالش دچار نوسان‌های شدیدی نشود. در واقع اشتغال پایدار اشتغالی است که موجب پایداری معیشتی می‌شود.

توانمندسازی/اجتماع‌محور افراد در حال بهبودی بر مولفه‌هایی مانند حمایت طلبی، کاهش اثرات انگ و تبعیض، بازادغام اجتماعی، حمایت اجتماعی، توسعه سرمایه بهبودی اجتماعی، فرهنگی و غیره تأکید دارد.

ملاحظه‌های ویژه برای گروه‌های خاص^{۷۶} برای گروه‌هایی در نظر گرفته می‌شود که برنامه‌های درمانی سنتی پاسخگوی تمامی نیازهای آن‌ها نیست. این گروه‌ها بر اساس سن، جنسیت، وجود فاکتورهای خطر ساز مشخص و غیره دسته‌بندی شده و بخش مشخصی از جامعه ما را تشکیل می‌دهند. دسترسی به خدمات پیشگیری، درمان و بهبودی برای این افراد مشکل است. این گروه‌ها شامل

^{۷۶} considerations for special populations

افراد کم‌توان (معلول)، زنان، جوانان، فرزندان والدین الکلی و سومصرف کننده مواد^{۷۷}، افراد مسن، زنان باردار، مصرف‌کنندگان تزریقی، افراد با اختلال‌های روانشناسی همبود^{۷۸}، افراد بی‌خانمان، افراد تن‌فروش، اجتماع دگرباشان جنسی^{۷۹}، افراد مجرم و یا دارای سوابقه و افراد اچ‌آی‌وی مثبت هستند (Sunshine Coast Health Center, n.d.).

خدمات به خانواده نیازمند مشارکت فعال اشخاصی در روند درمان و بهبودی است که از اهمیت بالایی در زندگی فرد در حال بهبودی برخوردارند. این اشخاص شامل همسر، والدین، همشیرگان و سایر نزدیکان می‌شود. خانواده و نزدیکان بیمار تاثیر به سزایی در روند بهبودی دارند و در برنامه‌های آموزشی و درمانی حضور پیدا می‌کنند.

پایش فرایند جمع آوری و تحلیل مستمر داده‌ها و اندازه‌گیری میزان پیشرفت مراجعان در جهت دستیابی به اهداف عینی برنامه است. ارزش‌یابی به معنی بررسی نظام‌مند مقطعی میزان اثربخشی و ارزش برنامه است. در ارزش‌یابی اثربخشی، کارآمدی، ارزش، اهمیت، تناسب، اثرنهایی و پایداری برنامه مورد مطالعه قرار می‌گیرد. ارزش‌یابی به طور معمول در مقطع‌های مشخصی حین و بعد از اتمام برنامه انجام می‌شود. پیش و ارزش‌یابی در روند اجرای برنامه توانمندسازی انجام پذیرفته و با استفاده از نتایج آن‌ها تغییرها و اصلاح‌های لازم به صورت مداوم در سطوح متفاوت برنامه انجام می‌پذیرد.

مسکن و سرپناه اشاره به مکانی امن برای اقامت و دسترسی به غذا دارد که در مقابل هرگونه خشونت و سومصرف مواد ایمن است. فقر، بیکاری و نداشتن توانایی مالی از عوامل بی‌خانمانی هستند. افراد در حال بهبودی که در مقابل سومصرف مواد، اختلال‌های روان‌شناسی، صدمه‌های روحی، خشونت خانگی، طلاق، فوت همسر و یا کم‌توانی (معلولیت) آسیب پذیر بوده گزینه‌هایی مناسب برای دسترسی به این خدمات هستند. برنامه‌های فراهم کننده مسکن و سرپناه انواع متفاوتی دارند که طی آن‌ها خدمات‌رسانان علاوه بر فراهم آوردن سرپناه می‌کوشند تا با پرداختن به ریشه‌های بی‌خانمانی از وقوع آن پیشگیری کنند (SAMHSA, 2020).

ساختار و روند اجرایی برنامه‌های توانمندسازی:

با توجه به گستردگی و تنوع تجربه‌های خدمات‌رسانان در حوزه توانمندسازی افراد در حال بهبودی و همچنین گوناگونی مداخله‌ها در این بخش به توضیحی کاربردی درباره "گروه‌بندی افراد در حال بهبودی بر اساس سن و جنسیت"، "معیارهای مشمولیت برای پذیرش در مرکزهای توانمندسازی افراد در حال بهبودی"، "اهمیت استفاده از همتایان" و "گام‌های اصلی روند اجرای برنامه‌های توانمندسازی" می‌پردازم تا این کتاب بتواند برای تمامی برنامه‌های توانمندسازی با توجه به گوناگونی

^{۷۷} adult children of alcoholics

^{۷۸} dual diagnosis

^{۷۹} LGBT Community (Lesbians, Gays, Bisexuals, and Transgenders)

مداخله‌ها و مراجعان متمر ثمر واقع شود. توصیه می‌کنم تمامی مطالبی که در ادامه به آن‌ها پرداخته می‌شود در روند طراحی و اجرای کلیه برنامه‌های توانمندسازی افراد در حال بهبودی با دقت رعایت شوند.

گروه‌بندی افراد در حال بهبودی در برنامه‌های توانمندسازی

مراجعان در برنامه‌های توانمندسازی باید بر اساس سن و جنسیت به گروه‌های زیر به صورت مجزا تقسیم شوند. با توجه به نیازها، مقررات حاکم و ملاحظه‌های ویژه‌ای که برای گروه‌های متفاوت باید در نظر گرفته شود و همچنین لزوم استفاده از هم‌تایان در روند توانمندسازی بهتر است که مراکزها و برنامه‌های متفاوت تنها بر روی توانمندسازی یک گروه مشخص متمرکز شوند. افراد اچ‌آی‌وی مثبت، افراد کم‌توان (معلولان) و یا افراد با همبودی‌های پزشکی و روان‌پزشکی (با لحاظ نمودن ملاحظه‌های ویژه) باید در مرکزهایی یکسان، بدون جداسازی از دیگران و به دور از هرگونه انگ و تبعیض پذیرش شوند. توصیه می‌شود اجتماع دگرباشان جنسی در مرکزهایی مختص این افراد که مداخله‌های متناسب با نیاز آن‌ها را ارائه می‌دهند، پذیرش شوند. در صورت نبود مراکز مختص این افراد آن‌ها می‌توانند در مرکزهایی یکسان و بدون جداسازی از دیگران نیز پذیرش شوند اما باید در مداخله‌ها و فعالیت‌های آموزشی که مختص ایشان طراحی شده (مجزا از افراد دگرجنس‌گرا^{۸۰}) شرکت نمایند. در فصلی جداگانه از این کتاب به این مبحث پرداخته شده است.

گروه‌بندی بر اساس سن و جنسیت	
• گروه جوانان (جنسیت مذکر) - ۱۸ تا ۲۵ سال	• گروه زنان - ۲۶ سال به بالا
• گروه جوانان (جنسیت مونث) - ۱۸ تا ۲۵ سال	• گروه مردان - ۲۶ سال به بالا

معیارهای مشمولیت برای پذیرش در مرکزهای توانمندسازی افراد در حال بهبودی

خدمات توانمندسازی می‌تواند به صورت اقامتی (شیانه روزی) و یا سرپایی (روزانه) ارائه شود. مراجعان باید تمامی معیارهای زیر را برای دریافت خدمات در مرکزهای روزانه و یا سرپایی دارا باشند:

- پرهیز کامل از مصرف مواد برای حداقل سه ماه تا شش ماه به صورت ممتد (بسته به نظر اعضای تیم خدمات‌رسان). باید برای افرادی که تحت درمان با استفاده از داروهای آگونیست هستند از شیوه و مقدار مصرف صحیح در درمان نگهدارنده (تحت نظارت کلینیک درمانی و یا پزشک معالج متبحر در این زمینه) اطمینان حاصل شود؛

^{۸۰} heterosexual

- نداشتن حرفه مناسب- با توجه به این که اشتغال‌زایی از اجزای لاینفک برنامه‌های توانمندسازی است در درجه اول باید افرادی در مرکزها پذیرش شوند که نداشتن حرفه‌ای مناسب مانع بازادغام ایشان به جامعه شده است. اگر افراد حرفه‌ای مناسب دارند باید این فرصت در اختیار کسانی قرار گیرد که اشتغال مناسبی ندارند. در صورتی که فرد در حال بهبودی دارای حرفه‌ای مناسب بوده ولی مرکز ظرفیت لازم برای پذیرش او را داشته باشد وی می‌تواند بدون شرکت در فرآیند اشتغال‌زایی از خدمات دیگر برنامه بهره‌مند شود؛
- نداشتن همبودی^{۸۱} شدید که مانع تعامل‌های سالم و عملکرد مثبت فرد در حال بهبودی با تیم اجرایی و دیگر مراجعان شود؛
- نداشتن مشکل‌های شناختی- بررسی اولیه کارکرد شناختی در ارزیابی وضعیت روانی برای افراد دچار اختلال جهت‌یابی نسبت به زمان، مکان و یا شخص و افراد دارای مشکل‌های حافظه و یا درک اطلاعات توصیه می‌شود؛ و
- محیط زندگی فرد در حال بهبودی باید دارای سطح قابل قبولی از حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی باشد. بسیاری از برنامه‌های توانمندسازی دخیل کردن، آموزش و شرکت مستمر اعضای خانواده در روند درمان را معیاری اجتناب‌ناپذیر برای پذیرش افراد در برنامه می‌دانند. مراجعان باید تمامی معیارهای زیر را برای دریافت خدمات در مرکزهای اقامتی توانمندسازی دارا باشند:
- پرهیز کامل از مصرف مواد برای حداقل سه ماه تا شش ماه به صورت ممتد (بسته به نظر اعضای تیم خدمات‌رسان). برای افرادی که تحت درمان با استفاده از داروهای آگونیست هستند باید از شیوه و مقدار مصرف صحیح در درمان نگهدارنده (تحت نظارت کلینیک درمانی و یا پزشک معالج متبخر در این زمینه) اطمینان حاصل شود؛
- نداشتن حرفه مناسب- با توجه به این که اشتغال‌زایی از اجزای لاینفک این برنامه است باید در درجه اول افرادی پذیرش شوند که نداشتن حرفه‌ای مناسب مانع بازادغام اجتماعی آنها شده است. اگر افراد حرفه‌ای مناسب دارند باید این فرصت در اختیار کسانی قرار گیرد که اشتغال مناسبی ندارند. در صورتی که فرد در حال بهبودی دارای حرفه‌ای مناسب بوده ولی مرکز ظرفیت لازم برای پذیرش او را داشته باشد وی می‌تواند بدون شرکت در فرآیند اشتغال‌زایی از خدمات دیگر برنامه بهره‌مند شود؛
- نداشتن همبودی شدید که مانع داشتن تعامل‌های سالم و عملکرد مثبت فرد با تیم اجرایی و دیگر مراجعان شود؛

^{۸۱} comorbidity:

واژه همبودی به معنای اختلالی روان‌پزشکی و یا بیماری پزشکی است که همراه با بیماری اعتیاد در فرد در حال بهبودی وجود دارد.

- نداشتن مشکل‌های شناختی - بررسی اولیه کارکرد شناختی در ارزیابی وضعیت روانی برای افراد دچار اختلال جهت‌یابی نسبت به زمان، مکان و یا شخص و افراد دارای مشکل‌های حافظه و یا درک اطلاعات توصیه می‌شود؛ و
 - نداشتن مسکن و یا سرپناه مناسب - فرد در حال بهبودی کاندید استفاده از این خدمات است که محل مناسبی برای اقامت نداشته و یا محیط زندگی او دارای فرد و یا افراد (مانند همسر، والدین، همشیرگان و یا دیگر افراد ساکن در محل سکونت) مصرف‌کننده‌ای است که تهدیدی جدی برای بهبودی او و یا مانعی برای شرکتش در برنامه توانمندسازی می‌شوند. در صورت وجود شرایط آسیب‌رسان دیگر (مانند خشونت خانگی و یا محل اقامت ناپایدار) به صلاح‌دید تیم خدمات‌رسان و با رعایت موارد قانونی فرد در حال بهبودی می‌تواند در مرکزهای اقامتی پذیرش شود؛
 - در صورت عود مجدد مصرف در روند توانمندسازی در مرکزهای سرپایی (منظور یک‌بار لغزش نبوده بلکه مصرفی مکرر است که به وابستگی به مواد مخدر منتج می‌شود) فرد به مرکزهای درمانی - اقامتی ارجاع داده شده تا دوران درمان (با هدف اصلی پرهیز از سومصرف) را کامل کند. سپس با انجام بررسی‌های لازم توسط تیم خدمات‌رسان فرد در حال بهبودی ترجیحاً در مرکزهای اقامتی توانمندسازی پذیرش شود.
- مرکزهای اقامتی توانمندسازی افراد در حال بهبودی باید قوانین مشخصی را برای حفظ فرهنگ و فضای مناسب محیط‌های توانمندسازی مقرر نمایند تا با ایجاد محیطی آرام و ایمن مراجعان بتوانند بر روی ارتقا بهبودی و توسعه مهارت‌های خود کار کنند. این قانون‌ها بر دو اصل بنیادین "احترام به خود" و "احترام به دیگران" استوار هستند. تبعات رعایت نکردن قانون‌ها مانند خروج موقتی (به عنوان مثال برای یک ماه) یا انفصال کامل از برنامه باید به صورت واضح قبل از پذیرش به فرد در حال بهبودی و اعضای خانواده او توضیح داده شده و در فرم پذیرش به صورت رسمی مکتوب شود. بسیاری از برنامه‌ها از سیاست تسامح صفر^{۸۲} (سیاست بدون بخشش) برای رفتارهای مشخصی استفاده می‌کنند. قوانین مرکزهای اقامتی توانمندسازی افراد در حال بهبودی معمولاً شامل موارد زیر است:
- رعایت احترام کامل به اعضای تیم خدمات‌رسان (کارکنان)،
 - عدم مصرف هرگونه مواد روان‌گردان. مراجعان باید در صورت صلاح‌دید تیم خدمات‌رسان در هر زمانی کیت تشخیص اعتیاد بدهند،
 - عدم داشتن رابطه جنسی با دیگر افراد در حال بهبودی و یا کارکنان،
 - حفظ رازداری،
 - عدم اعمال هر نوع خشونت و آزار،

^{۸۲} zero tolerance policy

- استفاده از دخانیات تنها در ساعت‌های مشخص و در فضای معین شده،
- حضور منظم در تمامی فعالیت‌ها مگر با اجازه عضوی از تیم خدمات‌رسان، و
- رعایت کامل دیگر قانون‌های مرتبط با بهداشت فردی، جدول زمانی برنامه‌ها، نحوه پوشش، قوانین مرتبط با بازدیدکنندگان و انجام وظایف محوله داخل مرکز مانند آشپزی، استفاده از تلفن همراه و غیره.

اهمیت استفاده از همتایان در کادر خدمات‌رسانی

با تکیه بر شواهد معتبر علمی استفاده از همتایان در تیم‌های اجرایی چند رشته‌ای گریز ناپذیر بوده و توصیه می‌شود. گستره خدمات‌رسانی همتایان که با القاب دیگر شغلی مانند مربی بهبودی، منتور همتا^{۸۳} و یا حامی بهبودی^{۸۴} نامیده می‌شوند به فاز مشخصی از طیف خدمات‌رسانی محدود نمی‌شود. این خدمت‌رسانی پیش از شروع روند درمان آغاز شده و پس از ترخیص از مراکزهای درمانی و یا توانمندسازی ادامه می‌یابد. استفاده و تلفیق برنامه دوازده قدمی الکی‌های گمنام یا برنامه کنگره شصت در برنامه‌های توانمندسازی به دلیل موثر بودن، در دسترس بودن و رایگان بودن شرکت در این گروه‌ها نیز توصیه می‌شود.

همتایان با استفاده از مداخله‌های غیربالینی که اغلب ریشه در تجربه‌های موفق خود و یا دیگران دارند افراد در حال بهبودی را آموزش داده و حمایت می‌نمایند. به عبارت دیگر همتایان در جایگاه الگو و سرمشق به عنوان شتاب‌دهنده‌های روند بهبودی و توانمندسازی عمل می‌کنند. آن‌ها به افراد در حال بهبودی در مرتفع نمودن موانع و مشکل‌هایشان یاری رسانده و فرد در حال بهبودی را به اجتماع افراد در حال بهبودی متصل می‌کنند. همتایان همچنین از طریق بسیج منابع نقش پلی بین مراکزهای خدمات‌رسانی و اجتماع را داشته و در راستای مرتفع نمودن موانع محیطی و در مسیر توانمندسازی و بهبودی قدم‌های قابل توجهی را بر می‌دارند.

گام‌های اصلی روند اجرای برنامه‌های توانمندسازی

از زمانی که افراد در حال بهبودی وارد مراکزهای توانمندسازی می‌شوند تا زمان پس از ترخیص در روندی با گام‌های معین قرار می‌گیرند (Herman, 2008). ارجاع افراد در حال بهبودی جهت دریافت خدمات مورد نیاز به مراکزهای درمانی و یا مراکزهای توانمندسازی دیگر در هر یک از گام‌های پیش رو میسر بوده و هر سازمان و یا موسسه‌ای بر اساس سیاست‌ها^{۸۵} و رویه‌های اجرایی^{۸۶} خود و رعایت کامل قوانین (تعیین شده توسط نهادهای دولتی مانند سازمان بهزیستی) می‌تواند روند مستندسازی و

^{۸۳} peer mentor

^{۸۴} recovery advocate

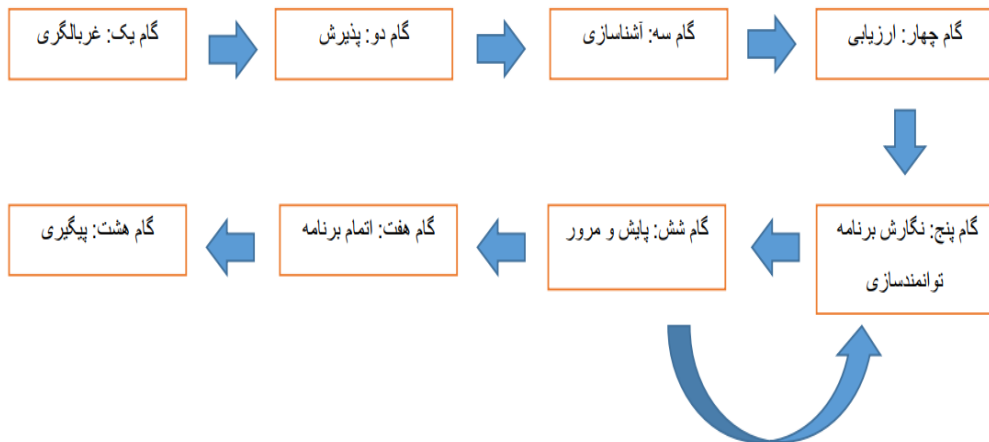
^{۸۵} policies

^{۸۶} procedures

اداری خود را در فرم‌هایی استاندارد شده برای هر گام تعریف کند. این فرم‌ها اغلب توسط تیم خدمات‌رسانی (اجرایی) و نهادهای دولتی مسئول طراحی شده‌اند. از آنجایی که هر یک از گام‌های زیر می‌تواند توسط اعضای متفاوت تیم خدمات‌رسانی برداشته شود شما باید از وجود هماهنگی بین اعضای تیم اجرایی اطمینان حاصل نمایید تا مدیریت فرد در حال بهبودی (مدیریت موردی^{۸۷}) در راستای دستیابی به اهداف برنامه توانمندسازی و همسوسازی این خدمات با فعالیت‌های موسسه‌ها و سازمان‌های دیگر در تمامی این گام‌ها صورت گیرد.

در این قسمت تلاش شده است که معیارهای هر گام به صورت مختصر توضیح داده شود. تیم اجرایی می‌تواند پس از کسب تجربه‌های میدانی معیارهای بیش‌تر و متفاوت‌تری را به هر گام اضافه کند.

همانطور که در تصویر نشان داده شده است، گام‌های هشتگانه به شرح زیر هستند:



گام یک: در گام غربالگری به طور کلی به این پرسش مهم پاسخ داده می‌شود که "آیا خدمات تعریف شده در این برنامه جوابگوی نیازهای فرد متقاضی است یا خیر؟" و یا به عبارت دیگر "آیا نیازهای فرد متقاضی با شرکت در این برنامه و با در نظر گرفتن اهداف و دستاوردهای از پیش تعریف شده آن مرتفع می‌گردد یا خیر؟" در گام غربالگری موارد زیر انجام می‌پذیرند:

- ارزیابی وضعیت روانی، اجتماعی و جسمی فرد و همچنین بررسی علایم احتمالی سوءمصرف مواد. در صورت نیاز با رضایت متقاضی می‌توان از کیت تشخیص اعتیاد برای حصول اطمینان از این که آیا او اخیراً سوءمصرف مواد داشته است یا خیر استفاده نمود. اگر پس از

^{۸۷} case management

توضیح دلیل‌های گرفتن کیت تشخیصی اعتیاد، متقاضی از انجام آزمایش خودداری کرده تیم خدمات‌رسان (پس از بررسی دلیل‌های این امتناع) می‌تواند فرد را پذیرش نکند؛

- ارزیابی متقاضی بر اساس معیارهای مشمولیت که پیش‌تر توضیح داده شد. در صورت نداشتن معیارهای مورد نیاز باید فرد را به مرکزهایی که او در آن‌ها می‌تواند خدمات مورد نیازش (مرتبط) را دریافت کند، ارجاع داد؛
- ارزیابی تمایل متقاضی برای شرکت در برنامه. اگر خدمات ارایه شده در برنامه با انتظاراتی متقاضی همخوانی ندارند او باید به مرکزهای دیگری که برایش مناسب‌تر است، ارجاع داده شود؛ و
- اطمینان از رعایت کامل قوانین حاکم بر کشور، سیاست‌ها و رویه‌های اجرایی سازمان و یا موسسه.

گام دو: در گام پذیرش، فرد مورد ارزیابی‌های اولیه، اداری و قانونی قرار می‌گیرد. در گام پذیرش موارد زیر انجام می‌پذیرند:

- تکمیل فرم‌های مورد نیاز همراه با ارایه مدرک‌های شناسایی موجود؛
 - تکمیل فرم معیارهای مشمولیت، قوانین حاکم بر برنامه و تمایل فرد متقاضی برای شرکت در آن؛
 - تکمیل فرم رضایت‌نامه برای دادن اطلاعات به منابع خارج از سازمان جهت ارجاع و گرفتن مشاوره (در صورت نیاز). امضای این فرم بیان می‌دارد که تیم اجرایی می‌تواند در صورت نیاز اطلاعات فرد در حال بهبودی را با دیگر افراد و یا سازمان‌ها (اعم از دولتی، خصوصی و غیردولتی) تقسیم کرده و با این کار حقوق فردی مراجع و اصل رازداری مخدوش نمی‌شود.
- گام سه:** در گام آشناسازی^{۸۸} این توضیحات به مراجع ارایه می‌شود: اهداف و روش کار برنامه، قوانین برنامه، عواقب نقض این قوانین (مانند خروج از برنامه توانمندسازی)، جدول زمان‌بندی روزانه فعالیت‌ها، هزینه‌هایی که توسط فرد در حال بهبودی (و یا اعضای خانواده او) باید پرداخت شود و دیگر موارد مورد نیاز. در گام آشناسازی موارد زیر انجام می‌پذیرند:

- در مورد برنامه، اهداف و دستاوردهای آن توضیح‌های کافی به مراجعان داده می‌شود؛
- در مورد قوانین برنامه، حقوق و وظایف مراجعان توضیح‌های کافی داده می‌شود؛ و
- در مورد فعالیت‌ها و قسمت‌های متفاوت برنامه توضیح‌های کافی داده می‌شود.

گام چهار: در گام ارزیابی، تیم اجرایی نقاط قوت، ضعف، مشکل‌ها و نیازهای مراجع را برای نگارش برنامه توانمندسازی (بهبودی) فردی شناسایی و ارزیابی می‌کند. در گام ارزیابی موارد زیر انجام می‌پذیرند:

^{۸۸} orientation

- دلایل انجام ارزیابی برای کمک به درک مراجع توضیح داده می‌شود؛
- با استفاده از تکنیک مصاحبه از مراجعان تاریخچه‌ای گرفته می‌شود. این تاریخچه تنها محدود به مصرف مواد نبوده و ابعاد متفاوت زندگی او را در بر می‌گیرد؛
- در صورت نیاز از منابع ثانویه (مانند اعضای خانواده و یا دوستان) اطلاعات تکمیلی و لازم برای روشن شدن نقاط مبهم در مورد تاریخچه مراجع دریافت می‌شود؛
- از ابزار مناسب برای ارزیابی استفاده شود؛

- ارزیابی مراجع بر اساس نقاط قوت، ضعف، مشکل‌ها و نیازهای او مدون شده و برای نگارش برنامه توانمندسازی در گام بعد مورد استفاده قرار می‌گیرد.^{۸۹}

گام پنج: در گام نگارش برنامه توانمندسازی (که می‌تواند برنامه ارتقا بهبودی نیز نامیده می‌شود) تیم اجرایی بر اساس ارزیابی انجام شده و با همراهی و مشارکت کامل فرد در حال بهبودی برنامه توانمندسازی او را به صورت شفاف و با استفاده از واژگانی ساده و غیر علمی به نگارش در می‌آورد. این برنامه شامل اهداف کوتاه مدت و بلند مدت، نحوه دستیابی به آن‌ها، نقش تیم اجرایی (شامل هم‌تایان) و مراجع در تحقق اهداف و همچنین منابع موجود است. برنامه توانمندسازی با همراهی فرد در حال بهبودی و متناسب با توانایی‌ها و چالش‌هایش برای او تک‌دوزی^{۹۰} می‌شود. در تمامی این مراحل باید "ده اصل بنیادین بهبودی" کاملاً رعایت شوند. برنامه توانمندسازی در دو نسخه تنظیم و امضا شده که نسخه‌ای از آن به فرد در حال بهبودی داده می‌شود. در گام نگارش برنامه توانمندسازی موارد زیر انجام می‌پذیرند:

- مرور نتیجه ارزیابی با مراجع به شکلی قابل درک،
- نگارش برنامه توانمندسازی شامل اهداف کوتاه مدت و بلند مدت با مشارکت و هدایت فرد در حال بهبودی، و
- تشریح نحوه دستیابی به اهداف و منابع مورد نیاز در برنامه توانمندسازی.

گام شش: در گام پایش^{۹۱} و مرور^{۹۲}، تیم اجرایی با استفاده از مداخله‌های انگیزشی و به طور مستمر (حداقل یک بار در ماه) برنامه توانمندسازی را به همراه فرد در حال بهبودی مرور نموده و هرگونه پیشرفت و یا تنزل در دستیابی به اهداف، موانع موجود و یا راهکارهای به کارگرفته شده را مورد بحث

^{۸۹} برای آشنا شدن با نحوه صحیح به کارگیری مهارت‌های مربیگری و نحوه نگارش برنامه توانمندسازی توصیه می‌شود که کتاب "مربیگری موفق: اصول و تکنیک‌ها" تالیف آزاده بهرام‌چی از انتشارات آواژ مطالعه شود. نسخه الکترونیکی این کتاب را می‌توانید از وبگاه طاقچه www.taaghche.com تهیه نمایید.

^{۹۰} tailoring

^{۹۱} monitoring

^{۹۲} review

قرار می‌دهد. بر اساس دیدگاه کارل راجرز^{۹۳} این رویکرد باید کاملاً مراجع محور^{۹۴} (فرد محور) بوده و با تکیه بر نقاط قوت او باشد زیرا فرد در حال بهبودی همیشه بهترین راهکارها را برای حل مشکل هایش می‌داند. در گام پایش و مرور موارد زیر انجام می‌پذیرند:

- مرور برنامه توانمندسازی با فرد در حال بهبودی،
 - صحبت کافی با فرد در حال بهبودی در مورد مشکل‌ها، چالش‌ها، راهکارها و راه حل‌های ممکن،
 - نگارش تغییرهای توافق شده و تنظیم برنامه جدید در دو نسخه (در صورت تغییر برنامه توانمندسازی) و امضا آن توسط نماینده تیم اجرایی و فرد در حال بهبودی. باید نسخه‌ای از برنامه مجدد در اختیار فرد در حال بهبودی قرار گیرد. در تصویر این روند از طریق پیکان بازگشت از گام شش به گام پنج نشان داده شده است، و
 - تعیین زمان بعدی مرور برنامه توانمندسازی.
- گام هفت:** در گام اتمام برنامه پس از انجام ارزیابی‌های کافی جشنی برای تقدیر از شجاعت فرد در حال بهبودی برای ماندن در برنامه، جنگیدن برای بهبودیش و تحمل زحمات بسیار گرفته می‌شود. اعضا تیم اجرایی، دیگر مراجعان و همچنین اعضای خانواده و دوستان فرد در حال بهبودی در این جشن حضور دارند. در این جشن در مورد دستاوردهای برنامه از نگاه فرد در حال بهبودی صحبت می‌شود. سپس تیم اجرایی و دیگر افراد در حال بهبودی او را تشویق نموده و به او بازخورد مثبت می‌دهند. رعایت موارد زیر در گام اتمام برنامه ضروری است:

- نگارش برنامه بلند مدت توانمندسازی با فرد در حال بهبودی،
- حصول اطمینان از توانایی فرد در حال بهبودی برای ادامه روند توانمندسازی (بر اساس برنامه بلند مدت توانمندسازی)،
- حصول اطمینان از وجود حداقل توانایی‌های لازم در فرد در حال بهبودی برای خود مدیریت، پیشگیری از لغزش و خودکارآمدی،
- حصول اطمینان از داشتن محل اقامت دایم و بدون فشار برای سومصرف مواد، شبکه حمایتی لازم و مهارت‌های زندگی پایه برای مدیریت زندگی روزانه فرد در حال بهبودی، و
- ارائه توضیح‌های کافی در مورد گام پیگیری و نحوه انجام آن و همچنین خدمات مراقبتی مورد نیاز فرد در حال بهبودی بعد از تکمیل برنامه^{۹۵}.

گام هشت: در گام پیگیری از ادامه مسیر توانمندسازی و بهیاشی فرد در حال بهبودی اطمینان حاصل می‌شود. بر اساس تعریف برنامه و منابع موجود، پیگیری می‌تواند از طریق تماس تلفنی،

^{۹۳} Carl Rogers

^{۹۴} client based

^{۹۵} aftercare services

استفاده از رسانه‌های اجتماعی، ملاقات در مرکز توانمندسازی و یا بازدید از منزل و یا محیط کاری فرد انجام پذیرد. در گام پیگیری باید موارد زیر انجام شود:

- حصول اطمینان از شرکت فرد در حال بهبودی در برنامه‌های گروه همتایان به صورت منظم (در صورت نگارش آن در برنامه توانمندسازی)،
 - بازدید از محل زندگی و محیط اشتغال فرد و گفت‌وگو با اعضای خانواده جهت حصول اطمینان از ایمن بودن محیط،
 - حصول اطمینان از ادامه روند توانمندسازی (بر اساس برنامه بلند مدت توانمندسازی)،
 - اطلاع از دلایل عدم شرکت فرد در حال بهبودی در برنامه (در صورت نیاز به گرفتن خدمات مراقبتی بعد از تکمیل برنامه) و تلاش برای برای مرتفع نمودن موانع. خدمات مراقبتی بعد از اتمام برنامه نیز می‌توانند به صورت گروهی و ادواری تعریف شده (به عنوان مثال ماهی یک مرتبه) و در مرکز توانمندسازی اجرا شوند، و
 - حصول اطمینان از شرکت منظم و استفاده از خدمات (در صورت ارجاع به مرکزهای دیگر).
- ارجاع:** همانطور که پیش‌تر اشاره شد ارجاع فرد در تمامی گام‌های هشتگانه بالا قابل انجام است. ارجاع در واقع شناسایی نیازهای فرد در حال بهبودی است که توسط تیم اجرایی پاسخ داده نمی‌شوند. ارجاع فرد کمک می‌کند تا به این نیازها توسط منابع موجود در اجتماع پاسخ مناسبی داده شود. در گام ارجاع موارد زیر انجام می‌پذیرد:
- شناسایی نیازها و مشکل‌هایی که توسط سازمان و یا تیم اجرایی قابل مرتفع شدن نیستند،
 - توضیح شفاف دلایل ارجاع به فرد در حال بهبودی،
 - تطبیق نیازهای فرد در حال بهبودی با منابع موجود خارج از سازمان یا موسسه،
 - رعایت سیاست‌ها، روندهای اجرایی سازمان و یا موسسه (که در آن برنامه توانمندسازی انجام می‌پذیرد) و همچنین قوانین و مقررات حاکم در مورد رازداری، و
 - ارایه کمک‌های مورد نیاز به فرد در حال بهبودی در راستای گرفتن خدمات حمایتی از منابع موجود.

خلاصه و نتیجه‌گیری

توانمندسازی افراد در حال بهبودی هم برای تیم اجرایی و هم برای افراد در حال بهبودی روندی زمان‌بر، گیج‌کننده، بسیار دشوار و در عین حال ارزنده و رضایت‌بخش است. داشتن نقشه راه تحت کتابی آموزشی می‌تواند تا حد زیادی از میزان این سختی بکاهد. مدل نظری مداخله‌ها باید همه جانبه‌نگر بوده و تلفیقی از مفاهیم اصلی توانمندسازی و بهبودی باشد. بدون داشتن مدل نظری کاربردی، جامع و علمی خدمات‌رسانان به صورت جزیره‌ای عمل کرده و در نتیجه مداخله‌های آن‌ها اثربخشی مطلوب را در پی نخواهند داشت. همچنین بدون وجود چنین مدلی نظری انجام پایش و ارزش‌یابی نیز امکان‌پذیر نخواهد بود. چه در پروژه‌های کوچک در سطوح پایین و چه در

سیاست‌گذاری در سطح کلان رعایت کامل "ده اصول بنیادین توانمندسازی" در تبیین و اجرای برنامه‌ها اهمیت زیادی دارد. در این فصل در راستای تسهیل روند اجرای برنامه‌ها توصیه‌های اجرایی به نحوی که قابلیت به کارگیری در تمامی برنامه‌های توانمندسازی افراد در حال بهبودی را داشته باشند، بسط داده شد.

درباره نویسنده: امیرغلامحسین زردوز بیش از ۱۵ سال است که در سطوح ملی و بین‌المللی در حوزه کاهش آسیب‌های اجتماعی فعالیت دارد. او دانش‌پژوه حوزه‌های مرتبط با اعتیاد در مرکزهای معتبر بین‌المللی علمی و اجرایی و دانشجوی دکتری تخصصی است.

منابع

- بهرامجی، آزاده (۱۳۹۹). *مریگیری موفق: اصول و تکنیک‌ها*. تهران: نشر آواژ.
- دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل. (۲۰۱۲). *راهنمایی مقدماتی پیشگیری از تکرار جرم و بازادغام اجتماعی مجرمان: مجموعه کتب راهنمای عدالت کیفری*. ترجمه مجتبی لشگری و ارمغان مهمدی. (۱۳۹۵). تهران: مرکز مطالعات اجتماعی و جرم‌شناسی معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم قوه قضاییه.
- کاوه، محمد. (۱۳۹۱). *آسیب شناسی بیماری‌های اجتماعی (جلد اول)*. تهران: نشر جامعه شناسان.
- Califano, J., A. (2007). *High society: How substance abuse ravages America and what to do about it*. NY, NY: Public Affairs
- Herman, J., W. (2008). *Global criteria: The 12 core functions of the substance abuser counselor* (5th ed.). Lincoln, NE: Pathway to Change.
- Miller, P., M., Blume, A., W., Kavanagh, D., J., Kampman, K., M., Bates, M., E., Larimer, M., E., Petry, N., M., De Witte, P., Ball, S., A. (2013). *Principles of addiction: Comprehensive addictive behaviors and disorders*. San Diego, CA: Elsevier.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *SAMHSA's working definition of recovery: 10 guiding principles of recovery*. The United States of America: Author.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Housing and shelter*. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/homelessness-programs-resources/hpr-resources/housing-shelter>.
- United Nations Expert Group Meeting. (2012). *Promoting empowerment of people in achieving poverty eradication, social integration and full employment and decent work for all*. NY, NY: Author.
- United Nations Office on Drugs and Crimes. (2003). *Investing in drug abuse treatment: A discussion paper for policy makers*. NY, NY: Author.

United Nations Social Development Network, Department of Economic and Social Affairs Division for Social Policy and Development. (2012). *Empowerment: What does it mean to you?* NY, NY: Author.

White W., L., & Kurtz, E. (2005). The varieties of recovery experience. *International Journal of Self Help and Self Care*, 3(1-2), 21-61.

White, W., L., & Gasperin, D. (2006). *Addiction treatment and recovery: A primer for criminal justice personnel*. Springfield, IL: University of Illinois-Springfield Center for Legal and Policy Studies.

White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 229–241.

White, W. L. (2008). *Recovery management and recovery oriented systems of care: Scientific rationale and promising practices*. Chicago, IL: Great Lakes Addiction Technology Transfer Center (ATTC) Network, Philadelphia Department of Behavioral Health and Mental Retardation Services, and Northeast Addiction Technology Transfer Center.

White, W., L., & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. *Counselor*, 9(5), 22-27.

White, W., L. (2009). Peer-based addiction recovery support: History, theory, practice and scientific evaluation. *Counselor*, 10(5), 54-59.

White, W. L. (2014). *Defining Addiction Recovery*. <https://www.naadac.org/defining-addiction-recovery>.

White, W., L., & Mojer-Torres, L. (2010). *Recovery-oriented methadone maintenance*. Chicago, IL: Great Lakes Addiction Technology Transfer Center (ATTC) Network, Philadelphia Department of Behavioral Health and Mental Retardation Services, and Northeast Addiction Technology Transfer Center.

ارتقای بهبودی

حمیدرضا طاهری نخست

شما پس از مطالعه این فصل شما قادر خواهید بود تا:

- اهداف درمان را شناسایی کنید؛
- تعریفی از بهبودی و فرآیند آن ارائه دهید؛
- تشخیص دهید عود چیست و چگونه اتفاق می‌افتد؛
- تعریفی از چرخه تغییر و مراحل آن ارائه نموده و اهمیت نقش انگیزش در بهبودی را به بحث بگذارید؛
- مفهوم پیشگیری از عود مجدد را درک نموده و کاربرد آن را در درمان شناسایی کنید؛
- تعریفی از تکنیک‌های پیشگیری از عود و کاربرد آن در درمان ارائه دهید؛
- تعریفی از نیک‌باشی^{۹۶} روان‌شناختی ارائه نمایید؛
- اجزا و عناصر نیک‌باشی روان‌شناختی را بیان نمایید؛
- تصویر روشنی از نقش نیک‌باشی روان‌شناختی در عود بیماران ارائه نمایید؛
- تکنیک‌های دستیابی به نیک‌باشی روان‌شناختی و عناصر تشکیل دهنده آن را به بحث بگذارید؛ و
- نقش معنویت و حمایت اجتماعی را در پیشگیری از عود بیان نمایید.

پرسش‌های کلیدی: عناصر موثر در عود افراد در حال بهبودی چیستند؟ چگونه می‌توان این عناصر را مدیریت نمود؟ چگونه می‌توان از تکنیک‌های موجود برای پیشگیری از عود بهره برد؟ نیک‌باشی روان‌شناختی چگونه در عود موثر است؟

واژگان کلیدی: بهبودی، پیشگیری از عود، نیک‌باشی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی و موقعیت‌های پرخطر.

مقدمه

همانطور که می‌دانید اعتیاد به عنوان معضلی اجتماعی سالانه گریبان تعداد زیادی از خانواده‌ها و اعضای آن‌ها را در سراسر جهان می‌گیرد. کم‌تر پدیده‌ای را می‌توان یافت که همانند اعتیاد جوامع بشری را مورد تهدید قرار داده باشد. با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد هرروزه بر شمار

^{۹۶} wellness

قربانیان این دام مرگ بار افزوده می‌شود. طبق آخرین گزارش جهانی مواد مخدر که توسط دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل^{۹۷} در سال ۲۰۱۸ منتشر شده است تعداد افرادی که حداقل یک بار در سال مواد مخدر استفاده کرده‌اند به حدود ۲۷۵ میلیون نفر در جهان می‌رسد. این رقم معادل ۵٫۶ درصد از جمعیت جهان بین ۱۵ تا ۶۴ سال است. همچنین یافته‌های این گزارش نشان می‌دهد میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر در بین سال‌های ۲۰۰۰ تا سال ۲۰۱۵ میلادی میزان ۶۰ درصد افزایش داشته است. افراد با تجربه سومصرف مواد در طی دوران بیماری خود تلاش‌های فراوانی را برای رهایی از آن انجام می‌دهند. آن‌ها بارها به خود می‌گویند که "این آخرین بار مصرف/است" و یا به خود و خانواده‌شان قول می‌دهند که از فردا دیگر مصرف مواد نداشته باشند. افراد درگیر اعتیاد به مراکز درمانی گوناگونی مراجعه می‌کنند و یا در منزل با روش‌های خانگی و صدها روش دیگر که گمان می‌کنند موثر است برای درمان سومصرف مواد خود تلاش می‌کنند. اما با همه تلاش‌ها و اشتیاقشان برای بهبودی در مواردی مصرف مواد را مجدد از سر می‌گیرند. آن‌ها آگاه هستند که سومصرف مواد به خودشان و نزدیکانشان آسیب وارد می‌کند. اگرچه آن‌ها از عواقب مصرف خود تا حدودی مطلع هستند اما به نظر می‌رسد که امکان قطع مصرف مواد و متوقف ساختن مصرف مواد خود را ندارند. به راستی چگونه می‌شود که افراد با خواست و اراده خود درمان را شروع می‌کنند اما با پدیده عود روبه‌رو می‌شوند؟ چگونه افراد با زحمت فراوان دوران درمان را طی می‌کنند اما نمی‌توانند آن را با موفقیت به پایان برسانند؟

پرسش‌هایی که برای پاسخگویی به دغدغه‌های بالا به ذهن خطور می‌کنند عبارتند از:

- آیا مصرف مواد در طی دوره درمان یا لغزش^{۹۸} در روند درمان گریزناپذیر است؟
- آیا لغزش به منزله شکست در درمان محسوب می‌شود؟
- آیا می‌توان با استفاده از روش‌هایی عود^{۹۹} را در درمان مدیریت کرد؟
- آیا همه افراد در حال بهبودی تحت درمان لغزش می‌کنند؟
- آیا خانواده در لغزش بیماران نقش دارد؟

این پرسش‌ها و ده‌ها پرسش دیگر ذهن بیماران، خانواده آن‌ها، درمانگران و همچنین سیاست‌گذاران حوزه درمان سومصرف مواد را به خود مشغول کرده است. ما در این فصل تلاش داریم تا برای برخی از این پرسش‌ها پاسخی یافته و ارتقا بهبودی را در چهار حوزه بهبودی، پیشگیری از عود، نیک‌باشی و معنویت مورد بحث قرار دهیم.

^{۹۷} UNODC

^{۹۸} lapse

^{۹۹} relapse

اعتیاد چیست؟

اعتیاد بیماری است که در آن بیمار رفتاری آسیب‌زننده را تکرار می‌کند. این بیماری با ایجاد اختلال در کنترل بر روی سیستم رفتار-پاداش مغز باعث تکرار آن رفتار آسیب‌زا می‌شود. بیماری اعتیاد مدارهای عصبی مربوط به نظام پاداش، انگیزش و حافظه در مغز را دچار اختلال می‌کند. اختلال در این سیستم‌های مغزی باعث بروز عوارض بیولوژیکی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و روحی می‌شود. در نگاه عمومی و به لحاظ مفهومی بیماری اعتیاد بیماری مزمن و عود کننده است.

هدف از درمان اختلال‌های سومصرف مواد چیست؟

اهداف گوناگونی در درمان بیماری سومصرف مواد مد نظر هستند که از دیدگاه‌های مختلف ممکن است متفاوت باشند. اما افراد اغلب با انگیزه‌های ذیل به درمان روی می‌آورند:

- کاهش و قطع سومصرف مواد مخدر،
- کاهش و جلوگیری از بروز عوارض جسمانی و روانی سومصرف مواد،
- کاهش و جلوگیری از بروز مشکلات خانوادگی ناشی از سومصرف مواد،
- کاهش و جلوگیری از بروز عوارض اجتماعی سومصرف مواد،
- پیشگیری از بروز علایم مسمومیت و بیش مصرفی^{۱۰۰} ناشی از سومصرف مواد،
- پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های عفونی واگیردار مانند ایدز و هپاتیت،
- کاهش احتمال ارتکاب جرایم مربوط با سومصرف مواد و یا تخفیف در مجازات،
- کاهش و یا پیشگیری از بیکاری و عواقب اقتصادی، و
- کاهش ارتکاب رفتارهای پرخطر، ریسک‌پذیری و عواقب آن.

تعریف بهبودی

در فصل‌های دیگر این کتاب تعریف جامعی از بهبودی ارائه شده است اما در این فصل آن تعریفی از بهبودی مد نظر مولف است که در نهایت در تبیین اهداف پیشگیری از عود موثر باشد. تعریف ما از بهبودی در این فصل بر اساس تعریف اداره خدمات مواد مخدر و بهداشت روانی ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۱۰ است که بهبودی از سومصرف مواد را فرآیندی می‌داند که "طی آن تغییرهای ایجاد شده در فرد مصرف‌کننده باعث به دست آوردن سلامتی، رفاه و آسایش زندگیش شده و به او کمک می‌کند تا همه امکانات و قابلیت‌های بالقوه خود را به دست آورد".

^{۱۰۰} overdose

هر فرد مصرف‌کننده دارای نیازها، توانمندی‌ها، اهداف، فرهنگ و گذشته خاص خود است. برخلاف بیماری‌های دیگر نمی‌توان درمان یکسانی را برای همه مبتلایان به آن تجویز نمود. علل اعتیاد هر فرد منحصر به خود او بوده و جنبه‌های متفاوتی از زندگیش را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ به همین دلیل برای این که بهبودی با موفقیت همراه شود باید جنبه‌های منحصر به فرد آسیب را جداگانه در هر فرد بررسی کرد.

بهبودی و درمان اعتیاد حالت و فرایندی ثابت و خطی نیست که از نقطه‌ای شروع و سرانجام به نقطه‌ای دیگر ختم شود. در این مسیر فراز و نشیب و چالش‌های فراوانی وجود دارند که بهبودی فرد مصرف‌کننده را تهدید می‌کنند. بهبودی موثر زمانی اتفاق می‌افتد که همه جنبه‌های زندگی فرد مصرف‌کننده مورد هدف تغییر قرار گرفته باشند. با این که قطع مصرف مواد یکی از اهداف اصلی در درمان سومصرف مواد به شمار می‌آید اما در واقع قطع مصرف تنها ملاک بهبودی نیست. منظور از بهبودی الگویی جامع از مجموعه‌ای از تغییرها در بعدهای مختلف زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی فرد است که در مجموع سبک زندگی او را تشکیل می‌دهند. به طور مثال زمانی که فرد مصرف‌کننده بدون ایجاد تغییر در محیط و ویژگی‌های فردی خود به قطع مصرف مواد دست پیدا می‌کند احتمال بازگشت به سومصرف در این فرد در مقایسه با فردی که ضمن ایجاد تغییر در محیط و ویژگی‌هایش به این هدف دست‌یافته بیش‌تر خواهد بود.

ماهیت عود و چگونه رخ دادن آن

مصرف مواد در حین درمان یا همان لغزش یک‌باره و بی‌دلیل اتفاق نمی‌افتد. این امر فرآیندی است که مدت‌ها پیش از اقدام به مصرف مواد یا از سرگرفتن اعتیاد شروع شده است. خطر لغزش در اوایل شروع درمان بیش‌تر است. چندین بار تجربه لغزش ممکن است به قطع درمان و بروز عود مجدد بیماری منجر شود.

بیش‌تر افراد بلافاصله موفق به حفظ تغییرهای جدیدی نمی‌شوند که برای ایجاد آن تلاش کرده‌اند. بازگشت به مصرف پس از دوره پرهیز بیش از آن که امری استثنا باشد یک قانون است. تجربه لغزش اطلاعاتی به ما می‌دهد که می‌تواند موجب تسهیل پیشرفت‌های بعدی در طی مراحل تغییر شده و یا برعکس مانعی بر سر راه آن‌ها باشد. این بازگشت که اغلب به عنوان عود از آن یاد می‌شود رخدادی است که موجب بازگشت فرد به مراحل قبلی تغییر و تکرار این چرخه می‌شود. عود را نباید به عنوان شکستی فاجعه آمیز یا طولانی مدت تلقی کرد.

بر اساس تعریف معنی عود شکست در ایجاد^{۱۰۱} تغییر رفتاری نیست بلکه عود به ناکامی در تداوم^{۱۰۲} تغییر رفتاری گفته می‌شود.

مراحل تغییر

تلاش برای درمان بدون در نظر گرفتن فاکتور "انگیزه"^{۱۰۳} کامل نیست. اغلب مصرف‌کنندگان مواد به طور ذاتی در مورد تغییر، احساس دوگانه‌ای دارند. پروچاسکا و همکارانش در این زمینه الگویی فرانظری^{۱۰۴} را معرفی کرده‌اند که نشان می‌دهد چگونه افراد رفتاری نامطلوب را تغییر داده و یا عادات‌های رفتاری جدیدی را در خود به وجود می‌آورند. الگوی "مراحل تغییر" نظریه‌ای جداگانه نبوده بلکه چارچوبی برای سازمان‌دهی نظریه‌های موجود است. این الگو توضیح می‌دهد افراد چگونه -با کمک یا بدون کمک فردی متخصص- می‌توانند خود را تغییر دهند.

الگوی مراحل تغییر از شش مرحله تشکیل می‌شود. این مراحل عبارتند از:

- مرحله پیش‌تامل،
- مرحله تفکر یا تامل،
- مرحله تصمیم‌گیری برای تغییر یا آمادگی،
- مرحله عمل یا اقدام،
- مرحله ماندن در ترک یا نگهداری، و
- مرحله بازگشت به سومصرف مواد یا عود.

ما در این فصل هر یک از این مراحل و اهمیت آن را در درمان فرد مصرف‌کننده شرح می‌دهیم. ذکر این نکته مهم است که پیشرفت بیمار در این مراحل ممکن است به شکلی خطی صورت نگیرد. بیمارانی که به سه مرحله آخر می‌رسند اغلب بازگشتی به دو مرحله نخست دارند. به عبارت دیگر، بیش‌تر اوقات میزان بازگشت به اندازه‌ای نیست که بیماران به همان مرحله اول درمان باز گردند. به نظر می‌رسد که بسیاری از افراد در حین درمان اشتباه‌های خود را در می‌یابند. این امر سبب می‌شود که عود بیماری یا بازگشت به اعتیاد پس از مدتی کم‌تر اتفاق افتد.

مرحله پیش‌تامل: مرحله پیش‌تامل^{۱۰۵}، غفلت یا ناآگاهی مرحله‌ای است که هنوز طی آن فرد تصمیم نگرفته است در آینده‌ای قابل پیش‌بینی برای تغییر رفتار خود اقدام کند. اغلب افرادی که در این

^{۱۰۱} initiation

^{۱۰۲} maintenance

^{۱۰۳} آمادگی برای تغییر ممکن است از زمانی به زمان دیگر یا در موقعیت‌های گوناگون تغییر کند.

^{۱۰۴} فرانظریه نظریه‌ای درباره بررسی، تحلیل و توصیف خود نظریه است (فرهنگ جامع وبستر).

^{۱۰۵} precontemplation

مرحله قرار دارند هنوز رفتار خود را مشکل آفرین نمی‌دانند. از افراد در این مرحله به عنوان کسانی یاد می‌شود که با رفتار نادرست خود سرخوش هستند اما دیگر اطرافیان نظیر دوستان، خانواده یا کارفرمای آن‌ها که ناظر بر رفتارهایشان هستند آن‌ها را مشکل‌دار می‌دانند. در این مرحله قضیه فقط به "انکار اعتیاد" و "مقاومت" در قبول آن ختم نمی‌شود. بعضی افرادی که در این مرحله قرار دارند اصلاً هیچ اطلاعاتی در مورد خطرهای ناشی از رفتار نادرستشان نداشته و یا فکر می‌کنند که دیگر برای انجام هر اقدامی در جهت اصلاح رفتارشان خیلی دیر شده است. سرانجام بعضی از افراد در همین مرحله پیش از تصمیم‌گیری برای مشکل خویش به دلیل تراسی می‌پردازند؛ مثلاً می‌گویند "وقتی که فقط یک‌بار زندگی می‌کنی تحمل درد و رنج چه معنایی دارد؟". شاید بهترین اقدام در این مرحله فعال ساختن برنامه‌های کاهش تقاضا با هدف آگاه ساختن فرد مصرف‌کننده از خطرهای ناشی از رفتار نادرستش باشد.

مرحله تفکر و تامل: مرحله تفکر و تامل^{۱۰۶} مرحله‌ای است که بسیاری از مصرف‌کنندگان مدت‌های مدیدی در آن توقف می‌کنند. معمولاً در این مرحله فرد به طور گسترده‌ای سود و زیان^{۱۰۷} اقدام به درمان خود را تحلیل می‌کند. بیماران اغلب سود و زیان درمان یا تغییر رفتارشان را مدام سبک و سنگین می‌کنند. آنان لحظه‌ای منافع این کار را پیش خود تصور می‌کنند و در لحظه‌ای دیگر زیان‌های آن را مورد بررسی قرار می‌دهند. در این مرحله (بر خلاف مرحله قبل) فرد مصرف‌کننده تمایل به تغییر و اصلاح خود دارد اما احساس دودلی وی هرگونه اقدامی برای درمان را به تأخیر می‌اندازند. چالش اصلی برای درمانگر اعتیاد آن است که فرد مصرف‌کننده را -که در این مرحله متوقف شده است- برای حرکت به سوی مرحله بعد (مرحله آمادگی) تشویق کند. برای رسیدن به این منظور در گام نخست اطلاعات ارایه شده باید با وضعیت فرد مرتبط و متناسب باشد؛ به عنوان مثال برای علاقمند کردن فرد مصرف‌کننده کوکابین به ترک اعتیاد خود دادن اطلاعاتی درباره جمعیت الکلی‌های گمنام^{۱۰۸} یا چگونگی داشتن مدت زمان پرهیز طولانی مدت اطلاعات صحیح و مناسبی نیستند. در این مرحله باید مزیت‌های درمان یا تغییر رفتار را به فرد گوشزد کرد؛ مثلاً باید به او گفت "ماهانچه مقدار هزینه مالی برای تهیه کوکابین خود می‌کنی؟ آیا این هزینه برایت مشکل ساز شده؟". ما در این مرحله نباید فرد مصرف‌کننده را از عواقب رفتارهایش ترسانده و به عنوان مثال بگوییم که "تو با اعتیادت داری به قلب یا ریه‌ات آسیب می‌رسانی" و یا "سرانجام کارت به زندان ختم خواهد شد". توجه به منفعی که ترک اعتیاد برای فرد دارد می‌تواند مشوق خوبی برای فرد مصرف‌کننده‌ای باشد که در این مرحله قرار دارد. در کل در این مرحله باید از دادن پیام‌هایی که ترس فرد مصرف‌کننده را برمی‌انگیزد (ترفندهای هراس برانگیز) اجتناب کرد؛ چرا که این کار خود کارآمدی فرد را به شدت کاهش می‌دهد. به عبارت دیگر ترساندن فرد مصرف‌کننده می‌تواند او را

^{۱۰۶} contemplation

^{۱۰۷} risk-reward analysis

^{۱۰۸} Alcoholics Anonymous

نسبت به اصلاح خودش بدبین کرده و به صورت تلویحی به او این طور بفهماند که "دیگر برای درمان خیلی دیر شده است".

مرحله آمادگی (یا مرحله تصمیم‌گیری برای تغییر رفتار): در مرحله آمادگی^{۱۰۹} مصرف‌کننده تصمیم می‌گیرد در آینده‌ای نزدیک رفتار اعتیادی خود را اصلاح کند. تصمیم فرد مصرف‌کننده به این کار اغلب با تغییرهای رفتاری جزئی نمایان می‌شود. فرد مصرف‌کننده معمولاً برای مدتی کوتاه در این مرحله باقی می‌ماند. فرد مصرف‌کننده که در این مرحله به محک زدن تغییر رفتار خود می‌پردازد لزوماً به مرحله بعد - یعنی مرحله عمل - سوق داده نمی‌شود. روبه‌رو شدن با موانع درمان سوء مصرف مواد ممکن است موجب بازگشت فرد مصرف‌کننده به مرحله قبل شود. مهم‌ترین وظیفه درمانگر برای کمک به فرد مصرف‌کننده این است که او را تشویق به طرح ریزی برنامه‌ای واقع بینانه برای ورود به مرحله عمل کند. بسیاری از افراد مصرف‌کننده که تصمیم به درمان سوء مصرف مواد گرفته‌اند دشواری‌هایی را که در مرحله عمل (ورود به درمان) با آن‌ها مواجه خواهند شد را تشخیص نداده یا آن‌ها را نادیده می‌گیرند. در برنامه‌ای واقع بینانه این مانع‌ها از پیش مشخص و راه‌حل‌ها یا پاسخ‌های لازم برای آن‌ها از قبل تعیین می‌شوند.

مرحله عمل: مرحله عمل^{۱۱۰} یا اقدام برای ترک عبارت است از اجرای برنامه درمان. در این مرحله فرد مصرف‌کننده می‌کوشد رفتار یا محیط خود را تغییر داده تا بر مشکل اعتیادش فایز آید. اصلاح یا تغییر رفتار اعتیاد گونه در مرحله عمل معمولاً بسیار محسوس است به حدی که توجه افرادی که از بیرون ناظر بر روند تغییر فرد هستند را به خود جلب می‌کند. افراد و از جمله خود متخصصان اغلب - به غلط - اقدام فرد مصرف‌کننده برای "تغییر رفتار" را با "خود تغییر" اشتباه می‌گیرند؛ در نتیجه اقدام‌های لازم برای آماده کردن فرد مصرف‌کننده برای درمان و تمهیداتی که برای حفظ تغییرهای حاصل شده ضروری است نادیده گرفته می‌شود.

مرحله ماندگاری در درمان: در مرحله ماندگاری در درمان یا نگهداری^{۱۱۱} فرد مصرف‌کننده به تلاش خود برای جلوگیری از ابتلای مجدد به مصرف ادامه داده و می‌کوشد تا موفقیت‌هایی را که در درمان داشته است، تثبیت کند. ادامه درمان مرحله‌ای ایستا نیست بلکه ادامه تلاش برای تغییر رفتار است. با گذشت زمان خطر بازگشت به اعتیاد کم‌تر می‌شود. با این وجود احتمال بازگشت به مرحله قبل همیشه وجود دارد. در این مرحله مهم‌ترین وظیفه درمانگر تهیه برنامه‌ای برای پیشگیری از بازگشت به سوء مصرف مواد است که با کمک خود فرد مصرف‌کننده طراحی می‌شود.

در این طرح باید احتمال تاثیرهای ناشی از نقض تعهد فرد مصرف‌کننده به خودداری از مصرف مواد را نیز مد نظر قرار داده و برای آن فکری کرد. در واقع این تاثیرها همان واکنش‌های هیجانی منفی

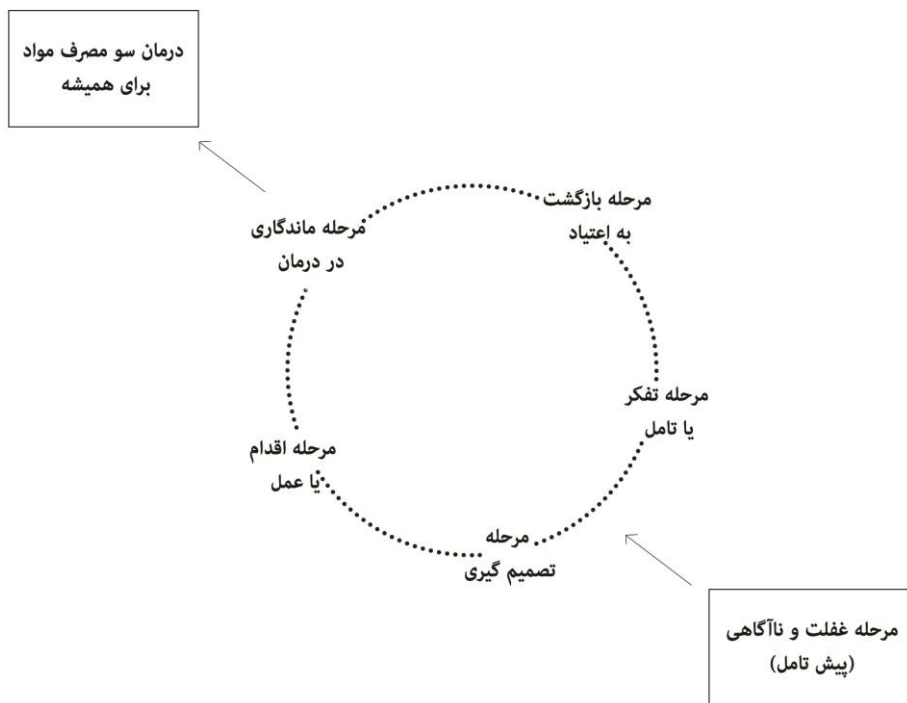
^{۱۰۹} preparation

^{۱۱۰} action

^{۱۱۱} maintenance

و شدید فرد مصرف کننده -از جمله احساس ناکامی- هستند که در بسیاری از آنان با یک بار لغزش و مصرف به وجود می آید.

نمودار چرخه تغییر: الگوی شش مرحله‌ای تغییر پیشنهادی پروچسکا و دی کلمنت



پیشگیری از عود مجدد

اغلب در رویکردهای سنتی درمان سومصرف مواد عود را وضعیتی پایانی یا نتیجه‌ای منفی و برابر با شکست در درمان قلمداد می‌کردند. اما در رویکردهای مدرن‌تر عود بخشی از درمان و قسمتی از فرایند بهبودی قلمداد می‌شود. در این وضعیت پیامد درمانی را در حالتی مورد بررسی قرار می‌دهند که در آن فرد هم در وضعیت پرهیز است و هم بعضاً اعتیادش عود می‌کند.

مدل‌های متنوعی در برخورد با عود و تفسیر آن وجود دارند که به تبیین و تشریح عود از زاویه‌های مختلفی می‌پردازند. رویکردهای درمانی مبتنی بر مدل پیشگیری از عود با ارزیابی ویژگی‌های هیجانی و محیطی موقعیت‌های بالقوه‌ای که با عود همراه شده شروع می‌شوند. در واقع بعد از شناسایی این ویژگی‌ها درمانگر با بررسی عوامل مربوط به سبک زندگی فرد در گذشته بر روی تحلیل پاسخ‌های وی به موقعیت‌های پر خطری کار می‌کند که ممکن است فرد در آینده با آن‌ها روبه‌رو شود. درمانگر به کمک فرد موقعیت‌های را که احتمال مصرف مواد را بالا می‌برند شناسایی می‌کند. درمانگر بر اساس نتیجه‌های بررسی دقیق نوع فرایند عود برای کمک به نقاط ضعف بیمار به راهبردهایی که بر ظرفیت رفتاری و شناختی او متمرکز هستند اندیشیده و از این طریق خطر عود مصرف مواد را کاهش

می‌دهد. مدل پیشگیری از عود حول محور طبقه‌بندی دقیق هیجان‌ها، رویدادها و موقعیت‌هایی شکل می‌گیرد که می‌توانند هم در لغزش و هم در پیشگیری از عود مجدد موثر باشند. این طبقه‌بندی هم شامل فاکتورهای فوری عود و هم پنهان کاری‌های قبلی فرد می‌شود که به طور غیرمستقیم آسیب‌پذیری فرد به عود را افزایش می‌دهند. مولفه‌های درمانی بی‌شماری براساس طبقه‌بندی فاکتورهای عود و موقعیت‌های پرخطر فرض شده در مدل پیشگیری از عود تعیین شده‌اند که در راستای کمک به بهبودی، مواجهه مصرف‌کنندگان با موقعیت‌های پرخطر را هدف قرار داده‌اند.

دو طبقه کلی در تبیین عوامل پیشگیری از عود شناسایی و طبقه‌بندی شده‌اند:

۱. تعیین‌کننده‌های بی‌واسطه^{۱۱۲} (برای مثال موقعیت‌های پرخطر، مهارت کنار آمدن شخص با مشکل‌ها، پیامد انتظارها و اثر پرهیز از تخلف)،
۲. پیش‌آیندهای پنهان^{۱۱۳} (برای مثال نامتعادل بودن سبک زندگی، ولع و اشتیاق).

فاکتورهای تعیین‌کننده بی‌واسطه عود

موقعیت‌های پرخطر: یکی از مفاهیم اصلی در مدل پیشگیری از عود که بعد از اولین ترک مصرف مواد مورد توجه قرار می‌گیرد موقعیت‌های پرخطر است. در این مدل فردی که اولین تغییر رفتار (پرهیز از مصرف مواد) را داشته افزایش خودکارآمدی یا تسلط بر رفتار خود را تجربه می‌کند. این امر می‌تواند به رشد تداوم حفظ این تغییر منجر شود. موقعیت‌ها یا رویدادهای مشخص می‌توانند به عنوان تهدیدی برای کنترل احساس فرد به حساب آمده و در نتیجه بحران عود اعتیاد را به همراه داشته باشند. مارلات (۱۹۹۶) بر اساس تحقیق‌های مختلف درباره عود در بین الکلی‌هایی که درمان سرپایی دریافت می‌کردند ویژگی‌های هیجانی، محیطی و بین فردی مربوط به عود را طبقه‌بندی کرده که شامل معرفی موقعیت‌های توصیف شده در مطالعه‌های مختلف می‌شود. در این طبقه‌بندی انواع موقعیت‌ها می‌توانند در فرایند عود به شکل زیر نقش داشته باشند:

- حالت‌های هیجانی منفی مانند عصبانیت، اضطراب، افسردگی، ناکامی و ملال که اغلب به موقعیت‌های پرخطر بین فردی منتسب شده و با نرخ بالای عود مرتبطند. این حالت‌های هیجانی ممکن است به وسیله ادراک‌های اولیه بین فردی از موقعیت‌های مشخص (احساس دل‌تنگی یا تنهایی بعد از ورود به خانه‌ای که کسی در آن نیست) یا از طریق واکنش به رویدادهای محیطی (مانند احساس عصبانیت ناشی از خطر از دست دادن کار) به وجود آیند؛

^{۱۱۲} immediate determinants

^{۱۱۳} covert antecedents

- موقعیت‌های دیگری که فرد یا گروهی از افراد را در برمی‌گیرند (برای مثال موقعیت‌های پرخطر بین فردی) به ویژه تضادهای بین فردی (بحث با اعضای خانواده). این موقعیت‌ها اغلب در نتیجه هیجان‌های منفی بوده و می‌توانند باعث بروز عود اعتیاد شوند. در واقع برانگیزاننده‌هایی مانند حالت‌های هیجانی منفی بین فردی و موقعیت‌های متضاد بین فردی عامل بیش از یک دوم همه عودهایی است که در این تحلیل مطرح هستند؛
- فشار اجتماعی منجر به قانع‌سازی^{۱۱۴} مستقیم و غیرمستقیم به صورت کلامی و غیرکلامی؛ برای مثال رفتارهای اطرافیان فرد مصرف‌کننده مواد یا الکل؛ و
- اغلب حالت‌های هیجانی مثبت (برای مثال جشن‌ها)، در معرض محرک‌ها یا نشانه‌های مرتبط با مواد قرار گرفتن (برای مثال دیدن دوست مصرف‌کننده یا تماشای صحنه مصرف در فیلمی)، آزمایش اراده شخصی (مثلاً استفاده از قدرت اراده برای مصرف محدود) و ولع‌های نامشخص به عنوان موقعیت‌های پرخطر شناسایی شده و می‌توانند باعث عود اعتیاد شوند.

مقابل^{۱۱۵}: به طور خاص مقابله فرد با موقعیتی پرخطر تعیین‌کننده پاسخ به نوعی بحران شبیه به عود است. بنابراین کسی که می‌تواند به طور موثری راهبردهای مقابله (برای مثال راهبردی رفتاری مانند ترک موقعیت یا راهبردی شناختی مانند گفت‌وگوی مثبت با خود) را اجرا کند به نسبت فردی که فاقد این مهارت است کم‌تر در معرض خطر عود قرار می‌گیرد. علاوه بر این افرادی که به طور موفقیت‌آمیزی با موقعیت‌های پرخطر کنار می‌آیند از تجربه حس خودکارآمدی^{۱۱۶} بالاتری برخوردارند.

انتظارها: افراد مصرف‌کننده مواد و الکل به طور معمول بر تاثیرهای مثبت مصرف مواد و الکل تاکید داشته و عموماً ناهماهنگی شناختی^{۱۱۷} خود را با تاکید بر تاثیرهای مثبت سومصرف مدیریت می‌کنند. این افراد عموماً پیامدهای منفی بالقوه مصرف افراطی را نادیده گرفته و به حساب نمی‌آورند. چنین انتظارهای مثبتی ممکن است به ویژه در موقعیت‌های پرخطر و زمانی برجسته شود که فرد انتظار دارد مصرف الکل یا مواد در کنارآمدن با هیجان‌ها یا تعارض‌های منفی به او کمک کند (برای مثال زمانی که از مصرف الکل به عنوان خوددرمانی^{۱۱۸} استفاده می‌شود). در چنین موقعیت‌هایی تمرکز اولیه مصرف‌کننده الکل بر رسیدن فوری به خشنودسازی^{۱۱۹} خود (مانند کاهش استرس) بوده و امکان نادیده گرفتن پیامدهای منفی مصرف الکل وجود دارد.

^{۱۱۴} persuasion

^{۱۱۵} coping

^{۱۱۶} self-efficacy

^{۱۱۷} Cognitive Dissonance

^{۱۱۸} self-medication

^{۱۱۹} gratification

اثر تخلف از پرهیز^{۱۲۰}: تفاوتی مهم بین اولین تخلف از هدف پرهیز^{۱۲۱} (برای مثال اولین عود) و بازگشت به مصرف کنترل نشده مواد یا ترک هدف درمان (برای مثال عودی کامل^{۱۲۲}) وجود دارد. تحقیق در زمینه رفتارهای اعتیادگونه مختلف نشان داده که لغزش به طور گسترده‌ای خطر عود واقعی را افزایش داده و حرکت از سمت لغزش به عود به طور کامل اجتناب‌پذیر نیست. مارلات و گوردون (۱۹۸۵، ۱۹۸۰) نوع واکنش فرد مصرف‌کننده مواد به لغزش را اثر تخلف از پرهیز می‌نامند که به نحوی بر هدایت لغزش به سمت عود تأثیرگذار است. این واکنش به پاسخ هیجانی فرد مصرف‌کننده مواد به لغزش اولیه و عللی که بر لغزش او دلالت دارند، متمرکز است. افرادی که لغزش خود را به شکست شخصی نسبت می‌دهند احتمال دارد که احساس تقصیر کرده و هیجان‌هایی منفی را تجربه کنند که این مساله می‌تواند به کاهش مصرف الکل (به عنوان تلاشی در جهت اجتناب یا رهایی از تقصیر یا شکست) منجر شود. علاوه بر این کسانی که لغزش را همیشگی و همه‌گیر دانسته و آن را به عوامل درونی و خارج از کنترل خود نسبت می‌دهند (برای مثال بهانه این که "من اراده ندارم و به هیچ وجه قادر به ترک الکل نیستم") بیش‌تر به تلاش برای کنار گذاشتن پرهیز (و تجربه عود کامل) گرایش دارند تا افرادی که لغزش را به ناتوانی خود برای نشان دادن مقابله‌ای موثر با موقعیت پرخطر خاصی ربط می‌دهند. این افراد بر خلاف گروه دیگر فهمیده‌اند که باید از اشتباه‌هایشان درس گرفته و در آینده روش‌های موثرتری را برای مقابله با موقعیت‌های برانگیزاننده اتخاذ کنند.

پیشایندهای پنهان موقعیت‌های پرخطر

اگرچه موقعیت‌های پرخطر به عنوان فاکتورهای فوری دوره‌ای عود مفهوم سازی شده اما برخی از عوامل موثر بر این فرایند کم‌تر آشکار شده‌اند. این موارد پنهان شامل عوامل مربوط به سبک زندگی - نظیر سطح فشار روانی - و همانند عوامل شناختی است که ممکن است باعث وقوع عود از طریق دلیل‌تراشی، انکار و تمایل به کسب لذت فوری (برای مثال ولع و اشتیاق) شود. این عوامل می‌توانند آسیب‌شناسی عود اعتیاد فرد را از طریق کاهش مواجهه با موقعیت‌های پرخطر و افزایش انگیزه مقاومت در برابر مصرف مواد را در موقعیت‌های پرخطر کاهش دهند. البته در برخی موارد نخستین لغزش‌هایی که در موقعیت‌های پرخطر اتفاق می‌افتند کاملاً پیش‌بینی نشده و اغلب برای فرد مصرف‌کننده ناآگاهانه هستند. در هر حال رهایی از عود ممکن است مجموعه‌ای از تصمیم‌ها یا انتخاب‌های پنهان تلقی شود که هر چند هر یک از آن‌ها به تنهایی بی‌اهمیت به نظر می‌رسند ولی فرد را در ترکیبی از موقعیت‌های پرخطر درهم شکننده قرار می‌دهند. این انتخاب‌ها "تصمیم‌های به ظاهر

^{۱۲۰} Abstinence Violation Effect

^{۱۲۱} abstinence

^{۱۲۲} full-blown relapse

نامربوط^{۱۳۳} نامیده شده‌اند. با وجود این که بررسی کامل آن‌ها در ارتباط با عود ممکن نیست اما معرفیشان به فرد برای حرکت به سمت محدود کردن احتمال وقوع خطر عود کمک می‌کند. برای مثال فردی پرهیزکننده از مصرف الکل را با چنین تصمیم به ظاهر نامربوطی در نظر بگیرید که می‌گوید من یک بطری شراب می‌خرم و فقط در این مهمانی خاص از آن مصرف کرده و بعد مهمانی مصرف را کنار می‌گذارم. محققان بر این باورند که چنین تصمیم‌هایی نمی‌تواند جلوی تجربه اثرهای مثبت فوری مصرف الکل را بگیرد، آن‌هم در حالی که شخص الکلی مسئولیت دوره‌های لغزشش را نمی‌پذیرد.

عامل سبک زندگی: محققان معتقد هستند که رازهای گذشته زندگی فرد به شدت با خطر عود اعتیاد او در ارتباطند. این ارتباط عامل ایجاد درجه‌ای از تعادل بین تقاضای خارجی ادراک شده (مثل بایدها) و فعالیت‌های لذت‌بخش یا ارضا کننده درونی (مثل خواسته‌ها) است. شخصی که زندگی مملو از تقاضاهای متنوع است، فشار روانی دایمی را بر خود تجربه می‌کند. او نه تنها نمی‌تواند حالت‌های هیجانی منفی و موقعیت‌های پرخطری که در اثر آن به وجود می‌آیند را تحلیل کند بلکه با باور به داشتن حق زیاده روی در مصرف، میل لذت بردن را در خود افزایش می‌دهد. در غیاب فعالیت‌های لذت‌بخش مربوط به مصرف مواد، فرد مصرف را برای کسب لذت یا رهایی از درد انتخاب می‌کند.

ولع و اشتیاق: تمایل برای کسب لذت فوری می‌تواند شکل‌های مختلفی به خود گیرد. برخی از مردم ممکن است آن را به عنوان ولع یا اشتیاق^{۱۳۴} مصرف مواد یا الکل تجربه کنند. اگرچه بعضی از محققان و متخصصان حالت‌های اولیه ولع و اشتیاق را مورد توجه قرار داده‌اند اما مدل رفتاری-شناختی پیشگیری از عود بر این باور است که ولع و اشتیاق از طریق محرک‌های محیطی یا روان‌شناختی به یک‌باره اتفاق می‌افتند. ولع مداوم مراجع ممکن است تعهد وی را به ماندن در درمان از بین برده و تمایل او را برای بردن لذت فوری افزایش دهد. این فرایند ممکن است به عود یا افزایش آسیب‌پذیری مراجع به دلیل عدم پیش‌بینی موقعیت‌های پرخطر منجر شود. محققان و متخصصان اغلب از اصطلاح‌های ولع و اشتیاق به جای یکدیگر استفاده می‌کنند اما این دو واژه می‌توانند معانی مجزایی از هم داشته باشند. اشتیاق نوعی تکانه به نسبت ناگهانی در انتخاب و انجام عملی مانند مصرف مواد است در حالی که ولع نوعی میل درونی یا ذهنی برای تجربه اثرها یا پیامدهای چنین عملی تعریف شده است.

راهبردهای مداخله‌ای پیشگیری از عود

مدل‌های پیشگیری از عود شامل رویکردهای رفتاری و شناختی متنوعی است که بر اساس هر مرحله از فرایند عود طراحی شده‌اند. این رویکردها شامل راهبردهای مداخله‌ای خاصی می‌شوند که

^{۱۳۳} apparently irrelevant decisions

^{۱۳۴} urges

همچون راهبردهای عمومی مدیریت خود - که بر سابقه پنهان عود متمرکز است - بر فاکتورهای فوری عود تمرکز دارند. بنابراین هر دو راهبرد عمومی و خاص در سه طبقه اصلی زیر قرار می‌گیرند:

- مهارت‌ها
- بازسازی شناختی
- متعادل سازی سبک زندگی

راهبردهای مداخله‌ای خاص

هدف راهبردهای مداخله‌ای خاص شناسایی و کنار آمدن با موقعیت‌های پرخطر، افزایش خودکارآمدی، حذف اثرهای دارونماها^{۱۲۵}، مدیریت لغزش، بازسازی شناختی، آموزش به مراجعان برای پیش‌بینی احتمال عود و بازشناسی و کنار آمدن با موقعیت‌های پرخطر است. این راهبردها اغلب بر افزایش آگاهی شناختی، هیجانی و واکنش‌های رفتاری متمرکز بوده و در زمره عوامل جلوگیری از لغزش در سلسله مراتب عود قرار می‌گیرند. اولین مرحله در این فرایند آموزش مدل پیشگیری از عود به مراجعان و ارایه تصویری کامل از مرور فرایند عود به آن‌هاست.

شناسایی موقعیت‌های پرخطر و مقابله با آن‌ها: فرد برای پیش‌بینی و طرح‌ریزی برنامه‌ای منطبق بر موقعیت‌های پرخطر ابتدا باید موقعیت‌هایی را شناسایی کند که تجربه سختی برای مقابله با آن‌ها داشته یا در آن موقعیت‌ها میل به مصرف در وی افزایش پیدا کرده است. این موقعیت‌ها می‌توانند برای شناسایی راهبردهای مختلف سنجش نیز استفاده شوند. برای مثال درمانگر می‌تواند با مراجع درباره لغزش‌های گذشته یا دوره‌های عود مصاحبه کرده و از این طریق به شناسایی موقعیت‌های پیردازد که مراجع با آن‌ها مشکل داشته یا به سختی می‌تواند با آن‌ها کنار آید.

چنانچه فردی یک بار موقعیت‌های پرخطر را شناسایی کرده باشد می‌تواند از دو نوع راهبرد مداخله‌ای برای کم‌تر کردن خطرهای ایجاد شده توسط این موقعیت‌ها استفاده کند. راهبرد اول آموزش مراجع برای بازشناسی نشانه‌های هشدار دهنده مرتبط با خطر قریب‌الوقوع (نشان دهنده احتمال ورود مراجع به موقعیتی پرخطر) است. چنین نشانه‌هایی هشداردهنده ممکن است شامل مواردی نظیر ابتلا به ایدز، فشار روانی، فقدان سبک زندگی متعادل و انتظارات مثبت قوی درباره مصرف مواد و الکل باشند. مراجع در نتیجه شناسایی نشانه‌های هشدار دهنده ممکن است قادر به انجام بعضی از اعمال نظیر دوری یا فرار از موقعیت و یا اجتناب از ورود به موقعیتی پرخطر باشد. راهبرد دوم که جنبه مهم‌تری از پیشگیری از عود است دربرگیرنده ارزیابی سطح انگیزه مراجع و توانایی وی در مقابله با موقعیت‌های پرخطر خاص و سپس کمک به او برای یادگیری موثرتر مهارت‌های مقابله است. مهارت‌های مقابله مناسب می‌توانند ماهیتی رفتاری یا شناختی داشته و هر دو راهبرد کنار آمدن با

^{۱۲۵} placebo

موقعیت‌های پرخطر خاص (برای مثال رد کردن تعارف مصرف الکل و مواد در موقعیت‌های اجتماعی و مهارت‌های برقراری ارتباط جراتمندانه) و راهبردهای عمومی را در برگیرند که شامل کنارآمدن با موقعیت‌های مختلف (برای مثال آرامش‌بخشی، مدیریت خشم و گفت‌وگوی مثبت با خود) هستند. سنجش مهارت‌های مقابله در مراجع می‌تواند وظیفه‌ای چالش برانگیز باشد. به هر حال این سنجش‌ها ضرورتاً نمی‌توانند نشان دهند که آیا مراجع در عمل می‌تواند و یا می‌خواهد در زمان به اوج رسیدن نیازش از مهارت‌هایش استفاده کند یا خیر. این ارزیابی‌ها به درمانگر کمک می‌کند تا از رویکردهایی همچون ایفای نقش، مدل‌سازی و ایجاد مهارت‌های مقابله خاص برای مدیریت موقعیت‌های پرخطر بالقوه استفاده کند.

افزایش خودکارآمدی: روش افزایش خودکارآمدی رویکرد دیگری است که برای پیشگیری از عود و ترویج روش تغییر رفتار استفاده می‌شود. این روش راهبردی طراحی شده برای افزایش احساس تسلط^{۱۲۶} مراجع بوده و او را قادر می‌سازد تا بدون لغزش کردن با موقعیت‌های سخت مواجه شود. تاکید بر همکاری بین مراجع و درمانگر یکی از مهم‌ترین راهبردهای افزایش خودکارآمدی در پیشگیری از عود است. در مدل شناختی-رفتاری پیشگیری از عود، مراجع تشویق می‌شود تا نظاره‌گر عینی رفتار خود باشد. با رشد احساس مشاهده‌گری و خودارزیابی، مراجع بهتر می‌تواند مصرف مواد یا الکلی را به عنوان رفتاری اعتیادی بررسی کند. با این روش بیش‌تر احتمال دارد که مراجع بتواند مسئولیت سومصرف مواد و تلاش برای تغییر رفتار خود را بپذیرد. مراجعان باید یاد بگیرند که تغییر عادت نیازمند فرایند استفاده از مهارت به جای آزمودن سطح اراده‌شان است. همچنین کسب مهارت‌های جدید توسط مراجع و احساس ناشی از به کارگیری موفقیت‌آمیز آن‌ها می‌تواند نشانگر این مطلب باشد که فرایند تغییر در شرایط مشابه و دیگر موقعیت‌ها نیازمند فراگیری مهارت‌های جدیدی است. دیگر راهبرد افزایش کارآمدی در برگیرنده تقسیم تمامی وظایف مرتبط با تغییر رفتار به وظایف کوچک‌تر و کنترل‌پذیرتر است که می‌توان در یک مقطع زمانی به همه آن‌ها پرداخت. بنابراین مراجع به جای تمرکز بر هدف نهایی طولانی مدت (برای مثال پاکی طولانی مدت در زندگی) به در نظر گرفتن مجموعه‌ای کوچک‌تر از وظایف و اهداف کنترل‌پذیرتر تشویق می‌شود - همچون مدیریت موقعیتی پرخطر و قریب الوقوع و یا ایجاد آن از طریق داشتن روزی بدون لغزش. از آنجا که افزایش خودکارآمدی ارتباطی تنگاتنگ با دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده دارد تسلط موفقیت‌آمیز بر این وظایف کوچک‌تر فردی بهترین راهبرد برای افزایش احساس تسلط بر خود است. درمانگران اغلب می‌توانند از طریق ارایه بازخورد مرتبط با عملکرد مراجعان خودکارآمدی آنان را در دیگر وظایف جدید افزایش دهند حتی اگر این عملکردها در ارتباط مستقیم با مصرف مواد بروز نکرده باشند. به طور معمول موفقیت حتی در انجام وظایف ساده (برای مثال به موقع حاضر شدن در قرار ملاقات) می‌تواند به شکل وسیعی احساس خودکارآمدی مراجعان را افزایش دهد. این موفقیت

می‌تواند به مراجعی که برای تغییر الگوی مصرف موادش تلاش می‌کند، اطمینان دهد که به طور موفقیت آمیزی قادر خواهد بود بر مهارت‌های دیگر نیز مسلط شود.

حذف کردن اثر توهّم‌ها و دارونماها: تصحیح درک ناقص فرد مصرف‌کننده مواد/الکل از تاثیرهای ماده مصرفی فعالیت مهمی در پیشگیری از عود است. درمانگر برای رسیدن به این هدف باید در ابتدا از دید مراجع نتیجه‌های مثبت مصرف مواد یا الکل که اغلب مبتنی بر اثر توهّم‌ها یا دارونماهای آن است را مورد بررسی قرار دهد (برای مثال تاثیرهایی که به خاطر انتظار از نتیجه مثبت مصرف الکل اتفاق می‌افتند که ناشی از علل مربوط به تغییرهای فیزیولوژیکی الکل نیستند). همچنین درمانگر می‌تواند از تجربه مراجع برای از بین بردن درک نادرست وی استفاده کرده و او را برای توجه کردن به پیامدهای فوری ناشی از مصرف مواد/الکل تشویق کند. وقتی تاثیرهای مثبت درک شده بر تاثیرهای واقعی ناشی از مصرف مواد مبتنی باشند اغلب اثرهای فوری مصرف (برای مثال سرخوشی ناشی از آن) که مثبت هستند اول به ذهن مخاطب می‌آیند؛ در حالی که تاثیرهای منفی آن (برای مثال سستی ناشی از مصرف مواد) با تاخیر به ذهن مخاطب می‌رسند. در این چهارچوب بیان پرسش‌های طراحی شده در ارزیابی انتظارها برای مقایسه پیامدهای فوری و متعاقب مصرف مواد در مقابل مصرف نکردن آن توسط مراجع (برای مثال استفاده از جدول ماتریکس تصمیم‌گیری) می‌تواند در استخراج و تغییر انتظارها سودمند باشد. با چنین ماتریکسی، مراجع می‌تواند فهرست پیامدهای منفی متعاقب خود را با تاثیرهای انتظار مثبت از مصرف در کنار هم قرار دهد.

گاهی علی‌رغم تمام احتیاط‌ها و مقدمات، بسیاری از مراجعانی که خود را متعهد به پرهیز می‌دانند ممکن است بلافاصله پس از پرهیز لغزش را تجربه کنند. راهبردهای مدیریت عود بر جلوگیری از عود و مقابله با نقض پرهیز و پیشگیری از عودهای کنترل ناپذیر تاکید می‌کنند. مدیریت لغزش شامل قول گرفتن از مراجع برای محدود کردن مقدار مصرف، تماس گرفتن با درمانگر بلافاصله بعد از لغزش و ارزیابی عواملی است که موجب لغزش او شده‌اند. درمانگر اغلب با نوشتن دستورالعمل‌های ساده مراجع را آماده می‌سازد تا با رویدادهایی مواجه شود که به لغزشش منجر می‌شوند. تاکید این دستورالعمل‌ها بر متوقف کردن مصرف مواد و الکل و ترک سریع موقعیت لغزش‌زا است. مدیریت لغزش ارایه شده به مراجعان به عنوان ابزاری ضروری آمادگی لازم برای سفر آن‌ها به سمت پرهیز کامل را فراهم می‌آورد. برخی از مراجعان ممکن است هیچگاه به برنامه نوشته شده برای مدیریت لغزششان نیاز پیدا نکنند اما داشتن آمادگی کافی می‌تواند به میزان قابل توجهی خطر لغزش قریب الوقوع را کاهش دهد.

جدول ماتریکس تصمیم‌گیری برای مصرف یا پرهیز از مصرف مواد و الکل				
پیامدهای متعاقب		پیامدهای فوری		
منفی	مثبت	منفی	مثبت	
				ماندن در پرهیز
				ادامه دادن مصرف مواد و الکل

بازسازی شناختی: بازسازی شناختی^{۱۳۷} یا چهارچوب‌بندی مجدد^{۱۳۸} در فرایند درمان و پیشگیری از عود برای کمک به مراجعانی استفاده می‌شود که دارای تحریف‌های شناختی^{۱۳۹} هستند. بازسازی شناختی مولفه مهمی در مداخله‌های مربوط به کاهش اثر تخلف از پرهیز است. مراجعان با این تکنیک به چهارچوب‌بندی مجدد ادراکشان از لغزش می‌پردازند. آن‌ها لغزش را به عنوان شکست یا نشانه نداشتن قدرت اراده ارزیابی نمی‌کنند بلکه لغزش را به عنوان اشتباه یا خطایی در یادگیری دیده که نشانه نیاز به افزایش برنامه‌ریزی برای کنار آمدن موثرتر با موقعیت‌های مشابه در آینده است. این دیدگاه (مورد توجه قراردادن لغزش‌ها) کلید درک فرصت‌های ناشی از تعامل بین مدیریت شرایط و فاکتورهای موقعیتی است که هر دو قابلیت اصلاح دارند. چهارچوب‌بندی دوباره دوره‌های لغزش نیز می‌تواند به تمایل مراجع برای بررسی لغزش‌ها به عنوان شکستی فردی یا ضعفی اخلاقی کمک کرده و این باور قلبی مراجع که لغزش حتماً به عود منجر خواهد شد را اصلاح کند.

راهنمای خود کنترلی در سبک زندگی

هرچند راهنمای مداخله‌ای خاص می‌تواند بر فاکتورهای فوری عود دلالت داشته باشند اما تغییر عوامل مربوط به سبک زندگی و سوابق پنهان فرد نیز حایز اهمیت است. این عوامل می‌توانند خطرپذیری فرد را افزایش داده یا مقاومت او را در موقعیت‌های پر خطر کاهش دهند. راهنمای خود کنترلی جهانی با این هدف طراحی شده‌اند که تعادل موجود در سبک زندگی مراجع را به کمک راه‌هایی همچون شناسایی سوابق پنهان عود و مقابله با آن‌ها تغییر دهند (برای مثال بررسی نشانه‌های هشداردهنده اخیر، تحریف‌های شناختی و مراحل عود).

^{۱۳۷} cognitive restructuring

^{۱۳۸} reframing

^{۱۳۹} cognitive distortions

متعادل سازی سبک زندگی و اعتیاد مثبت: بررسی سبک زندگی نامتعادل که منجر به افزایش فشار روانی می شود اولین گام مهم در آموزش راهبردهای خود مدیریتی^{۱۳۰} است. این ارزیابی می تواند از طریق رویکردهایی محقق شود که در آن ها مراجعان خود اقدام به نظارت بر فعالیت های روزانه خویش می کنند. بعضی از مراجعان گزارش کرده اند فعالیت هایی که در گذشته انجامشان برای آن ها لذتبخش بوده (برای مثال سرگرمی های مورد علاقه و تعامل های اجتماعی با خانواده و دوستان) به تدریج با مصرف مواد و الکل به عنوان منبع سرگرمی جایگزین بی اهمیت شده اند. راهبرد خودمدیریتی بر تشویق مراجعان برای از سرگیری مجدد رضایتمندی های قبلی و فعالیت های تفریحی تاکید دارد که عاری از مصرف مواد و الکل است. به علاوه رویکردهای آموزشی مهارت های رفتاری- شناختی خاص (مانند آموزش آرام کردن بدن، مدیریت استرس و مدیریت زمان) می توانند به مراجعان برای رسیدن به سبک زندگی متعادل کمک کنند.

توسعه اعتیاد مثبت: اعتیاد مثبت^{۱۳۱} که شامل فعالیت هایی مانند مراقبه، ورزش یا یوگا است تاثیرهای مثبت بلند مدتی بر روی خلق، سلامتی و مدیریت شرایط دارد. ایجاد اعتیاد مثبت روش دیگری برای افزایش تعادل در سبک زندگی است. خودکارآمدی اغلب در نتیجه رشد عادات های مثبت افزایش یافته و در حد وسیعی باعث تجربه موفقیت آمیز کسب مهارت های جدید از طریق انجام دادن آن فعالیت ها می شود.

فنون مهار محرک ها: هر چند سبک زندگی متعادل تر خطر ولع و اشتیاق مصرف الکل و مواد را کاهش می دهد اما انواع ولع و اشتیاق می توانند ناشی از روبه رو شدن با محرک شرطی شده قبلی مرتبط با مصرف مواد یا الکل باشند. فنون مهار محرک راهبردهایی به نسبت ساده اما موثرند که می توانند برای کاهش ولع و اشتیاق در پاسخ به محرک ها - به ویژه در طی مدت دوره اولیه پرهیز - استفاده شوند. به زبان ساده می توان گفت که این فنون مراجع را برای حذف تمام محرک هایی تشویق می کنند (از درون خانه گرفته تا دفتر کار و خودرو) که به طور مستقیم با مصرف مواد و الکل مرتبط هستند. این موارد به حذف تمام آثار و وسایل مصرف مواد یا الکل هم تعمیم داده می شوند. مراجعانی که مشروب های الکلی را انبار یا در جایی پنهان می کنند در معرض خطر قرار دارند زیرا وقتی مراجع به طور ناگهانی و بعد از دوره پرهیز آن ها را پیدا می کند یا به یاد بطری هایش می افتد این فکر به عنوان وسوسه ای قوی در او عمل می کند. بعضی از رفتارهایی که باعث شرطی شدن مراجع به مصرف مواد یا الکل و تکرار مصرف آن ها شده می توانند او را به مصرف تشویق کنند. این محرک ها می توانند به سادگی نظیر رفتارهایی همچون نشستن روی صندلی راحتی اتاق نشیمن مورد علاقه و شنیدن موزیکی باشد که مراجع به طور خاص در بعد از ظهری که سر حال نبوده و یا در حین مصرف مواد یا الکل به آن گوش می داده است. در این شرایط اعمال تغییری موقت در عادات های اتاق

^{۱۳۰} self-management

^{۱۳۱} positive addictions

نشیمن و یا عدم شنیدن آن موسیقی خاص می‌تواند سودمند باشد. علاوه بر این مراجع لازم است راهبردهای کنارآمدن جایگزین را نیز به کار گیرد. رویدادهای اجتماعی اخیر یا موقعیت‌های پرخطر دیگر نیز می‌توانند با مصرف مواد مرتبط باشند.

فنون مدیریت/اشتیاق: حتی با وجود به کار گرفتن روش‌های کنترل محرک موثر و متعادل‌تر کردن سبک زندگی، مراجعان به طور کامل نمی‌توانند از تجربه ولع یا اشتیاق مصرف الکل یا مواد اجتناب کنند. بنابراین یک جنبه مهم مدل پیشگیری از عود آموزش پیش‌بینی واکنش‌ها و پذیرش آن‌ها به مراجعان به عنوان پاسخ شرطی شده طبیعی به محرکی خارجی است. مراجع براساس این رویکرد با وجود اشتیاق مصرف یا مرور آن نمی‌تواند تمایلش به مصرف مواد یا الکل را شناسایی کند. در واقع مراجع یاد گرفته است که اشتیاق به عنوان پاسخ هیجانی یا فیزیولوژیکی به محرکی خارجی در محیطی که در گذشته با مصرف مواد یا الکل او مرتبط بوده ادامه یافته، طبقه بندی و شرطی می‌شود.

یکی از تکنیک‌ها موثر در مورد مدیریت ولع و اشتیاق این است که مراجع تصویرهای ولع و اشتیاق‌آور را به صورت امواج آب تصور کرده و به عنوان مشاهده‌گر به تماشای افت و خیز آن تصاویر نشسته و سعی در پاک کردن آن‌ها از ذهنش نداشته باشد. این فن تصویرسازی به عنوان "اشتیاق موج"^{۱۳۳} شناخته شده و به مفهوم سازی اشتیاق یا ولع و به عنوان امواجی است که به بالاترین اوج خود رسیده و سپس با رسیدن به ساحل از بین می‌روند. با این کار مراجع یاد می‌گیرد که به جای فرض کردن آن تصویرها در آن‌ها غوطه‌ور شده و خیلی سریع فراز و نشیب ولع و اشتیاقش را هرچند که در عمل اتفاق نمی‌افتد، تصور کند. همانند مفهوم سازی ولع و اشتیاق مربوط به محرکی خارجی این تصویرسازی به طور مجزا از ولع‌ها، اشتیاق‌ها، تقویت‌های آنی و ماهیت خارجی این پدیده‌ها به وجود می‌آید.

نقشه‌های جاده عود: درمانگران می‌توانند به مراجعان از طریق آموزش توسعه نقشه‌های جاده عود یاری رسانند. این نقشه‌ها شامل تحلیل شناختی-رفتاری موقعیت‌های پرخطری است که بر انتخاب‌های مختلف و سالم مراجعان برای اجتناب یا کنارآمدن با پیامدهای این موقعیت‌ها تاکید دارد. همچنین درمانگر می‌تواند در شناسایی پاسخ‌های مقابله با مشکل به مراجع کمک کند. این امر می‌تواند در اجتناب از لغزش مفید باشد.

نیک‌باشی

سلامت یا نیک‌باشی روان‌شناختی نوعی رضایتمندی و خرسندی افراد از کیفیت زندگیشان بوده که حالتی مثبت از رفاه جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی را شامل می‌شود. امروزه در ادبیات روان‌شناسی در مقابل توجه و تمرکز سنتی که به آسیب‌شناسی و روان‌شناسی مرضی شده دیدگاه جدیدی در این

علم در حال شکل‌گیری و گسترش است. در این دیدگاه تمرکز بر روی سلامتی و نیک‌باشی از جنبه مثبت آن است. نیک‌باشی روان‌شناختی مستلزم درک چالش‌های وجودی زندگی بوده و بر روی عناصر مثبت زندگی تمرکز دارد. نیک‌باشی وابسته به ارضای سه نوع اصلی از نیازهاست که عبارتند از:

- نیاز به داشتن: کسب ملزومات مادی در زندگی،
 - نیاز به ارتباط: نیاز به تجربه صمیمیت و سایر الگوهای روابط اجتماعی، و
 - نیاز به بودن: احساس رضایت شخص از خود و زندگی.
- اجزا و عناصر اصلی نیک‌باشی روان‌شناختی عبارتند از:

- معنویت،
- رشد و بالندگی فردی،
- رضایت از زندگی،
- شادی،
- روابط مثبت با دیگران،
- خویشن‌پذیری،
- معناداری،
- سازگاری و تسلط بر محیط،
- خوش‌بینی، و
- هدف زندگی.

با توجه به نقش به‌سزایی که نیک‌باشی در ابعاد مختلف زندگی روانی-اجتماعی و حتی جسمی فرد دارد در ادامه به بررسی برخی از عناصر آن خواهیم پرداخت.

معنویت^{۱۳۳}: معنویت نقش مهمی در نیک‌باشی روانی افراد ایفا می‌کند زیرا نوعی هم‌پوشی بین نیک‌باشی و جنبه‌هایی از معنویت وجود دارد. اکثر اندیشمندان معنویت را بر پایه تجربه، معنی‌داری و هدفمندی در زندگی مفهوم‌سازی نموده‌اند. معنویت به عقیده‌ها و اعمالی اشاره دارد که فرد را با وجودی مقدس و معنی‌دار که فراتر از خودش است، مرتبط می‌سازد. این عقیده‌ها و رفتار نوعی ارتباط شخصی را با ذاتی متعالی و مطلق برقرار و حفظ نموده و به زندگی فرد معنی و هدف می‌بخشد. اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان در چند دهه گذشته به گونه‌ای روزافزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. پیشرفت علم روان‌شناسی از یک سو و ماهیت پویا و پیچیده جوامع نوین از سویی دیگر باعث شده که نیازهای معنوی بشر در برابر خواست‌ها و نیازهای مادی قد علم کرده و اهمیت بیش‌تری یابد. امروزه مردم جهان بیش از پیش به

معنویت و مسایل معنوی گرایش دارند. نیک‌باشی معنوی را می‌توان حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با قدرتی متعالی تعریف کرد.

معنویت ممکن است از طریق ایجاد چهارچوبی برای تفسیر و توصیف تجربه‌های زندگی در نیک‌باشی روان‌شناختی فرد مشارکت کند که به موجب آن نوعی احساس انسجام و به هم پیوستگی وجودی فراهم می‌آید. از طرف دیگر این مساله می‌تواند به ارزیابی قابلیت کنترل و کاهش استرس کمک کند که در نتیجه آن پریشانی و هیجان منفی کم‌تری توسط فرد تجربه می‌شود. به نظر می‌رسد معنویت از نظر تاثیر بر روی این چهار حوزه اثری آرام‌بخش دارد که عبارتند از هیجان، شناخت، رفتار، تعالی و کمال.

اکثر پژوهش‌ها از کاربرد انطباقی مذهب و معنویت حمایت نموده و عنوان داشته‌اند که در برخی مواقع استفاده از استراتژی‌های مقابله مذهبی برای مدیریت استرس منجر به رسیدن به سطوح بالاتری از سازش می‌شود. بنابراین زمانی که قصد بررسی معنویت را داریم باید دو اصل اساسی را در نظر بگیریم. ابتدا این که معنویت مفهومی چند بعدی بوده و هیچ مقیاس واحدی نمی‌تواند به طور کافی این مفهوم را اندازه‌گیری کند. دوم این که عده زیادی معنویت خود را با شکل‌های خاصی از زبان‌های متداول مذهبی بیان کرده و درحقیقت احتیاج ندارند تا معنویت و مذهب را به عنوان دو کیفیت جدا از هم در نظر بگیرند. معنویت کیفیتی منحصر به نوع بشر بوده و توانمندی است که انسان را فراتر از خودش برده و به او کمک می‌کند تا بتواند معنای اعمال، پیچیدگی انگیزه‌ها و تماسی که با جهان پیرامون خود دارد را دریابد.

پژوهش‌هایی که در بررسی ارتباط معنویت با گرایش به مواد انجام شده نشان داده‌اند که داشتن نگرش و باورهای مذهبی و انجام مناسک معنوی با کاهش استرس‌های روان‌شناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطری همچون سیگار کشیدن و مصرف الکل و مواد همراه است. همچنین مطالعه‌ها نشان داده‌اند که دین‌داری و معنویت از تاثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد کاسته و در طول زمان نیز میزان افزایش مصرف مواد را مهار می‌کند. برخی مطالعه‌ها نیز از دین و معنویت به عنوان سپری در مقابله با مواد یاد می‌کنند.

شادی: یکی دیگر از مولفه‌های موثر در نیک‌باشی روانی انسان شادی است. شادی تحت عنوان احساس رضایت و خرسندی تعریف و هنگامی ایجاد می‌شود که نیازهای جسمانی، روان‌شناختی، عقلی و معنوی فرد ارضا شوند. شادی داشتن هدف و معنا در زندگی است. تعریف دیگر شادی به غلبه و تسلط مثبت بر عاطفه منفی و احساس رضایت از زندگی اشاره دارد. به نظر می‌رسد این رضایت بیش‌تر با جنبه شناختی زندگی روانی فرد ارتباط دارد تا با جنبه عاطفی او.

خوش‌بینی: خوش‌بینی مولفه دیگری است که در نیک‌باشی انسان موثر است. خوش‌بینی تمایل به اتخاذ امیدوارانه‌ترین دیدگاه است. خوش‌بینی به پیش‌آمدگی عاطفی و شناختی اشاره داشته و بر این باور است که چیزهای خوب در زندگی مهم‌تر از چیزهای بد هستند. خوش‌بینی به چگونگی ارزیابی و

پیش‌بینی فرد از پیامدها و نتایج زندگی وابسته است. به نظر می‌رسد خوش‌بینی از دو راه رفتاری و شناختی باعث بهبود سلامتی و نیک‌باشی می‌شود. در اثر خوش‌بینی اضطراب و افسردگی کمتر شده و فعالیت بیش‌تر و مقابله موثرتری با تنش‌ها و خویش‌پزیری صورت می‌گیرد.

معناداری: مولفه دیگری که در نیک‌باشی روان‌شناختی فرد تاثیر دارد معناداری^{۱۳۴} است. تعریف استاندارد را نمی‌توان برای توصیف معناداری ذکر کرد. هر فرد می‌تواند تعریفی شخصی از معنا داشته باشد. معناداری به عنوان بعدی از زندگی توصیف شده که احساس ارتباط، به‌هم پیوستگی و رشد را برای هر فرد به بار می‌آورد. معناداری از طریق وحدت و یگانگی با مفهومی که فرد از خود دارد می‌تواند ادراک شود. این مولفه با انسجام و تمامیتی که به زندگی فرد بخشیده و نیز با احساس هدف‌داری در زندگی می‌تواند در نیک‌باشی روان‌شناختی فرد تاثیرگذار باشد.

روابط مثبت با دیگران: یکی دیگر از مولفه‌های نیک‌باشی روان‌شناختی داشتن رابطه‌های مثبت با دیگران در زندگی است. داشتن روابط مثبت به فرد در شناسایی خود و دستیابی به احساس رضایت کمک خواهد کرد. در سایه ارتباط با سایرین است که مفاهیمی نظیر صمیمیت، اعتماد، ارزش و غیره تجربه و درک می‌شوند.

احساس انسجام (به‌هم پیوستگی): احساس انسجام جهت‌گیری کلی و جامع و نوعی احساس اطمینان از این امر است که وقایع زندگی قابل درک و توصیف بوده و شخص به منابعی برای مقابله با این وقایع دسترسی دارد. احساس انسجام سبب می‌شود که شخص احساس کند زندگی قابل درک و معنادار بوده و ارزش کار و تلاش کردن را دارد. احساس اطمینان با سطوح پایین افسردگی، اضطراب و نشانه‌های جسمی ارتباط دارد.

پنج راه دستیابی به نیک‌باشی

- ارتباط داشتن با اطرافیان، دوستان، همکاران و همسایگان در خانه یا محل کار، مدرسه و اجتماع به عنوان اساس زندگی،
- داشتن فعالیت جسمی مانند پیاده روی و ورزش کردن که باعث تجربه احساس خوبی در فرد و لذت بردن از فعالیت‌های بدنی می‌شود و رسیدن به تناسب اندام را هم در پی دارد.
- هوشیار بودن نسبت به وقایعی که اطراف افراد رخ می‌دهند مانند تغییر فصل‌ها و یا توجه به جهان اطراف خود،
- یادگیری و کشف علایق جدید: سعی کنید برای خود چالش‌های جدیدی را ایجاد کرده و از غلبه بر آن‌ها لذت ببرید، و

^{۱۳۴} meaningfulness

- هدیه دادن و توجه به اطرافیان (مانند توجه به دیگران و لبخند زدن به هنگام ورود به جمع): نگاه و شادی خود را به اطرافیانتان تقدیم کنید و از انجام آن لذت ببرید.

عناصر تاثیرگذار در نیک‌باشی

درآمد و رفاه: درآمد و پس‌انداز اجزا ضروری رفاه فردی هستند. درآمد به افراد اجازه می‌دهد برای برآورده ساختن نیازهای خود و یا دنبال کردن اهداف مهم در زندگیشان قدم بردارند. پس‌انداز این امکان را در طولانی مدت فراهم می‌کند. داشتن درآمد و پس‌انداز به فرد این امکان را می‌دهد تا آزادانه به انتخاب نوع زندگی خود بپردازد. گرچه جنبه‌های مهمی در زندگی وجود دارند که با پول قابل خریداری نیستند اما با این وجود وضعیت اقتصادی فاکتور مهمی در نیک‌باشی و حس مثبت در زندگی افراد است. برآورده کردن نیازهای اساسی با داشتن توانایی مالی کافی محقق می‌شود. از همین رو است که سرمایه‌گذاری بر روی آموزش و پرورش، بهداشت و امنیت در کشور میسر شده و از این طریق نیک‌باشی برای هر فرد معنا پیدا می‌کند.

استقلال و حقوق: دارا بودن شغلی که فرد از انجام آن رضایت داشته، در آن به شایستگی‌های فردیش ارج داده شده و درآمد مورد نیازش را نیز تامین می‌کند دارای اهمیت زیادی است. ناامنی شغلی می‌تواند نیک‌باشی و احساس رضایت فرد را تحت‌شعاع قرار دهد. داشتن شغل و توانایی کسب درآمد برای سلامت هر فردی ضروری است. شغل خوب نه تنها حس کارایی افراد را تقویت می‌کند بلکه احساس مفید بودن را نیز به آن‌ها می‌دهد. احساس مفید بودن هویت شخصی فرد را ارتقا می‌دهد. تحقیق‌ها نشان می‌دهد که بیکاری تاثیر منفی زیادی بر روی جسم و سلامت روان افراد دارد. شواهدی وجود دارد که ثابت می‌کند بیکاری سلامت روان فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

وضعیت مسکن: مسکن عنصر اصلی مرتبط با استاندارد زندگی فرد است. واضح است که داشتن احساس امنیت، پناهگاه، حریم خصوصی و فضای شخصی در ایجاد حس نیک‌باشی موثر است. مسکن از طریق فراهم ساختن فضای زندگی و دسترسی به بهداشت عمومی و غیره به فرد کمک می‌کند تا در مسیر دستیابی به اهداف خود قدم بردارد.

وضعیت سلامت: سالم بودن یکی از جنبه‌های ارزشمند زندگی افراد است که بر تمامی جنبه‌های زندگی آن‌ها تاثیر می‌گذارد. احتمال داشتن شغلی خوب، مسکن و درآمد با داشتن بدنی سالم میسر می‌شود. منظور از سلامت داشتن سلامتی جسمی و روانی است که تاثیر مهمی در احساس خوب بودن و رضایت فرد دارد. طول عمر، بیماری و ناتوانی مواردی هستند که در مقوله سلامت روان مورد توجه قرار می‌گیرند.

وجود تعادل در بین کار و زندگی: توانایی برقراری تعادل بین کار، تعهدهای خانوادگی و زندگی شخصی در رسیدن به سلامتی بسیار مهم است. این اصطلاح به مجموعه شاخص‌هایی اشاره دارد که مدیریت زمان در طی روز را نیز شامل می‌شوند. نحوه گذراندن و مدیریت زمان فراغت و استراحت هر

فرد عامل تعیین کننده‌ای در میزان رضایتمندی او از زندگی است. توجه به این نکته که مردان ممکن است ساعات‌های کاری طولانی‌تری داشته باشند در حالی که زنان بدون دریافت حقوق مشغول انجام کار خانگی هستند نیز حایز اهمیت است.

تحصیلات و مهارت‌ها: داشتن تحصیلات و مجهز بودن به انواع مهارت‌ها تاثیر بسیاری بر سلامت افراد دارند. آموزش فرصت موفقیت در زندگی را برای افراد خلق می‌کند. وضعیت تحصیلی و مهارت‌های کسب شده از سوی افراد می‌توانند بر احساس نیک‌باشی آن‌ها تاثیرگذار باشند.

ارتباط‌های اجتماعی: علاوه بر لذتی ذاتی که در وقت گذراندن با دیگران وجود دارد داشتن ارتباط تاثیر مثبتی بر سلامت فردی و اجتماعی افراد دارد. افراد با دسترسی داشتن به شبکه‌های گسترده و حمایت‌های اجتماعی امید بیش‌تری برای زندگی داشته و احساس رضایتمندی بیش‌تری می‌کنند. مفاهیمی مانند ارزش‌های مشترک، اعتماد به دیگران و همچنین هنجار در سایه تعامل‌های افراد با یکدیگر بروز و رشد می‌کنند.

مشارکت مدنی: مشارکت مدنی به افراد اجازه می‌دهد تا صدای خود را بلند کرده و در سیاست‌گذاری‌ها مشارکت داشته باشند. عملکرد جامعه به افراد در شکل‌گیری مشارکت مدنی کمک می‌رساند.

کیفیت محیط زندگی: زندگی افراد به شدت تحت تاثیر سلامت محیط فیزیکی آن‌ها قرار دارد. تاثیر آلاینده‌ها، مواد خطرناک و آلودگی صوتی بر سلامت افراد اثرگذار است. خدمات زیست محیطی مانند آب آشامیدنی سالم و بهداشت در جهان همواره در زندگی بشر مورد توجه بوده و دراولویت‌های سازمان بهداشت جهانی قرار دارد.

امنیت شخصی: امنیت شخص عنصری کلیدی در نیک‌باشی افراد است. اگر چه عوامل بسیاری در نیک‌باشی فرد تاثیرگذارند اما امنیت فردی از مهم‌ترین مواردی است که عدم وجود آن هم در کوتاه مدت و هم در بلند مدت به از دست دادن زندگی و اموال، درد جسمی، استرس پس از سانحه و اضطراب منجر می‌شود. زندگی در جوامع امن برای ایجاد احساس رضایتمندی در مردم ضروری است. فعالیت‌های روزانه افراد در گرو وجود امنیت فردی و اجتماعی است. خشونت می‌تواند آسیب فراوانی به نیک‌باشی و حس رضایت افراد وارد کند.

رابطه نیک‌باشی و اعتیاد

در مورد علت‌های ریشه‌ای سومصرف مواد مخدر توافق خاصی وجود ندارد زیرا که عوامل مرتبط با سومصرف مواد متعدد و متنوع بوده و شامل زمینه‌های فردی، ویژگی‌های خانوادگی و عوامل اجتماعی و محیطی می‌شوند.

احساس رضایت از حمایت اجتماعی موجب کاهش اضطراب، افسردگی، غلبه بر بیمارانگاری، افزایش اعتماد به نفس و گسترش رابطه‌های اجتماعی در افراد می‌شود. همچنین دریافت حمایت اجتماعی

می‌تواند فشار ناشی از استرس و تاثیرهای منفی آن را کاهش دهد. میزان حمایت اجتماعی هم در سطح آسیب‌پذیری و هم در کیفیت پاسخ افراد به تنش‌ها نقش دارد. آسیب‌پذیری جسمی و روان‌شناختی در مواجهه با مشکلات، همزمان با کاهش حمایت اجتماعی می‌تواند عامل گرایش به سوی سوء مصرف مواد و یا الکل به عنوان یک راه‌حل آنی باشد.

پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی ادراک شده در پیشگیری، درمان و جلوگیری از مصرف مجدد و عود نقش دارند. حمایت اجتماعی در دسترس مصرف‌کنندگان بر مسیر اعتیاد آن‌ها و اجتناب از عود پس از درمان تاثیر می‌گذارد. نتیجه تحقیق‌ها نشانگر این است که پرهیز از مصرف مواد با دریافت حمایت اجتماعی رابطه مستقیم مثبتی دارد. البته برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که داشتن حمایت اجتماعی همیشه تضمین‌کننده موفقیت در تمام مراحل بهبودی نیست.

سلامت روان را حالت سازگارانه به نسبت خوب، احساس نیک‌باشی، شکوفایی و رشد استعدادهای شخصی تعریف نموده‌اند. این اصطلاح به صورت عمده در اشاره به کسی به کار می‌رود که سطح بالایی از سازگاری و انطباق عاطفی را دارد و نه کسی که فقط بیمار نیست.

جامعه و در راس آن خانواده که به عنوان بخش مهمی از جامعه تلقی می‌شود، می‌تواند نقشی اساسی را در سلامت روان و کارکرد به‌هنگار افراد داشته باشد. افراد از طریق حمایت‌های اجتماعی مطلوبی که دریافت می‌کنند، می‌توانند موانع پیش روی خود را در رسیدن به اهدافشان از سر راه برداشته و از یاس، سرخوردگی و خطرهای موجود در محیط زندگی در امان بمانند. حمایت اجتماعی را می‌توان پشتیبانی، آرامش و اطمینان خاطری تعریف کرد که خانواده یا دیگر نهادها و افراد جامعه از شخص در برابر رویدادهای اجتماعی به عمل می‌آورند.

نقش معنویت در بهبود سلامت روان و سازگاری بین فردی

محققان تحت عنوان سازه نیک‌باشی معنوی^{۱۳۵} تلاش‌های متعددی را جهت درک ارتباط بین دو مفهوم سلامت و معنویت انجام داده‌اند؛ نیک‌باشی معنوی شامل عنصری روانی-اجتماعی و مذهبی است. مروری بر متون تخصصی معنویت حاکی از آن است که اغلب این تعاریف قائل به دو بعدی بودن معنویت هستند. بعد اول معنویت مذهبی است که در آن مفهوم فرد از وجود مقدس یا واقعیت غایی به سبک و سیاق مذهبی بیان می‌شود. در بعد دوم معنویت تجربه‌های روان‌شناختی خاصی مدنظر است که در واقع ارتباطی با وجود مقدس یا واقعیت غایی ندارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افزون بر تفکر نظری ایمان مذهبی و باورهای معنوی عاملی نگهدارنده و از مهم‌ترین مهارت‌های مقابله در بهبود اعتیاد که تاکنون نادیده گرفته شده‌اند. طبق مطالعه‌های صورت گرفته داشتن نگرش و باورهای مذهبی و انجام مناسک معنوی منجر به کاهش استرس‌های روان‌شناختی و پیشگیری از بروز رفتارهای پرخطری همچون سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد می‌شوند. همچنین

^{۱۳۵} spiritual wellbeing

دینداری و معنویت از تاثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد کاسته و در طول زمان نیز میزان افزایش مصرف مواد را مهار می‌کند. عوامل معنوی علاوه بر حوزه درمان اعتیاد در درمان بسیاری از مشکل‌های روان‌شناختی و جسمی تاثیر دارند. هر روزه به شمار افرادی اضافه می‌شود که باور دارند معنویت راه درمان روان رنجوری‌ها و درماندگی‌های روحی آن‌ها است. همچنین پیوسته بر تعداد متخصصانی افزوده می‌شود که برای درمان بیماری‌های روانی و بهداشت روان بر باورها و رفتارهای معنوی مراجعان خود متمرکز می‌شوند. همین امر باعث شده که سازمان بهداشت جهانی اخیرا انسان را موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف کند. رابطه عمیقی بین معنویت، نیک‌باشی روان‌شناختی و سازگاری وجود دارد.

حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی را می‌توان ادراک یا تجربه فرد از این حقیقت دانست که دیگران او را دوست داشته، به او توجه کرده، از او مراقبت نموده و برای او حرمت و ارزش قائل می‌شوند. این حمایت اجتماعی زمانی که فرد با تنیدگی مواجه شده از او به عنوان منبع حمایتی برای مقابله با مشکلش حمایت می‌کند. افرادی که در زمینه برقراری ارتباط‌های اجتماعی عملکرد ضعیفی دارند معمولاً در زندگی خود احساس تنهایی می‌کنند. احساس تنهایی حالتی ناخوشایند است که باعث بروز پاسخ‌های هیجانی منفی و نارضایتی فرد از روابط اجتماعیش می‌شود. این تجربه نامطلوب منجر به ناسازگاری‌های شناختی، هیجانی و رفتاری در فرد می‌شود. صمیمیت و ارتباط‌های نزدیک تنگاتنگ اجتماعی تاثیرهای مخرب استرس را کاهش داده و از این طریق مانند ضربه‌گیری عمل می‌کنند. اگرچه حمایت اجتماعی کارکردها و ساز و کارهای مثبتی دارد اما اگر این حمایت‌ها به صورت افراطی باشند ظرفیت کنار آمدن افراد را در هنگام مواجهه با بحران‌های استرس‌زا کاهش می‌دهند.

اعتقاد بر این است که حمایت اجتماعی به سه طریق در برخورد با رویدادهای استرس‌زا موثر هستند:

- اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد می‌توانند به صورت مستقیم حمایت ملموسی را به شکل ارایه منابع مادی در اختیار شخص قرار دهند.
- اعضای شبکه اجتماعی فرد می‌توانند با دادن پیشنهادهای مختلف فرد را از حمایت اطلاعاتی برخوردار سازند.
- اعضا شبکه اجتماعی می‌توانند با اطمینان بخشی دوباره به فرد در خصوص این که مورد علاقه، بالارزش و محترم است از وی حمایت عاطفی به عمل آورند.

حمایت اجتماعی و سلامت: بعضی از افراد در مواجهه با تغییرهایی هر چند کوچک در زندگی به شدت تحت تاثیر قرار می‌گیرند درحالی که حتی رویارویی با شدیدترین رویدادها پیامد آسیب شناختی حادی را برای بعضی دیگر از افراد در پی ندارد. متخصصان بهداشت معتقدند که واکنش افراد در برابر

رویدادهای استرس‌آمیز و نیز میزان استرس‌زایی رویدادها تحت تاثیر عامل‌های گوناگون اجتماعی و فردی است. برخی از ویژگی‌های افرادی که به نسبت در برابر رویدادهای استرس‌زای زندگی مقاومند عبارتند از سرسختی، امیدواری، خوش‌بینی، احساس پیوستگی و حمایت اجتماعی. افرادی که دارای روابط اجتماعی گسترده‌تر و مطلوب هستند از سلامت بیش‌تری برخوردارند.

حمایت اجتماعی و درمان سوء مصرف مواد: از جمله عامل‌هایی که می‌تواند در حفظ بهبودی افراد وابسته به سومصرف مواد نقش ویژه‌ای داشته باشد حمایت اجتماعی است. با توجه به این که بیماری اعتیاد نسبت به بیماری‌های جسمی به حمایت بیش‌تری نیاز دارد علاوه بر دریافت خدمات درمانی و دارویی فرآیند حمایت‌های اجتماعی و روانی باید بر اطرافیان و خانواده فرد در حال بهبودی نیز تمرکز داشته باشند. حمایت اجتماعی نه تنها بعد از اتمام دوره درمانی باید در مرکز توجه باشد بلکه لازم است تا از ابتدای روند درمان در کنار سایر روش‌ها (همچون دارودرمانی) مورد توجه قرار گیرد. جامعه باید شرایط را به گونه‌ای فراهم کند که افراد پس از بهبودی به راحتی مورد پذیرش قرار گیرند. فرآیند قطع سومصرف مواد و پایان دادن به روابط گروه همسان وابسته به مصرف مواد به شدت استرس‌آور بوده و نیازمند داشتن منابع و حمایت اجتماعی است. بنابراین پرهیز از مصرف مواد با دریافت حمایت اجتماعی در ارتباط مثبت مستقیم است. حمایت اجتماعی تقسیم‌بندی‌های متفاوتی دارد. پژوهش‌گران معتقدند که ابعاد ساختاری و عملکردی اساسی‌ترین ابعاد حمایت اجتماعیند. برخی حمایت اجتماعی را واقعیتهای اجتماعی و برخی آن را ناشی از ادراک فرد می‌دانند. حمایت عاطفی را می‌توان ایجاد نوعی رابطه صمیمی و با محبت دانست. منظور از حمایت ابزاری ارایه خدمات، کمک در انجام فعالیت‌ها، دادن پول و ارایه سایر کمک‌هایی است که در اختیار فرد قرار می‌گیرند.

بررسی‌ها نشان داده‌اند افرادی که دارای حمایت اجتماعی بالا و تعارضات میان فردی کم‌تری هستند در رویارویی با رخدادهای استرس‌زای زندگی بیش‌تر ایستادگی می‌کنند. ابراز همراهی و همدلی می‌تواند بسیاری از تاثیرهای نامطلوب عوامل استرس‌زا را کاهش دهد. بسیاری از کسانی که به اعتیاد روی می‌آورند اذعان دارند که برای فرار از مشکل‌ها و دستیابی به آرامش فکری و روانی به سومصرف مواد و الکل روی آورده‌اند غافل از آن که اعتیاد خود نابسامانی‌های اجتماعی، اقتصادی و روانی بی‌شماری را باعث می‌شود. افراد زمانی که احساس کنند کسانی هستند که به آن‌ها توجه داشته و در موقعیت‌های استرس‌زا می‌توانند از کمک آن‌ها بهره‌مند شوند کم‌تر دچار مشکل‌های سلامت روان از جمله اعتیاد می‌شوند. کسانی که از حمایت اجتماعی و همچنین شبکه‌های ارتباطی اجتماعی گسترده برخوردارند کم‌تر دچار انزوا و تنهایی می‌شوند. بسیاری از کسانی که به سومصرف مواد و الکل روی می‌آورند از روش‌های مقابله‌ای ناسازگار و نامناسب در هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌زا استفاده می‌کنند. تحقیق‌ها نشان داده‌اند افرادی که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردارند در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا از روش‌های مقابله‌ای بهتری استفاده می‌کنند.

افراد وابسته به مصرف مواد بسیاری پس از قطع مصرف خود به علت رویارویی با رویدادهای استرس‌زا و ناتوانیشان در مقابله با چنین رویدادهایی تنها راه گریز را پناه بردن دوباره به انواع مواد

اعتیادآور دانسته‌اند. خانواده، دوستان و دیگر نهادهای جامعه با به عمل آوردن حمایت‌هایی مناسب از این گونه افراد می‌توانند در کاهش تاثیرهای زیان‌بار رخداد‌های استرس‌زا بر افراد در حال بهبودی نقش ویژه‌ای داشته باشند. هرچه فرد از حمایت بیش‌تری از جانب والدین، همسالان، اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تاثیرگذار در زندگی برخوردار باشد احتمال عضویت او در گروه افراد غیر مصرف‌کننده افزایش می‌یابد.

می‌توان ادعا کرد که حمایت اجتماعی همچون سپری از فرد در برابر ناملایمات، سختی‌ها، تنش‌ها، عوامل محیطی مخاطره آمیز (مثل فراوانی مواد، دسترسی آسان به آن و تاثیر دوستان ناسالم) محافظت می‌کند. حمایت اجتماعی ادراک شده با افزایش سلامت روان شناختی فرد همانند محافظی در مقابل عود پس از درمان عمل می‌کند. افرادی که حمایت اجتماعی لازم را ندارند بیش‌تر احتمال دارد که به سمت سوء مصرف مواد بروند. احتمال عود پس از درمان نیز در این گروه به دلیل دریافت نکردن حمایت اجتماعی بیش‌تر است. برای کاهش بار آسیب‌زای بازگشت به اعتیاد باید با گسترش شبکه‌های حمایت اجتماعی فرد مصرف‌کننده و آموزش نحوه رویارویی کارآمد با مشکل‌ها او را در مواجهه با موقعیت‌های خطرناک مصون کرد. همچنین با توجه به نقش حمایت‌های اجتماعی در عدم بازگشت به اعتیاد لازم است که خانواده‌های افراد مصرف‌کننده آموزش‌های لازم را در ارتباط با نحوه برخورد و حمایت از افراد وابسته به مصرف مواد در قبل و بعد از درمان ببینند.

خلاصه و نتیجه‌گیری

پیشگیری از عود جز مهمی در هر برنامه درمان سومصرف مواد یا الکل به حساب می‌آید. مدل‌های گوناگونی برای پیشگیری از عود وجود دارند که از جنبه‌های گوناگون به این پدیده نگاه می‌کنند. مدل شناختی-رفتاری پیشگیری از عود به وسیله مولفه‌های درمانی گوناگونی توسعه یافته که در بهبود و ماندگاری در درمان مراجعان سومصرف‌کننده مواد و الکل نقش دارد. توجه به موقعیت‌های پرخطر یکی از مفاهیم اصلی این مدل پیشگیری از عود است. حالت‌های هیجانی منفی، رابطه‌های فردی و بین فردی پرخطر و همین‌طور هیجان‌های منفی، فشار همتایان و فشارهای اجتماعی می‌توانند از عوامل خطرناک در عود به حساب بیایند. مجهز بودن به مهارت‌های مقابله، بررسی انتظارات و همچنین اثر تخلف از پرهیز می‌توانند در کاهش این عوامل موثر باشند. شناسایی موقعیت‌های پرخطر، افزایش خودکارآمدی، حذف تاثیر دارونماها و توهم‌ها و همچنین بازسازی شناختی از تکنیک‌های مدیریت عود با رویکرد شناختی-رفتاری به حساب می‌آیند. نیک‌باشی و معنویت به همراه شادی، خوش‌بینی و ارتباط مثبت با دیگران از عوامل مهم در حفظ درمان و پیشگیری از عود به حساب می‌آیند. داشتن روابط با دیگران، انجام فعالیت‌های جسمی، هوشیاری، یادگیری و کشف علایق جدید و توجه داشتن به اطرافیان از راه‌های ایجاد بهباشی به حساب می‌آیند. همچنین درآمد و رفاه، اشتغال و حقوق، وضعیت مسکن، وضعیت سلامت، وجود تعادل در بین کار و زندگی، تحصیلات و مهارت‌ها،

ارتباط‌های اجتماعی، مشارکت مدنی، کیفیت محیط زندگی و امنیت شخصی عناصر تاثیر گذار در نیک‌باشی افراد هستند.

درباره نویسنده: حمید رضا طاهری نخست فارغ التحصیل کارشناس ارشد روان‌شناسی شخصیت است. بیش از دو دهه فعالیت در عرصه پیشگیری و درمان و آموزش در حوزه سلامت روان و به خصوص درمان سومصرف مواد در داخل و خارج از کشور در کارنامه وی ثبت شده است. نامبرده فعالیت‌های خود را در سازمان بهزیستی کشور، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل در ایران (یو ان اُ دی سی) و همچنین صندوق کودکان سازمان ملل (یونیسف) و با تمرکز بر ارتقای سلامت و ایجاد و مناسب سازی بستر حوزه آموزش و پیشگیری و درمان به ثمر رسانده است.

منابع

- حاتمی، حمید و سید صفوی، منصور. (۱۳۸۳). کتاب جامع بهداشت عمومی.
- رسول، ج. ح. سومصرف الكل و مواد مخدر. ترجمه ابوالقاسم رحمت زاده. (۱۳۹۱). تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- فینو، س. (۲۰۰۴). روان‌شناسی سلامت. ترجمه الهه میرزایی. (۱۳۸۴). تهران: انتشارات رشد.
- قربانی، مجید. (۱۳۸۷). پیش‌گیری از عود: مروری بر مدل رفتاری- شناختی مارلات، فصلنامه علمی و پژوهشی/اعتیاد پژوهی. تهران: مرکز پژوهش، مطالعات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.
- کاپلان و سادوک. (۲۰۱۵). خلاصه روان‌پزشکی بر اساس DSM 5، ویرایش ۱۱، جلد اول. ترجمه مهدی گنجی. (۱۳۹۵). تهران: ساوالان
- نادری، شهرام و همکاران. (۱۳۸۴). درس‌نامه جامع درمان/اعتیاد. سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران.
- هولن ک. ح. دانشنامه اعتیاد. ترجمه اکبر رضازاده. (۱۳۹۳). تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- وست، و. (۲۰۰۰). روان‌درمانی و معنویت. ترجمه شهریار شهیدی و سلطانعلی شیرافکن. (۱۳۸۳). تهران: انتشارات رشد.

Annis, H., M. (1982). *Situational confidence questionnaire*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.

Annis, H., M. (1986). *A relapse prevention model for treatment of alcoholics*. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp.407- 433). New York: Plenum Press.

Annis, H. M., & Davis, C., S. (1988). *Assessment of expectancies*. In D. M. Donovan & G. A. Marlatt (Eds). *Assessment of addictive behaviors: Behavioral, cognitive, and physiological procedures* (pp. 198-213). New York: Guilford Press.

Bandura, A. (1997). *Self- efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

Carey, K., B. (1995). Alcohol-related expectancies predict quantity and frequency of heavy drinking among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9(4), 236- 241.

Carroll, K., M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.

Chaney, E., R., O'Leary, M., R., & Marlatt, G., A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104.

Cooney, N., L., Litt, M., D., Morse, P., A., Bauer, L., O., & Guapp, L. (1997). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology*, 1(2), 119- 136.

Dimeff, L., A., & Marlatt, G., A. (1998). Preventing relapse and maintaining change in addictive behaviors. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 5(4), 513- 525.

Glaser, W. (1976). *Positive addiction*. New York: Harper & Row.

Irvin, J., E., Bowers, C., A., Dunn, M., E., & Wang, M., C. (1999). Efficacy of relapse Prevention: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570.

Litman, G., K., Eiser, J., R., Rawson, N., S., B., & Oppenheim, A., N. (1979). Differences in relapse precipitants and coping behaviours between alcohol relapsers and survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 89-94.

Longabaugh, R., Rubin, A., Stout, R. L., Zywiak, W., H., & Lowman, C. (1996). The reliability of Marlatt's taxonomy for classifying relapses. *Addiction*, 91(suppl.), 73- 88.

Lowman, C., Allen, J., & Stout, R., L. The Relapse Research Group. (1996). Replication and extension of Marlatt's taxonomy of relapse precipitants: Overview of procedures and results. *Addiction*, 91 (suppl.), 51- 72.

Maisto, S., A., Connors, G., J., & Zywiak, W., H. (1996). Construct validation analyses on the Marlatt typology of relapse precipitants. *Addiction*, 91(suppl.), 89- 98.

Marlatt, G., A., & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In P. O. Davidson & S. M. Davidson

(Eds.), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. New York: Brunner/Mazel.

Marlatt, G., A., & Gordon, J., R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Press. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies*. New York: University press.

Marlatt, G. A., Barrett, K., & Daley, D. C. (1999). *Relapse prevention*. The American psychiatric press textbook of substance abuse treatment (2d ed.).

Mckay, J., R. (1999). Miller, W. R., Westerberg, V. S., Harris, R. J., & Tonigan. J. S. (1996). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction*, 91(suppl).

Miller, W., R & Rollnick., S. (1991). *Motivational Interviewing*. New York: The Guilford Press.

Rawson, R., A., Obert, J., L., McCann, M., J., & Marinelli- Casey, P. (1993). Relapse prevention models for substance abuse treatment. *Psychotherapy*, 30(2). 284- 298.

Rollnick, Stephen & Miller, William. (1995). What is Motivational Interviewing?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325 - 334.

Shiffman, S. (1992). Relapse process and relapse prevention in addictive behaviors. *Behavior Therapist*, 9-11.

Stout, R., L., Longabaugh, R., & Rubin, A., (1996). Predictive validity of Marlatt's relapse taxonomy versus more general relapse code. *Addiction*, 91(suppl.), 99-110. *From 'Mental Capital and Wellbeing' Foresight Report (2008)*.

پیشگیری از لغزش و برگشت در افراد در حال بهبودی

فاطمه جعفری

شما پس از مطالعه این فصل قادر خواهید بود تا:

- چرخه لغزش و برگشت در فرایند بهبودی را توضیح دهید؛
- منظور از برگشت عاطفی، نشانه‌ها و راهکارهای مقابله با آن را در فرایند بهبودی توضیح دهید؛
- منظور از برگشت روانی، نشانه‌ها و راهکارهای مقابله با آن را در فرایند بهبودی توضیح دهید؛
- منظور از برگشت جسمانی، نشانه‌ها و راهکارهای مقابله با آن را در فرایند بهبودی توضیح دهید؛
- منظور از پیشگیری از برگشت در فرایند بهبودی را توضیح دهید؛ و
- فرایند ارزیابی فرد از نظر احتمال لغزش و برگشت در فرایند بهبودی را توضیح دهید.

پرسش‌های کلیدی: لغزش چیست؟ عود مجدد چیست؟ تفاوت لغزش و برگشت در چیست؟ راهکارهای درمانی لغزش و برگشت چیستند؟ عوامل خطر ساز و محافظ در لغزش و برگشت کدامند؟

واژگان کلیدی: لغزش، برگشت، چرخه لغزش، راهکارهای مقابله با لغزش و برگشت.

مقدمه

از جمله مسایل مهم در فرایند بهبودی، چگونگی ارائه خدمات به مراجع و شبکه حمایتی وی برای پیشگیری از لغزش و برگشت است. لغزش و برگشت بخش مهمی از فرایند بهبودی است. تعریف و چگونگی راهکارهای مدیریت لغزش و برگشت از جمله مهارت‌هایی مهمی است که درمانگران اعتیاد، افراد در حال بهبودی و شبکه حمایتی اولیه فرد در حال بهبودی باید توانمند به آن واقف باشند.

تعریف و تفاوت لغزش و برگشت

قبل از آن که به طور مشخص به مساله لغزش و برگشت پرداخته نخست باید به تعریف این دو مفهوم و تفاوت آن‌ها از هم بپردازیم.

برگشت به مصرف مواد از نظر شدت دارای سه سطح است که متناسب با هر سطح راهکارهایی درمانی (مراقبتی) برای مدیریت آن‌ها وجود دارد. لازم است درمانگر به این سطوح توجه کرده و بر پایه آن‌ها طرح درمانی و یا بهبودی فرد را طراحی کند. سه سطح برگشت از نظر شدت عبارتند از:

سطح یک- لغزش^{۱۳۶}: لغزش کم شدت‌ترین نوع برگشت است که واقعه‌ای متداول و دربرگیرنده مصرف کم مواد بدون بروز هیچ نشانه‌ای از وابستگی است. این مرحله می‌تواند به بهبودی فرد مصرف کننده کمک نماید چرا که با تحلیل علل وقوع آن می‌توان نقاط ضعف مراجع را کشف و اقدام درمانی مناسبی را برای ارتقا بهبودی او طرح‌ریزی کرد.

سطح دو- استفاده چند روزه از مواد^{۱۳۷}: در این مرحله فرد فقط چند روز به مصرف مواد مبادرت کرده و برخی از نشانه‌های وابستگی در او به وجود می‌آید. در این شرایط درمانگر می‌تواند برنامه درمانی فشرده و موثر را برای قطع مصرف مواد او طراحی کند. در این شرایط زمینه‌های مصرف فرد و چگونگی مدیریت آن با درمانجو تمرین می‌شود.

سطح سه- برگشت (عود مجدد)^{۱۳۸}: این سطح شدیدترین نوع برگشت است که مراجع کاملاً وابستگی به مواد را تجربه می‌کند. در این مرحله اغلب افراد برنامه درمانی را به صورت موقت رها می‌کنند. در این سطح، درمان بایستی مجدداً از ابتدا شروع شود. در گذشته برگشت به معنای شکست درمان تلقی می‌شد اما اکنون مشخص شده که درمان وابستگی به مواد مراجع با برگشت‌های مکرر او همراه است. بسیاری از افراد مصرف کننده مواد قبل از قطع مصرف مستمر ۷ تا ۸ بار برگشت را تجربه می‌کنند. برگشت نه یک رخداد بلکه یک فرایند است؛ اتفاقی معمولی بعد از سم‌زدایی که در هر زمانی در روند بهبودی می‌تواند رخ دهد.

لغزش

لغزش به معنی شکست درمان نیست. لغزش برگشتی موقت به عقب بوده که قابل مدیریت است. لغزش فرصتی است که اعضای تیم درمان از جمله فرد در حال بهبودی و خانواده‌اش به پاسخ این پرسش می‌اندیشند که چرا لغزش اتفاق افتاد و چه راهکارهایی باید به کار گرفته شود تا از لغزش دوباره جلوگیری شود. مهم‌ترین مولفه مقابله موثر با لغزش حذف باورهای اشتباه مربوط به روند بهبودی است؛ بدین مفهوم که هر کسی باید مسیر بهبودی را مستقیم و بدون هیچ لغزشی طی کند. واقعیت این است که در روند بهبودی بایستی وجود نداشته و ممکن است برخی موفق به ادامه روند بهبودی بدون هیچ لغزشی شوند اما برخی هم ممکن است که نتوانند مسیر را به این شکل طی کنند. لغزش به معنی پایان راه و شکست درمان و بهبودی نیست.

^{۱۳۶} slip or lapse

^{۱۳۷} several days of drug use

^{۱۳۸} relapse

راهکارهای مدیریت لغزش

اعضای تیم درمان، فرد در حال بهبودی و خانواده او باید با ماهیت لغزش، چگونگی وقوع آن و راهکارهای مدیریت آن آشنا شوند. در این بخش به برخی از این موارد پرداخته می‌شود:

زمینه‌های وقوع لغزش

- تجربه عاطفه شدید منفی مانند خشم، غم، استرس یا میل فرد به داشتن احساس بهتر در فرایند بهبودی،
- تجربه عوارض جسمی باقی مانده از ترک همچون بی‌خوابی،
- باورهای اشتباهی مانند این که "من فقط یک بار می‌کشم؛ فقط یک دود می‌گیرم؛ فقط یک پیک می‌زنم و غیره"،
- میل و وسوسه شدید فرد به مصرف،
- قرار گرفتن در محیط تشویق کننده به مصرف دوباره،
- معاشرت با افرادی که فرد با آن‌ها در گذشته مواد مصرف می‌کرده است،
- حضور در مکان‌هایی که فرد در گذشته در آن مواد مصرف می‌کرده است،
- تجربه موقعیت‌هایی که فرد در آن‌ها مواد مصرف می‌کرده است (مانند جشن‌ها، عروسی‌ها و مهمانی‌های دوستانه)،
- تجربه زمان‌های دشوار مانند زمان مصرف که فرد در این موقعیت‌های زمانی وسوسه شدیدی را تجربه می‌کند،
- قرار گرفتن فرد در کنار وسایل و تداعی کننده‌های مصرف مواد (مانند موزیکی که فرد هنگام مصرف گوش می‌کرده، سیگاری که می‌کشیده و لباسی که می‌پوشیده)، و
- تجربه بحران‌های موقعیتی مانند مواجهه فرد در حال بهبودی با مشکل‌های مالی، درگیری با اعضای خانواده، درگیری در محیط کار و محل، درگیری و خشونت فیزیکی و لفظی فرد با دیگران (مانند همسر، والدین، خواهر و برادر، همکار، دوست، مردم محل و غیره) (Herie, Godden, Shenfeld & Kelly, 2010).

پیامدهای لغزش

لغزش در فرد مصرف‌کننده احساس آسیب‌پذیری و ضعف ایجاد کرده و ممکن است با وقوع آن فرد دست‌یابی به تغییر را غیر ممکن بداند.

برگشت از فرایند بهبودی

برگشت فرایندی تدریجی با مراحل مشخص است. هر مرحله از بهبودی، خطرهای برگشت خود را دارد. ابزار اصلی پیشگیری از برگشت، شناخت درمانی و آرامش ذهن و بدن است که شناخت منفی را

تغییر داده و مهارت‌های مقابله‌ای سالمی را ایجاد می‌کند. خبر خوب این است که می‌توان راهکارهای مقابله با برگشت و شناخت ماهیت آن را به مراجعان آموزش داد. نکته اصلی در پیشگیری از برگشت آگاهی از فرایند تدریجی بودن آن است. برگشت به طور ناگهانی و بدون هیچ زمینه قبلی رخ نمی‌دهد؛ بلکه این فرایند هفته‌ها و بعضی وقت‌ها ماه‌ها قبل از استفاده مواد شروع می‌شود و روندی طولانی است (Med, 2015).

مراحل سه‌گانه برگشت

سه مرحله در برگشت وجود دارند که در ادامه به آن‌ها پرداخته می‌شود:

- برگشت عاطفی،
- برگشت روان‌شناختی، و
- برگشت جسمانی (Med, 2015).

مرحله یک- برگشت عاطفی: افراد در طی برگشت عاطفی به فکر استفاده از مواد نیستند. در این مرحله افراد در حال بهبودی آخرین برگشت خود را به یاد آورده و نمی‌خواهند آن تجربه را تکرار کنند اما احساس‌ها و رفتارهای آن‌ها سبب می‌شود که ایشان در مسیر برگشت قرار گیرند. از آن جا که افراد در حال بهبودی در این مرحله آگاهانه در مورد استفاده از مواد فکر نمی‌کنند انکار تمایل به مصرف بخش بزرگی از برگشت عاطفی است.

نشانه‌های برگشت عاطفی عبارتند از آشفتگی احساسی، انزوا و گوشه‌گیری، عدم شرکت در جلسه‌ها، شرکت در جلسه‌ها بدون داشتن مشارکت در آن‌ها و عادت‌های نامناسب خواب و تغذیه.

راه‌های مقابله با برگشت عاطفی عبارتند از:

راهنبرد یک- تقویت خودمراقبتی: ویژگی مشترک علایم برگشت عاطفی، خودمراقبتی ضعیف در هر سه بعد عاطفی، روان‌شناختی و جسمانی است. در این مرحله یکی از اهداف اصلی در درمان و بهبودی کمک به مراجعان برای فهم معنی و اهمیت مراقبت از خود است. نیاز به مراقبت از خود در افراد گوناگون متفاوت است، به عنوان نمونه برخی افراد به مراقبت‌های جسمی بیش‌تری نیاز دارند (مانند خواب، بهداشت و رژیم غذایی سالم) و برخی بیش‌تر نیازمند مراقبت‌های عاطفی هستند (مانند لزوم وقت گذاشتن برای خود، مهربانی با خود و دادن فرصت تفریح به خود).

برای این که به عنوان درمانگر به چگونگی کیفیت خودمراقبتی افراد در حال بهبودی پی ببرید باید در طول درمان بارها موارد زیر را مورد ارزیابی قرار دهید:

- آیا مراجع احساس خستگی می‌کند؟
- او چه برنامه‌های تفریحی دارد؟ آیا او زمانی را برای تفریح در نظر گرفته است؟

- آیا او زمانی مخصوص به خود را داشته و یا در فعالیتهای روزمره غرق شده است؟

حرکت از مرحله برگشت عاطفی به روانی تصادفی نیست، بلکه نتیجه طبیعی خودمراقبتی ضعیف طولانی مدت است. به عنوان نمونه هنگامی که افراد از خود مراقبت ضعیفی به عمل آورده و به مدت طولانی در رنج عاطفی زندگی می کنند، هیجان های بی قراری، تحریک پذیری و نارضایتی در آنها شروع به شکل گیری می کنند. با شروع تنش آنها به فکر استفاده از مواد آنها هم فقط برای فرار از این تنش ها می افتند (Med, 2015).

راهبرد دو- تقویت شناختی: یکی دیگر از اهداف درمانی در این مرحله کمک به افراد در حال بهبودی برای تشخیص انکارشان است. فرد در حال بهبودی باید تشویق شود تا رفتار فعلی خود را با رفتارهای گذشته اش در طی برگشت های قبلی مقایسه کند. این مقایسه ها نشان می دهند برنامه خودمراقبتی فرد در روند بهبودی فعلی چقدر رو به پیش رفت یا پس رفت است.

مرحله دو- برگشت روانی: در برگشت روانی افراد درگیر جنگی ذهنی هستند؛ جنگی بین استفاده یا عدم استفاده از مواد. هرچه شدت این جنگ روانی افزایش پیدا کرده مقاومت و پایداری شناختی افراد در برابر برگشت، کاهش و نیاز آنها به استفاده از مواد افزایش می یابد.

برخی از نشانه های برگشت روانی عبارتند از میل و وسوسه به مصرف مواد مخدر یا نوشیدن الکل، فکر کردن در مورد افراد، مکان ها و مسایل مرتبط با مصارف قبلی، به حداقل رساندن عواقب منفی استفاده از مواد در گذشته و یا پرزرق و برق نشان دادن پیامدهای مثبت استفاده از آنها، دروغ گفتن، فکر کردن در مورد طرح هایی که به کنترل بهتر مصرف مواد کمک می کنند، به دنبال فرصت برگشت بودن، برنامه ریزی برای برگشت و چانه زنی (یعنی فرد در حال چانه زنی در جهت قانع کردن خود برای مصرف است). در چانه زنی افراد شروع به تفکر درباره سناریوهایی می کنند که در آن استفاده از مواد قابل قبول خواهد بود. به عنوان نمونه افراد در تعطیلات یا سفر به خود اجازه استفاده از مواد را می دهند. شکل دیگر چانه زنی این است که افراد در حال بهبودی فکر می کنند که می توانند به صورت دوره ای یا کنترل شده (به عنوان مثال سالی یک یا دو بار) برگشت کرده و یا این که ماده ای اعتیادآور را با ماده دیگری تعویض کنند.

برای مقابله با برگشت روانی باید به تصحیح باورهای شناختی غلط پرداخت. کمک به افراد در حال بهبودی برای جلوگیری از قرار گرفتن در موقعیتهای پرخطر هدفی مهم در بهبودی است. تجربه بالینی نشان داده که شناسایی موقعیتهای پرخطر و باور به خطرناک بودن آنها برای فرد در حال بهبودی کار سختی است. بعضی زمان ها آنها فکر می کنند که دوری کردن از موقعیتهای پرخطر نشانه ضعف است.

گاهی اوقات فکر کردن به مصرف در مراحل اولیه بهبودی طبیعی است. این افکار با برگشت روانی متفاوتند. وقتی افراد وارد برنامه ترک سومصرف مواد می‌شوند اغلب می‌گویند که "من نمی‌خواهم هرگز به فکر استفاده مجدد باشم". فهم این که آن‌ها هنوز وسوسه‌های گاه و بیگاهی داشته برایشان ترسناک می‌شود زیرا آن‌ها احساس می‌کنند که در حال انجام کار اشتباهی بوده که عواقب هولناکی را برای خود و خانواده‌هایشان در پی خواهد داشت. آن‌ها گاهی وقت‌ها تمایلی ندارند درباره این افکار حرف بزنند زیرا از وجود این افکار در ذهن خود خجالت می‌کشند.

تجربه بالینی نشان داده است که گاهی وقت‌ها وجود افکار مربوط به ولع مصرف (وسوسه) باید در روند درمان عادی سازی شود. این افکار به این معنا نیستند که فرد دوباره برگشت خواهد کرد یا این که کار بدی انجام داده است. لازم است این واقعیت مهم پذیرفته شود که هنگامی که فرد مصرف را تجربه کرد دیگر پاک کردن حافظه او امری غیرممکن خواهد بود. اما او با کسب مهارت‌هایی می‌تواند مدیریت این افکار را به دست بگیرد (Med, 2015).

مرحله سه - برگشت جسمانی: برگشت جسمانی زمانی رخ می‌دهد که فرد دوباره مصرف خود را شروع می‌کند. برخی از محققان برگشت جسمانی را به دو مرحله "لغزش" و "برگشت" تقسیم می‌کنند. تجربه بالینی نشان داده است وقتی افراد در حال بهبودی بیش از حد بر روی میزان مصرف خود در هنگام لغزش تمرکز کرده دیگر نمی‌توانند عواقب یک بار نوشیدن یا مصرف را کاملاً درک کنند. حتی یک بار مصرف ممکن است به سرعت به برگشت و مصرف کنترل نشده مواد منجر شود. این گونه مصرف معمولاً منجر به برگشت روانی به شکل فکر وسواسی و کنترل نشده نسبت به مصرف مواد شده و در نهایت منجر به برگشت جسمانی می‌شود. بنابراین بخشی از پیشگیری از برگشت شامل مدیریت این شرایط و تدوین استراتژی‌های سالم جهت مقابله موثر با آن‌ها است.

افراد تحت درمانی که پیشگیری از برگشت را نشناخته و مهارت‌های مقابله با آن را آموزش ندیده‌اند فکر می‌کنند که راه مقابله با برگشت صرفاً گفتن "نه به مصرف" است. اما واقعیت این است که این نه گفتن دشوارترین و سخت‌ترین مرحله توقف مصرف بوده و به همین دلیل است که افراد زیادی برگشت می‌کنند. اگر افراد به مدت طولانی و بدون داشتن مهارت‌های مقابله‌ای در برگشت روانی - یعنی مرحله قبل از برگشت جسمانی - باقی بمانند این امر احتمالاً منجر به مصرف می‌شود زیرا افراد برای فرار از آشفتگی خود به احتمال زیاد به مصرف مجدد مواد یا نوشیدن الکل متوسل می‌شوند (Med, 2015).

اصول کلی پیشگیری از برگشت

در این بخش و در جهت تکمیل بخش‌های قبلی اصولی کلی جهت پایداری در درمان به فرد در حال بهبودی و خانواده او آموزش داده می‌شود تا آن‌ها با ماهیت درمان و بهبودی و آن چه در این فرایند رخ می‌دهد آشنا باشند. این نکته را هرگز فراموش نکنید که هر چه میزان آگاهی فرد در حال بهبودی

و خانواده او از مراحل بهبودی و خصوصیت‌های هر مرحله از آن بالاتر رود، ایشان بهتر می‌توانند پایداری در بهبودی خود را حفظ کنند.

اصول آموزش به خانواده

در این بخش تلاش می‌شود تا خانواده‌ها دریابند که:

- درمان و بهبودی زمان بر بوده و آن‌ها نباید به دنبال رسیدن به تغییرهای سریع باشند؛
- فرایند درمان و بهبودی نیازمند حمایت اطرافیان از فرد در حال بهبودی است. به عنوان

نمونه:

- اگر فرد در حال بهبودی به جلسه‌های درمانی می‌رود هر از گاهی خانواده‌اش باید او را همراهی کنند. این امر نوعی حمایت عملی در راستای کمک به پایداری فرد در فرایند درمان است؛
- فرد در حال بهبودی در فرایند بهبودی دچار هیجان‌هایی منفی چون خشم، بی‌حوصلگی، غم و غیره می‌شود. این هیجان‌ها باید به عنوان بخشی از فرایند بهبودی مورد پذیرش خانواده قرار گرفته و با او همدلی شود؛
- تغییرهای کوچک باید مورد تشویق خانواده قرار گیرد. این تشویق باید چیزی باشد که فرد در حال بهبودی از آن لذت می‌برد؛
- باید به تغییر علایم در فرد در حال بهبودی دقت شود چرا که این تغییرها می‌توانند حاکی از برگشت و یا لغزش او باشند. خانواده باید این تغییرها را با درمانگر و یا دیگر اعضای تیم مراقبتی در میان گذاشته و از انجام مداخله‌های نسجینده بپرهیزد. استفاده از چک لیست آمده در ادامه در این امر به خانواده کمک می‌کند:

فهرست (چک لیست) علایم هشداردهنده مصرف برای خانواده‌ها

فهرست تشخیص علایم برای:

• نشانه‌های فیزیکی و ظاهری

- عدم رعایت نظافت، ناآراستگی و یا پوشش نامرتب،
- کاهش یا افزایش ناخواسته وزن،
- رنگ پریدگی پوست،
- جوش صورت،
- بدن پف یا باد کرده،
- استفاده بی‌موقع از عینک آفتابی تیره،
- لرزش دست و بدن، و
- خواب‌آلودگی بی‌موقع در طول روز.

• نشانه‌های خلقی

- نوسان‌های خلقی،

- تحریک پذیری،
- فوران خشم،
- غم و اندوه،
- خوشحالی و خنده‌های بی‌معنی و غیرمنطقی، و
- انزوای اجتماعی.

• نشانه‌های روان‌شناختی

- گیجی،
- از دست دادن حافظه،
- پارانوئا (بدبینی)،
- تفکر هذیانی، و
- توهم.

• افت کارکردهای تحصیلی و شغلی

- دست کشیدن از کار،
- عملکرد ضعیف در محل کار،
- کاهش نمره‌های درسی،
- اجتناب از انجام فعالیت‌های مورد علاقه در مدرسه، و
- غیبت از کار یا مدرسه.

مفاد آموزشی به فرد در حال بهبودی

در این بخش تلاش می‌شود به فرد در حال بهبودی آموزش داده شود که بهبودی مجموعه‌ای از قدم‌های کوچکی است که فرد به تدریج طی آن‌ها اعتماد به نفس و مسئولیت‌پذیری خود را تقویت می‌کند. بسیار طبیعی است که در مراحل اولیه بهبودی فرد اعتماد به نفس کمی درباره موفقیت در طی کردن فرایند درمان داشته باشد. این امر بخشی از هیجان‌های طبیعی است که فرد در حال بهبودی به ویژه در مراحل اولیه درمان تجربه می‌کند.

فرد در حال بهبودی در این مرحله باید:

- تغییرهای کوچک مثبت را برای خود برجسته و یادآوری کند؛
- به خود متذکر شود که تجربه احساس عجز و ناتوانی نسبت به ادامه روند بهبودی طبیعی بوده و به تدریج اعتماد به نفس پایین او افزایش می‌یابد؛
- به دنبال ایجاد تغییرهای بزرگ و غیرقابل دسترسی نباشد؛
- امکان برگشت و لغزش در فرایند بهبودی را طبیعی و بخشی از درمان اعتیاد بداند و دریابد که لغزش به معنی شکست درمان نیست؛
- دریابد که هر چه مدت زمان طولانی‌تری از بهبودیش بگذرد نتایجی بیش‌تر و بهتری خواهد گرفت. باقی ماندن طولانی مدت در درمان و ادامه روند بهبودی به مجموعه عواملی فردی و

محیطی نیازمند است. میزان حمایتی که فرد از دوستان و یا خانواده دریافت کرده و مشارکت خانواده و دیگر افراد مهم زندگیش در ادامه روند بهبودی فرد موثر هستند؛

- عوامل و موقعیت‌هایی را شناسایی کند که احتمال مصرف مجدد را در او ایجاد می‌کنند؛
- هدف و دلایل تغییر را به خودش یادآوری کند؛ و
- مدیریت وسوسه را بیاموزد.
- کارکردها و توانایی‌های خود را حفظ کند؛ به عنوان نمونه شغل خود را از دست نداده و به مدرسه و یا دانشگاه برود و در انجام امور خانواده مشارکت کند؛
- هنگام مواجه با وسوسه تمرکز خود را از روی آن به موضوع دیگری انتقال دهد؛ یعنی فکر خود را از آن منحرف کند. مثلاً:
 - روزنامه و مجله بخواند؛
 - به موسیقی، پادکست و کتاب الکترونیک گوش دهد؛
 - ورزش، شنا، دوچرخه سواری و فعالیت‌هایی از این دست را انجام دهد؛
 - دوش بگیرد؛
 - فعالیت رضایت‌بخشی مانند باغبانی، عکاسی و امثال آن را انجام دهد؛
 - شروع به نوشتن بکند؛
 - بازی کامپیوتری انجام دهد؛
 - انیمیشن، فیلم کمدی و یا سایر برنامه‌های مورد علاقه خود را تماشا کنید؛
 - به دوستی تلفن بزند؛
 - غذا بپزد؛
 - در انجام کارهای منزل کمک کند؛
 - دلایل ترک و رشد در بهبودی را به خود یادآوری کنید. او می‌توانید این دلایل را در دفترچه یادداشتی نوشته و آن‌ها را مرور کند؛ و
 - رفتارهای پر خطر را کاهش دهد؛ به عنوان نمونه رانندگی با وسایل نقلیه بدون داشتن گواهی‌نامه.

فرد در حال بهبودی باید دریابد که:

- وسوسه تکانه‌ای با عمری کوتاه است. برخی وسوسه را به موج دریا تشبیه می‌کنند که با شدتی کم شروع شده، سپس به اوج شدت خود رسیده و بعد از مدتی افول می‌کند. وسوسه به ندرت بیش‌تر از چند دقیقه طول می‌کشد؛
- وسوسه در مراحل اولیه بهبودی شدت بیش‌تری دارد؛
- به مرور زمان که با اجتناب از مصرف و نوشیدن وسوسه مدیریت می‌شود شدت و قدرت آن کاهش پیدا می‌کند. این امر باعث می‌شود که شدت اوج مصرف کاهش یافته و فرد در حال بهبودی شاهد کاهش قدرت و وقوع کم‌تر وسوسه باشد؛

- حتی مصرف گاه‌به‌گاه نیز وسوسه را زنده نگه داشته و ماندگاری آن را طولانی‌تر می‌کند؛
- شدت وسوسه ممکن است در اثر استرس یا مواجهه با موقعیتی پرخطر به اوج خود برسد اما به محض رفع استرس یا موقعیت پرخطر وسوسه نیز از بین می‌رود.

ارتباط وابستگی به مواد و بیماری‌های روان‌پزشکی (دو بیماری همزمان و یا همبودی^{۱۳۹}) و اهمیت آن در پیشگیری از برگشت

وجود بیماری‌های روان‌پزشکی در بین افراد مصرف‌کننده مواد شایع است. شما به عنوان درمانگر و یا عضوی از تیم مراقبتی با صرف نظر از تقدم یا تاخر بیماری اعتیاد و یا اختلال‌های روان‌پزشکی بر یکدیگر لازم است که به این امر توجه کنید. وجود بیماری‌های روان‌پزشکی جدا از برنامه درمانی که برای درمان وابستگی به مواد طراحی می‌شود، خدمات درمانی مخصوص به خود را می‌طلبد (مانند مداخله‌های روان‌پزشکی و روان‌درمانی). اگر این بیماری‌های روان‌پزشکی همراه درمان نشده باقی بمانند خطر لغزش و برگشت در فرد در حال بهبودی افزایش می‌یابد زیرا این دو همدیگر را تقویت می‌کنند. به عنوان نمونه الکل با تغییرهایی که در جسم، روان و کارکردهای شناختی فرد ایجاد می‌کند می‌تواند منجر به بروز افسردگی شود و یا افراد افسرده ممکن است برای "خودتسکینی" به نوشیدن الکل گرایش پیدا کنند. بنابراین لازم است به عنوان درمانگر و یا عضوی از تیم درمان حتما فرد را به روان‌پزشک ارجاع دهید تا از وضعیت روان‌پزشکی او و درمان مورد نیاز آن به عنوان عامل اصلی پیشگیری از عود مجدد مطلع شوید. شما قبل از ارجاع لازم تا ارزیابی زیر را به عمل آورید. شما بعد از ارجاع فرد به روان‌پزشک نیز باید به انجام مجدد این ارزیابی بپردازید.

- تشخیص‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی و شروع، شدت و تداوم آن در فرد در حال بهبودی؛
- موقعیت فعلی خانوادگی از بعد روان‌شناختی (مشکل‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی فعلی و گذشته، درمان‌های دریافت شده (مانند دارودرمانی، بستری، مشاوره) و دید مراجع و خانواده به اثر بخشی درمان دریافت شده).

شما باید به خانواده فرد در حال بهبودی لزوم درمان بیماری روان‌پزشکی و تاثیر آن بر روند بهبودی را آموزش داده و تلاش کنید باورهای غلط خانواده در این زمینه را از بین ببرید. برخی خانواده‌ها این باور غلط را دارند که دارو درمانی به وخیم‌تر شدن اوضاع منجر می‌شود.

بعضی از اختلال‌های روان‌پزشکی که بین افراد وابسته به مواد شایع هستند عبارتند از:

- اختلال‌های افسردگی
 - افسردگی

- اختلال دوقطبی
- اختلال‌های اضطرابی
 - اختلال اضطراب فراگیر
 - اختلال پانیک
 - فوبیا
 - اختلال وسواس
- سایر اختلال‌های روان‌پزشکی
 - اسکیزوفرنیا (روان گسیختگی)
 - اختلال استرس پس از سانحه
 - اختلال‌های شخصی

وابستگی به مواد و مشکل‌های همزمان و اهمیت آن در پیشگیری از برگشت

برخی از افراد در حال بهبودی در فرایند درمان و یا بهبودی مشکل‌های حاد و یا مزمنی مانند مشکل‌های خانوادگی، مالی، قضایی، و بیماری‌های جسمی را تجربه می‌کنند. لغزش و برگشت فقط عاملی فردی ندارند، بلکه عوامل محیطی هم در وقوع آن‌ها دخیل هستند. بنابراین در روند درمان مشکل‌های فردی و محیطی باید توانمند در نظر گرفته شوند. مدیریت درمان و بهبودی کاری گروهی و با ترکیبی با حضور این اعضا است: فرد در حال بهبودی، خانواده، دوستان و یا دیگر افراد مهم، روان‌شناس، مددکار اجتماعی، روان‌پزشک و سایر افراد و متخصصان تاثیرگذار در فرایند درمان و بهبودی بر حسب ارزیابی به عمل آمده از فرد.

لازم است جهت تعدیل و چگونگی مواجهه با این مشکل‌های سد راه بهبودی مراجع تمهیدات لازم زیر در نظر گرفته شوند.

پایش مراجع در فرایند درمان: جهت پایداری فرد و شبکه حمایتی او از جمله خانواده و سایر اعضا آن در روند درمان لازم است درمانگر از وضعیت فرد و شبکه حمایتی او ارزیابی حرفه‌ای داشته باشد تا بر اساس آن به انتخاب مدل و طراحی برنامه‌ای درمانی برای کمک به مراجع بپردازد. در زیر نمونه‌ای از این فرم‌های ارزیابی آورده شده است.

فرم پایش مراجع در فرایند درمان

۱. اطلاعات پایه

نام و نام خانوادگی: سن: وضعیت تاهل: شغل:

۲. تاریخچه روان پزشکی

سابقه بیماری روان پزشکی: دارد ندارد
درمان های دریافت شده: سرپایی: بستری:
تشخیص روان پزشکی: بستری:

۳. سابقه بیماری جسمی

نام بیماری: درمان های دریافت شده:

۴. تاریخچه وقایع تروماتیک در فرد (سابقه آزار جنسی، تصادف، بحران های طبیعی، سوگ، شکست عاطفی، ورشکستگی، خیانت و یا مشکل های حقوقی)

- لیست وقایع تروماتیک زندگی فرد:
- تاریخ و پیامدهای ناشی از وقایع تروماتیک در زندگی فرد:
- پاسخ های عاطفی نسبت به وقایع تروماتیک در زندگی فرد:
- سازوکارهای مقابله ای بلند مدت فرد با آن رخداد و کیفیت شبکه حمایتی وی:
- شرح تاثیر واقعه بر کارکردهای فردی:

۵. ویژگی های فردی

- توانایی های شناختی و هوشی:
- کارکردهای عاطفی:
- کارکردهای اجتماعی:
- کارکرد فعالیت های روزانه:

۶. سابقه مصرف مواد:

- سن شروع مصرف:
- علت شروع مصرف:
- تاریخچه مواد مصرفی:
- آخرین ماده یا مواد مصرفی:
- نحوه مصرف (تدخین، استنشاق، تزریق):
- درمان های دریافت شده:

سرپایی / تعداد: بستری / تعداد: کمپ / تعداد: سایر / تعداد:

۷. نقش مسایل گوناگون در آخرین لغزش / برگشت:

تاریخ لغزش: ماده و یا مواد مصرفی: تعداد دفعه ها و مقدار مصرف:

۸. ارزیابی فرد پس از لغزش / برگشت

- دلایل و ارزیابی لغزش / برگشت از دید مراجع:
- استراتژی های به کار گرفته شده توسط فرد پس از لغزش / برگشت:
- باورهای فردی که می تواند به حل و یا تداوم لغزش / برگشت منجر شوند:

- سطح پریشانی گزارش شده توسط فرد پس از لغزش/برگشت:
- تاثیر لغزش/ برگشت بر زندگی روزانه و سایر کارکردهای فرد از جمله روابط خانوادگی، تحصیلی و اشتغال:
- استراتژی‌های به کار گرفته شده توسط شبکه حمایتی (اعضای خانواده و دیگر اعضای مهم) پس از لغزش/برگشت:

۹. سطح انگیزه و همکاری شبکه حمایتی فرد (اعضای خانواده و دیگر اعضای مهم) برای تغییر و همکاری با تیم درمان:

۱۰. فرمول‌بندی حرفه‌ای درمانگر از مراجع

در این بخش درمانگر به فرمول‌بندی حرفه‌ای می‌رسد مانند:

- ماهیت، شدت و طول دوره لغزش/برگشت:
- سطح کارکردهای فردی از جهت مدیریت لغزش/برگشت در قبل و بعد از مصرف:
- نقاط قوت و ضعف فرد جهت مدیریت لغزش/برگشت:
- مکانیزم‌های مقابله‌ای به کار گرفته شده جهت مدیریت لغزش/برگشت:
- میزان انگیزه فرد برای تغییر و مشارکت در طرح درمان:
- عوامل سیستمی تاثیرگذار در حل و یا تداوم مصرف در جهت مدیریت لغزش/برگشت (خانواده، دوستان، شغل، دانشگاه، مشکل‌های حقوقی، مشکل‌های مالی و غیره)

۱۱. نتیجه‌گیری و توصیه‌های درمانی

در این قسمت درمانگر با توجه به ارزیابی صورت گرفته طرحی درمانی را برای فرد طراحی می‌کند که شامل موارد ذیل است:

- مدل درمانی اتخاذ شده:
- راهکارهای درمانی مورد نیاز فرد و شبکه حمایتی وی (اعضا خانواده و سایر افراد مهم):
- تعداد جلسه‌های فردی و گروهی مورد نیاز:
- ارجاع به سایر متخصصان جهت داشتن همکاری تیمی (روان‌شناس، مددکار اجتماعی، روان‌پزشک و سایر متخصصان بر حسب نیاز):
- ارجاع به سایر نهادها/ موسسه‌های حمایتی، درمانی و غیره جهت دریافت خدمات

نقش مسایل گوناگون در آخرین لغزش / برگشت					
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	هرگز	
					مسایل عاطفی (مانند خشم، غم و استرس)
					مشکل های جسمی (مانند بی خوابی و درد جسمی)
					قرار گرفتن در محیط مصرف
					معاشرت با افراد مصرف کننده
					باورهای غلط (مانند من فقط یک بار مصرف می کنم)
					میل و وسوسه شدید فرد به مصرف
					بحران های موقعیتی (مالی، وجود درگیری در خانواده، محل کار و یا با دوستان و سایرین، مشکل های قضایی و...)
					تجربه موقعیت های تداعی کننده مصرف مانند جشن ها، عروسی ها و مهمانی های دوستانه

خلاصه و نتیجه گیری

در حال حاضر پایداری فرد در فرایند درمان و چگونگی مدیریت لغزش و برگشت تبدیل به دغدغه ای درمانی شده است؛ دغدغه ای که با افزایش مهارت و دانش درمانگران و دیگر اعضای تیم مراقبتی و ارایه خدمات تخصصی به خانواده ها و افراد در حال درمان و بهبودی قابل رفع شدن است. پیشگیری و چگونگی مدیریت لغزش و برگشت یکی از محورهای اصلی در فرایند بهبودی به شمار می آیند. فقدان دانش، مهارت و ناآگاهی تیم مراقبتی نسبت به این موارد از کارایی و کیفیت مداخله کاسته و احتمال وقوع برگشت را در فرد در حال بهبودی تقویت می کند. به بیانی دیگر یکی از عوامل برگشت فقدان مداخله ای حرفه ای از طرف تیم مراقبتی است. فقدان دانش و مهارت خانواده نسبت به عوامل زمینه ساز خطر بازگشت و چگونگی مدیریت آن ها نیز از عوامل لغزش و برگشت بوده که باید تبدیل به یکی از ارکان مهم درمان و بهبودی شود.

درباره نویسنده: فاطمه جعفری دانش آموخته مددکاری اجتماعی در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد از دانشگاه علامه طباطبائی و دانش پژوه سال آخر دکتری مددکاری اجتماعی از دانشگاه علامه طباطبائی است. او نزدیک به ۱۵ سال به صورت مستقیم در فرایند درمان به افراد مصرف کننده مواد و خانواده های آن ها به ارایه خدمات تخصصی مشغول بوده و در حال حاضر جهت

ارتقا آگاهی خانواده‌ها و افزایش سطح سواد سلامت آن‌ها در چرخه وابستگی به مواد در حال راه اندازی سیستم آموزش دیجیتال با هدف تسهیل دسترسی‌پذیری خانواده‌ها به آموزش است.

منابع

Herie, M., Godden, T., Shenfeld, J., & Kelly, C. (2010). *Addiction An information guide: A Guide for people with addiction and their families*. Center for Addiction and Mental Health.

Med, Y. J. B. (2015). *Relapse prevention and the five rules of recovery*, 88(3):325-32. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC455365>

بهبودی از اعتیاد و ارتقا سلامت جنسی

حسن اسدی

شما پس از مطالعه این فصل قادر خواهید بود تا:

- سلامت جنسی و سواد جنسی را تعریف کنید؛
- رابطه بین عملکرد جنسی و اعتیاد را شرح دهید؛
- دلایل مصرف مواد در بین مبتلایان به مشکل‌های جنسی را نام ببرید؛ و
- راه‌های حفظ سلامت جنسی در طول دوران بهبودی از اعتیاد را ذکر کنید.

پرسش‌های کلیدی: مصرف مواد مخدر چه تاثیری بر عملکرد جنسی افراد در حال بهبودی دارد؟

اهمیت سلامت جنسی چیست؟ چگونه می‌توان سلامت جنسی را در افراد در حال بهبودی ارتقا داد؟

واژگان کلیدی: سلامت جنسی، سواد جنسی، مشکل‌های جنسی و بهبودی از اعتیاد.

مقدمه

علی‌رغم گسترش شناخت ظرفیت‌ها، چالش‌ها و خطرهای مرتبط با مسایل جنسی در رشد زندگی فردی و اجتماعی جوامع بشری، این مساله به ندرت در آموزش‌های تربیتی مورد بحث قرار گرفته و صحبت کردن و نوشتن درباره آن با ملاحظه‌های فرهنگی، سیاسی، اجتماعی و غیره همراه بوده است.

سازمان جهانی بهداشت، سلامت جنسی^{۱۴۰} را وضعیت سلامت جسمی، احساسی، روانی و اجتماعی در رابطه با جنسیت تعریف می‌کند که صرفاً به معنای عدم وجود بیماری، اختلال یا ضعف نیست. سلامت جنسی نیازمند داشتن رویکردی مثبت و محترمانه نسبت به رابطه و تجربه‌های جنسی لذت‌بخش و بی‌خطری بوده که از اجبار، تبعیض و خشونت به دور است. در واقع می‌توان به این نکته اذعان داشت که سلامت جنسی را می‌توان در زیر مجموعه سلامت فردی بررسی نمود و اهمیت آن را از جنبه اثرگذاری و اثرپذیری مورد مطالعه قرار داد.

نظریه‌های روان‌شناختی در ارتقا سلامت روان، بیان می‌دارند که بیش‌ترین تاثیر در یادگیری مطالب مختلف، مربوط به نخستین مفاهیمی است که در قالب اولین گفت‌وگو با افراد منتقل می‌شوند. بنابراین اگر نخستین اطلاعات در خصوص سواد سلامت جنسی از راه‌های نادرست و با محتوایی اشتباه به افراد انتقال

^{۱۴۰} sexual health

یابد، به دلیل نهادینه شدن آن اطلاعات در ذهن، اطلاعات صحیح بعدی به سختی می‌توانند به افراد منتقل شوند. کسب دانش مربوط به روابط جنسی می‌تواند زندگی فرد را تغییر داده و آن را بهبود بخشد. با این حال، مابین یادگیری مطلبی و کاربرد آن در زندگی فاصله وجود دارد. نگرانی و اضطراب پیرامون رابطه جنسی بعد از کسب دانش به سرعت از بین نخواهد رفت.

داشتن اطلاعات صحیح قدم اول در رسیدن به "سواد جنسی"^{۱۴۱} است. تظاهرات جنسی عموماً در فضای ارتباط‌های بین فردی روی می‌دهند و این به معنی شریک شدن فردی دیگر در کشف‌های جنسی انسان است. در واقع سواد جنسی اطلاعاتی کافی را فراهم می‌آورد تا فرد تصمیم‌های هوشمندانه‌ای را پیرامون روابط جنسی خود اتخاذ کرده و بتواند سلامتی جنسی و توانایی تولید مثل خود را ارتقا دهد.

بسیاری از افراد به اشتباه معتقدند که اگر اطلاعات بیشتری در مورد تکنیک‌های معاشقه و هم‌آغوشی به‌دست آورند زندگی جنسی‌شان کامل و رضایت‌بخش خواهد شد در حالی که رابطه جنسی و مقاربت بدون "تعهد پذیری" و "صمیمیت" باعث از بین رفتن تجربه خوشایند رابطه جنسی می‌شود.

برقراری صمیمیت جنسی به امنیت روانی و تمایل زوجها برای به اشتراک گذاشتن نقاط آسیب‌پذیرشان با یک‌دیگر بستگی داشته و شامل پذیرش شریک جنسی بدون اصرار بر تغییر او و برای خوشایند دیگری است. این بعدهای ارتباطی به خودی خود و یا از طریق کسب دانش در مورد جنبه‌های جسمانی ارتباط‌های جنسی شکل نمی‌گیرد. جنبه‌های "جسمی" و "عاطفی" ارتباط جنسی تاثیرهای متقابلی برهم دارند که مجالی گسترده‌تر از این فصل برای تبیین آن نیاز است.

یکی از مهم‌ترین مولفه‌ها در توانمندسازی افراد افزایش سطح سواد سلامت جنسی آن‌ها است. بررسی عملکرد جنسی در درمان برخی بیماری‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار است که از این بین می‌توان به بیماری‌هایی نظیر دیابت، فشار خون بالا، چربی خون، چاقی، بیماری‌های هورمونی و اعتیاد اشاره نمود.

بررسی روابط جنسی و مدیریت غریزه جنسی در افراد در حال بهبودی از اعتیاد نقش بسیار مهمی را در مانایی در درمان و در نتیجه پیش‌گیری از لغزش و عود دارد. همانگونه که پایه‌های دیگر توانمندسازی فرد در حال بهبودی مانند کسب و کار، روابط بین فردی، تفریح و سرگرمی و غیره به دقت بررسی می‌گردد سلامت جنسی وی نیز باید به کمک درمانگر مورد توجه قرار گیرد.

^{۱۴۱} sexual literacy

عملکرد جنسی و اعتیاد

در جامعه‌های کنونی افراد با مشکل‌هایی مواجه می‌شوند که یکی از عوامل اصلی آن نداشتن رضایت از رابطه و وجود مشکل‌های جنسی است. وجود مشکل‌های دایمی در این زمینه می‌تواند خشم و عصبانیت آشکار و پنهان و یا تنفر در زوجها یا شریک جنسی را ایجاد کند. این عوامل زمینه‌ساز تضعیف اعتماد به نفس افراد شده، انگیزش جنسی را تحلیل برده و افسردگی، اضطراب و یا نارضایتی جنسی و زناشویی را به دنبال می‌آورد. با توجه به اهمیت این موضوع می‌توان با آگاهی یافتن از واکنش‌های جنسی طبیعی و اختلال‌های شایع در این زمینه از ایجاد مشکل‌های بیش‌تر پیشگیری کرده و درصد رفع آن برآمد.

واکنش‌های طبیعی جنسی معمولاً به ۴ مرحله تقسیم می‌شوند که این مراحل شامل تمایل، تحریک، ارگاسم و آرامش هستند. اختلال‌ها یا کژکاری جنسی در یکی از این مراحل و یا چند مرحله بروز می‌کنند.

اختلال در تمایل‌های جنسی معضلی بزرگ را در کیفیت زندگی فرد ایجاد کرده و ممکن است تاثیرهای مضری را بر روی دیگر زمینه‌های زندگی او بگذارد. این اختلال‌های به دو دسته کمبود میل جنسی یا انزجار جنسی تقسیم می‌شوند. در اختلال کمبود میل جنسی، کمبود یا فقدان خیال‌پردازی و در انزجار جنسی، بی‌زاری و اجتناب از تماس جنسی تناسلی دیده می‌شود.

بیش‌ترین اختلال‌های جنسی در مردان را کاهش میل جنسی، اختلال در نعوظ و اختلال‌های ارگاسم و انزال تشکیل می‌دهند. مطالعه‌های شیوع‌شناسی نشان داده‌اند که اختلال نعوظ در مردان در سراسر جهان در حدود ۲۰ تا ۲۲ درصد است.

مشکل‌های جنسی بسیار بیش‌تر از آنچه تصور می‌شود بر روی سلامت عمومی تاثیرگذار است. رابطه جنسی هم رابطه‌ای جسمانی و هم رابطه‌ای روانی است و اختلال‌های جنسی می‌توانند بر روی هر دو سطح آن تاثیرگذار باشند. در تحقیق‌های دیگری عواملی مانند سن، سبک زندگی، چاقی و سومصرف نیکوتین، الکل و مواد مخدر را جز عوامل موثر بر افزایش اختلال‌های جنسی دانسته‌اند.

تحقیق‌های زیادی درباره تاثیر مواد بر روی عملکرد جنسی انجام شده است. اختلال عملکرد جنسی در اثر مصرف مداوم و مزمن مواد همواره یکی از مشکل‌های جدی است که سومصرف‌کنندگان مواد با آن مواجه هستند. اختلال عملکرد جنسی ناشی از سومصرف مواد می‌تواند در تمامی چهار مرحله رخ دهد. همچنین تاثیرهای جسمانی، هیجانی و رفتاری ناشی از مصرف مواد به شیوه‌های مختلفی همچون تاخیر در انزال، بی‌میلی جنسی، خشونت جنسی و جسمانی و آزار کلامی بروز کرده و به تدریج موجب افزایش اختلال‌های زوجین و تزلزل نظام خانواده می‌شود.

بین اعتیاد به انواع مواد و مشکل‌های جنسی خصوصاً مشکل زود انزالی در مردان رابطه مستقیمی وجود دارد. مشکل‌های جنسی علت زیربنایی اعتیاد بسیاری از کسانی بوده است که انواع مواد اعتیادآور را

استفاده می‌کنند. مشکل‌های جنسی که بعد از بهبودی اولیه از اعتیاد بروز می‌کنند نیز عامل لغزش و از سرگیری سومصرف مواد و اعتیاد به آن است.

تعداد زیادی از افراد مصرف‌کننده مواد را در ابتدا با انگیزه افزایش توانایی جنسی مصرف کرده‌اند. مصرف مواد انزال را به تاخیر انداخته و همین اثر زود گذر باعث افتادن فرد در دام مصرف می‌شود که به مرور ناتوانی جنسی را برای او به همراه خواهد داشت. بنابراین نتیجه حاصل شده مخالف توقعی است که در ابتدای مصرف مورد انتظار بوده است.

مشکل‌های جنسی ناشی از سومصرف مواد

سومصرف مواد به طور کلی عوارض کوتاه مدت و بلند مدتی را در تمامی ابعاد زندگی فرد اعم از فردی، بین فردی و اجتماعی به دنبال خواهد داشت. یکی از این عوارض مصرف مواد ابتلا به مشکل‌های جنسی است. مصرف مواد به دلیل ایجاد تغییرهای فیزیولوژیکی در بدن انسان می‌تواند باعث بروز عوارض ناشی از رفتارهای پس از مصرف و در اثر تداوم مصرف شود. رابطه جنسی ناسالم بعد از مصرف مواد می‌تواند مشکل‌های زیادی از قبیل موارد آمده در زیر را به همراه داشته باشد:

- افزایش احتمال رابطه جنسی محافظت نشده و به دنبال آن قرار گرفتن در معرض ابتلا یا انتقال اچ‌ای‌وی، هپاتیت بی و سی و سایر بیماری‌های منتقله جنسی مانند کلامیدیا، سوزاک، سفلیس، تبخال و زگیل تناسلی،
- افزایش احتمال تجاوز جنسی و یا قربانی سواستفاده جنسی واقع شدن و تبعات روانی آن‌ها، و
- بارداری ناخواسته.

علاوه بر خطرهای فوق تداوم مصرف مواد باعث بروز مشکل‌های جنسی نیز می‌شود که در ادامه در ذیل چهار دسته‌بندی رایج مواد به آن‌ها اشاره می‌کنیم.

تریاک و مشتقات آن

مواد مخدری مانند تریاک خاصیت سستی‌زایی و آرام‌بخشی داشته و در نتیجه مصرف آن حساسیت ناحیه تناسلی فرد مصرف‌کننده کم می‌شود. اگر فرد مبتلا به انزال زودرس باشد با مصرف تریاک و مشتقات آن در ابتدای مصرف مشکلش حل شده و او می‌تواند مدت زمان رابطه جنسیش را افزایش بدهد. اما به مرور زمان و در نتیجه مصرف مداوم این مواد این تاثیر از بین رفته و فرد برای این که بتواند به همان توانایی قبلی خود برسد مجبور است میزان و دفعه‌های مصرف موادش را افزایش دهد. در نتیجه این امر نه تنها مشکل انزال زودرس فرد حل نمی‌شود بلکه او وابسته به مصرف مواد نیز می‌شود و به مرور مشکل‌های ثانویه جنسی از جمله کاهش میل جنسی و اختلال نعوظ در او بروز می‌کنند.

ماری جوانا، حشیش یا گرس

مصرف این ماده در دراز مدت می‌تواند موجب ناباروری در زنان و عقیمی در مردان شود. ماده موثر موجود در حشیش تحت عنوان کانابینوئید می‌تواند سبب کاهش هورمون مردانه یا تستوسترون شده و موجب اختلال در میل جنسی در مردان شود. همچنین مصرف این مواد در طولانی مدت سبب اختلال نعوظ در آن‌ها خواهد شد.

در خانم‌ها هم مصرف این مواد می‌تواند موجب به هم ریختن سیکل قاعدگی و عادت ماهانه آن‌ها شود. از سوی دیگر این ماده می‌تواند موجب بروز علائم بی‌انگیزگی و بی‌ارادگی در تمام جوانب زندگی فرد شود. این مساله به این شکل خود را بروز می‌دهد که دیگر هیچ چیزی برای فرد مهم نبوده، او از چیزی در زندگی لذت نبرده و حتی در رابطه جنسی احساس بی‌ارادگی می‌کند. در نتیجه فرد مصرف کننده اراده، میل و رغبتی به انجام عمل زناشویی نداشته و همین امر می‌تواند مشکل‌هایی را هم در او و هم در شریک جنسیش ایجاد کند.

مواد محرک

مصرف مواد محرک از جمله متامفتامین‌ها (شیشه)، آمفتامین‌ها، کوکائین، اکستازی و ریتالین افراد را دچار توهم کرده و در نتیجه قابلیت واقعیت‌سنجی را در آن‌ها از بین می‌برد. با از بین رفتن این قابلیت افراد فکر می‌کنند که هر وقت از این مواد استفاده کنند میزان و زمان لذت جنسیشان افزایش پیدا می‌کند. این تصور کاملاً غلط است و میزان لذت جنسی این افراد هنگام استفاده از مواد فوق با زمانی که تحت تاثیر مواد نیستند هیچ تفاوتی ندارند ولی چون در اثر استفاده از مواد ارتباط این افراد با واقعیت قطع شده، آن‌ها لذت جنسی را به این شکل احساس می‌کنند.

خطر عمده استفاده از این مواد این است که افراد فکر می‌کنند هرگاه بخواهند رابطه جنسی مناسبی داشته باشند باید برای افزایش لذت جنسی از آن‌ها استفاده کنند. در نتیجه آن‌ها نسبت به مصرف این مواد شرطی شده و دیگر نمی‌توانند رابطه جنسی خوبی را بدون مصرف این مواد تصور و تجربه کنند.

این شرایط سبب کاهش اعتماد به نفس، وابستگی به مواد و مشکل‌های ثانویه دیگری می‌شود. از آنجا که دامنه تاثیرگذاری این مواد حدود ۴ تا ۶ ساعت است احتمال دارد که فرد پس از مصرف همچنان تحت تاثیر مواد باقی بوده و دست به رفتارهای پرخطر جنسی بزند که می‌تواند آثار زیان‌باری را به همراه بیاورد. اختلال نعوظ و ناتوانی در دستیابی به ارضای جنسی جزو رایج‌ترین تاثیرهای جانبی مصرف ممتد مواد محرک هستند. حتی بسیاری از مردان و زنان به واسطه مصرف افراطی و طولانی مدت مواد محرک به طور کامل شهوت جنسی خود را از دست می‌دهند.

مصرف الکل با تاثیری که بر مرکز تصمیم‌گیری و کنترل رفتارهای اجتماعی مغز دارد باعث اثر بازدارندگی^{۱۴۲} و از دست دادن توان کنترل رفتارهای معقول شده که می‌تواند احتمال بروز رفتارهای غیرمعقولانه‌ای از جمله افزایش رفتارهای پرخطر جنسی را در پی داشته باشد.

اغلب مردان وابسته به الکل از مشکل‌های جنسی شدیدی رنج می‌برند. اختلال نعوظ عارضه‌ای شایع گزارش شده‌ای بوده که بر اساس سن و سطح سلامت روانی و جسمی مردان میزان آن متفاوت است. اگرچه عواملی مانند افسردگی، اضطراب، دیابت و فشار خون بالا می‌توانند بر مشکل نعوظ تاثیرگذار باشند اما مردان وابسته به الکل به دلیل این که الکل مانع بسته نگه‌داشتن عروق در آلت تناسلیشان می‌شود، نمی‌توانند نعوظی پایدار را تجربه کنند. مصرف الکل با ایجاد اختلال در سیستم متابولیسم "ویتامین آ" در تولید اسپرم ایجاد مشکل کرده و حتی باعث کوچک شدن بیضه‌ها و کاهش تولید هورمون مردانه می‌شود. این امر می‌تواند عواقب غیرقابل برگشتی از جمله عقیمی را به همراه داشته باشد.

تاثیرهای روان‌شناختی الکل نیز باعث عدم برقراری رابطه با شریک جنسی و برآورده کردن انتظارات جنسی او می‌شود. مصرف الکل با تصور داشتن فواید درمانی می‌تواند ادامه یافته و اضطراب بیش‌تر را ایجاد کند.

در زنان نیز اعتیاد به الکل با تصور این که الکل اضطراب و ترس از رابطه جنسی را کاهش داده اتفاق می‌افتد. با مصرف منظم و به منظور کسب تجربه موفق جنسی، فرد نسبت به ادامه مصرف ترغیب می‌شود. این امر می‌تواند تاثیرهای مخربی (از جمله کاهش میل جنسی و توانایی تحریک در طول تماس) را بر بدن و میل جنسی او باقی بگذارد. عوارض فیزیولوژیک دیگر مانند مشکل‌های قاعدگی، آسیب به کبد و متعاقبا تغییرهای هورمونی می‌توانند عملکردهای جنسی را تحت تاثیر قرار دهند. برخی از زنان همچنین تغییرهای فیزیکی در واژن از جمله آتروفی واژن یا آتروفی تخمدان را تجربه کرده که این عوارض می‌توانند غیر قابل برگشت باشند.

دلایل مصرف مواد در بین مبتلایان به مشکل‌های جنسی

- عدم دانش کافی در زمینه سلامت جنسی
- رفع مشکل زودانزالی و احساس مردانگی
- ترس از نارضایتی شریک جنسی و از دست دادن وی
- احساس شرم و خجالت ناشی از ابتلا به زودانزالی و فرار از تجربه و رویارویی با چنین احساسی

^{۱۴۲} inhibition effect

- تلاش در جهت قوی نشان دادن توانایی جنسی در روابط جنسی گروهی
- ناآگاهی به تکنیک‌های معاشقه و لذت بردن از رابطه جنسی
- احساس خجالت، ترس و شرم از مراجعه به پزشک، روان‌شناس یا روان‌پزشک جهت درمان مشکل زودانزالی و غیره.

مدیریت روابط جنسی پس از بهبودی از اعتیاد

افرادی که در مرحله بهبودی از اعتیاد قرار می‌گیرند باید به کمک درمانگر و برای حفظ بهبودی مسایل متعددی را مورد بررسی قرار دهند. یکی از مهم‌ترین مسایلی که بی‌توجهی به آن باعث لغزش و عود مجدد می‌شود عدم مدیریت روابط جنسی است.

روابط جنسی بیمار مانند سایر زمینه‌های توانمندسازی فرد در حال بهبودی باید با او و شریک جنسیش مورد بحث قرار گیرد. اغلب بیماران با وجود داشتن مشکل‌های اساسی که در این زمینه دارند از صحبت کردن درباره آن شرم دارند. درمانگر باید زمینه صحبت را در باب این موضوع فراهم کرده تا بیمار بتواند به راحتی مشکل‌ها و نگرانی خود را بیان کند. همانطور که قبلاً ذکر شد بیمار تحت تاثیر مواد دچار تغییرهایی در عملکرد جنسیش می‌شود که شایع‌ترین این تغییرها طولانی شدن فاز برانگیختگی جنسی و به تاخیر افتادن انزال است. هنگامی که بیمار مصرف مواد را کنار می‌گذارد این زمان کوتاه شده و بیمار پس از گذشت مدت کوتاهی از تحریک و یا با تحریکی ناچیز دچار انزال می‌شود. گاهی این انزال حتی قبل از دخول و گاهی مدت کوتاهی پس از دخول روی داده و در نتیجه بیمار به اندازه انتظارش از رابطه جنسی خود لذت نبرده و دچار ناکامی می‌شود. گاهی شریک جنسی بیمار نیز لب به شکایت و انتقاد می‌گشاید. این امر ناکامی فرد را چند برابر می‌سازد. لذا او به ناچار به سوی مصرف مواد روان‌گردان باز می‌گردد.

قدم اول رسیدن به سلامت جنسی، دادن آموزش‌های کافی هم به بیمار در حال بهبودی و هم به شریک جنسی او است. آن‌ها باید بدانند نزدیکی‌های طولانی مدتی که در دوران اعتیاد فرد وجود داشته طبیعی نبوده است. نزدیکی طولانی نه علامت مردانگی و قدرت است و نه کوتاه شدن زمان نزدیکی نشانه ضعف و ناتوانی جنسی است. افراد باید بدانند نزدیکی طبیعی باید با پیش نوازش شروع شده و مرحله دخول واژینال باید چیزی بین ۳ تا ۷ دقیقه باشد^{۱۳۳}.

^{۱۳۳} علی‌رغم باور عموم که همواره طولانی بودن رابطه جنسی واژینال را الگوی مطلوب رفتار جنسی می‌دانند یک تیم تحقیقاتی آمریکایی به این نتیجه رسید که طولانی شدن زمان دخول معمولاً تاثیری منفی بر کیفیت ارتباط جنسی دارد. در نظرسنجی به عمل آمده طول زمان دخول به این صورت از سوی زوجین ارزیابی شده است: ۱ تا ۲ دقیقه خیلی کوتاه، ۳ تا ۷ دقیقه قابل قبول، ۷ تا ۱۳ دقیقه مطلوب، ۱۳ تا ۳۰ دقیقه خیلی طولانی.

درمانگر باید به شریک جنسی بیمار توصیه کند که در صورت زود انزالی فرد در حال بهبودی از سرزنش و تحقیر او خودداری نموده و در عوض با همکاری با او و با انجام تحریک‌های قبل از دخول خود را به ارگاسم نزدیک کرده و یا حتی به ارگاسم برساند تا دیگر برای رسیدن به ارگاسم نیازمند دوره طولانی انگیزش نباشد. برخی توصیه می‌کنند که زوجین تا حد امکان در هفته‌های اول ترک از نزدیکی خودداری کنند زیرا در این دوران انزال بسیار سریع رخ داده و احتمال تجربه احساس ناکامی جنسی در فرد در حال بهبودی بیش‌تر می‌شود. در صورتی که پس از گذشت چند هفته و با دادن آموزش‌های کافی به بیمار و شریک جنسی‌ش هنوز مشکل زود انزالی وجود داشت می‌توان از دارودرمانی به همراه روش‌های رفتاری دیگری که ارگاسم را به تعویق می‌اندازند استفاده کرد.

توصیه‌هایی برای به دست آوردن سلامت جنسی در طول دوران بهبودی

- ترجیحاً حداقل تا سه هفته پس از شروع پرهیز از داشتن هر گونه فعالیت جنسی خودداری نمایید؛
- در مسیر بهبودی از مشاوره با تجربه به عنوان حمایتگر خود کمک بگیرید تا او باعث تقویت اعتماد به نفس شما شود؛
- بر روی عادت‌های سالم خود کار کنید. به عنوان مثال به صورت هفتگی تمرین‌هایی را انجام دهید که باعث افزایش قدرت ذهنی و تمرکزتان می‌شود. همین امر در مورد غذا و خواب نیز صادق است؛ خوب غذا خوردن و خوابیدن انرژی بیش‌تری را برای داشتن رابطه جنسی خوشایند و رضایت‌بخش در شما ایجاد می‌کند؛
- تمرین‌های منظم ورزشی داشته باشید؛
- عادت‌های روانی سالم را در خود شکل دهید، خودتان را بشناسید و نقاط قوت و ضعف خود را شناسایی کنید؛
- اگر با شریک جنسی دوران مصرف خود رابطه دارید با او صحبت و مشورت کنید تا هر دو بتوانید از هر گونه مانع در مسیر رسیدن به سلامت جنسی عبور کنید؛
- اگر رابطه جنسی را با فرد جدیدی آغاز کرده‌اید در مورد بهبودی خود با شریک جنسی‌تان صحبت کنید تا او متوجه مشکل‌های در پیش روی شما شود. رابطه‌ای محبت‌محور می‌تواند در رسیدن به سلامت جنسی شما پس از بهبودی موثر باشد؛
- به یاد داشته باشید مشکل زودانزالی که شایع‌ترین مشکل پس از پرهیز از مصرف مواد است مشکل بیش از ۲۰ درصد از مردان دنیاست؛
- در رابطه جنسی مهم‌ترین چیز دانستن تکنیک‌های نوازش و تحریک شریک جنسی است؛
- قبل از رابطه جنسی دوش آب سرد بگیرید؛
- همیشه به یاد داشته باشید که رابطه جنسی خوب در حالی شروع می‌شود که هنوز شما لباس‌تان را به تن دارید؛

- وقتی را برای فکر کردن راجع به خودتان به عنوان موجودی جنسی اختصاص دهید؛
- متوجه باشید که تلاش برای ایجاد رابطه جنسی اجباری نتیجه‌بخش نیست؛
- به یاد داشته باشید که رابطه جنسی خوب، صرفاً انجام صحیح عملی جنسی (مقاربت) نیست؛
- عشق را در زندگی خود پرورش دهید؛
- از رابطه جنسی برای خود بت نسازید؛ و
- از کمک گرفتن نهراسید.

خلاصه و نتیجه‌گیری

بطور کلی یکی از عوامل اصلی رضایتمندی افراد چگونگی مدیریت غریزه جنسی و سلامت جنسیشان بوده که اگر به درستی مدیریت نشود زمینه‌ساز مشکل‌های متعددی خواهد شد. لذا نقش آموزش مهارت‌های لازم و افزایش سواد جنسی از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است.

برخی افراد برای رفع مشکل‌های جنسی خویش یا افراط در روابط جنسی بدون کسب مشاوره‌های تخصصی لازم استفاده از مواد و الکل را برگزیده که در طولانی مدت نه تنها رضایت جنسی را به همراه نمی‌آورد بلکه علاوه بر اختلال وابستگی به مواد، اختلال‌های جنسی ناشی از مصرف آن‌ها را نیز در پی خواهد داشت. یکی از عوارض شایع در افراد وابسته به مواد ایجاد مشکل‌ها و امراض جنسی متعاقب مصرف و وابستگی است.

مواد نه تنها نمی‌تواند به عنوان دارو برطرف کننده مشکل‌های جنسی باشند بلکه خود عامل ایجاد مشکل‌ها و انحراف‌های جنسی هستند. چنان که فرد متقاضی بهبودی از اعتیاد در فضایی شفاف و صمیمی این موضوع را با درمانگر و شریک جنسی خود مطرح نکند زمینه‌های لغزش و عود او به راحتی فراهم خواهند شد.

بنابراین پرداختن به مدیریت روابط جنسی و همچنین بررسی مشکل‌های جنسی یکی از موضوع‌های مهم در پیشگیری از عود و افزایش توانمندی افراد در حال بهبودی از مواد است. چنانچه درمانگر دانش لازم را در این زمینه نداشته باشد با مراجع را به افراد متخصص و با تجربه ارجاع دهد..

درباره نویسندگان: حسن اسدی کارشناس ارشد روانشناسی، MPH پیشگیری و کنترل اعتیاد و کارشناس اعتیاد سازمان بهزیستی کشور است.

منابع

واشتون، آ. ام و جون ای. *روان درمانی اختلال‌های مربوط به مصرف مواد و الکل*. ترجمه حسین فلاحی. (۱۳۹۲). تهران: دانشگاه پیام نور.

ویکس، ج. آر؛ هرتلین، ک. ام. و گامبشیا، ن. *درمان سیستمیک اختلال‌های جنسی*. ترجمه سید حسن سعادت و محمد حسین کوهپایی نژاد. (۱۳۹۶). تهران: رویان پژوه.

نقش ورزش در بهبودی از اعتیاد

بیژن پیرنیا

شما پس از مطالعه این فصل قادر خواهید بود تا:

- با نقش ورزش در درمان اعتیاد آشنا شوید؛
- ورزش‌های پرتعداد پس از ترک اعتیاد را بشناسید؛
- با الگوهای متنوع فعالیت‌های ورزشی آشنا شوید؛ و
- با نقش ورزش در برنامه‌های درمانی سازمان‌های مردم نهاد آشنا شوید.

پرسش‌های کلیدی: آیا ورزش کردن در فرایند بهبودی از اعتیاد اثربخش است؟ چه نوع ورزش‌هایی می‌توانند در توانمندسازی افراد در حال بهبودی موثر باشند؟

واژگان کلیدی: ورزش، اعتیاد، بهبودی و سازمان‌های مردم نهاد.

مقدمه

هر نوع فعالیت بدنی مشخص و هدفمندی که در چارچوب قواعد و قوانین اخلاقی و اجتماعی پذیرفته شده‌ای انجام شده و هدف آن تقویت جسم و روان و بهبود عوامل موثر در عملکرد آن‌ها باشد را می‌توان ورزش نامید. ورزش به عنوان مولفه‌ای کلیدی در سلامت انسان شناخته شده و به عنوان درمانی تکمیلی در گستره وسیعی از مشکل‌های حوزه سلامت تجویز می‌شود (Colledge, Gerber, Pühse & Ludyga, 2018). در سه دهه گذشته تعداد مطالعه‌هایی که ورزش را به عنوان روش درمان اختلال‌های سومصرف مواد مورد ارزیابی قرار می‌دهند، افزایش یافته است. شیوع اختلال‌های مصرف مواد^{۱۴۴} در میان جوانان باعث بروز نگرانی در مورد سلامت روان عمومی جامعه به شمار می‌آید (More et al., 2017). پیشینه پژوهشی گویای مزایای جسمانی و روان‌شناختی ورزش منظم است. با این وجود شواهد علمی مبنی بر نقش ورزش به عنوان درمانی مکمل یا جایگزین در حوزه اعتیاد محدود است.

^{۱۴۴} Substance Use Disorders

پیشینه پژوهشی

مطالعه‌های جدید نشان داده‌اند که ورزش می‌تواند به درمان اعتیاد کمک کند. به گزارش آنی‌نیوز (۲۰۱۹)، مطالعه‌های انجام شده در دانشگاه بافلو نشان داده است که انجام ورزش‌های هوازی می‌تواند به درمان اعتیاد کمک کرده و حتی باعث پیشگیری از ابتلا به آن شود. ورزش‌های هوازی ضربان قلب را افزایش داده و باعث اکسیژن رسانی بیشتر به بدن می‌شوند. این نوع ورزش‌ها احتمال ابتلا به انواع بیماری‌ها را کاهش داده و بر سلامت اعصاب تاثیر گذارند. ورزش‌های هوازی میزان استرس و افسردگی را کاهش می‌دهند. ورزش کردن در قالب تمرین‌های هوازی و یا غیرهوازی احتمال مصرف مواد مخدر را کاهش می‌دهد.

مزایای ورزش در افراد وابسته به مواد شامل بهبود خلق، کاهش ولع مصرف، افزایش خودکارآمدی (به منظور پرهیز از مصرف) و افزایش عملکرد از طریق ارتقا استراتژی‌های سازگاری با محیط است (Weinstein & Weinstein, 2014). ورزش از استرس جسمی و روانی می‌کاهد. هنگام کار کردن، انجام فعالیت‌های روزمره و حتی تماشای تلویزیون بدن تحت فشار قرار می‌گیرد. این فشار می‌تواند ناشی از وضعیت اندامی نامناسب در زمان کار کردن، تنش‌های موجود در محیط کار و یا حتی مشاغل با همکاران باشد. حرکت دادن بدن این تنش‌ها و فشارها را کاهش داده و احساس‌های ناخوشایند و سرکوب شده را از بین می‌برد. ورزش منظم و متمرکز انرژی جسمی و روحی را به کار گرفته و اجازه نمی‌دهد که این انرژی‌های سرکوب شده به شیوه‌ای مخرب بروز یابند. هنگام ورزش کردن، هورمون اندورفین در بدن ترشح شده که به طور طبیعی و بی‌خطری باعث ایجاد حس شادی و سرخوشی است. اندورفین همان انتقال دهنده عصبی است که هنگام مصرف مواد مخدر نیز آزاد می‌شود. اما سومصرف مواد مخدر و الکل عدم تعادلی را در مغز ایجاد می‌کنند که توانایی فرد را برای لذت بردن، شاد بودن و داشتن احساس رضایت مختل می‌کند. ورزش کردن منظم و پیوسته در دوران پس از قطع مصرف میزان اندورفین را در بدن به حد طبیعی بازمی‌گرداند. به این ترتیب فرد در حال بهبودی حس بهتری پیدا کرده و بدن متوجه می‌شود که می‌تواند دوباره شیمی مغز و کنش‌های رفتاری و هیجانی را به شیوه‌ای طبیعی و سالم تنظیم کند. ورزش را می‌توان مدیتیشن در حال حرکت توصیف کرد؛ به بیان دیگر با ارتقا سلامت جسم، فرد در حال بهبودی از مزایای روحی و عاطفی مدیتیشن نیز برخوردار می‌شود. فرد در هنگام ورزش کردن می‌تواند افکار خود را بر سلامتیش متمرکز کرده و مشکل‌های خود را ولو برای مدت کوتاهی فراموش کند. ذهن پس از ورزش کردن شفاف‌تر می‌شود. ورزش حس جوانی و مثبت‌اندیشی را القا می‌کند. این آرامش در میانه هرج و مرج پس از ترک اعتیاد به مدیریت علایم کمک می‌کند.

ورزش مداوم اعتماد به نفس را ارتقا داده، باعث مثبت‌اندیشی شده و افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد؛ چرا که بدن هنگام ورزش کردن خود را تنظیم و کالیریه می‌کند. علاوه بر این که بدن به کمک ورزش سلامتی خود را باز می‌یابد، ورزش حس خوشایند پیشرفت، غرور و ارزشمند بودن را نیز

القا می‌کند. فرد در حال بهبودی پس از رسیدن به معیار تعیین شده در ورزش احساس موفقیت کرده و روحیه قوی‌تری را برای رسیدن به هدف نهایی خود (پاکی پایدار) پیدا می‌کند. به علاوه، ورزش مستمر الگوی خواب را تنظیم کرده، سطح انرژی را افزایش داده و حس سلامتی را ارتقا می‌دهد. تمامی این مزایا به مدیریت زندگی و لذت‌بخش ساختن آن کمک نموده و تحمل دوران بهبودی را برای بیمار راحت‌تر می‌کند.

ورزش‌های پرتعداد پس از ترک اعتیاد

یوگا: یوگا بخش ثابت برنامه‌های درمانی بسیاری از مراکز ترک اعتیاد است. قرار گرفتن در وضعیت‌های مختلف حرکت‌های یوگا فواید بی‌شماری برای سلامت جسم و روان در پی دارد. یوگای قدرتی که نیاز به انرژی بیشتری دارد به تقویت بدن کمک می‌کند. در هنگام انجام دادن این حرکات هورمون دوپامین در مغز آزاد می‌شود. حرکات‌های ترمیمی و ملایم‌تر یوگا فرد را آرام کرده و استرس و اضطرابی که محرک برگشت به اعتیاد است را کاهش داده و یا از بین می‌برد.

پیاده‌روی: لذت بردن از گردش در فضای آزاد باعث افزایش میزان هورمون دوپامین در زمان ترک اعتیاد می‌شود. مطالعه‌ها نشان داده‌اند که پیاده‌روی ساده و ۱۵ دقیقه‌ای میل به مصرف مواد مخدر را سرکوب می‌کند. قدم زدن در محیطی فرح‌بخش با تحریک رشد سلول‌های مغزی جدید عملکرد کلی مغز را بهبود می‌بخشد.

تمرین‌های قدرتی: هرچند ورزش‌های هوازی (مانند پیاده‌روی و دو) بیش‌تر مورد توجه درمانگران اعتیاد قرار گرفته اما از سودمندی و زنده‌برداری نیز نباید غافل شد. بسیاری از افراد در حال بهبودی از بی‌خوابی رنج برده و نمی‌توانند بدون مصرف مواد مخدر یا داروهای آرام‌بخش به خواب بروند. تمرین‌های وزنه‌برداری و پرورش اندام (مانند حرکت شنا سوئدی) سیکل خواب بدن را به مرور زمان به حالت عادی برمی‌گرداند (Chennaoui, Arnal, Sauvet & Léger, 2015).

ورزش‌های گروهی: ضربه زدن به توپ فوتبال یا پرتاب کردن توپ بسکتبال در درون حلقه به همراه دوستان بسیار سودمندتر از ورزشی ساده است. همراهی و همدلی که هنگام انجام مسابقه‌ای دوستانه در بازیکنان شکل می‌گیرد برای تقویت روحیه و جلوگیری از بازگشت به مصرف ضروری است. شکل‌گیری روابط جدیدی که حول مصرف مواد مخدر و نوشیدن الکل نباشد به فرد در حال بهبودی کمک می‌کند تا دوباره خود را جزیی از جامعه احساس کند.

الگوهای متنوع فعالیت‌های ورزشی

بسیاری از انواع ورزش‌ها (از جمله دویدن و شنا کردن) می‌توانند به صورت مستقل انجام شوند (چه در داخل منزل و چه در خارج از منزل) - و از این‌رو مقرون به صرفه و در دسترس هستند (Morais, Pita, Fontes-Ribeiro & Pereira, 2018). کیفیت، مدت زمان و شدت مداخله‌های

ورزشی در ادبیات اختلال‌های مصرف مواد متفاوت بوده و می‌تواند الگوهای متفاوتی داشته باشد. به عنوان مثال الگوی ترکیبی تمرین‌های ایروبیکی و مقاومتی، تمرین‌های ایروبیکی صرف، تمرین‌های مقاومتی صرف و برنامه‌های تمرینی مبتنی بر یوگا و شدت تمرین‌ها از فعالیت‌هایی با شدت کم تا فعالیت‌های شدید نیز متنوع است. در مورد مدت زمان تمرین نیز شواهد از اثربخشی تمرین‌های کوتاه‌مدت برای مثال از شش تا هشت هفته حمایت نموده‌اند. روشن است که تنوع در گزینه‌های ورزشی برای فرد در حال بهبودی لزوم بهره‌مندی از مشاوران ورزشی را برجسته می‌سازد (More et al., 2017).

ساز و کار عمل تمرین‌های بدنی در مغز انسان هنوز ناشناخته بوده و اغلب یافته‌ها بر اساس مطالعه‌های حیوانی صورت گرفته‌اند (Morais et al., 2018). با این وجود چندین فرضیه در مورد طیف گسترده‌ای از تأثیرهای سودمند ورزش ارائه شده است. ورزش دارای اثر میانجی^{۱۴۵} بر نوسان‌های عصب‌شیمیایی دستگاه عصبی مرکزی است که نقش مهمی را در درمان اعتیاد به مواد محرک ایفا می‌نماید (Morais et al., 2018). در واقع ورزش باعث افزایش دسترسی به گیرنده‌های دی‌۲ و دی‌۳ استریاتال می‌گردد که در پرهیز از مصرف مواد نقش دارند. همچنین تغییر در بی‌دی‌ان-اف^{۱۴۶} با رفتار جستجوگری پاداش مرتبط است. سطح سرمی بی‌دی‌ان‌اف در افراد وابسته به مواد با تعداد روزهای پرهیز از مصرف ارتباط دارد. ورزش ایروبیکی داوطلبانه موش‌ها با افزایش غلظت بی‌دی‌ان‌اف در منطقه هیپوکامپ همراه بوده است. هرچند مواجه شدن با متا‌مفتامین قبل از تمرین ایروبیکی از افزایش بی‌دی‌ان‌اف استریاتال و کورتکس جلوگیری می‌کند. تأثیر تمرین‌های جسمانی بر غلظت بی‌دی‌ان‌اف در مصرف‌کنندگان مواد گواهی از وجود ارتباط بین وابستگی به مواد و نشانگان خلقی است. نتایج مطالعه‌ها نشان می‌دهد که سطح سرمی بی‌دی‌ان‌اف کم‌تر از ۱۲۵۱,۰ میلی‌گرم خطر ابتلا به نشانگان افسردگی در فاز پرهیز از مصرف مواد را افزایش می‌دهد. از این‌رو می‌توان استدلال کرد که تغییر در بی‌دی‌ان‌اف به اصلاح خلق در وابستگان به مواد یاری می‌رساند. همچنین تأثیرهای آنتی‌اکسیدانی در افرادی که از تمرین‌های ایروبیکی منظم استفاده کرده دیده می‌شود که باعث کاهش اکسیداسیون در سیستم عصبی مرکزی شده که از طریق بهبود ساز و کارهای دفاعی آنتی‌اکسیدانی صورت می‌گیرند (Morais et al., 2018). همچنین تمرین‌های ورزشی منجر به تغییرهای هورمونی در بدن (کاهش کاتکولامین‌ها) شده که به کاهش برانگیختگی سیستم عصبی سمپاتیک و در نتیجه ایجاد تغییرهای خلقی و آرامش منجر می‌شوند (Anandkumar, Manivasagam, Kee & Meyding-Lamade, 2017).

در این راستا نتایج مثبت بالینی ناشی از ورزش در وابستگان به مواد گوناگون از جمله متا‌مفتامین، تنباکو، الکل، حشیش و هرویین مشاهده شده است (Morais et al., 2018).

^{۱۴۵} mediating effect

^{۱۴۶} Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF)

در ادامه به بررسی ادبیات پژوهشی در مورد نقش ورزش در فرایند بازتوانی از مواد گوناگون مورد سومصرف می‌پردازیم. ورزش به عنوان درمانی بالقوه در وابستگی به انواع مواد پیشنهاد شده است (Morais et al., 2018). متآمفتامین اصلی‌ترین ماده از خانواده آمفتامین‌ها به شمار می‌آید. با توجه به تعداد روزافزون مطالعه‌ها در چند سال گذشته می‌توان استدلال کرد که مداخله‌های مبتنی بر ورزش در مدیریت وابستگی به متآمفتامین بسیار سودمند هستند (Morais et al., 2018). به گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل، حدود ۵۳ میلیون نفر از مردم جهان مصرف‌کننده متآمفتامین بوده که هزینه‌های اقتصادی-اجتماعی آن در آمریکا بین ۱۶ تا ۴۸ میلیارد دلار در سال است (Wang, Zhou, Zhao, Wu & Chang, 2016). آخرین گزارش از دفتر مواد و جرایم سازمان ملل متحد نشان می‌دهد که متآمفتامین دومین داروی پرمصرف در سراسر جهان است (Morais et al., 2018). هرچند متآمفتامین در سراسر جهان عرضه می‌شود اما مصرف آن در شرق و جنوب شرق آسیا و آمریکای شمالی رواج بیش‌تری دارد. برآورد می‌شود که بیست و نه میلیون نفر در جهان از اختلال‌های سومصرف مواد رنج می‌برند اما تنها یک نفر از هر شش نفر در فرایند درمان قرار دارند. مهم‌تر آن که بر اساس مطالعه‌های صورت گرفته، تعداد افراد نیازمند درمان سومصرف آمفتامین در حال افزایش است (Morais et al., 2018). بنابراین مصرف متآمفتامین معضلی جدی برای بهداشت عمومی در سراسر جهان است که با پیامدهای پزشکی و روان‌پزشکی عمده از جمله وابستگی، روان‌پریشی، مشکل‌های اجتماعی، اقتصادی و حقوقی، بیش مصرفی و مرگ همراه است. با این وجود متأسفانه هیچ درمان دارویی مشخص و مورد تاییدی برای وابستگی به متآمفتامین وجود ندارد. (Morais et al., 2018).

بر اساس مطالعه‌های صورت گرفته، ورزش نشانگان اضطراب و افسردگی را کاهش داده، از رفتار اعتیادی پیشگیری کرده و باعث بهبود کیفیت خواب و کاهش آسیب‌های شناختی می‌گردد؛ یعنی ویژگی‌هایی که اغلب در مصرف‌کنندگان متآمفتامین مشاهده می‌شود. افراد وابسته به متآمفتامین جمعیت زیادی از افسردگان بالینی را تشکیل می‌دهند. در سال‌های اخیر کارآزمایی‌های کنترل شده نشان داده‌اند که ورزش می‌تواند اثرهای مشابه درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی را در افراد وابسته به متآمفتامین ایجاد نماید (Haglund et al., 2015). همبودی افسردگی با اختلال سومصرف مواد پیش‌آگهی درمان را کاهش و احتمال عود مصرف را افزایش می‌دهد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که افزودن تمرین‌های بدنی موجب کاهش معنادار میزان افسردگی در مراحل اولیه پرهیز در مصرف‌کنندگان متآمفتامین می‌شوند (Haglund et al., 2015). یافته‌های پژوهشی جدید نشان می‌دهند که افراد با سابقه اعتیاد شدید و وضعیت پزشکی و روان‌پزشکی نامطلوب بیش‌ترین نتیجه را از ورزش حاصل می‌کنند (Haglund et al., 2015). با این وجود برخی از محققان در مورد عوارض تمرین بیش از حد که خود باعث اختلال در کارکرد مغز می‌شود هشدار داده‌اند -به‌ویژه وقتی که تمرین‌ها با شدت بالایی انجام شوند (Morais et al., 2018).

مداخله‌های روان‌شناختی در اعتیاد

نگاهی کوتاه به سیر تحول درمان‌های روان‌شناختی در سومصرف متاآمفتامین نشان می‌دهد که درمان‌های شناختی و درمان‌های رفتاری از جمله مدیریت مشروط نتایج بالینی مطلوبی را در مصرف-کنندگان متاآمفتامین داشته‌اند. درمان‌های شناختی-رفتاری در قالب جلسه‌های متعدد به رهبری درمانگری آموزش دیده به ایجاد خودآگاهی نسبت به رفتارها یا موقعیت‌های منفی یاری می‌رساند. اگرچه مداخله‌های شناختی رفتاری در کاهش مصرف مواد محرک مفید بوده اما به اندازه مدیریت مشروط اثربخش نیستند. مدل ماتریکس که از درمان شناختی-رفتاری مشتق شده است در اوایل دهه ۱۹۸۰ برای درمان وابستگی به کوکائین ابداع شد. اهداف کلی این مدل عبارتند از ایجاد وقفه در سومصرف مواد، درک مسایل زیربنایی مربوط به عود و اعتیاد، فراهم‌سازی حمایت و آموزش برای اعضای خانواده، آشناسازی بیماران با برنامه‌های خودیاری و نظارت بر پیگیری بیماران.

اثربخشی مداخله‌های روان‌شناختی با نرخ پایین درمان و بازگشت همراه بوده است. نقایص شناختی مرتبط با مصرف متاآمفتامین در قالب بازداري کنترل بر مصرف ممکن است علت اثربخشی محدود درمان‌های روان‌شناختی باشد.

اثر ورزش بر اعتیاد

مطالعه‌های بسیاری به بررسی اثرهای مثبت ورزش بر ولع مصرف، طول مدت پرهیز و نشانگان پرهیز پرداخته‌اند. اکثر یافته‌ها نتایج امیدوارکننده‌ای را از اثرهای مثبت ورزش بر افزایش میزان پرهیز و کاهش شکایت‌های روان‌شناختی و نشانگان پرهیز گزارش نموده‌اند. با این وجود، تحقیق پیرامون نقش ورزش در بازتوانی از اعتیاد هنوز در مرحله اولیه‌ای قرار دارد و نیاز به انجام مطالعه‌های بیش‌تر از این زمینه است (Colledge et al., 2018). در سال‌های اخیر، ورزش به عنوان درمانی غیردارویی در کاهش ولع مصرف توجه زیادی را به خود جلب نموده است. یافته‌های مطالعه‌های فراتحلیلی نشان می‌دهند که ورزش می‌تواند در کاهش ولع مصرف سیگار موثر بوده و نشانگان پرهیز از مصرف مواد را کاهش دهد (Wang et al., 2016).

تمرین‌های بدنی اثربخش ممکن است به پارامترهای زیر وابسته باشند:

- سن و جنسیت افراد،
- نوع ماده مصرفی (الکل، نیکوتین و کوکائین)،
- مدت زمان مصرف، و
- شرایط ورزش آزموده شده.

با توجه به نقش تفاوت‌های جنسیتی این بحث وجود دارد که زنان بیش از مردان از آثار مطلوب تغییرهای شناختی ناشی از ورزش بهره‌مند می‌شوند (Morais et al., 2018).

ورزش شدید می‌تواند بر کاهش ولع مصرف و کنترل مهارکنندگی^{۱۴۷} (تسلط بر خود) در مصرف-کنندگان متأفتمین موثر باشد. وانگ و همکاران (۲۰۱۶) از اولین کسانی بودند که اثر ورزش شدید را در جمعیت وابستگان به متأفتمین مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها دریافته‌اند که در حین انجام تمرین‌های ایروبیک با شدت متوسط و پس از آن میزان ولع مصرف کاهش یافته و کنترل بازدارنده بهبود می‌یابد. وانگ و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌های خود رابطه‌ای یو شکل وارون (∩) را بین شدت تمرین و بازدارنده مرتبط با عملکردهای اجرایی و برنامه‌ریزی یافتند. بر اساس نظر وانگ و همکاران (۲۰۱۶) شدت متوسط تمرین‌های ورزشی بیش‌ترین تاثیر را بر کاهش ولع مصرف اعمال می‌نماید. یافته‌های پژوهشی شواهدی را در حمایت از مزایای تمرین بر کاهش ولع مصرف متأفتمین و کنترل بازدارنده^{۱۴۸} در جامعه افراد وابسته به متأفتمین نشان می‌دهد. علاوه بر این، شواهد نشان می‌دهد که تمرین با شدت متوسط در قیاس با تمرین شدید، اثرگذاری بیش‌تری بر ولع مصرف و کنترل بازدارنده دارد (Wang et al., 2016). این شواهد ممکن است به تجویز ورزش برای درمان وابستگان به مواد موثر باشد.

یافته‌های مطالعه مورایس و همکاران (۲۰۱۸) نشان می‌دهند که هشت هفته تمرین استقامتی شامل سه روز در هفته استفاده از تردمیل به مدت سی دقیقه (شدت بر اساس ضربان قلب) و پس از آن استفاده از تمرین‌های مقاومتی (پیش‌رونده، مبتنی بر برنامه دایره‌ای با دستگاه و کار با دمبل برای گروه‌های عضلانی بزرگ بالاتنه و پایین‌تنه) باعث تغییر معناداری در قدرت عضلانی، استقامت و ضربان قلب شده که به عنوان شاخصی در سیستم عصبی خودکار در بهبود از وابستگی به مواد استفاده می‌شود. در واقع تمرین‌های ورزشی ساختاریافته دسترسی به گیرنده‌های دی ۲ و دی ۳ را در مدار استریاتال افزایش می‌دهند (Morais et al., 2018). ورزش با تنظیم ضربان قلب در اثرگذاری ورزش بر کاهش افسردگی در مصرف‌کنندگان متأفتمین نقش دارد. کاهش ضربان قلب ارتباط معناداری با اختلال افسردگی شدید دارد. استفاده از تمرین‌های ورزشی در میان مدت و بلند مدت در افراد دارای اختلال‌های مصرف مواد مفید است اما هیچ‌گونه شواهدی مبنی بر اثربخشی این تمرین‌ها در مرحله سم‌زدایی وجود ندارد (Borodulin et al., 2016).

علاوه بر اثربخشی تمرین‌های ورزشی بر شاخص‌های سلامت در مصرف‌کنندگان متأفتمین، پیشینه پژوهشی از اثرهای مثبت فعالیت‌های فیزیکی در افراد وابسته به الکل حکایت دارد. ادبیات پژوهشی نشان می‌دهند که استفاده از ورزش ایروبیک با شدت متوسط در درمان وابستگی به الکل اثربخش بوده و علاوه بر کاهش میزان مصرف، پیروی از درمان را نیز بهبود می‌بخشد (Brown et al., 2014). همچنین این ادبیات روشن ساخته است که ورزش درمانی در قالب سه جلسه تمرین هفتگی به مدت ۶۰ دقیقه از شدت کم تا زیاد با کاهش میزان ولع مصرف در بیماران وابسته به

^{۱۴۷} restraint

^{۱۴۸} inhibitory control

الکل همراه بوده است (Schneider et al., 2016). علاوه بر این، یافته‌های مطالعه هورن و همکاران (۲۰۱۱) نشان می‌دهند که جوانان وابسته به نیکوتین پس از تمرین‌های ورزشی میزان بالایی از ترک سیگار را نسبت به گروه کنترل نشان داده‌اند که تا مرحله پیگیری شش ماهه ادامه یافته است.

یکی از نکته‌های ابهام برانگیز در استفاده از برنامه‌های ورزشی انتخاب نوع ورزش بر اساس هوازی یا بی‌هوازی بودن فعالیت است. مطالعه‌ها نشان می‌دهد که تمرین‌های بی‌هوازی اثرهای مثبتی بر درمان جمعیت مبتلایان به اختلال‌های روان‌پزشکی دارد اما این اثربخشی در درمان اختلال مصرف - مواد به خوبی روشن نیست. نتیجه‌های مطالعه‌ای نظام‌مند نشان می‌دهند که تاثیرگذاری تمرین بی‌هوازی در اختلال مصرف مواد کم است (Colledge et al., 2018). تمرین‌ها یا ورزش‌های هوازی به عنوان حرکت گروه بزرگی از عضله‌ها تعریف می‌شود که از نظر شدت زیر آستانه بی‌هوازی (آی-ای تی) قرار دارد. تمرین‌های بی‌هوازی انجام ورزش بالای ای تی است و بنابراین از طریق مسیرهای متابولیکی غیروابسته به اکسیژن صورت می‌پذیرد (Colledge et al., 2018). این آستانه، آستانه تهویه یا آستانه لاکتات نامیده می‌شود. افزایش غلظت لاکتات منجر به اختلال در عملکرد ورزشی می‌شود. بنابراین تمرین‌های بالاتر از آستانه ای تی نمی‌توانند به طور نامحدود ادامه یابند زیرا منجر به خستگی و عدم توانایی در ادامه تمرین می‌شوند. غلظت اسید لاکتیک چهار میلی‌مول در لیتر با این آستانه مطابقت دارد. میزان ضربان قلب در طول ورزش به عنوان معیاری دیگر در تمایز بین تمرین‌های هوازی و بی‌هوازی استفاده می‌شود که ارزیابی آن سریع‌تر و ساده‌تر از غلظت لاکتات پلاسما است. متأسفانه هر دو معیار غلظت لاکتات و ضربان قلب فاکتورهای فردی بوده و از تفاوت‌های فردی تاثیر می‌پذیرند. تمایز تمرین‌های هوازی و بی‌هوازی از طریق انجام تست‌های فیزیولوژیک میسر است. تمرین هوازی با شدت کم تا متوسط برای حداقل زمان بیست دقیقه انجام شده و اغلب در قالب پیاده‌روی، دویدن و دوچرخه سواری صورت می‌گیرد. تمرین بی‌هوازی به تمرین با شدت بالا، کوتاه و تکرارشونده اشاره دارد. تمرین بی‌هوازی معمولاً به تمرین اینتروال، تحمل و بالا کشیدن وزن بدن اشاره دارد (Colledge et al., 2018).

نتایج زمینه‌یابی انجام شده توسط استوتنبرگ و همکاران (۲۰۱۵) نشان می‌دهد که ۷۰٪ بیماران خواستار گنجاندن برنامه‌های تمرینی به عنوان بخشی از فرایند درمان سومصرف مواد هستند. ۹۰٪ درصد بیماران ساختار انجام تمرین‌های ورزشی با مربی و ۷۶/۵٪ آن‌ها تنوع در حرکت‌های تمرینی را ترجیح داده‌اند.

عدم توانایی انجام تمرین‌ها، عدم دسترسی به تجهیزات، نداشتن انگیزه برای شروع تمرین، فقدان دانش، نداشتن اعتماد به نفس، فقدان انرژی، احساس ناراحتی از انجام تمرین‌ها و نداشتن شریک ورزشی مهم‌ترین موانع موجود در مسیر مشارکت بیماران وابسته به مواد در برنامه‌های تمرینی هستند (Stoutenberg, Warne, Vidot, Jimenez & Read, 2015).

کمبود زمان به عنوان یکی از موانع گزارش شده از سوی بیماران مبتلا به اختلال‌های سومصرف مواد بیان شده است (Borodulin et al., 2016).

ورزش همچنین موجب افزایش قدرت تصمیم‌گیری و حل مسئله می‌شود. این ویژگی‌ها در درمان اعتیاد و نیز طول مدت ماندگاری در درمان و تاب‌آوری در مقابل وسوسه بسیار موثر هستند.

ورزش در برنامه‌های درمانی سازمان‌های مردم‌نهاد

درباره اعتیاد و گسترش آن بسیار صحبت شده است؛ اما آنچه کمتر به آن توجه شده تلاش فعالان جامعه مدنی به منظور رویارویی و مهار این پدیده از طریق ورزش است. در کنار فعالیت نهادهای رسمی و حکومتی در راستای مبارزه با مواد مخدر، افراد و گروه‌هایی در عرصه جامعه مدنی ایران با انگیزه‌های انسانی و با ماهیتی غیرانتفاعی برای حل بحران مواد مخدر و به ویژه کمک برای ترک اعتیاد و بازتوانی معتادان و بازگرداندن آن‌ها به زندگی عادی در تلاش هستند.

جمعیت احیای انسانی (کنگره ۶۰)

جمعیت احیای انسانی (کنگره ۶۰) یکی از ده‌ها سازمان مردم‌نهاد در این ارتباط است. این سازمان مردم‌نهاد که مسئول و مؤسس آن آقای مهندس حسین دژاکام بوده در شهریور سال ۱۳۷۸ تأسیس شده است. کنگره ۶۰ از مداخله‌های ورزشی شخصیت‌های متعددی از جمله شادروان آقای دکتر مسعود حاج رسولی قهرمان بوکس آسیا، دارای دکترای فیزیولوژی ورزش، الهام گرفته است. کنگره ۶۰ اکنون به یکی از بزرگ‌ترین سازمان‌های مردم‌نهاد در ایران مبدل شده که در راستای کمک به بهبودی بیماران از دام اعتیاد فعالیت می‌نماید. این کنگره شرایط و آموزش‌های لازم برای بازگشت افراد مصرف‌کننده به جامعه را به عنوان فردی عادی فراهم کرده است.

در کنگره ۶۰ نقش ورزش در فرایند بهبودی یکی از جنبه‌های مورد توجه در درمان است. ورزش بخشی از تغییر جهان‌بینی افراد در فرایند بهبود تلقی می‌شود (Ashdown-Franks, 2019). ورزش باعث بهبود کیفیت خواب، تنظیم شاخص‌های خلقی و استمرار در درمان می‌شود (Weinstein & Weinstein, 2014). از سوی دیگر، از آن‌جا که جنبه برد و باخت ورزش در کنگره ۶۰ دست‌خوش تغییر گشته، برد و باخت در آن جای خود را به شاخص‌هایی انسانی داده که همگی در راستای تعالی مددجویان به کار گرفته می‌شوند.

در حال حاضر کنگره ۶۰ در مجموعه‌ای از رشته‌های ورزشی شامل ورزش باستانی، تنیس روی میز، تیر و کمان، راگی، شنا، کشتی، والیبال و چندین رشته ورزشی دیگر فعالیت می‌کند. بعضی از مراجعان این نهاد توانسته‌اند در رشته‌های تیر و کمان، راگی و کشتی به عناوین کشوری دست یابند. امید است که این مسیر تعالی بیش از پیش ادامه یابد.

خلاصه و نتیجه گیری

یافته‌ها نشان می‌دهد که انجام ورزش منظم به عنوان بخشی از برنامه‌های توانبخشی در درمان اختلال مصرف مواد می‌تواند در ارتقا وضعیت جسمانی و روانی مراجعان مفید باشد. با این وجود شواهد کافی مبنی بر نقش ورزش به عنوان درمانی مکمل و استاندارد در اختلال‌های مصرف مواد وجود دارد. ما پژوهشگران و متخصصان را به توسعه مداخله‌های ورزشی به عنوان مکمل درمان‌های موجود در حیطه اعتیاد تشویق می‌کنیم.

درباره نویسندگان: بیژن پیرنیا دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، پژوهشگر حیطه درمان اعتیاد و مدیر مرکز درمان سومصرف مواد بیژن و مرکز خدمات روان‌شناختی سارینا است. ایشان نزدیک به یک دهه است که در حیطه کاربرد مداخله‌های روان‌شناختی، ورزشی و رفتاری در بازتوانی از اعتیاد فعال هستند.

منابع

- Anandkumar, S., Manivasagam, M., Kee VTS., & Meyding-Lamade, U. (2017). Effect of physical therapy management of nonspecific low back pain with exercise addiction behaviors: A case series. *Physiotherapy Theory and Practice*. 34(4), 316–28.
- Ashdown-Franks, G., Firth, J., Carney, R., Carvalho, AF., Hallgren, M., Koyanagi A, et al. (2019). Exercise as medicine for mental and substance use disorders: A meta-review of the benefits for neuropsychiatric and cognitive outcomes. *Sports Medicine*. Springer Science and Business Media LLC.
- Borodulin, K., Sipilä, N., Rahkonen, O., Leino-Arjas, P., Kestilä, L., Jousilahti, P., & Prättälä, R. (2016). Socio-demographic and behavioral variation in barriers to leisure-time physical activity. *Scandinavian Journal of Public Health*. 44(1), 62-69.
- Brown, RA., Abrantes, AM., Minami, H., Read, JP., Marcus, BH., Jakicic, JM., et al. (2014). A preliminary, randomized trial of aerobic exercise for alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 47(1), 1–9.
- Chennaoui, M., Arnal, PJ., Sauvet, F., & Léger, D. (2015). Sleep and exercise: A reciprocal issue? *Sleep Medicine Reviews*. 20, 59–72.
- Colledge, F., Gerber, M., Pühse, U., & Ludyga, S. (2018). Anaerobic exercise training in the therapy of substance use disorders: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*. 4, 9.
- Haglund, M., Ang, A., Mooney, L., Gonzales, R., Chudzynski, J., Cooper, C. B., & Rawson, R. A. (2015). Predictors of depression outcomes among abstinent

methamphetamine-dependent individuals exposed to an exercise intervention. *The American Journal on Addictions*. 24(3), 246-251.

Horn, K., Dino, G., Branstetter, SA., Zhang, J., Noerachmanto, N., Jarrett, T., et al. (2011). Effects of physical activity on teen smoking cessation. *PEDIATRICS* [Internet]. *American Academy of Pediatrics (AAP)*. 128(4), 801–811.

Morais, A. P. D., Pita, I. R., Fontes-Ribeiro, C. A., & Pereira, F. C. (2018). The neurobiological mechanisms of physical exercise in methamphetamine addiction. *CNS Neuroscience & Therapeutics*. 24(2), 85-97.

More, A., Jackson, B., Dimmock, J.A., Thornton, AL., Colthart, A., & Furzer, BJ. (2017). Exercise in the treatment of youth substance use disorders: Review and recommendations. *Frontiers in Psychology*. 17(8).

Schneider, B.C., Moritz, S., Hottenrott, B., Reimer, J., Andreou, C., & Jelinek, L. (2016). Association splitting: A randomized controlled trial of a new method to reduce craving among inpatients with alcohol dependence. *Psychiatry Research*. 238, 310–7.

Stoutenberg, M., Warne, J., Vidot, D., Jimenez, E., & Read, JP. (2015). Attitudes and preferences towards exercise training in individuals with alcohol use disorders in a residential treatment setting. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 49, 43–9.

Wang, D., Zhou, C., Zhao, M., Wu, X., & Chang, Y-K. (2016). Dose–response relationships between exercise intensity, cravings, and inhibitory control in methamphetamine dependence: An ERPs study. *Drug and Alcohol Dependence*. 161, 331–9.

Exercise can help prevent relapses into cocaine addiction, claims a study. (2019). Retrieved from <https://www.aninews.in/news/health/exercise-can-help-beat-cocaine-addiction-study20190902231337/>.

Weinstein, A., Weinstein, Y. (2014). Exercise addiction: Diagnosis, biopsychological mechanisms and treatment issues. *Current Pharmaceutical Design*. 20(25), 4062–9.

نقش تغذیه در بازتوانی و توانمندسازی افراد در حال بهبودی

محمد طاهری ریکنده

شما پس از مطالعه این فصل قادر خواهید بود تا:

- نوع فقر غذایی و تغذیه‌ای افراد در معرض خطر اعتیاد را تعیین و تشریح کنید؛ و
 - میزان و نوع مواد مغذی مورد نیاز افراد در زمان بازتوانی از اعتیاد را تعیین و تشریح کنید.
- پرسش‌های کلیدی:** بیماری‌های ناشی از تغذیه در زمان سومصرف مواد چه هستند؟ نقش تغذیه در بازتوانی افراد در معرض خطر برگشت به مصرف چیست؟

واژگان کلیدی: بازتوانی، توانمندسازی، ضعف آدرنال و رژیم غذایی افراد در حال بهبودی.

مقدمه

امروزه پیشرفت علم باعث شده تا علم تغذیه نوین بتواند در مبحث پیشگیری، درمان اعتیاد و توانمندسازی افراد در حال بهبودی حرفی برای گفتن داشته باشد. علم تغذیه می‌تواند با اصلاح رژیم‌های غذایی حتی "بیماری‌های تمدن" یعنی بیماری‌هایی که در اثر پیشرفت جوامع بشری و شهرنشینی بروز پیدا کرده است (مانند بیماری‌های قلبی و عروقی) را هم کاهش داده و مرتفع کند. دستیابی آسان، کم‌هزینه و حتی سریع به غذاهای فرآوری شده و حاضری^{۱۴۹} باعث افزایش بیماری‌های انسان امروزی شده است. افزایش آگاهی و اصلاح الگوی تغذیه افراد جامعه می‌تواند باعث کاهش مشکل‌ها و هزینه‌های بسیاری شود.

اصلاح الگوی غذایی در درمان خیلی از بیماری‌ها و حتی در بازتوانی از سومصرف مواد نیز موثر است. اصلاح الگوی مصرف به معنی عدم مصرف غذاهای صنعتی و مصرف مواد غذایی کامل و دارای مواد مغذی و فیبر است. تغذیه و شیوه زندگی نامناسب می‌تواند سلامتی افراد در حال بهبودی را به خطر بیندازد. مصرف غذاهای سرخ شده، مواد قندی و کربوهیدرات‌های تصفیه و فرآوری شده علاوه بر فقر غذایی نشان دهنده سطح و شیوه زندگی افراد نیز هست. مصرف سبزیجات تازه، میوه‌ها، پروتئین، چربی‌های با کیفیت بالا و نیز کربوهیدرات پیچیده می‌تواند در حفظ پرهیز از مصرف (پاکی) و ارتقا بهبودی موثر باشد. در درمان افراد سومصرف‌کننده مواد توجه به مشکل‌های ناشی از سبک زندگی و نوع تغذیه نیز مهم است. افت قند خون، خستگی غدد، استرس و مشکل‌های گوارشی می‌توانند فرد را

^{۱۴۹} fast foods

با چالش‌هایی جدی مواجه کنند. بنابراین در این بخش از کتاب دو مبحث مشکل‌های شایع در بین افراد مصرف‌کننده و نیازمندی‌های تغذیه‌ای ایشان مورد بحث قرار می‌گیرد.

تاثیرهای مخرب اعتیاد بر بدن

اعتیاد می‌تواند منجر به بروز مشکل‌های وابسته به تغذیه مانند افت قند خون، ضعف غده آدرنال (فوق کلیه)، آلرژی و مشکل‌های گوارشی شود. مواد مخدر و الکل منجر به ایجاد تداخل در کارکرد مغز و کاهش کارایی پیام‌رسان‌های عصبی^{۱۵۰} مغز می‌شوند. این تغییرهای الکترومغناطیسی و بیوشیمیایی سیستم ایمنی بدن را ضعیف کرده و باعث تشدید مشکل‌های وابسته به تغذیه مانند افت قند خون، خستگی، ضعف آدرنال، آلرژی، مشکل‌های هضم و جذب در سیستم گوارش - مانند سندرم روده چکه کن^{۱۵۱}، عدم رشد باکتری‌های مفید و افزایش رشد باکتری‌های مضر در روده می‌شوند.

افت قند خون: افت قند خون^{۱۵۲} یا هیپوگلیسمی یکی از مسایل مهم در بازتوانی سومصرف‌کنندگان مواد و الکل است. مطالعه‌ها بر روی عده‌ای از زندانیان در حال بهبودی نشان داده است که ۸۵ درصد آن‌ها از افت قند خون در رنج بوده‌اند. افت قند خون واکنش‌پذیر یا کارکردی شایع‌ترین نوع افت قند و ناشی از نوع غذای مصرفی (قند ساده یا کربوهیدرات‌های تصفیه شده به طور خاص در سومصرف‌کنندگان الکل) است (Stitt, 2004; Schauss, 2004).

هنگام هضم غذا تعداد زیادی مواد مغذی شکسته و ریزمغذی‌ها جذب عروق شده و توسط بدن استفاده می‌شوند. یکی از این مواد مغذی گلوکز یا قند خون است. غذاهای تصفیه شده (مانند نان سفید، دونات و نوشیدنی‌های قندی) چون دارای قندی ساده هستند به سرعت جذب عروق شده و می‌توانند تعادل سطح قند طبیعی خون را به هم بزنند. این قند باعث ترشح انسولین از پانکراس می‌شود که وظیفه کنترل و دریافت قند خون را برعهده دارد.

تولید بیش از حد انسولین از پانکراس باعث مصرف قند خون شده و سطح قند را در خون کاهش می‌دهد. در زمان افت قند خون، سلول‌های بدن (و مغز) دچار قحطی قندی شده که می‌تواند منجر به بروز اختلال‌هایی چون مشکل‌های عاطفی و جسمی (لرزش، زود رنجی، بی‌ثباتی عاطفی، ضعف ناگهانی و گیجی) شود. با افت قند خون، غده فوق‌کلیوی شروع به ترشح آدرنالین کرده تا قندهای اضطراری (گلیکوژن) را برای جلوگیری از شوک انسولینی از کبد آزاد کند. این امر می‌تواند باعث شروع واکنش‌های ناخوشایندی (لرزش، ضعف، تعریق و بالا رفتن ضربان قلب) شود. کافیین از

^{۱۵۰} neurotransmitters

^{۱۵۱} Leaky Gut Syndrome

^{۱۵۲} Hypoglycemia

نوشیدنی‌هایی است که می‌تواند باعث تحریک مشابهی در سومصرف‌کنندگان مواد شده، آدرنالین ترشح نموده، گلیکوژن آزاد کرده و قند خون را بالا ببرد.

بیش‌تر رژیم‌های بازتوانی الگوی غذایی نامناسبی داشته و حاوی کربوهیدرات‌های فراوری شده و ساده هستند که در زمان استفاده از مواد مخدر و الکل باعث افزایش افت قند خون می‌شوند. ثابت نگه داشتن و ورود پیوسته گلوکز به جریان خون بهترین راه مدیریت این نوع افت قند خون است. از طریق تغییر عادت‌های غذایی آمده در ذیل می‌توان به این هدف دست یافت:

- حذف کربوهیدرات‌های ساده و یا تصفیه شده از رژیم غذایی،
- جایگزینی کربوهیدرات‌های ساده با نوع پیچیده آن (مواد نشاسته‌ای مانند غلات کامل و سبزیجات)،
- اضافه کردن پروتئین و چربی به رژیم غذایی زیرا کربوهیدرات‌ها زودتر از غذاهای چرب جذب بدن می‌شوند،
- عدم حذف وعده‌های غذایی (زیرا برای تنظیم قند خون لازم هستند)، و
- سنجش قند خون و حفظ رژیم غذایی.

خستگی یا ضعف غده فوق کلیه (خستگی آدرنال): یکی از مشکل‌های جسمی در دوران بازتوانی اعتیاد خستگی آدرنال است. خستگی آدرنال وضعیتی است که غده فوق کلیه وظیفه خود را به خوبی در قبال مواجهه با استرس و دیگر عوامل انجام نمی‌دهد. دلیل اصلی این امر تقاضای همیشگی بدن برای تولید آدرنال برای مدیریت افزایش و کاهش قند خون در سومصرف‌کنندگان مواد بوده که منجر به فعالیت زیاد غده فوق کلیه و خستگی آن شده است.

غده فوق کلیه یا آدرنال قسمتی از نظام غدد درون‌ریز است که تنظیم فعالیت‌های بدن و مغز را بر عهده دارد. این غده بر روی کلیه‌ها قرار داشته و باعث ترشح هورمون‌هایی می‌شود که به طور خاص به کنترل استرس کمک می‌کنند. این غده‌ها اهمیت زیادی دارند زیرا تنظیم‌کننده اولیه فرایند شیمیایی تبدیل غذا و مایعات به موادی برای رشد، تغییر، بازتوانی و ترمیم بدن هستند. غده آدرنال برای مواقعی ضروری طراحی شده است. این غده در هنگام خطر باعث ترشح آدرنالین می‌شود تا خیلی سریع قند را به انرژی تبدیل کرده، باعث تسریع ضربان قلب و هوشیاری شده و به پانکراس دستور ترشح انسولین را داده تا افزایش قند خون را کاهش دهد.

این غده در بیش‌تر افراد به دلیل مصرف زیاد مواد قندی و کربوهیدرات‌های ساده آسیب دیده و کارکرد آن به مرور مختل شده است. مواد غذایی که از ویتامین‌ها، مینرال‌ها و فیبر تهی بوده به سرعت هضم و جذب خون می‌شوند. این فرایند باعث افزایش یک‌باره قند خون و افزایش ترشح و رها سازی هورمون‌های غده فوق کلیه می‌شود. در هنگام خستگی این غده، بدن به خطرناک و استرس‌کند پاسخ داده و نمی‌تواند سطح قند خون را به سرعت کاهش دهد. وقتی غده آدرنال کند عمل نماید

سطح قند خون افزایش یافته و بدن شروع به ترشح انسولین می‌کند تا سطح قند خون را کاهش داده و قند را وارد سلول‌ها کند. بالا و پایین رفتن میزان انسولین در خون علایمی مانند خستگی، بی‌قراری، پریشانی، لرزش، ناامیدی، تحریک‌پذیری، مشکل‌های حافظه، خشم، گرگرفتگی، اضطراب و بی‌خوابی را به همراه می‌آورد.

تغذیه در هنگام خستگی *آدرنال*: کارکرد غده فوق کلیه تنظیم وضعیت جسمی و روانی انسان است. افت قند خون و خستگی غده آدرنال می‌تواند از طریق مدیریت تغذیه در فرد کنترل شود. وعده‌های غذایی باید شامل کربوهیدرات‌های پیچیده، پروتئین، چربی (زیتون، گردو، روغن کتان و ماهی) و مقدار زیادی سبزیجات و فیبر باشند. افراد مبتلا به خستگی غده فوق کلیه باید مصرف کربوهیدرات، قند، قهوه، شکلات، چربی‌های جامد و غذاهای حاضری را قطع کنند.

آلرژی یا حساسیت: به گفته دانشمندان درصد بالایی از افرادی سومصرف‌کننده مواد آلرژی‌های چندانگانه دارند. با حذف غذا و مواد حساسیت‌زا سیستم‌های هضم و جذب بدن در دوران بازتوانی احیا می‌شوند. حساسیت به مواد غذایی، گرده گیاهان، غبار و مواد شیمیایی سبب بروز علایمی مانند آبریزش بینی، سردرد، کهیر، آسم، مشکل‌های گوارشی، کاهش توانایی سیستم ایمنی و افزایش خشونت و بیش‌فعالی افراد می‌شود.

حساسیت‌های محیطی: مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد که ۵۶ درصد از مراجعان (در بخش بازتوانی) نسبت به اتانل حاصل از گاز طبیعی، گازوییل، رنگ، انواع دود، الکل و کربوهیدرات‌ها حساسیت داشتند (Larson, 1987). خستگی، فرسودگی و عدم تشخیص موقعیت از واکنش‌های مشترک به این حساسیت‌ها هستند. نقاشان ساختمان، مکانیک‌ها، آرایشگرها و شاغلان در کارگاه‌های چاپ نسبت به الکل حساس‌ترند.

حساسیت‌های غذایی: کره بادام زمینی، شیر، تخم مرغ، غلات، گوجه، مرکبات، مخمر، سویا و شکلات در زمره غذاهای حساسیت‌زا هستند. سومصرف‌کنندگان الکل به طور خاص به موادی که طی فرایند تخمیر از آن‌ها الکل گرفته می‌شود (شکر، انگور و غلات) حساسیت بیش‌تری دارند. مصرف مواد حساسیت‌زا باعث بروز بیماری‌های گوارشی و یا اختلال رشد باکتری‌های روده می‌شود. در صورت مصرف مواد و غذاهایی که فرد به آن حساسیت دارد، غذا به محض ورود به بدن متابولیزه شده و شروع به تولید عوامل حساسیت‌زای شیمیایی می‌کند. این امر باعث کاهش کنترل بر تولید مواد آسیب‌رسان شده و منجر به گیجی، تاری دید و افسردگی می‌شود. در صورت حساسیت به گروه خاص مواد غذایی باید در روند بازتوانی و توانمندسازی افراد در حال بهبودی از مصرف آن‌ها اجتناب کرد. برای تشخیص حساسیت غذایی می‌توان از تست‌های پوستی و آزمایش خون کمک گرفته و به کنترل مصرف غذاهای فرد در حال بهبودی پرداخت.

سندرم روده چکه کن: داشتن حساسیت به غذایی خاص ممکن است مجرای گوارشی شما را در معرض مواد ناشناخته‌ای قرار داده و باعث عدم کارایی آن شود. مجرای گوارشی سدی بین غذا (خارج بدن) و خون (داخل بدن) است که مواد مغذی را جذب و سموم را دفع می‌کند. اگر مجرای گوارشی به مدت زیادی در معرض مواد سمی و آلرژی‌زا قرار گیرد آنگاه کارایی سیستم گوارشی دچار اختلال شده و فرد مبتلا به مشکل‌های مزمن روماتیسم مفصلی^{۱۵۳} (آرتریت) و بیماری‌های خود ایمنی می‌شود. این سندرم در اثر استفاده از داروهایی خاص، عفونت، حساسیت‌های غذایی و کمبود مواد مغذی ایجاد می‌شود. نشستی روده فضای گسترده‌ای در روده را اشغال کرده و باعث می‌شود که باکتری‌ها و سموم به طور اشتباه وارد خون شده و به عنوان ماده‌ای بیگانه باعث تحریک سیستم ایمنی و ایجاد واکنش‌های آلرژیکی و حساسیت شود. سندرم اختلال روده مشکلی مرتبط با حساسیت، تولید گاز، نفخ، عفونت‌های باکتریایی و آرتریت‌ها است.

تغذیه در سندرم روده چکه کن: در دوران بازتوانی اعتیاد مجرای جذب روده به خاطر خاصیت بازیابی و ترمیم بدن به خوبی ترمیم می‌شود. برای استراحت دادن به کبد و کاهش مواد مضر، رژیم غذایی هفت روزه پاک‌سازی شامل مصرف سالاد، سوپ و آب‌میوه پیشنهاد می‌شود. بعد از یک هفته پاک سازی مصرف غذاهای پرفیبر و کربوهیدرات‌های پیچیده، میوه، سبزیجات تازه، لوبیا، بقولات، غلات بدون گلوتن، ماهی آب‌های آزاد، دانه‌ها، دمنوش‌های گیاهی و میزان کم روغن زیتون و کانولا توصیه می‌شود. اجتناب از غذاهایی که سبب استرس مجرای گوارشی می‌شود (روغن‌های اشباع شده حیوانی و گیاهی جامد، پروتئین، کربوهیدرات‌های ساده و تصفیه شده) دارای اهمیت است. در این دوران باید از مصرف افزودنی‌ها و نگهدارنده‌ها اجتناب شود زیرا باعث اختلال عملکرد مجرای روده‌ای گوارشی و تضعیف سیستم ایمنی بدن می‌شوند.

مشکل‌های باکتری و مخمرها در روده: مشکل‌های باکتریایی عارضه دیگر مرتبط با سومصرف مواد و به خصوص اعتیاد به الکل است. عفونت حاصل از باکتری آلبیکانسن عفونت گسترده‌ای را در روده و مجرای گوارشی، سینوس‌ها و واژن ایجاد می‌کند. مطالعه‌ها نشان داده‌اند که ۵۵ درصد از زنان و ۳۵ درصد از مردان سومصرف‌کننده مواد دچار عفونت‌های قارچی شده‌اند.

مکانیزم عمل: بیش از ۴۰۰ نوع مختلف باکتری و مخمر در روده و مجرای گوارشی تحت عنوان فلور طبیعی روده شناسایی شده‌اند. بعضی از این باکتری‌ها مانند اسیدوفیل و بیفیدوباکتر مفید بوده و تعدادی از آن‌ها مانند سالمونلا و استافیلوکوک مضر هستند. در فرد سالم تعادلی بین میکروارگانیسم‌های خوب و بد وجود دارد که این تعادل در مراحل هضم و جذب مواد مغذی و ویتامین‌ها در دستگاه گوارش حیاتی است. با به هم خوردن تعادل، میکروارگانیسم‌های مضر شروع به

افزایش می‌کند. آن‌ها سمومی ترشح کرده که باعث عفونت موضعی شده، در کبد و دیگر ارگان‌های بدن انتشار یافته و باعث تحریک سیستم ایمنی بدن و افزایش ترشح آنتی‌بادی، التهاب و خنثی کردن سموم می‌شود.

تغذیه در دوران بازتوانی و مشکل‌های باکتریایی و قارچی: افزایش مصرف کربوهیدرات‌های ساده و قند باعث افزایش باکتری‌ها و مخمرهایی شده که قند را جذب کرده و آن را به الکل و سموم تبدیل می‌کند. سموم باکتری‌های مفید و تعادل میکروارگانیزم روده را از بین می‌برند. وقتی مکانیزم بدن برای نگهداری و کنترل این تعادل بهم می‌خورد باکتری‌های مضر رشد کرده و باعث عفونت بافت‌ها می‌شوند. رژیم غذایی مناسب می‌تواند به کاهش باکتری‌ها کمک کند.

برنامه غذایی صحیح با حذف غذاهای تصفیه شده، مواد قندی و کربوهیدرات‌های ساده و کاهش کربوهیدرات‌های پیچیده به جلوگیری از تغذیه باکتری‌ها می‌پردازد. این برنامه سپس به کمک باکتری‌های موجود در غذا و مکمل‌ها (به‌خصوص پروبیوتیک‌ها) به ترمیم مجرای روده می‌پردازد. و در آخر برنامه غذایی صحیح با در برداشتن غذاهای سرشار از مواد مغذی و پرفیبر باعث رشد باکتری‌های مفید روده‌ای می‌شود.

مصرف این مواد غذایی به مدت چهار هفته توصیه می‌شود: تخم مرغ، سوپ تازه، مغزانه‌های تازه، پنیر ساده، ماست، کره، بقولات، حبوبات، پروتیین، سبزیجات، غلات کامل، انواع کلم‌ها، آووکادو، ادویه جاتی مانند دارچین، پونه، رزماری، مریم گلی، آویشن، زردچوبه، روغن نارگیل، لیموی تازه، سیر، روغن زیتون، پیاز، سرکه سیب، مالت، سس سویا و ترشی جات. به دلیل افزایش باکتری و قارچ باید از مصرف محصول‌های لبنی و نان تخمیری اجتناب شود. تقویت سیستم ایمنی از طریق گرما، نور خورشید و خشکی می‌تواند از رشد باکتری و قارچ در بدن این افراد جلوگیری کند. محیط و هوای مرطوب و سرد می‌تواند باعث افزایش کپک زدگی و رشد قارچی، مخمر و باکتری شود. افراد در حال بهبودی باید از قرار گرفتن در معرض سموم، حلال‌ها، اسپری‌ها و مواد شیمیایی اجتناب کنند.

فقر غذایی: اکثر افراد در حال بهبودی دچار فقر غذایی و مصرف ناکافی پروتیین، چربی، انواع ویتامین‌ها و مواد معدنی بوده و توانایی هضم کربوهیدرات‌ها را ندارند. این مشکل در نتیجه تغییرهای جسمی و بیوشیمیایی حاصل از مصرف مواد و الکل به وجود آمده است. مطالعه‌ای با بررسی رژیم غذایی هزاران نفر از افراد در حال بهبودی وجود این الگوی غذایی را در سومصرف‌کنندگان و افراد در حال بهبودی نشان داد (Stitt, 2004): عدم صرف صبحانه، مصرف بالای مواد قندی و کربوهیدرات‌های تصفیه شده، مصرف بالای غذاهای حاضری و فرآوری شده (سوسیس و کالباس)، مصرف کم پروتیین، عدم مصرف سبزیجات و میوه‌های تازه و مصرف زیاد شیر.

داشتن رژیم غذایی حاوی مواد قندی کم‌تر و مواد مغذی بیش‌تر به ویژه برای افراد در حال بهبودی که از نظر شیمیایی در معرض خطرند، بسیار مهم است زیرا مشکل‌های مغزی، بدنی و گوارشی آن‌ها

باعث جلوگیری از جذب و مصرف مواد مغذی می‌شود. بدن برای داشتن عملکرد مناسب به مواد مغذی مثل ویتامین‌های گروه ب، مواد معدنی و اسیدهای چرب ضروری نیاز دارد. کمبود تنها یک ویتامین و یا مواد معدنی باعث برهم خوردن تعادل متابولیکی بدن شده که خود عامل گرایش به سوء مصرف مواد است. فقر غذایی باعث ایجاد خستگی، افسردگی، تحریک‌پذیری و اختلال روانی و عاطفی می‌شود. در زیر به بررسی بیش از ۲۰ ماده مغذی تحت گروه‌های کربوهیدرات، چربی، پروتئین، ویتامین‌ها و مواد معدنی می‌پردازیم که می‌توانند باعث این بازدارندگی شوند.

کربوهیدرات‌ها (نشاسته‌جات)

کربوهیدرات‌ها (نشاسته‌جات) // قند/ گلوکز سوخت همه بخش‌های بدن را تامین کرده و برای سلامت بدن و دفع مواد زاید روده مهم هستند. واحد کشاورزی ایالات متحده آمریکا^{۱۵۴} توصیه می‌کند که ۴۵ تا ۶۵ درصد کالری روزانه بدن باید از طریق مصرف کربوهیدرات‌ها تامین شود. کربوهیدرات‌ها به دو شکل پیچیده یا ساده (قند) در بسیاری از انواع غذاها یافت می‌شوند. بسیاری از سومصرف‌کنندگان الکل و مواد مخدر بیش‌تر از کربوهیدرات ساده و کم‌تر از کربوهیدرات‌های پیچیده استفاده می‌کنند. کربوهیدرات‌های ساده متشکل از قند به سرعت توسط بدن هضم و جذب خون شده و بلافاصله باعث افزایش سطح انرژی می‌شوند. غذاهای تصفیه یا فرآوری شده، نوشیدنی‌های شیرین، الکل، شیرینی‌ها، انواع غذاهای قندی و آرد سفید منابع کربوهیدرات‌های ساده هستند. در مقابل، کربوهیدرات‌های پیچیده در غذاهایی مانند دانه‌های غلات، مغز دانه‌ها، سیب زمینی، کدو حلوائی و انواع سبزیجات یافت می‌شوند. گاهی به نشاسته‌جات که قندهای غنی شده با ویتامین‌ها و مینرال‌ها هستند فیبر کربوهیدرات‌های پیچیده گفته می‌شود. کربوهیدرات‌های پیچیده با مواد دیگر ترکیب شده و در مدت طولانی قند مورد نیاز مغز و بدن را فراهم می‌کنند. این فرآیند تجزیه آهسته اجازه می‌دهد تا قند در مدت زمانی طولانی و طی جریانی ثابت در بدن انرژی آزاد نماید.

کمبود کربوهیدرات‌ها: کربوهیدرات‌ها و قندها خود اعتیادآور بوده و مشکلی قابل توجه در افراد در حال بهبودی به حساب می‌آیند. به طور خاص، مصرف زیاد کربوهیدرات‌های ساده و مصرف ناکافی کربوهیدرات‌های پیچیده می‌تواند منجر به سوءتغذیه شدید و افزایش مشکل‌های مربوط با هضم و جذب مواد مغذی مانند افت قند خون و خستگی آدرنال شود.

غذاهای کربوهیدراتی مناسب برای افراد در حال بهبودی: می‌توان افت قند خون، خستگی آدرنال و مشکل‌های مربوط به متابولیسم کربوهیدرات‌ها را با افزایش مصرف پروتئین‌ها، کاهش مصرف کربوهیدرات‌های ساده و گنجاندن کربوهیدرات‌های پیچیده (سبزیجات و غلات) در رژیم غذایی مدیریت کرد. کربوهیدرات‌های ساده و غذاهایی مانند غلات سفید، نان سفید، کیک، اسپاگتی و

^{۱۵۴} United States Department of Agriculture (USDA)

ماکارونی، نوشابه‌های شیرین، الکل، کافئین و انواع مواد غذایی "بازاری" که حاوی مواد مغذی نبوده باید از برنامه غذایی فرد در حال بهبودی حذف شوند. این کربوهیدرات‌های ساده باید با کربوهیدرات‌های پیچیده‌ای مانند غلات کامل، آجیل، دانه‌ها و سبزیجات که به آرامی در بدن جذب می‌شوند جایگزین شده تا فشار کم‌تری بر روی غده فوق کلیه بیاید. همچنین باید پروتئین‌ها و چربی‌های با کیفیت بالا به کربوهیدرات‌ها اضافه شوند زیرا که آن‌ها آهسته‌تر جذب خون می‌شوند.

پروتئین و اسیدهای آمینه

در زمان فقدان کربوهیدرات‌ها مصرف پروتئین‌ها برای رشد و ترمیم بافت‌های بدن، ارتقا سیستم ایمنی، تولید هورمون، ترشح آنزیم‌های گوارشی و عدم حفظ توده عضلانی ضروری است. پروتئین به اسیدهای آمینه تجزیه می‌شود. برخی از آمینواسیدها توسط بدن تولید می‌شوند اما الباقی آن‌ها باید از طریق مواد غذایی تامین شوند. سروتونین یکی از پیام رسان‌های عصبی است. با توجه به رژیم غذایی توصیه شده توسط واحد کشاورزی ایالات متحده آمریکا ۱۰ الی ۳۵ درصد از کالری مورد نیاز بدن باید از طریق مصرف پروتئین تامین شود. سومصرف کنندگان الکل و مواد مخدر باید از پروتئین بیش‌تری استفاده کنند.

کمبود پروتئین و /اسید آمینه: مصرف مواد و الکل می‌توانند باعث اختلال در جذب پروتئین و در نتیجه بروز کمبودهای پروتئینی در بدن شوند. این کمبودها منجر به بروز مشکل‌هایی (مانند افسردگی، رفتار خصمانه و تهاجمی، مشکل‌های ذهنی، سردرگمی، اضطراب و پارانوئیا) در بهباشی عمومی این افراد می‌شود.

منابع و غذاهای پروتئینی مناسب دوران بهبودی: منابع پروتئینی به مقدار زیاد در گوشت قرمز، مرغ، تخم مرغ، پنیر، شیر و حبوبات و به مقدار کمی در کربوهیدرات‌های پیچیده و سبزیجات وجود دارند. از آنجا که بدن نمی‌تواند اسیدهای آمینه را ذخیره کند نیاز به مصرف روزانه پروتئین‌ها دارد.

منابع حاوی پروتئین بالا					
غلات/ بقولات	گوشت‌ها/ ماهی	مغزها/ دانه‌ها	تخم مرغ/ لبنیات	سبزیجات	ترکیبی
برنج قهوه ای، کینوآ، ذرت، توفو، لوبیا چیتی و عدس	سالمون، تن ماهیان، کاد، ساردین و مرغ	تخمه آفتاب گردان، تخمه کدو و تخمه بادام زمینی	تخم مرغ، ماست طبیعی و پنیر محلی	نخود فرنگی، لوبیا سبز و بروکلی	لوبیا با برنج، عدس با برنج

اسیدهای آمینه نقش مهمی در ارتقا سلامت و عملکرد مناسب مغز دارند. اکثر رژیم‌های تغذیه بر اهمیت مصرف روزانه ۳ تا ۶ واحد پروتئین و اسیدهای آمینه ضروری تاکید دارند تا بدن بتواند از تمامی اختلال‌های ایجاد شده رها و مجدد تنظیم شده و مواد مغذی را به طور موثری جذب کند.

چربی‌ها

چربی‌ها مواد مغذی مهمی هستند که برای رشد طبیعی، تولید انرژی، جذب ویتامین‌های محلول در چربی، حفظ سلول‌های سالم و تولید سروتونین برای بالا بردن خلق و افزایش کیفیت خواب لازم هستند. دو مورد از چربی‌های متشکل از اسیدهای چرب برای بدن ضروری هستند: اسید لینولیک (امگا ۶) و اسید لینولینیک (امگا ۳) که در بدن تولید نشده و باید از طریق رژیم غذایی جذب آن شوند. این دو اسید برای ساخت مواد مورد نیاز بدن و عملکرد بهتر سیستم قلبی عروقی، ایمنی و عصبی ضروری هستند. چربی‌های مورد نیاز بدن به سه نوع اشباع، غیراشباع و تصفیه شده هیدروژنه (جامد گیاهی) تقسیم می‌شوند که باید از مصرف نوع سوم آن اجتناب کرد.

چربی‌های/اشباع شده: این چربی‌ها در غذاهایی مثل کره، تخم مرغ، مرغ، گوشت قرمز و روغن نارگیل یافت شده و دارای کلسترول بالایی هستند. آن‌ها به تقویت غشای سلولی، محافظت کبد در برابر الکل و سموم، افزایش سیستم ایمنی و جذب کلسیم برای سلامت استخوان‌ها کمک می‌کنند. کلسترول حاصل از چربی‌های اشباع شده، مورد نیاز عملکرد مناسب گیرنده‌های سروتونین در مغز هستند. آن‌ها به دلیل طولانی بودن سوخت و سازشان در قیاس با کربوهیدرات‌ها می‌توانند در بالا نگه داشتن طولانی مدت قند خون و تثبیت سطح آن کمک کنند.

کلسترول بالا باعث افزایش بیماری‌های قلبی عروقی می‌شود هر چند کلسترول به تنهایی خطر ساز نبوده و آسیب‌زایی آن به سبک زندگی فرد بستگی دارد. مصرف غذاهای حاضری و کربوهیدرات‌های ساده باعث افزایش کلسترول بدن می‌شوند. تغییر سبک زندگی با داشتن تغذیه سالم و تعادل در مصرف کلسترول و چربی‌های اشباع شده برای بدن ضروری است.

چربی‌های غیراشباع: این چربی‌ها در روغن ماهی و دانه‌های گیاهی مانند کنجد، گلرنگ، ذرت و بذر کتان وجود داشته و حاوی اسیدهای چرب ضروری و غیر اشباع امگا ۳ هستند. این چربی‌ها در روند هضم و جذب غذا در فرایند گوارش مهم هستند. بدن از این اسیدهای چرب در تولید انرژی و گرما و تقویت سلولی استفاده می‌کند. این چربی‌ها باعث تنظیم عملکرد سلول‌ها، سیستم ایمنی و سیستم عصبی بدن می‌شوند. روغن‌های گیاهی حاوی مقدار زیادی از اسیدهای چرب امگا ۶ و امگا ۳ هستند که بیش‌تر در روغن ماهی یافت می‌شوند.

چربی‌های تصفیه شده یا هیدروژنه (جامد گیاهی): مصرف این چربی‌ها متأسفانه امروزه بسیار شایع شده و تولید آن توسط فرایند تولید مارگارین، ترد کردن روغن و هیدروژنه کردن آن به صورت

می‌گیرد. هیدروژنه کردن فرایندی است که طی آن مولکول‌های اسید چرب دوباره منظم می‌شود. این مساله باعث ایجاد اسیدهای چرب ترانس آسیب‌رسان می‌شود. این اسیدها در هضم و جذب مواد غذایی مشکل ایجاد کرده و منجر به بروز بیماری‌های قلبی و عروقی، دیابت و چاقی می‌شوند. لذا باید از مصرف آن‌ها اجتناب شود.

فقر غذایی در چربی‌ها: مصرف بیش از حد چربی‌های بی‌کیفیت به افزایش ابتلا به انواع بیماری‌ها کمک می‌کند. مصرف نامناسب چربی‌های مفید می‌تواند ابتلا به بیماری‌هایی را همچون آسم، بیماری‌های قلبی و کاهش یادگیری در پی داشته باشد. مصرف زیاد اسید چرب امگا ۶ باعث به هم خوردن تعادل هورمون‌ها و نقص در عملکرد مناسب سیستم قلبی، عروقی، ایمنی و عصبی می‌شود. بسیاری از محققین دریافته‌اند که سومصرف‌کنندگان الکل و مواد، از کمبود اسیدهای چرب امگا ۳ و امگا ۶ در رنجند و لذا باید اسیدهای چرب امگا ۳ و امگا ۶ را به برنامه غذایی آن‌ها اضافه کرد.

غذاهای دارای چربی مناسب برای افراد در حال بهبودی: وجود چربی‌هایی با کیفیت بالا در رژیم غذایی بسیار مهم هستند. دانه‌ها و غلات کامل، ماهی‌های مختلف، روغن‌های گیاهی غیر اشباع (مانند روغن زیتون فرابکر)، لبنیات و گوشت بهترین منابع چربی برای افراد در حال بهبودی هستند. رژیم غذایی افرادی که در معرض کمبود اسیدهای چرب امگا ۳ هستند باید حاوی روغن ماهی و روغن دانه کتان باشد. این روغن‌ها حساس بوده و باید در یخچال نگهداری شوند. نباید از این روغن‌ها برای پخت‌وپز استفاده کرد. از این نوع روغن‌ها می‌توان به عنوان چاشنی بر روی سالاد و سبزیجات استفاده نمود.

بعضی از روغن‌های مفید برای بدن عبارتند از:

کره: صرف نظر از کلسترول بالا کره دارای چربی‌های مفیدی برای بدن و منبع خوبی از ویتامین‌های محلول در چربی به نام آ، د، یی (ای) و کا است. کره مواد معدنی مهمی مانند منگنز، روی، کروم و ید را در خود جا داده که باعث افزایش عملکرد سیستم ایمنی بدن، محافظت از کبد و تقویت قلب و سلول‌ها می‌شود.

روغن زیتون: روغن زیتون منبعی غنی از آنتی‌اکسیدان‌ها است که به کاهش درد آرتروز، سالم‌سازی چربی‌های خون و کلسترول، تحریک انقباض‌های کیسه صفرا و افزایش طول عمر مفید منجر می‌شود.

روغن نارگیل: روغن نارگیل منبعی غنی از اسیدهای چرب اشباع شده به ویژه اسید لاوریک است که خواص قوی ضد قارچی و ضد میکروبی دارد.

ویتامین‌ها و مواد معدنی

ویتامین‌ها و مواد معدنی در عملکرد سلولی و فرایندهای بدن ضروری هستند. آن‌ها از طریق پروسه‌ای پیچیده کار می‌کند. ویتامین‌ها برای انجام گرفتن تمامی فرایندهای بیوشیمیایی در بدن مورد نیاز هستند. مواد معدنی نیز کاتالیزوری برای انجام فرایندهای بیوشیمیایی در بدن هستند. اگر ویتامین‌های ضروری به صورت متعادل مصرف نشوند اثربخشی دیگر ویتامین‌ها نیز کاهش می‌یابد. سومصرف کنندگان الکل و مواد مخدر از کمبود کلسیم، منیزیم، روی، کروم، ویتامین سی و ویتامین‌های گروه بی در رنجند. مطالعه‌ای در بررسی دوران بازتوانی نشان داد که علت کمبود ویتامین‌ها و مواد معدنی در افراد مصرف‌کننده ناشی از داشتن رژیم‌های نامناسب، فقر غذایی و نیز مشکل‌های ناشی از اختلال در هضم و جذب مواد غذایی بوده است (Stitt, 2004).

روی (Zn): وعده‌های غذایی نامناسب و مصرف بیش از حد قند، کافئین، الکل و مواد مخدر می‌تواند ذخایر کبدی روی را از بین ببرند. روی ماده معدنی ضروری در بدن بوده که می‌تواند مزایای زیادی را در بازتوانی افراد به‌همراه داشته باشد. فرایند کاملاً پیچیده روی بر عملکرد کبد، مغز، سیستم ایمنی، هورمون انسولین و هضم مواد غذایی اثر دارد. کمبود روی باعث ایجاد علائمی مانند سردی اندام‌های محیطی، کاهش گردش خون محیطی، ضعف قدرت چشایی و بویایی، تأخیر در بهبود زخم، ضعف، ایجاد آکنه و کم کاری تیروئید می‌شود.

کروم: کروم ماده‌ای معدنی بوده که به مقدار کم در بدن مورد نیاز است. کروم در تنظیم قند خون (گلوکز) نقش دارد که برای هیپوگلیسمی ضروری است. علائم کمبود روی عبارتند از افت قند خون، دیابت و بیماری‌های قلبی. مواد غذایی حاوی قند ساده دارای کروم کمی هستند. مصرف قند تصفیه شده و کربوهیدرات‌های ساده می‌تواند کمبود کروم را تا ۳۰ درصد افزایش دهد.

کلسیم/ منیزیم: بسیاری از مصرف‌کنندگان مواد مخدر و الکل دارای کمبود کلسیم هستند. مصرف شکر، کافئین و الکل باعث از بین رفتن کلسیم بدن می‌شود. کافئین دفع کلسیم از طریق ادرار را دو برابر می‌کند. کلسیم یکی از مهم‌ترین مواد مغذی مورد نیاز برای افراد در حال بهبودی است.

منیزیم مانند کلسیم برای داشتن سیستم عصبی قوی و آرام مورد نیاز است. اغلب افرادی که قند، کافئین، الکل و مواد را به میزان زیادی مصرف می‌کنند دچار کمبود منیزیم هستند. سطوح پایین کلسیم و منیزیم عامل مهمی در تحریک پذیری، درد و اختلال‌های عضلانی/عصبی است که سومصرف کنندگان مواد و الکل با آن‌ها مواجه هستند.

آهن: افراد مصرف‌کننده در معرض ابتلا به کم‌خونی قرار دارند. سومصرف مواد و الکل می‌تواند به کبد آسیب رسانده و مانع جذب آهن شود. کمبود آهن می‌تواند منجر به کم‌خونی، خستگی، افسردگی، ضعف حافظه و سردرد شود. عوامل زیادی در جذب آهن دخالت دارند. برای درمان موفق کم‌خونی به

رژیمی سرشار از پروتئین و مواد مغذی مانند اسیدهای چرب امگا ۳، مس، ویتامین‌های گروه سی و بی نیاز است.

پتاسیم: بسیاری از سومصرف‌کنندگان مواد و الکلی به‌خاطر مصرف زیاد نمک، کافئین، الکل و قند دچار کمبود پتاسیم هستند. گرفتگی عضله، خستگی، ضعف، یبوست، فشار خون بالا و تضعیف ادرنال و کبد علایم کمبود پتاسیم در بدن هستند.

سلنیم: الکی‌ها سطح سلنیم پایینی داشته که منجر به ابتلا آن‌ها به سرطان و بیماری‌های قلبی و کبدی می‌شود.

ویتامین سی: ویتامین سی نقش مهمی در عملکرد مغز دارد. ویتامین سی در درمان اعتیاد و توانمندسازی افراد در حال بهبودی بسیاری ضروری است زیرا باعث سم‌زدایی از مواد مخدر و سموم حاصل از آن، بازسازی کبد، کمک به عملکرد غده فوق کلیه (برای بهبود ادرنال) و پاک کردن رادیکال‌های آزاد شده (که عامل تولید سموم در بدن هستند) می‌شود. در زمان مواجهه با استرس بدن نیاز به ویتامین سی بیش‌تری دارد (مانند روند بهبودی از اعتیاد به مواد مخدر و الکل). ویتامین سی با تبدیل اسید آمینه تریپتوفان به سروتونین به درست‌کار کردن مغز کمک می‌کند. ویتامین سی ویتامینی محلول در آب است که به راحتی جذب بدن شده و از طریق ادرار دفع می‌شود. در رژیم غذایی روزانه افراد در حال بهبودی باید پیوسته به تامین آن اقدام نمود.

ویتامین‌های گروه ب: این دسته از ویتامین‌ها برای سوخت و ساز کربوهیدرات‌ها، افزایش عملکرد سیستم ایمنی و عصبی، رشد سلول‌ها، بازسازی پوست و رشد عضله‌ها ضروری هستند. کمبود ویتامین‌های بی، به ویژه تیامین و نیاسین علایم روانی مانند پارانویا، بیش‌فعالی، سردرگمی و افسردگی را ایجاد می‌کند. تیامین بر متابولیسم کربوهیدرات تاثیر دارد. اسید پانتوتنیک نیز ماده‌ای مغذیست که به مبارزه با استرس کمک می‌کند.

مصرف‌کنندگانی که از مقادیر زیاد شکر، کافئین، الکل و مواد مخدر استفاده می‌کنند اغلب دچار کمبود ویتامین بی هستند. کمبود ویتامین بی باعث گرایش به سومصرف مواد می‌شود. علایم کمبود ویتامین بی کمپلکس عبارتند از خستگی، افسردگی، اضطراب، عدم تمرکز، حافظه ضعیف، بی‌خوابی، ضربان بالای قلب، زبان ملتهب و خشکی اطراف لب‌ها و بینی.

بهبودی به کمک مصرف ویتامین‌ها و مواد معدنی: در ادامه فهرستی از غذاهای سرشار از ویتامین‌ها و مواد معدنی مورد نیاز افراد در حال بهبودی آورده شده است:

فهرست غذاهای سرشار از ویتامین و مواد معدنی	
روی	زنجبیل، گوشت گوسفندی، گردو، نخودفرنگی، میگو، جعفری و سیب زمینی.
کروم	کروم در مواد غذایی متعددی وجود دارد اما میزان آن در هر یک از این مواد غذایی کم است. مواد غذایی حاوی کروم عبارتند از گوشت و غلات کامل (مانند گندم و چاودار)، برخی میوه‌ها، میگو، سبزیجات، مخمر، ذرت، کره و ادویه‌جات.
کلسیم	محصول‌های لبنی، بادام، دانه‌های آفتاب‌گردان، جعفری، گوشت، ماهی، تخم مرغ، دانه غلات، لوبیا و سبزیجات.
منیزیوم	سبزیجات برگ سبز، انگور، نخودفرنگی، آجیل (مانند بادام و مغز دانه‌ها)، برنج قهوه‌ای، غلات کامل و غذاهای دریایی.
آهن	جگر، سبزیجات برگی، گوشت قرمز، مارمالاد، مخمر، تخم مرغ و لوبیا.
پتاسیم	سیب زمینی، موز، سبزیجات برگ سبز، پرتقال، غلات و دانه‌های آفتاب‌گردان.
سلنیم	کره، گندم، سیوس، جگر و تخم مرغ.
ویتامین سی	میوه‌ها و سبزیجات تازه مانند فلفل سبز، مرکبات، گوجه فرنگی، سیب زمینی، گل کلم، جوانه‌ها، کلم بروکلی و کلم پیچ.
ویتامین‌های گروه بی	کلیه غذاهای فراوری نشده مانند سیب زمینی، عدس، فلفل قرمز و لوبیا.

رژیم غذایی مناسب افراد در حال بهبودی

غذا می‌تواند باعث بهبود مشکل‌های حاصل از اعتیاد و سوءمصرف مواد شود. توجه به غذا و تغذیه مناسب در برنامه بازتوانی ضروری است زیرا بدن و مغز را قوی و کارآمد نگه می‌دارد. بسیاری از مشکل‌های بیوشیمیایی و سلامتی را می‌توان از طریق تغییر عادات‌های غذایی و انتخاب درست غذا بهبود بخشید. برای اصلاح و بهبود مشکل‌های مربوط به مصرف مواد باید از اصول تغذیه درست پیروی نموده و از پروتئین‌های با کیفیت بالا، کربوهیدرات‌های پیچیده و چربی‌های مفید در وعده‌های غذایی سه‌گانه روزانه و میان وعده‌ها استفاده کرد.

افراد در حال بهبودی برای کمک به تعادل بدن و مغز باید از غذاهایی که ارزش تغذیه‌ای بالایی دارند استفاده کنند. بعضی از این غذاها عبارتند از:

غذاهای کامل: غذاهایی کامل هستند که تغییرهای زیادی در ساختار آن‌ها رخ نداده و آن‌ها حالت اولیه خود را حفظ کرده‌اند. توصیه می‌شود که غذا با تمام قسمت‌های آن (از جمله پوست) مصرف شود تا فرد بتواند همه مواد مغذی مورد نیازش را تأمین کند. غذاهای کامل به طور طبیعی تعادل مواد مغذی مورد نیاز بدن برای هضم آن‌ها را فراهم می‌کنند. از لحاظ کیفیت تغذیه، تفاوت فاحشی بین مصرف سیبی رسیده از درخت و شربت و کمپوت آن وجود دارد.

دانه‌های کامل: کربوهیدرات‌ها باید به صورت کامل و پیچیده مصرف شده و نباید از غلاف بیرونی خود (سبوس) جدا شوند. غلاف بیرونی (سبوس) باعث باقی ماندن نشاسته در دانه شده که هضم آن در بدن را دچار مشکل می‌کند. دانه‌های فراوری شده به سرعت باعث افزایش قند خون، ترشح انسولین و کاهش ناگهانی قند خون مخصوصاً در افراد مبتلا به افت قند خون می‌شوند که فرایندی بسیار مضر و مخرب است.

فیبر: فیبر ماده گیاهی سختی است که در معده هضم نشده و به تسهیل عبور غذای هضم شده از طریق روده کمک می‌کند. فیبر باعث کاهش و طولانی شدن جذب کربوهیدرات‌ها، جلوگیری از تبدیل سریع آن‌ها به گلوکز، جلوگیری از واکنش سریع افت قندخون و مانع خستگی ادرنال می‌شود. کربوهیدرات‌های پیچیده و غذاهای کامل به دلیل دارا بودن پوسته و سبوس غنی از فیبر بوده و برای بدن مفیدترند.

پروتئین: اکثر برنامه‌های غذایی بر اهمیت مصرف پروتئین‌هایی با کیفیت بالا در رژیم غذایی (حبوبات، دانه‌های کامل، برنج قهوه‌ای، دانه‌ها، آجیل خام، تخم مرغ، ماهی و گوشت‌هایی مانند مرغ ارگانیک) تاکید دارند.

چربی‌ها: چربی‌ها جز مهمی از رژیم غذایی افراد در حال بهبودی هستند. بهترین منابع چربی از روغن دانه‌ها و ماهی (با دارا بودن اسیدهای چرب امگا ۳) تامین می‌شوند. افراد در حال بهبودی باید از مصرف روغن‌های فراوری شده، روغن‌های هیدروژنه و روغن غذاهای سرخ شده اجتناب کنند.

میوه‌ها و سبزیجات: میوه‌ها و سبزیجات از مهم‌ترین مواد غذایی در روند بهبودی افراد هستند زیرا که ویتامین‌ها و مواد معدنی آن‌ها بالا و چربی و کالریشان پایین است. سبزیجات و میوه‌های رنگی و ارگانیک دارای مواد مغذی بیش‌تری هستند.

گوشت: گوشت و مرغ منبع‌های عالی پروتئین و ویتامین‌های ضروری برای بدن هستند. مینرال‌ها باید بخش مهمی از رژیم غذایی افراد در حال بهبودی را تشکیل دهند.

غذاهای دریایی: مصرف غذاهای دریایی برای افراد در حال بهبودی مناسب است. این غذاها منبع خوبی از پروتئین‌های کامل، ویتامین ب 12، اسیدهای چرب ضروری و امگا ۳ به حساب آمده که می‌توانند مشکل‌های ایمونولوژیک ارتريت و آسم را کاهش دهند. غذاهای دریایی دارای مواد معدنی مهمی مانند ید، فلوراید، سلنیم، روی، مس، فسفر، منیزیم، سدیم، پتاسیم و آهن هستند.

تغذیه نامناسب یکی از عوامل خطرزای مهم در سومصرف مواد در افراد در حال بهبودی است. افراد در حال بهبودی نباید رژیم غذایی خود را نادیده گرفته و خود را در معرض خطر بازگشت به مصرف قرار دهند. رژیم غذایی حاوی غذاهای نامناسب مانند غذاهای حاضری (فست فود) و تنقلات در روند

بهبودی ایجاد اختلال می کند زیرا مواد غذایی آن به شدت فرایند شده و حاوی نگهدارنده ها، هورمون ها، رنگ های مصنوعی و قند هستند. در ادامه موادی که باید از مصرف آن اجتناب کرد بیان شده اند.

انواع مختلف قند: منظور از قندها ساکارز، شیرین کننده های ذرت، عسل، شربت افرا و ملاس است که در بسیاری از غذاها مانند ماست های طعم دار، نوشیدنی ها، نوشابه های میوه، سس گوجه فرنگی، پیتزا، هات داگ، نان قندی و کره بادام زمینی یافت می شوند. شما می توانید قندها را به راحتی تشخیص داده و از مصرف آن ها اجتناب کنید. با مطالعه برچسب ها و توجه به رنگ های برچسب غذا های صنعتی می توان از مقدار و نوع قندها به خوبی با خبر شد. قندها آنزیم ها، مواد معدنی و ویتامین های بدن را از بین می برند. هنگامی که وعده ای غذایی از نظر ارزش تغذیه ای فقیر باشد بدن باید از ذخایر خود برای متابولیسم قند استفاده کند. رژیم غذایی عاری از مواد مغذی باعث تهی شدن ذخایر بدن می شود.

افراد برای اجتناب از مصرف قند به مصرف شیرین کننده های مصنوعی روی می آورند که باعث افزایش وزن، میل به مصرف شیرینی، اختلال در هماهنگی بدن، کاهش عملکرد ذهنی، دیابت، بیماری ام.اس، پارکینسون، تشنج و سردرد میگرنی می شود. بهتر است افراد به جای استفاده از شکر مصنوعی از مواد طبیعی شیرین مانند شکر قهوه ای، عسل، خرما و شیره انگور استفاده کنند. در رژیم غذایی سالم باید تعادلی در بین میزان مصرف قند، چربی و پروتئین های با کیفیت خوب باشد تا به تثبیت قند خون و کاهش میل به مصرف شیرینی ها کمک شود.

غذاهای فراوری شده: غذاهای فراوری شده موادی هستند که ساختار طبیعی آن ها تغییر یافته است. امروزه کارخانه های تولید مواد غذایی برای سهولت عرضه، خوراکی ها را به صورت فراوری شده (پوست کنده، کباب شده، پخته شده و کنسرو شده) از حالت اولیه خود خارج می کنند تا ماندگاری بالایی داشته باشند. البته همه غذاهای فراوری شده بد نیستند.

افزودنی ها: افزودنی ها غذایی باعث ایجاد تغییر در مغز، بیش فعالی و مشکل های یادگیری می شوند. برخی از این افزودنی ها عبارتند از مونو سدیم گلوتمات یا جوش شیرین (که در غذاهای فراوری شده مانند انواع سس ها، چیپس و نان یافت می شود)، فنیل اتیلامین (موجود در شکلات)، تیرامین (موجود در پنیر سالاد)، گزانتین (موجود در کافیین) و اسپارتام (که شیرین کننده ای مصنوعی است باعث جلوگیری از سنتز سروتونین در مغز می شود). این مواد افزودنی در برخی از افراد باعث بروز مشکل های روانی مانند شیدایی، عدم توجه به فاصله، اختلال در توانایی حل مساله و یادگیری می شود. فسفات ها گروهی از مواد افزودنی در غذاهای فراوری شده اند که باید از مصرف آن ها اجتناب شود. فسفات ها در نوشیدنی ها، روغن ها، محصولات های پخته، نوشیدنی های غیر الکلی و محصولات های میوه ای یافت می شوند.

شربت ذرت با فروکتوز بالا: شربت ذرت حاوی فروکتوز بالا در بسیاری از غذاهای فراوری شده وجود دارد که منجر به چاقی، ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی، تحلیل ذخایر بدن، افزایش کلسترول خون و تسریع فرایند پیری می‌شود. شربت ذرت در طیف گسترده‌ای از غذاها (از جمله نان، غلات، نوشیدنی‌های فاقد الکل، سس گوجه فرنگی و ماکارونی) استفاده می‌شود.

روغن جامد هیدروژنه گیاهی: روغن‌های هیدروژنه از طریق مرتب‌سازی مولکول‌های اسید چرب ساخته شده و دارای چربی‌های ترانس هستند. هضم این روغن‌ها دشوار بوده و منجر به بروز مشکل‌هایی مانند بیماری‌های قلبی، دیابت و چاقی می‌شود. روغن هیدروژنه تقریباً در تمام غذاهای فراوری شده، سس گوجه فرنگی، سالاد و ساندویچ و مارگارین یافت می‌شود.

کافئین: بسیاری از افراد در حال بهبودی با نوشیدن قهوه به کافئین معتاد می‌شوند. کافئین با ایجاد تغییر در تعادل شیمیایی بدن باعث پمپ شدن آدرنالین به جریان خون شده که به صورت موقتی باعث ایجاد انرژی می‌شود. آدرنالین گلوکز و قندهای ذخیره شده را به جریان خون وارد کرده و از این طریق باعث افزایش ترشح انسولین می‌شود. از طرفی دیگر کافئین غده فوق کلیه را تحریک کرده و در نهایت منجر به خستگی ادرنال، اختلال در توانایی مقابله با استرس، ناکارآمدی سیستم ایمنی، واکنش‌های آلرژیک، افزایش وزن، کاهش فشار خون، سرگیجه و تحریک کبد می‌شود تا قند بیش‌تری را در جریان خون آزاد کند. افراد در حال بهبودی می‌بایست به آرامی شروع به کاهش مصرف کافئین کنند. غذاهای مبتنی بر پروتئین با کیفیت بالا و کربوهیدرات‌های طبیعی پیچیده و چربی‌های خوب در حفظ قند خون و کاهش میل به مصرف قند و کافئین موثر هستند.

زمان مناسب مصرف غذا

علاوه بر مصرف غذاهای با کیفیت، زمان صرف غذا نیز بخش مهمی از پازل تغذیه‌ای افراد در حال بهبودی را تشکیل می‌دهد، به ویژه در افرادی که مبتلا به هیپوگلیسمی یا افت قند خون هستند. فواصل مناسب بین مصرف وعده‌های غذایی می‌تواند سطح قند خون را برای کنترل خلق و خوی و سطح مناسب پیام رسان‌های عصبی مانند بتاندورفین و سروتونین را تنظیم کند. به افراد در حال بهبودی توصیه می‌شود هر سه وعده اصلی غذایی و به فاصله هر دو ساعت میان وعده‌هایی را صرف کنند. آن‌ها باید هر روز صبحانه بخورند تا قند خونشان به نقطه مناسب برسد. فاصله وعده‌های غذایی باید در حدود ۶ ساعت باشد. همیشه برای جلوگیری از گرسنگی نیاز به صرف میان وعده وجود دارد. بنابراین لازم است که افراد در حال بهبودی تنقلات سالم (آجیل و مغزها، میوه‌های خشک شده، هویج و سبزیجات برش خورده) را با خود همراه داشته باشند.

خلاصه و نتیجه گیری

تغذیه مناسب می تواند به افراد در حال بهبودی کمک شایان ذکری کرده و از عواقب ناشی از سومصرف مواد نیز مانند بیماری های ذکر شده در متن جلوگیری کند.

درباره نویسندگان: محمد طاهری ریکنده، مشاور تغذیه دانشگاه تهران، نویسنده، محقق، مدرس تغذیه و رژیم غذایی، مشاور کیتترینگ های غذایی و عضو نظام پزشکی و انجمن تغذیه ایران (اتا) است.

منابع

- Beasley, J. D., and Knightly S. (2018). *Food for recovery: The complete nutritional companion for overcoming alcoholism, drug addiction, and eating disorders* (4th ed.). New York, New York: Crown Publishers, Inc.
- Braverman, E. R, Blum, K., Smayda, R. (2003). *The healing nutrients within: Facts, findings, and new research on amino acids* (3rd ed.). Laguna Beach, California: Basic Health Publications.
- DesMaisons, K. (1998). *Potatoes not prozac: A natural seven-step program to stop your sugar addiction, lose weight. Aliinate craving, and heal depression*. New York, New York: Simon & Schuster.
- Enig, M. G., and Fallon, S. (2000). *Nourishing traditions: The cookbook that challenges politically correct nutrition and the diet dictocrats* (2nd ed.). WA, NewTrends Publishing.
- Fallon, S., Enig M. G. (1996). *Tripping lightly down the prostaglandin pathways*. Price-Pottenger Nutrition Foundation Health Journal; 20:3:5-8.
- Fallon, S., Enig M, G. (2000). *Tripping lightly down the prostaglandin athways*. *Price-Pottenger Nutrition Foundation Health Journal*; 20:3:5-8. 1996.
- Feinman, L. (1989). *Absorption and utilization of nutrients in alcoholism*. Alcohol Health & Research World; 13(3):207-210.
- Finnegan, J (1989). *Addictions: A nutritional approach to recovery*. Mill Valley, CA : Elysian Arts.
- Fishbein, D., Pease S. (1998). *The effects of diet on behavior: Implications for criminology and corrections*. Research in Corrections, Volume 1, Issue 2.
- Gant, C., Greg L. (2002). *End your addiction now*. NY, NY: Warner Books, Inc.
- Lappe, F. M. (1975). *Diet for a small planet*. Ny, NY: Ballantine.

- Larson, J. M. (1992). *Seven weeks to sobriety*. Ny, NY: Fawcett Books.
- Larson, J. M., Parker R. A. (1987). *Alcoholism treatment with biochemical restoration as a major component*. International Journal of Biosocial Research, Volume 9(1): 92-106.
- Lipinski, L. (2003). *The kitchen transition: Wise traditions in food, farming and the healing arts*. The Quarterly Magazine of the Weston A. Price Foundation.
- Mahan, L. Kathleen. Escott-Stump, Sylvia. (2000). *Krause's food, nutrition and diet therapy*. Philadelphia, Pa.: W.B. Saunders.
- NIDA Research Report Series. (2009). *Cocaine: Abuse and addiction*. NIH Publication Number 09-4166.
- NIDA Research Report Series. (2006). *MDMA (Ecstasy) abuse*. NIH Publication Number 06-4728.
- Pfeiffer, C. (1975). *Mental and elemental nutrients*. New Canaan, CT: Keats Publishing, Inc.
- Ross, J. (2000). *The diet cure: The 8-step program to rebalance your body chemistry and end food cravings, weight gain, and mood swings*. London, England: Penguin Books.
- Ross, J. (2002). *The mood cure*. London, England: Harper Collins Publisher.
- Stitt, B. R. (2004). *Food and behavior: A natural connection*. Manitowoc, WI: Natural Press.
- Schauss, A. (2004). *Diet, crime and celinquency*. Berkeley, CA: Parker House.
- Stitt, Paul. (2004). *Beating the food giants*. Manitowoc, WI: Natural Press.
- Tintera, J. (2000). *What you should know about uour glands: Wise traditions in food, farming and the healing arts*. The Quarterly Magazine of the Weston A. Price Foundation.
- Werbach, M. R. (1987). *Nutritional influences on illness*. CA: Third Line Press.

نقش معنویت در بهبودی از سومصرف مواد

محمد جواد غفاری سیاوشانی و مدینه قاسمی

شما پس از مطالعه این فصل قادر خواهید بود تا:

- معنویت را تعریف کنید؛ و
- نقش معنویت را در توانمندسازی افراد در حال بهبودی توضیح دهید.

پرسش‌های کلیدی: معنویت چیست؟ نقش معنویت در توانمندسازی و ارتقا بهباشی افراد در حال بهبودی چیست؟

واژگان کلیدی: معنویت و روان‌درمانی معنوی^{۱۵۵}.

مقدمه

انسان موجودی پیچیده، چندبعدی و متشکل از ابعاد مختلف معنوی، فرهنگی، جسمی، روان‌شناختی، عاطفی و اجتماعی است. این بعدها به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر یکدیگر تاثیر گذارند. بعد روح و روان و به تبع آن معنویت و ارتباط با خدا یکی از بعدها مهم در حفظ پاکی و ارتقا بهباشی افراد در حال بهبودی است. معنویت مانند چتری است که مفاهیم گوناگونی همچون ایمان، باورها و سازگاری‌های معنوی را در برمی‌گیرد. سلامت معنوی از دو بخش سلامت و معنویت تشکیل شده که با فرهنگ، دین و باورهای افراد ارتباط دارد.

برای دستیابی به بالاترین سطح سلامت توجه به همه بعدها زندگی از جمله سلامت معنوی فرد ضروری است. بعد معنوی باعث هدفمندی زندگی انسان شده و نقش مهمی را در سلامتی روح و روان او بازی می‌کند. سلامت معنوی با تقویت روانی در افزایش قدرت سازگاری، مواجهه و تاب‌آوری افراد در حال بهبودی با مشکل‌های زندگی نقش موثری را ایفا می‌نماید. مطالعه‌ها نشان داده است که همبستگی منفی معناداری بین سلامت معنوی و متغیرهایی مانند افسردگی، آشفتگی خلق و اضطراب و در مقابل ارتباط مثبتی بین سلامت معنوی با عزت نفس و میزان رضایت از زندگی افراد وجود دارد (واعظی و فلاحي خشکاب، ۱۳۹۶). ثبات در زندگی، صلح، احساس نزدیکی به خداوند، جامعه و محیط، تناسب و هماهنگی و داشتن معنا و هدف در زندگی از نتیجه‌های سلامت معنوی انسان هستند.

همانطور که در فصل‌های دیگر این کتاب مفصل توضیح داده شده اعتیاد بیماری جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، روانی و معنوی است. اعتیاد به مواد مخدر، یکی از چهار بحران فعلی جهان بوده که تاثیر آن در ظهور سایر آسیب‌های اجتماعی نمود عینی دارد. عود مصرف تاثیر زیادی بر فرد، خانواده و جامعه دارد. یکی از تجربه‌های طبیعی زندگی افراد در حال بهبودی بازگشت (عود) و مصرف مجدد مواد پس از قطع کامل مصرف است. این امر احساس گناه، ناامیدی، خجالت و عصبانیت را برای فرد به همراه می‌آورد. عوامل مختلفی مانع از بازگشت افراد در حال بهبودی به اعتیاد می‌شوند که معنویت یکی از آنها است.

معنویت و انجام اعمال معنوی (مانند دعا، نیایش و زیارت) نقش مهمی در بهبودی و پایداری در درمان افراد دارند. رشد و تعمیق باورهای معنوی میل به مصرف مجدد مواد را در فرد در حال بهبودی کم کرده و ادامه دادن مسیر بهبودی را برایش راحت‌تر میسر می‌سازد؛ لذا جا دارد تا این عامل در طرح‌ریزی برنامه‌های حمایتی و خودمراقبتی افراد در حال بهبودی مورد توجه قرار گیرد. مراجعانی که به عنصر معنویت در روند درمان آن‌ها پرداخته می‌شود از حمایت شدن توسط نیروی الهی و داشتن زندگی هدفمند استقبال می‌کنند.

معنویت

واژه معنویت از کلمه لاتین (spiritus) به معنی نفس و از ریشه (spirare) به معنی دمیدن یا نفس کشیدن می‌آید. معنویت نوعی ارتباط با خداوند متعال است. انسان از راه ایمان با خدا ارتباط می‌گیرد. بر اثر قرب به پروردگار عواطف و انگیزه‌های الهی (یافتن معنی) و یاری جویی از امدادهای الهی در فرد در حال بهبودی صورت می‌گیرد. این رابطه منجر به جهت بخشی به زندگی شده و در قالب اخلاق فردی و اجتماعی بروز و ظهور می‌یابد. معنویت موجب ایجاد انگیزه در انسان شده و احساس‌هایی مثل درک عظمت خداوند و احترام به آفرینش را در انسان برمی‌انگیزد. معنویت به حقیقت نهایی یا غیرمادی اشاره دارد؛ یعنی راهی درونی که شخص را قادر به کشف ماهیت هستی و عمیق‌ترین ارزش‌ها و معانی زندگی می‌سازد.

نقش معنویت در ارتقا بهبودی افراد

معنویت سالم مانع از بازگشت فرد در حال بهبودی به سمت مصرف مجدد مواد می‌شود. داشتن باورهای معنوی در کاهش فشارهای روانی ناشی از اتفاق‌های استرس‌زا نقش پررنگی دارد. داشتن نگرش‌های معنوی به فرد در حال بهبودی کمک می‌کند تا فرای مشکل‌های خود به ساختن معنی و آینده‌ای روشن پرداخته و مسایل خود را از طریق مرتبط نمودن آن‌ها با مشیت الهی مورد بررسی قرار دهد. در روند درمان افراد مصرف‌کننده توصیه می‌شود اعتقادهای معنوی، توجه و تمرکز به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی مورد توجه قرار گیرد.

روان‌درمانی معنوی موجب کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و افزایش آرامش فرد می‌شود. در دهه‌های اخیر نقش معنویت و جهت‌گیری‌های معنوی در ارتقا بهداشت و سلامت روان مورد توجه خاصی قرار گرفته است. افراد معنوی در مقایسه با افراد غیرمعنوی و کسانی که خداوند را سرد و منفعل دانسته بدبینی، افسردگی، اضطراب و احساس تنهایی کم‌تری دارند. این افراد در عین حال با استرس‌های عمده زندگی بهتر مقابله کرده و کم‌تر به سومصرف مواد رو می‌آورند. احتمال ارتکاب به خودکشی در این افراد پایین‌تر است. از این رو در حال حاضر بسیاری از درمانگران در درمان مراجعان خود روی مقوله معنویت نیز تاکید می‌کنند. برخی از درمانگران مراجعان خود را ترغیب می‌کنند که از منابع معنوی خود برای مقابله با استرس‌هایشان استفاده کنند (حسینی و رحیمیان بوگر، ۱۳۹۵).

در اثر سومصرف مواد سیستم ادراکی فرد آسیب دیده و در پاسخ به شادی، برقراری ارتباط و مدیریت هیجان ضعیف عمل کرده و بعضاً فرق بین شادی و غم را متوجه نمی‌شود. خوشحالی و شادی موقعیتی غیر قابل اعتماد برای مغز بوده و مغز آن‌ها را زودگذر می‌داند. مراجع کننده متکی به خوشی همیشه در لبه پرتگاه ایستاده است. در روابط اجتماعی درک شدن توسط فرد مقابل احساس بسیار خوبی را به مراجع می‌دهد برای همین ارتباط داشتن با نیرویی الهی که می‌تواند صدای او را درک کند نقش مهمی در روند بهبودی دارد. صحبت کردن و درک شدن به انسان احساس شادی می‌دهد. فرد در حال بهبودی می‌تواند برای رسیدن به شادی خدا را مخاطب خود قرار داده و با او در ارتباط باشد.

در کار با افراد در حال بهبودی باید جایگاه معنویت را در گستره ارتباط‌های آنان پیدا کرده و بر روی نقش معنویت تاکید کنیم. برای مثال می‌توان از فرد در حال بهبودی پرسش کرد که آیا کسی را دارد که درکش کند؟ و این شخص چه جایگاهی را در زندگی او دارد؟ بعد با جایگزین کردن خدا با این فرد باید از او پرسید که در زمان مواجهه با اضطراب خداوند را در کجای زندگیش دیده و در چه زمان و در چه حالتی به او احساس نزدیکی دارد؟

در بحث معنویت محتوا مهم است و نه شکل. درمانگر در نحوه ارتباط گیری فرد و نوع ارتباطش با خداوند نباید مداخله کند. او فقط می‌تواند محتوای معنویت را مورد توجه قرار داده، فرد را با خدا در صلح و آشتی قرار داده و به او کمک کند که در ابتدا خود، سپس خدا و بعد دیگران را بشناسد.

در روند درمان ارتباط فرد در حال بهبودی با خداوند و معنویت دارای اهمیت است. در این روند مفهوم قدرت برتر در مغز شکل گرفته و مراجع "خداوند" را به عنوان قدرت برتر مغز می‌شناسد. برنامه دوازده قدم مثال خوبی از این روند است. فرد در حال بهبودی در گفت‌وگوی درونیش با خداوند بیان می‌دارد که خداوند بر همه چیز قادر بوده و در نتیجه او خود را تسلیم خداوند می‌کند. فرد در طی این گفت‌وگو اقرار می‌کند که به تنهایی قادر نیست از خود نگهداری کرده و نیاز دارد تا از طریق انجام فرایض دینی و دعا از خدا بخواهد تا به کمکش شتافته، به او آرامش بدهد و مانع از مصرف مجدد

مواد در او بشود. در روند بهبودی باید بر روی ارتباط فرد با خداوند تاکید شده و به مراجع توصیه شود که به دین و مذهب مادری خویش مراجعه نماید.

معنویت به انسان کمک می‌کند تا خدا را شناخته، او را درک کرده و با او ارتباط بگیرد. البته ارتباط با خداوند نباید جایگزین روابط دیگر بشود. فرد باید جایگاه خدا را شناخته و برای آن حد و مرزی تعیین نماید تا اگر از خداوند خواسته‌ای داشت و آن خواسته تامین نشد سرخوردگی ناشی از آن عامل لغزشش نشود. فرد باید دریابد که خداوند بنا به مصلحت خود فرد ممکن است خواسته‌های او را تامین نکند. افراد در حال بهبودی که بر روی معنویت خود کار کرده به این اطمینان رسیده‌اند که خداوند در هر شرایطی از آن‌ها مراقبت می‌کند ولی آن‌ها باید حد و مرزی بین توانایی خود و خواست خداوند قایل شوند.

معنویت و نظریه تغییر

بیش تر کشورهای پیشرفته امروزه برای ایجاد تغییرهای اجتماعی برنامه‌های مختلفی را در حوزه روان‌شناسی به اجرا در می‌آورند. این برنامه‌ها بر اساس نظریه تغییری شکل می‌گیرند که توسط سیاست‌گذاران جامعه تبیین می‌شوند. مانند حیطه روان‌شناسی، معنویت نیز باعث ایجاد تغییرهای زیادی شده و از این رو نظریه‌های تغییر زیادی با رویکرد معنویت در حوزه درمان اعتیاد در دنیا وجود دارند. در ادامه به تبیین نظریه تغییر معنویت و ارزیابی آن پرداخته شده است.

تغییر در معنویت مبتنی بر اصول زیر است:

خود جهت‌دهی: فرد در حال بهبودی روش و مسیر بهبودی را به دلخواه خود تعیین نموده و با دریافت مشاوره و راهنمایی گرفتن از درمانگران و دیگر متخصصان مسیر و روش‌های استفاده از فعالیت‌های معنوی را با مشارکت و انتخاب خود ادامه می‌دهد.

فردی و شخص‌محور: قبل از هر چیز فرد در حال بهبودی باید تاثیر و نقش خدا را در زندگی شخصی خود پذیرفته و اعتقاد داشته باشد که خداوند در زندگی او تاثیر و دخالت مستقیم دارد. هر یک از افراد در حال بهبودی دارای نقاط قوت، ضعف، ظرفیت‌ها و توانمندی‌های خاص خود هستند. بر این اساس نمی‌توان نسخه مشابهی را در مبحث معنویت برای همه افراد در حال بهبودی پیچید چرا که مبحث معنویت می‌تواند از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد. برای مثال فردی در هنگام خشم و عصبانیت با دعا کردن آرام می‌گیرد ولی ممکن است فرد دیگری در این حالت با قرار گرفتن در مکانی خلوت و با سکوت کردن آرامش یافته و بر تنش‌های خود غلبه نماید.

توانمندسازی: فرد در حال بهبودی باید سعی کند در حوزه معنویت نیز توانمندی‌های خود را افزایش داده و با استمرار در انجام فعالیت‌های معنوی از جمله دعا، نیایش و انجام فرایض دینی ظرفیت خود را بالا ببرد. فرد در حال بهبودی باید تلاش نماید تا آرامشی را که از طریق معنویت به دست آورده

نزد خود حفظ کرده و آن را به دیگران نیز انتقال دهد تا آن‌ها نیز بتوانند از طریق معنویت به توانمندی برسند. فرد در طول مسیر بهبودی می‌تواند علاوه بر حیطه معنویت به صورت تدریجی در همه ابعاد و در زمینه‌های فردی، اجتماعی، خانوادگی و مالی نیز رشد کند. زمانی که فرد در مسیر توانمندسازی معنوی قرار می‌گیرد می‌تواند در طول عمر خود بر ساختارهای اجتماعی و سازمانی نیز تاثیرگذار بگذارد.

جامعیت: فرد در حال بهبودی نباید در بحث معنویت تک بعدی عمل نماید. او باید از جنبه‌های مختلف معنویت بهره‌مند شود. به عنوان مثال در روند بهبودی انجام فرایض و واجبات دینی، کمک نمودن به دیگران، صلح و رحمت، جبران خسارت و پایبندی به اصول اخلاقی نیز دارای اهمیت هستند. در ارتباط با خداوند و توجه به معنویت استفاده از ظرفیت‌های جامعه از جمله خانواده، دوستان، هیات‌های مذهبی و گروه‌های نیکوکاری برای انجام فعالیت‌های خیرخواهانه متناسب با شرایط فرد توصیه می‌شود.

غیر خطی بودن: در حوزه معنویت مسیری از پیش تعیین شده وجود نداشته و فرد در حال بهبودی با روند مستقیم، ثابت و روبه جلویی در حرکت نیست. فرد در مسیر بهبودی در موقعیت‌های بسیار متغیری قرار می‌گیرد. بهتر است با توجه به شرایط مراجع راهکارهای مختلف ارتباط با خداوند و معنویت به او پیشنهاد داده شود.

تمرکز بر نقاط قوت: تمرکز بر نقاط قوت افراد در حال بهبودی و موفقیت‌های آنان در طول زندگیشان (مانند خانواده، مهارت‌ها، تحصیلات، سلامتی و ارتباط‌های معنوی و اجتماعی) می‌تواند زمینه‌ساز افزایش خودباوری و عزت نفس آن‌ها شود. بهتر است در روند بهبودی توجه ویژه‌ای به گذشته منفی افراد نشود زیرا افراد در حال بهبودی با یادآوری تجربه‌های تلخ گذشته همواره احساس حقارت و گناه دارند. این احساس‌ها منجر به از بین رفتن خودباوری آنان می‌شود. افراد در حال بهبودی با تمرکز بر نقاط قوت خویش، به ویژه مسایل معنوی و ارتباط با خداوند می‌توانند زمینه توانمندی معنوی خویش را فراهم آورند.

حمایت هم‌تایان: حمایت معنوی هم‌تایان در کمک به افراد در حال بهبودی نقش به سزایی دارد. بیان تجربه‌های مشابه معنوی از طریق تشویق افراد در حال بهبودی برای به اشتراک گذاشتن تجربه‌ها و احساس‌هایشان، برقراری رابطه‌های حمایت‌گرانه و پشتیبانی افراد در حال بهبودی از یکدیگر باعث ایجاد انگیزه، حال خوب و هدفمند شدن زندگی آنان می‌شود.

احترام: خانواده، درمانگر و جامعه با تشویق افراد در حال بهبودی و اجتناب از انگ و تبعیض باعث می‌شوند تا آن‌ها اهداف زندگی خود را بازتعریف نمایند. پذیرش و احترام به خود و توانایی‌ها باعث رشد افراد در حال بهبودی می‌شود. پایبندی فرد به اصول اخلاقی و معنوی باعث می‌شود نگاه جامعه به افراد در حال بهبودی از بدبینی و بی‌احترامی به سمت اعتماد و احترام تغییر یابد.

مسئولیت پذیری: انسان مسئولیت جنبه‌های مختلفی از زندگی خود را برعهده دارد (مانند مسئولیت ارتباط با خالق خویش، ارتباط‌های اجتماعی و ارتباط با طبیعت). هر موجودی مسیر کمال و تکامل خاص خودش را می‌پیماید زیرا خداوند انسان را در این باره آزاد و مختار آفریده است. مهم‌ترین مسئولیت فرد در ابتدا شناخت خویشتن خویش است. فرد باید احساس مسئولیت را در خود پرورش داده و همواره خود را در قبال تصمیم‌هایش مسئول بداند.

امید: امید فاکتوری مهم در زندگی افراد در حال بهبودی است. معنویت از مهم‌ترین عوامل افزایش امید در زندگی افراد در حال بهبودی بوده که به صورت انگیزه‌ای درونی است و می‌تواند از سمت همتایان، خانواده، درمانگر و مددکاران تقویت گردد. خداوند وعده داده است که آینده روشنی در انتظار افراد خوب است.

تکنیک استفاده از معنویت در ارتقا بهبودی

با تقویت معنویت افراد در حال بهبودی که مقاومت آن‌ها را در برابر میل به مصرف مجدد مواد افزایش می‌دهد می‌توان زمینه توانمندسازی آنان را فراهم ساخت. کیفیت ارتباط فرد با پدر یا خانواده‌اش تعیین کننده کیفیت ارتباط‌گیری رابطه فرد با خداوند است.

نباید انتظار داشته که فرد در روزهای اول شروع درمان نگرش مثبتی به مساله معنویت داشته و به سرعت شروع به انجام مناسک معنوی نماید. درمانگر باید به تدریج راه شخص را به سمت شکل‌گیری معنویت در زندگیش باز کرده و از او بخواهد تا به انجام فعالیت‌هایی پرداخته که باعث آرامش او می‌شوند. برای مثال به صورت واضح باید از فرد پرسید که به ارتباط خودش با خدا چه نمره‌ای می‌دهد؛ سپس باید دلیل میزان نمره‌ای را که به این رابطه داده است را از او جویا شد. با انجام پرسش و پاسخ سقراطی و هدفمند فرد جایگاه واقعیش در ارتباط با خداوند را تشخیص داده و شروع به پذیرش خود می‌کند. مشاور باید با دادن راهکارهای مناسب در خصوص تعالی جایگاه خداوند در زندگی مراجع و ارتقا سطح معنویتش با او وارد صحبت شود. نمره‌هایی که افراد در حال بهبودی به ارتباط خود با خدا می‌دهند اغلب واقعی نبوده و مشاور می‌تواند با استفاده از پرسش‌های هدفمند نگرش فرد را در خصوص اندازه‌گیری درست رابطه خود با خداوند تغییر دهد.

وقتی فرد در حال بهبودی احساس ناراحتی، عصبانیت و اضطراب بالایی دارد باید به او توصیه شود تا به انجام اعمالی بپردازد که در زمانی کوتاه منجر به برقراری آرامش نسبی در او شده و او را از حالت استرس و تنش خارج می‌کند.

درمانگران و دیگر افراد خدمات رسان باید به افراد در حال بهبودی کمک کرده تا آن‌ها پیچ مسیر بهبودی را به سلامت بگذرانند. درمانگران باید برای آرامش خود نیز دعا کنند تا زمانی که مراجعی ناکامی را تجربه می‌کند آن‌ها بتوانند او را محبت نموده و تشویق کنند و به او یادآوری کنند که خداوند بندگان خویش را بسیار دوست می‌دارد.

توجه به معنویت باید در ارتباط‌های میان افراد در حال بهبودی نیز دیده شود. افراد در حال بهبودی می‌توانند شیوه‌ای که معنویت و ارتباطشان با خداوند در مراحل بهبودی به آن‌ها کمک کرده است را با دیگر افراد در حال بهبودی به اشتراک بگذارند. البته بررسی و واکاوی این تجربه و راه‌ها توسط درمانگر اهمیت زیادی دارد چرا که خیلی وقت‌ها باورهای آنان اشتباه و غیرواقعی است؛ برای مثال قرار نیست که خدا تمام نیازها و خواسته‌های انسان‌ها را برآورده نماید و یا افراد در حال بهبودی نباید اشتباه‌های خود را به گردن خداوند بیندازند.

خلاصه و نتیجه‌گیری

اعتیاد و سومصرف مواد مخدر مساله پیچیده‌ای است که باعث دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی جامعه می‌شود. بنابراین توجه به عوامل موثر در ماندگاری در درمان افراد در حال بهبودی بسیار مهم است؛ توجه به معنویت یکی از این عوامل موثر در ماندگاری است. این عامل باعث ایجاد تغییرهای مثبت در وضعیت روان‌شناختی، هیجانی، شناختی و اجتماعی افراد در حال بهبودی می‌شود. توجه به معنویت و داشتن ارتباط با خداوند باعث می‌شود که فرد روابط سازنده‌ای با جامعه و افراد آن داشته و احساس مفید بودن، اعتماد به نفس، خودکارآمدی و شایستگی داشته باشد. معنویت باعث جبران کمبودها و کاهش تنش‌های فردی می‌شود. از آن جایی که یکی از دلایل اصلی مصرف مواد مخدر جبران کمبودها و کاهش تنش‌های ادراک شده است معنویت می‌تواند نقش قابل توجهی در جلوگیری از لغزش و عود مجدد افراد در حال بهبودی داشته باشد.

درباره نویسندگان: محمد جواد غفاری سیاهوشانی دارای دکترای مدیریت کسب و کار و مدیر عامل جمعیت حمایت از بهبودیافتگان است. این سازمان در راستای کاهش آسیب و ارتقای سطح زندگی پناهندگان فعالیت می‌کند. ایشان به مدت ده سال است که در حوزه کاهش آسیب‌های اجتماعی فعالیت می‌کنند.

مدینه قاسمی دارای مدرک کارشناسی ارشد روابط بین‌الملل و دارای سابقه کار در حوزه‌های مرتبط با اعتیاد و کاهش آسیب در مجموعه جمعیت حمایت از بهبودیافتگان است.

منابع

- حسینی، امیر و رحیمیان بوگر، اسحق (۱۳۹۵). نقش معنویت در مقابله با اعتیاد نوجوانان. سومین کنفرانس ملی روانشناسی و علوم تربیتی، شادگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شادگان.
- واعظی، کبری و فلاحتی خشکاب (۱۳۹۶). مقابله معنوی معتادان بهبودیافته در برابر میل به مصرف مجدد مواد مخدر. *مجله تحقیقات‌های کیفی در علوم سلامت* ۶ (۴)، ۴۶۰-۴۴۹.

خدمات به خانواده: الگوی توانمندسازی و بازادغام اجتماعی

سید رامین رادفر

شما پس از مطالعه این فصل قادر خواهید بود تا:

- فرایند توانمندسازی را تعریف کنید؛
- بازادغام اجتماعی را تعریف کرده و اهمیت خانواده را در این فرایند تبیین کنید؛
- موانع موجود بر سر راه توانمندسازی و بازادغام اجتماعی را بر اساس محیط خانواده بیان کنید؛
- آسیب‌های اعتیاد به خانواده را بیان کنید؛
- خانواده‌هایی که فراهم ساز شرایط مصرف مواد برای بیمار هستند را بشناسید؛ و
- بایدها و نبایدهای خانوادگی را در مسیر بهبودی بدانید.

پرسش‌های کلیدی: مشکل‌های شایع در میان خانواده‌های دارای عضو مصرف‌کننده چیستند؟ این خانواده‌ها چه احساس‌هایی را تجربه کرده و چه اشتباه‌هایی را به طور معمول انجام می‌دهند؟ چه اقداماتی باید توسط تیم‌های درمانی، خانواده و بیمار در فرایند توانمندسازی و بازادغام اجتماعی افراد در حال بهبودی انجام پذیرد؟

واژگان کلیدی: توانمندسازی^{۱۵۶}، بازادغام اجتماعی^{۱۵۷} و فراهم سازی شرایط برای مصرف مواد توسط خانواده^{۱۵۸}.

^{۱۵۶} فرایندی که طی آن بر توانایی‌های ذاتی فرد یا خانواده یا سیستم افزوده شده و آن‌ها می‌تواند سکان زندگی خویش را بدون کمک دیگران به دست گیرد.

^{۱۵۷} فرایندی که در آن فرد/سیستم از عضو غیرمفید جامعه به فردی مفید برای جامعه و با عملکرد موثر تبدیل می‌شود.

^{۱۵۸} enabling family:

حالتی که در آن خانواده به صورت هشیار یا ناهشیار به ادامه مصرف مواد توسط عضو مصرف‌کننده خویش کمک می‌کند.

مقدمه

توانمندسازی و بازادغام اجتماعی فرد در حال بهبودی فرایندهایی هستند که عملاً بخش مهمی از روند بهبودی را شامل می‌شوند. در واقع اگر سیستم درمانی بخواهد هدف درمان را چیزی فراتر از مصرف نکردن مواد بداند لاجرم چاره‌ای ندارد جز این که این دو فرایند را به عنوان هدف‌های عالی‌تر فرایند درمان و بهبودی در نظر گیرد.

بازادغام اجتماعی از خانواده‌پذیری شروع می‌شود؛ اگر فرد در حال بهبودی ابتدا توسط خانواده خود مورد پذیرش قرار نگیرد نمی‌توان از بقیه جامعه انتظار داشت که او را مورد پذیرش قرار دهند. مشکل اینجا هست که خانواده‌پذیری مداخله‌ای سخت و حرفه‌ای بوده که اول از همه نیازمند همکاری همه جانبه خانواده است. متأسفانه خانواده‌ها در بسیاری از مواقع نهایت نقش و وظیفه خود را در بهبودی عضو خانواده پرداخت هزینه‌های درمانی او دانسته و انتظار دارند تا تیم‌های درمانی معجزه کرده و فردی آسیب زنده، تخریب شده و بیمار را تحویل گرفته و به جای آن اصطلاحاً "شاخ شمشادی" را تحویل خانواده‌اش بدهند.

ما در این فصل درخواهیم یافت که مشکل‌های شایع کار چه بوده؛ خانواده‌ها چه احساساتی را تجربه کرده؛ خانواده‌ها چه اشتباه‌هایی را انجام داده و در نهایت چگونه روندهای توانمندسازی و بازادغام اجتماعی می‌تواند به کمک تیم‌های درمانی، خانواده و بیمار به بهترین شکل ممکن رخ دهند.

مروری بر موانع موجود

اگرچه به ظاهر درک این مطلب ساده به نظر می‌رسد که فرد مصرف‌کننده مواد چه در زمان مصرف و چه در فرایند فعال بهبودی موجودی جدا از خانواده‌اش نبوده و روابط و تعامل‌های موجود بین او و خانواده‌اش بر عملکرد، توانایی‌ها و نتایج به دست آمده از فرایند درمان و بهبودی تاثیر متقابلی دارند، اما در عمل به دلایل متعدد که بخشی از آن‌ها در ادامه توضیح داده شده است این رکن اصلی درمان و بهبودی یعنی خانواده در مداخله‌های ما فراموش و یا نادیده گرفته شده و اهمیت چندانی به آن داده نمی‌شود. بعضی از دلایل‌های این امر عبارتند از:

نبود ساختار خانواده سالم؛ در بسیاری از موردها به دلیل اعتیاد فرد عملاً خانواده‌ای به معنی واقعی کلمه دیگر برای او وجود نداشته و بیمار و خانواده‌اش سال‌ها است که هم دیگر را رها کرده‌اند. حتی اگر بیمار و خانواده‌اش هم با یکدیگر زندگی کنند چون خانواده از تجربه‌های مکرر درمان و عود خسته، ناتوان و ناامید شده دیگر دلیلی نمی‌بینند که دوباره بر روی فرایند درمان سرمایه‌گذاری کند.

موانع فرهنگی: بنا به بعضی از دلایل‌های فرهنگی، اعضا خانواده فرد در حال بهبودی که از جنس مخالفند تمایلی به دیده شدن در مرکز درمانی اعتیاد را ندارند. قدرت انگ و تبعیض بر علیه اعتیاد به

صورت مستقیم و یا غیر مستقیم (مثل این مورد) مانعی مهم در دخیل کردن اعضا خانواده در فرآیند درمان است.

مشکل‌های اقتصادی: حتی اگر برگزاری جلسه‌ها با خانواده رایگان هم باشند مشارکت خانواده در فرایند درمان کماکان باعث می‌شود تا به بعضی از اعضا خانواده هزینه‌های اقتصادی تحمیل شود. حتی مبلغ اندک این هزینه‌ها هم می‌تواند در مشارکت خانواده ایجاد مانع کند.

خانواده به مثابه مانعی برای درمان: خانواده‌ها به دلیل انگ و تبعیض موجود در جامعه و اصطلاحاً ترس از آبروریزی تمایلی ندارند تا بیمارشان را به نظام درمانی معرفی کنند. این مانع در مورد خانم‌های مصرف‌کننده به طوری جدی وجود دارد.

از طرف دیگر موارد زیادی وجود دارند که در آن به طور معمول اعضا خانواده لغزش‌های فرد در حال بهبودی را پوشانده و سعی در کتمان آن دارند. دلیل این که والدین، همشیرگان و یا همسران این لغزش‌ها را پوشانده و به گونه‌ای وانمود می‌کنند که انگار هیچ اتفاقی نیفتاده این است که می‌خواهند شان و بزرگی خانواده را حفظ بکنند. تیم درمان باید به این نکته توجه داشته باشد که فرد مصرف‌کننده در تنهایی و جدا از خانواده و محیط پیرامونش درمان پذیر نیست. اعتیاد فرد خانواده او را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد از این رو بهبود رابطه بین معتاد و خانواده‌اش یکی از بخش‌های ضروری درمان موفق است.

کم بودن بضاعت و دانش علمی درمانگران: گاهی وقت‌ها خانواده به دلیل دانش کم درمانگران بعد از چند جلسه مراجعه سرخورده شده، توصیه‌های درمانگر را کاربردی ندانسته و در نتیجه تمایلی به ادامه دادن فرایند درمان از خود نشان نمی‌دهد.

مصرف‌کننده بودن سایر اعضا کلیدی خانواده (مثل پدر یا همشیرگان): سومصرف‌کننده بودن دیگر اعضا خانواده عملاً کار را برای مراجعه خانواده و دخیل شدن آن در فرایند بهبودی سخت می‌کند.

تلقی غلط از درمان و انتظار نابجا از درمانگر: انتظار و درک نادرست از درمان و درمانگر مشکل جدی دیگری است. خانواده‌های زیادی انتظار دارند مداخله درمانی بر روی بیمارشان صرف نظر از شیوه آن (از درمان‌های اقامتی پرهیزمدار گرفته تا درمان‌های نگهدارنده با شبه مخدرها) مانند تعمیرکار ماشین عمل کرده و "عیب‌های بیمارشان" را برطرف کند؛ گویی که آن‌ها خودرویی را به تعمیرکار ماهر سپرده‌اند. این طرز تلقی باعث می‌شود خانواده‌ها مسئولیت‌های خود را صرفاً در حد مراجعه نخست به مرکزهای درمانی و نهایتاً پرداخت هزینه‌های درمان دانسته و دیگر هیچ نقشی را برای خود قایل نباشند.

دلایل متعدد دیگری را نیز می‌توان در این زمینه برشمرد که طبعاً از حوصله این بحث خارج هست و ما در این فصل فقط به ذکر موارد بیان شده اکتفا می‌کنیم.

آسیب‌های اعتیاد به خانواده

خانواده‌های دارای عملکرد مختل در بسیاری از وقت‌ها می‌توانند یکی از دلایل یا بهتر بگوییم یکی از عوامل خطر ساز اعتیاد عضو خود باشند؛ در حالی که این خانواده‌ها خود را قربانی اعتیاد عضو مصرف‌کننده خود می‌بینند. برای این که بتوانیم به خانواده در این فرایند کمک کنیم نیاز است که ابتدا آسیب‌های اعتیاد بر خانواده را بشناسیم. این آسیب‌ها چنان جدی است که گاه از اعتیاد تحت عنوان بیماری خانواده نیز نام برده می‌شود.

در فرایند اعتیاد تمامی جنبه‌های زندگی خانوادگی فرد و اصول زندگی شاد نظیر اعتماد، عشق، احترام و همکاری از بین می‌روند که در نتیجه آن امکان داشتن ارتباط مناسب و سالم بین زن و شوهر، والدین و فرزندان، همشیرگان و دیگران از بین رفته و اساس خانواده از نظر احساسی، مالی و اجتماعی آسیب دیده و دچار سوء عملکردی بیش از گذشته می‌شود.

درک این نکته که اعضای خانواده فرد سومصرف‌کننده چه رنج‌ها و احساس‌های منفی را تجربه و تحمل می‌کنند در طراحی و برنامه‌ریزی برنامه‌ای درمانی بسیار مهم است. این احساس‌ها به طور خلاصه عبارتند از تقصیر، اندوه و غم، عصبانیت، احساس تنهایی، شرمساری، ناامیدی، ترس، احساس مغبون شدن و تقصیر.

معمولاً ریشه پاسخ‌های احساسی خانواده نسبت به اعتیاد یکی از اعضای خانواده در احساس گناه اعضای آن ریشه دارد. فرهنگ جامعه به صورت معمول دیگران و به خصوص اعضای خانواده را در اعتیاد عضو آن مقصر می‌داند. این احساس گناه و تقصیر حتی پس از درمان نیز وجود داشته و حتی زمانی که بیمار وارد مرحله بهبودی نیز می‌شود ممکن است که بروز کند. این امر باعث شکل‌گیری روابط چندگانه مخربی در خانواده می‌شود؛ بدین شکل که هر یک از اعضا خانواده در تعامل با بیمار او را مقصر دانسته و یا در تعامل با همدیگر هر یک دیگری را مقصر می‌دانند. طبیعتاً این رابطه دو طرف بوده و بیمار نیز آن‌ها را در اعتیاد خود مقصر می‌داند.

/اندوه و غم: خانواده فرد مصرف‌کننده اکثر جنبه‌های مطبوع زندگی خود را از دست می‌دهد. جنبه‌های ارزشمندی که خانواده از دست می‌دهد بی‌شمار هستند (مانند شان، مقام و منزلت خانوادگی و فردی، شخصیت خانواده، ارتباط سالم با دیگران، احساس محبت و عشق به همدیگر، درک و مراقبت از هم، امنیت و وضعیت مالی مناسب). می‌توان گفت با اعتیاد فردی تقریباً تمامی جنبه‌های زندگی خانواده او آسیب جدی می‌بیند. به طور طبیعی تمامی اعضای خانواده همیشه احساس غم و اندوه دارند.

عصبانیت: در ابتدا نوک پیکان عصبانیت خانواده به طرف فرد مصرف‌کننده است. با پیشرفت بیماری اعتیاد فرد جهت این پیکان و نوع آن عوض می‌شود. با افزایش مسایل و مشکل‌ها عصبانیت آن‌ها نسبت به فرد مصرف‌کننده بیش‌تر می‌شود و حتی زمانی که فرد سومصرف مواد ندارد نیز زیر فشار عصبانیت اعضا خانواده‌اش است.

خانواده‌های دارای عضو مصرف‌کننده همچنین با فرزندان دیگر، مردم جامعه و حتی با تمام دنیای پیرامونشان سر جنگ و دعوا دارند. گاهی وقت‌ها این عصبانیت فوران کرده و رابطه‌های بین فردی را به صورت مستقیم تحت تاثیر قرار می‌دهد. احساس‌ها و عصبانیت‌های سرکوب شده به شکل مشکل‌های جسمی نظیر سردردهای میگرنی و مشکل‌های گوارشی بروز پیدا می‌کنند. نکته مهم این هست که این احساس عصبانیت در طول روند بهبودی بیمار نیز ادامه پیدا کرده و می‌تواند یکی از عوامل خطر ساز برای عود مصرف او باشد.

احساس تنهایی و شرمساری: فرد مصرف‌کننده خانواده‌اش را با رفتارهای نامناسب خود در مقابل بستگان و دوستان شرمسار می‌کند. این احساس شرم منجر به پرهیز اعضای خانواده از برقراری هرگونه ارتباطی با دیگران و در نتیجه انزوا و بروز احساس تنهایی و بی‌کسی در آن‌ها می‌شود.

ناامیدی و ترس: همانطور که مارگزیده از ریسمان سیاه و سفید می‌ترسد زندگی در محیطی پرتنش، استرس‌زا و سرشار از مشکل ترس را برای اعضای خانواده به ارمغان آورده و باعث می‌شود که ترس از عود مصرف فرد اعضا خانواده‌اش را لحظه‌ای رها نکند. اعضا خانواده از هر مشکلی که ممکن است در آینده پیش بیاید (مثل افول کیفیت زندگی خانواده‌گی و یا مشکل‌های مادی پیش رو) ترس داشته و بیمناک هستند و در نهایت هیچ چیز در خانواده طبیعی نیست.

بروز رفتارهایی از طرف فرد در حال بهبودی که شاید در فردی طبیعی منجر به هیچ گونه احساس خطری نشود از طرف خانواده به عنوان نشانه‌های عود تلقی می‌شود. غیر ممکن است که خانواده وقتی می‌بیند اندکی پول مفقود شده، فرد در حال بهبودی بی‌دلیل سر حال یا خسته بوده و یا برای مدت طولانی در اتاق دربسته باقی مانده با این اتفاق‌ها خوش بینانه برخورد کند. زمانی که خانواده از یافتن راه حلی برای حل این مسایل عاجز شده احساس یاس، ترس و ناامیدی می‌کند.

احساس مغبون شدن^{۱۵۹}: تمام اعضا خانواده فرد مصرف‌کننده احساس ضرر و خسران می‌کنند. آن‌ها می‌بینند حتی زمانی که در اندیشه فراهم آوردن محیطی برای کمک به فرد در حال بهبودی هستند مورد هیچ گونه تقدیری قرار نمی‌گیرند. این احساس آسیب‌دیدگی و مغبون شدن مثل یک زخم مزمن پیوسته اعضای خانواده را آزار می‌دهد.

رفتارهای غلط اعضا خانواده

متأسفانه این فقط بیمار نیست که برای حل مشکل‌های خود به انجام رفتارهای مخرب یا غلط روی می‌آورد بلکه خانواده‌ها نیز در این شرایط دست کمی از فرد مصرف‌کننده ندارد.

اعضای خانواده در مواجهه با معضل اعتیاد رفتارهایی را جهت مقابله و کنار آمدن با این مشکل اتخاذ کرده و تغییرهایی را در شیوه زندگی خود اعمال می‌کنند. در اکثر موارد راه حل‌هایی را که آن‌ها برای حل این مساله برمی‌گزینند غلط بوده و منجر به نتیجه معکوس می‌شوند. نقش‌هایی را که اعضا خانواده برای خود قایل شده‌اند، معمولاً ایجاد تغییرهای مفید و سودمند را بسیار سخت و یا حتی ناممکن می‌کند.

فراموش کردن خوشتن و عدم توجه به سلامت خود: زمانی که خانواده با سومصرف مواد توسط یکی از اعضا خود روبه‌رو می‌شود (که مشکلی بسیار جدی است) دیگر اعضا آن از برآورده کردن نیازهای اساسی خود باز می‌مانند. این عدم توجه به خود می‌تواند منجر به بروز بیماری‌های جسمی نظیر سردردهای میگرنی، ناراحتی‌های گوارشی، تپش قلب و عدم توانایی مراقبت از خود شود. آن‌ها ممکن است احساس افسردگی کرده و حتی به عنوان راه حلی برای فرار از مشکل به فکر خودکشی نیز بیفتند.

نداشتن ثبات رفتاری: احتمال دارد که والدین در برخورد با بیماران نوجوان و حتی بزرگسال از اعمال و یاد دادن نظم و ترتیب عاجز باشند. زمانی آن‌ها بسیار سخت‌گیر می‌شوند و زمانی بسیار سهل‌گیر و اغماض کننده. این واکنش‌ها فرزندان آن‌ها را گیج و مبہوت کرده و در نتیجه آن‌ها نمی‌دانند که چه چیز درست بوده و چه چیز غلط است؟

مسایل روانی: با گذشت زمان خانواده از توانایی طراحی و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌هایش بیش‌تر باز مانده و به قدری با رفتارهای فرد مصرف‌کننده درگیر می‌شود که از دیگر جنبه‌های مهم زندگی غافل می‌ماند؛ در نتیجه، تصمیم‌گیری در خانواده درست انجام نشده و احساس ناکامی در بین اعضا به قدری زیاد می‌شود که آن‌ها را از نظر روانی به شدت به هم می‌ریزد.

فراهم سازی شرایط برای ادامه مصرف: یکی از مسایلی که در خانواده‌ها اتفاق می‌افتد فراهم سازی شرایط برای مصرف عضو درگیر با اعتیاد در خانواده است - آن‌هم بدون این که در بسیاری از مواقع اعضا از این امر آگاه باشند. این شرایط وقتی ایجاد می‌شود که یک یا چند نفر از اعضای خانواده ناآگاهانه شرایطی را فراهم می‌کنند که طی آن بیمار به مصرف خود ادامه می‌دهد. خانواده‌ای که قوانین صریح و شفاف را برای عدم مصرف وضع نمی‌کند، همسری که به محل کار فرد مصرف‌کننده زنگ زده و بهانه‌ای (مانند مریض بودن شوهر) را برای غیبت از محل کار او بیان می‌کند، مادری که به بهانه‌های مختلف برای عضو مصرف‌کننده پول تهیه می‌کند، خانواده‌ای که مشکل‌های مرتبط با مصرف مواد را در برابر دیگران توجیه می‌کنند و دیگر مواردی از این دست مثال‌هایی از فراهم سازی شرایط برای ادامه مصرف است.

این رفتارها نه فقط منجر به تخریب بیش‌تر بیمار شده بلکه عموماً خانواده را نیز درگیر چرخه معیوبی از روندی مخرب و پیش‌رونده می‌کند. پاسخ مثبت به پرسش‌های داخل جدول زیر نشان می‌دهد که

خانواده درگیر این فرایند مخرب است. هر اندازه که تعداد پاسخ‌های بلی بیش‌تر باشد نشان از درگیر شدن بیشتر خانواده در این فرایند دارد.

جدول فراهم سازی شرایط برای ادامه مصرف			
ردیف	پرسش	بلی	خیر
۱	آیا تا به حال برای رفتارهای غلط یا مخرب بیمارتان در برابر دیگران بهانه تراشی کرده‌اید؟		
۲	آیا تا به حال برای پوشاندن خطاها و رفتارهای غلط بیمار به دیگران دروغ گفته‌اید؟		
۳	آیا تا به حال هزینه خطاها و رفتارهای غلط بیمار را پرداخت کرده‌اید تا او با عواقب قانونی رفتارش (مثل زندان رفتن) مواجه نشود؟		
۴	آیا به دلیل ترس از پاسخی که می‌شنوید از صحبت کردن درباره اعتیاد بیمارتان با دیگران اجتناب کرده‌اید؟		
۵	آیا هرگز تهدیدهایی (مثلا ترک منزل) در صورت عدم بهبودی و دست نکشیدن از اعتیاد عضو خانواده را مطرح کرده‌اید که به آن‌ها عمل نکرده نباشید؟		

در ادامه راهکارهایی برای کمک به خانواده در جهت خروج از این چرخه معیوب ارائه شده است.

خانواده‌ها: چه باید کرد؟

پیش از شروع این بحث باید توجه داشت که توانمندسازی و بازادغام اجتماعی فرد در حال بهبودی فرایندی مستمر بوده که از زمان پایان درمان و شروع بهبودی به معنای رایجش آغاز نمی‌شود. این روند باید پیش از انتخاب فرایند درمان شروع شده، در حین درمان زیر ساخت‌های بنیادین آن شکل گرفته و طول روند بهبودی توسط تیم درمان، خانواده و فرد در حال بهبودی ادامه پیدا کند. در این روند به مرور نقش تیم درمان کم‌رنگ‌تر می‌شود. (برای درک بهتر مفهوم بهبودی به فصل یک این کتاب مراجعه کنید.)

در ادامه خطوطی اصلی که باید مد نظر قرار گیرند تا خدمات به خانواده در راستای توانمندسازی و بازادغام اجتماعی افراد در حال بهبودی ارائه گردد مورد بحث قرار می‌گیرد.

- زمان یکی از مشکل‌های خانواده‌ها برای حضور در فرایند درمان بیمارشان است. زمان ارائه خدمات به خانواده‌ها بایستی انعطاف‌پذیر بوده و به گونه‌ای باشد که عموم خانواده‌ها امکان دسترسی به خدمات و ارتباط با تیم درمان را داشته باشند. لیست انتظار نبایستی تا جای ممکن وجود داشته باشد؛

- طراحی مناسب و متناسب شیوه مداخله موضوع دیگری است که باید در این مرحله دیده شود. خدمات مرتبط با خانواده‌ها نبایستی به صورت بخشی جدا از فرایند درمان و بهبودی دیده شود بلکه مداخله‌ها بایستی ادغام شده^{۱۶۰} و با رویکردی جامع^{۱۶۱} ارایه شوند؛
 - ارایه خدمات توسط مشاور همجنس و در نظر داشتن حساسیت‌های فرهنگی مبحث دیگری است که به راحتی مورد اغماض قرار می‌گیرد. حتی در کشورهایی که حساسیت‌های متعارف کشور ما را نیز ندارند ارایه خدمات توسط مشاور همجنس خصوصا برای خانم‌های بیمار توصیه می‌شود؛
 - طراحی ساختارهای ارایه خدمات درمانی با شیوه‌های مبتنی بر شواهد^{۱۶۲} امر دیگری است که باید در سطح برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری مد نظر قرار گیرد. ارایه شیوه‌های درمان سلیقه‌ای که بارها و بارها شکست خوردن آن در سطوح بین‌المللی و حتی در خود کشور ما به دفعات ثابت شده است نباید هیچ جایی در نظام درمانی کشور داشته باشند^{۱۶۳}؛ و
 - ارایه خدمات درمانی با طول مدت مناسب. ساده‌اندیشانه است که تصور کنیم بیماری مزمنی نظیر اعتیاد که سبب‌شناسی پیچیده و چند عاملی دارد با دوره درمانی کوتاه مدت بهبود یافته و بیماری دیگر عود نمی‌کند. اساسا اصطلاح بهبودیافته نباید لقبی باشد که به هر کسی که به عنوان مثال چند ماه متادون مصرف کرده یا در مرکز اقامتی پرهیزمداری به سربرده اعطا شود.
- بدیهی است خدمات درمانی باید به گونه‌ای طراحی شوند که برای بیمار و خانواده‌اش جذابیت داشته و آن‌ها با مشاهده پیشرفت خود تشویق به ادامه روند درمان شوند. همچنین این خدمات باید از نظر هزینه مقرون به صرفه بوده و توانایی پرداخت هزینه آن برای بیمار و یا خانواده او وجود داشته باشد. ارایه خدمات به صورت برخط^{۱۶۴} و یا به کمک شیوه‌های مبتنی بر استفاده از تلفن همراه/شبکه‌های اجتماعی^{۱۶۵} که در همه جا امکان استفاده از آن‌ها وجود دارد چه از نظر مرحله درمان و چه از نظر دسترسی به زیرساخت‌های مناسب راهکار خوبی در این زمینه است. این ساز و کارها باید با مطالعات بومی کیفی و کمی مناسب طراحی، اجرا، ارزشیابی و ارتقا داده شوند.

^{۱۶۰} integrated

^{۱۶۱} holistic approach

^{۱۶۲} evidence-informed drug dependence treatment

^{۱۶۳} یکی از اشتباه‌های رایج در بین خدمات‌رسانان این است که شیوه درمانی خود را (از شیوه‌های مطلقا پرهیزمدار تا شیوه‌های کاملا مبتنی بر کاهش آسیب و درمان با شبه‌مخدرها) نه فقط بهترین شیوه درمانی دانسته بلکه آن را برای همه بیماران بدون در نظر گرفتن ویژگی‌های خاص و مختلفشان توصیه می‌کنند.

^{۱۶۴} online

^{۱۶۵} mobile/social-media based

درمان به کمک شبه مخدرها

"آقای دکتر مگر این متادون همان ماده مخدر نیست؟ تازه بدتر هم هست!"

این تصور مشکلی جدی حداقل برای استفاده از درمان به کمک شبه مخدرها است. بسیاری از خانواده‌ها به دلیل دریافت اطلاعات غلط از دیگران این طرز فکر را دارند که مصرف داروهای شبه مخدر همان مواد مخدر حتی با ضرری بیش‌تر است. ثابت شده است که مداخله‌های دارویی در کنار مداخله‌های روان‌شناختی و گروه‌های خودیار (مانند الکی‌های گمنام) می‌توانند بهترین نتیجه را داشته باشند. هیچ کدام از این مداخله‌ها تضاد ذاتی و ماهوی با شیوه‌های مداخله‌ای دیگر ندارد.^{۱۶۶} وظیفه همه درمان‌گران اعتیاد که از شیوه‌های درمانی مختلف بهره می‌گیرند این است که از آرایه اطلاعات غلط، اغراق شده و جهت‌دار به بیماران یا خانواده‌های آن‌ها خودداری کنند.

در مورد مداخله‌های درمانی بر روی بیماران نوجوان و جوان حساسیت‌ها و ظرافت‌های به مراتب بیش‌تری وجود دارد. در این موارد بازادغام اجتماعی نه فقط در خانواده که در محل تحصیل نیز مد نظر است. موسسه‌های آموزشی در این موارد قوانین سخت‌گیرانه‌ای دارند. لازم است در این خصوص برای اتخاذ عملی‌ترین و بهترین مداخله دقت زیادی صورت گیرد. در این موارد حتما باید قوانین وزارت آموزش و پرورش مد نظر باشد ولی شما به عنوان درمانگر می‌توانید برای آشنایی با مدل‌های مختلف کار با نوجوانان نگاهی به منابع مختلف نیز داشته باشید و بر اساس شرایط موجود به انتخاب مداخله‌های مناسب و موثر بپردازید (Szapocznik, Muir & Schwartz, 2013).

برنامه درمانی و بهبودی را باید با مشارکت خانواده برنامه ریزی کرده و در صورت لزوم بازبینی نمود. پیش‌تر بیان شد که مدل‌های درمانی یکسانی را نمی‌توان برای همه بیماران توصیه کرد؛ به همین صورت حتی در مدلی درمانی مشخص نیز باز نمی‌توان به یک شیوه با همه بیماران برخورد کرد.

توجه داشته باشید شما برنامه درمانی را بر روی بیمار و خانواده اش اجرا نمی‌کنید بلکه آن را به همراه بیمار و خانواده‌اش اجرا می‌کنید. در نتیجه، برای داشتن بیش‌ترین سطح مشارکت و همراهی خانواده باید از ابتدای پیاده‌سازی مدل درمانی و یا بهبودی خود آن‌ها را از چند و چون فرایندها مطلع کرده، نظرهایشان را در خصوص مانع‌های احتمالی پیش رو جویا شده و موارد بیان شده را تا حد ممکن لحاظ نمایید تا میزان مشارکتشان ارتقا پیدا کند.

^{۱۶۶} تعارض بین برنامه‌های "الکی گمنام" و درمان با کمک داروهای شبه مخدر مبحث گسترده‌ای است که پرداختن به آن در حوصله این مبحث نمی‌گنجد.

چه باید کرد تا خانواده‌ها از فرایند مخرب فراهم آوردن شرایط برای ادامه مصرف دست بکشند؟

چنانچه در مطالب فوق گفته شد بازادغام اجتماعی و توانمندسازی باید به همراه خانواده اجرا شود. حال اگر خانواده‌ای کماکان فرایند فراهم‌سازی مصرف مواد را پی گیرد عملاً بسیاری از مداخله‌های درمانی در مدت کوتاهی بی اثر خواهند شد. توجه داشته باشید که این چرخه شیوه تربیتی و رفتاری غلطی است که باید تغییر کند. خانواده برای ترک این رفتار نیاز به آموزش دارد. این آموزش‌ها باید هم‌زمان با آغاز فرایند درمان شروع شده و پس از ترخیص از مراکز درمانی و با پیش‌روی روند بهبودی ادامه یابند.

در ادامه بعضی از اقدام‌هایی که باید در شکستن چرخه این فرایند غلط انجام شوند ارایه شده است:

- به خانواده‌ها توصیه کنید تا از گروه‌های هم‌تا کمک بگیرند. گروه‌های مختلف هم‌تا برای افراد در حال بهبودی و خانواده‌های آن‌ها در سطح کشور وجود دارند که به راحتی در اکثر نقاط کشور در دسترس هستند. شرکت در جلسه‌های گروه‌های هم‌تا برای بستگان و دوستان فرد مصرف‌کننده و یا در حال بهبودی همچون جلسه‌های ال.انان و یا الاتین^{۱۶۷} به خانواده‌ها کمک می‌کند تا دریابند که بیماری اعتیاد واقعاً چه مشکل جدی و درخور اهمیتی می‌تواند باشد. آن‌ها با حضور در این گروه‌ها درمی‌یابند که در این روند تنها نبوده و با کمک تبادل تجربه راه حل غلبه بر مشکل‌هایشان و کارهایی که باید از انجام دادن آن‌ها اجتناب کنند را یاد می‌گیرند.
- به خانواده‌ها توصیه کنید تا درباره تغییرهای مد نظرشان با فرد در حال بهبودی صحبت کنند. بسیاری از خانواده‌ها پس از آشنایی با روند درمان و بهبودی و همچنین شرکت در جلسه‌های گروه‌های هم‌تا می‌آموزند که چه رفتارهایی را باید انجام داده و از انجام چه رفتارهایی باید اجتناب کنند. در بسیاری از مواقع اشتباهی که رخ می‌دهد این است که خانواده‌ها این تصمیم‌ها را به صورت رسمی و علنی اظهار نکرده و آن‌ها را با فرد مصرف‌کننده یا در حال بهبودی در میان نمی‌گذارند.

خانواده‌ها باید تغییرهای رفتاری مد نظرشان را به شیوه‌ای محترمانه و صادقانه به فرد مصرف‌کننده بگویند. استفاده از نکته‌ها بیان شده در تحقق این هدف به خانواده‌ها کمک می‌کند:

^{۱۶۷} Al-Anon or Alateen

- زمانی را برای صحبت کردن با فرد مصرف کننده انتخاب کنید که او تحت تاثیر مواد یا در حالت خماری نباشد. تغییرهای مورد نظر باید در طول روند درمان و یا در اولین فرصت مناسب به بیماران ترخیص شده از مراکزهای اقامتی بیان شوند.
- به بیمار عشق بورزید. تا خانواده بیمار را دوست نداشته باشد و به او عشق نرزد رابطه صحیحی بین آنها شکل نمی گیرد. خانواده ها باید به صراحت تاکید کنند که تصمیم هایشان مبتنی بر عشقی هست که به فرد در حال بهبودی دارند نه بر اساس انتقام و یا برای تنبیه او.
- از پرسش های باز برای صحبت با بیمار استفاده کنید تا بیمار متوجه شده و دریابد که ریشه بسیاری از مشکل های موجود در خانواده و یا با خانواده به مصرف مواد او بر می گردد. به جدول زیر برای مقایسه پرسش های باز و بسته توجه کنید:

جدول پرسش های باز و بسته	
پرسش های بسته	پرسش های باز
آیا می دانی که چقدر اعتیاد تو به ما ضرر زده هست؟	به نظرت سومصرف مواد تو چه ضررهایی را به خانواده و خودت زده است؟
قول می دهی که دیگر مصرف نکنی و به سمت مصرف نروی؟	برنامه ات برای این که دیگر لغزش یا عود مجدد نداشته باشی چیست؟
آیا دوباره مصرف کردی؟	چطور شد/چه اتفاقی افتاد که به سمت مصرف رفتی؟

- اعضای خانواده باید محدودیت ها و قوانین مرتبط با خانواده را به صراحت تمام و با شفافیت مشخص کرده و آمادگی آن را داشته باشند تا خودشان در ابتدا این محدودیت ها و قوانین را رعایت کنند.
- خونسرد و آرام باشید و از افتادن به تله جنگ و دعوا با بیمار که بهترین بهانه برای مصرف مجدد مواد است، خودداری کنند.
- به خانواده ها توصیه کنید تا هر اندازه که امکان دارد از داشتن جلسه های فردی با بیمار بپرهیزند. در این صحبت ها و مباحثه های فردی ممکن است تنش، درگیری و یا فریب خوردن پیش بیاید. وقتی بحثی به صورت گروهی صورت گیرد همیشه این احتمال وجود دارد تا فرد دیگری با مداخله به هنگام از به حاشیه رفتن بحث و به نتیجه

نرسیدن صحبت‌ها جلوگیری کند؛ همچنین با این روش در صحبت‌های گروهی تمامی اعضا خانواده در جریان تصمیم‌های گرفته شده قرار می‌گیرند.

- به خانواده‌ها توصیه کنید تا برای رفتارهای بیمار بهانه نتراشیده و آن‌ها را لاپوشانی نکنند. چنان چه قبلاً نیز گفته شد خانواده‌ها به صورت فعال تلاش می‌کنند تا برای حفظ آبرو و یا هر مصلحت دیگری رفتارهای بیمار را به دلایلی غیر از اعتیاد او ربط داده و برای او بهانه جور کنند تا از عواقب کارهایش مصون بماند. این رفتارها به هیچ عنوان نباید توسط خانواده انجام شود. فرد باید بداند که خودش مسئولیت تحمل عواقب رفتارهایش را باید به عهده داشته باشد.
- به خانواده‌ها توصیه کنید تا مواد را برای فرد مصرف‌کننده تهیه نکرده و در اختیار او قرار ندهند. اگر چه این توصیه واضح به نظر می‌رسد ولی متأسفانه به دلایل متعددی این رفتار در بین خانواده‌های افراد مصرف‌کننده مشاهده می‌شود. میل به عدم مواجهه جوان یا نوجوان با قاچاقچیان مواد و یا وجود فرد مصرف‌کننده دیگری در خانواده می‌تواند از دلایل این امر باشد. خانواده‌ها باید بدانند که نمی‌شود مواد در دسترس فرد باشد و از او خواهش کرد که دیگر آن را مصرف نکند. اگر مواد در دسترس فرد باشد به احتمال زیاد دیر یا زود او مصرف را شروع خواهد کرد.
- به خانواده‌ها توصیه کنید تا در صورت لزوم اجازه بدهند که پلیس و مراجع قضایی کار خود را انجام دهند. اگر چه اعتیاد بیماری است و معتاد فردی بیمار ولی هیچ بیماری اجازه ندارد از روی عمد و آگاهانه رفتارهای بزهکارانه و خلاف قانون انجام بدهد. در چنین صورتی فرد خاطی باید جزای قانونی رفتار خویش را ببیند. همه تلاش خانواده و سیستم‌های درمانی این هست که کار بیمار به درگیری با قانون نرسد ولی اگر این خواسته محقق نشد فرد باید خودش مسئولیت آن را بپذیرد نه خانواده او.
- به خانواده‌ها توصیه کنید تا دسترسی به منابع مالی را برای فرد در حال بهبودی محدود کنند. جیب پرپول یکی از مشکل‌های جدی افراد در حال بهبودی است. خانواده باید با توافق بیمار منابع مالی را به میزان کافی برای رفع نیازهای ضروری در اختیار او بگذارد. اگر فرد مازاد احتیاجاتش درآمدی داشت آن پول باید به صورت امانت در اختیار خانواده باشد. افتتاح حساب‌های دو امضایی می‌تواند راهکار مناسبی باشد تا مبلغ برداشت از حساب‌ها برای همه روشن بوده و خانواده دلیل هزینه کرد آن را بداند.
- به خانواده‌ها توصیه کنید تا در تماس مستمر با تیم درمان باشند. خانواده‌ها باید متوجه شوند که درمان یک فرایند هست و نه یک مقصد؛ از این رو نمی‌توان گفت "خب

حالا که دیگر بیمارمان درمان شده برگردیم به سرزندگی روزمره‌مان". در تماس بودن خانواده با تیم درمان کمک می‌کند تا در مسیر بهبودی هر جا که لازم هست اصلاحاتی صورت گیرد.

- به خانواده‌ها توصیه کنید تا نه باج داده و نه تطمیع و تهدید کنند. این سه رفتار توسط خانواده‌ها در مراحل مختلف اعتیاد از مرحله پیش از درمان گرفته تا فرایند بهبودی به دفعه‌های بسیار رخ داده و نتیجه‌های مخربی دارد. جدول زیر کمک می‌کند تا خانواده‌ها تفاوت این سه رفتار را بدانند:

رفتارهای باج دهنده و تطمیع و تهدید کننده				
ردیف	رفتار	نوع رفتار		
		باج دادن	تطمیع کردن	تهدید کردن
۱	برایت ماشین می‌خرم به شرط این که مصرف مواد را ترک کنی.		✓	
۲	ماشین هم برایت خریدیم حالا لطفا ترک کن.	✓		
۳	اگر ترک نکنی ماشین برایت نمی‌خریم.			✓

اصول اساسی برای کمک به خانواده

- اعضای خانواده باید نسبت به لزوم عدم پذیرفتن عواقب مصرف مواد فرد، هوشیاری لازم را به خرج دهند.
- دور بودن از مواد و پاک ماندن اصل اولیه در پاسخگویی و مسئولیت پذیری افراد در حال بهبودی است.
- اعضا خانواده باید احساس‌هایشان را به راحتی با هم در میان بگذارند. گروه‌های خودیار در زدودن اندوه و غم افراد موثر هستند.
- باید به خانواده‌ها در تشخیص عصبانیتشان و راه‌های کنار آمدن با آن کمک شود.
- خانواده‌ها باید رفتارهایشان را با شرکت در فعالیت‌های خلاقانه و اجتماعی عادی کرده و عملکرد اجتماعی مطلوبی پیدا نمایند.

- خانواده‌ها باید یاد بگیرند تا برنامه‌ای منطقی را برای خود طراحی کرده و از ترسیم نمودن اهداف غیرواقعی خودداری نمایند. درک کردن و قبول این که عود مجدد جزیی از اعتیاد است به آن‌ها در غلبه بر احساس ترس و ناامیدی کمک می‌کند.
- خانواده باید گذشته را فراموش کرده و فرد در حال بهبودی را به خاطر خطاهای گذشته‌اش ببخشد.

خلاصه و نتیجه‌گیری

برنامه‌ای مناسب برای خانواده‌ها می‌تواند شامل مشاوره، جلسه‌های آموزشی، جلسه‌های گروهی، مشاوره فردی و معرفی به برنامه‌های خودیاری باشد. در جلسه‌های آموزشی به راهکارهای عملی برای کنار آمدن و فایق شدن بر مسایل پیش آمده در حین بهبودی پرداخته می‌شود. در جلسه‌های گروهی اعضای خانواده تشویق می‌شوند تا احساس‌هایشان را مطرح کرده و مسایل خود را به اشتراک بگذارند. در جلسه‌های مشاوره فردی مشکل‌های خاص فردی به بحث گذارده می‌شود. مشاوره ازدواج نیز ممکن است به عنوان بخشی از فرایند مشاوره مورد نیاز باشد. گروه‌های خودیار با فراهم آوردن محیطی که در آن خانواده‌ها احساس‌ها و تجربه‌هایشان را به اشتراک می‌گذارند نقش به سزایی را در کاهش احساس طرد شدگی و تنهایی خانواده دارند.

هدف نهایی همدلی کردن با خانواده این است که اعضای خانواده درک کنند که نظام حمایتی غلط خانواده از فرد در حال بهبودی باید تغییر کند. آن‌ها با معطوف کردن حواسشان به فرد در حال بهبودی به وی در بهبودیش کمک می‌کنند. علاوه بر خانواده، جامعه، مراکزهای آموزش حرفه‌یابی و گروه‌های خودیار نیز نقش اساسی در ماندگاری بهبودی ایفا می‌کنند.

درباره نویسنده: دکتر سید رامین رادفر، پزشک فارغ التحصیل فلوشیپ اعتیاد از دانشگاه ایالتی کالیفرنیا در لس آنجلس بوده و بیش از دو دهه در حیطه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد پژوهش و فعالیت میدانی داشته است.

منابع

رادفر، سید رامین و زارعی، محبوبه (۱۳۸۵). خلاصه پیشگیری از سومصرف مواد در کودکان و نوجوانان: راهنمای مبتنی بر پژوهش برای والدین، معلمان و رهبران محلی به انضمام مدیریت سومصرف مواد در مدارس.

Center for Substance Abuse Treatment. (2004). *Substance abuse treatment and family therapy: A treatment improvement protocol* (Tip 39). US, DHHS Publication: Author.

Duffy, P., Baldwin H. (2013). *Recovery post treatment: plans, barriers and motivators*. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 8(1), 6.

Helping an adult family member or friend with a drug or alcohol addiction. Retrieved from <https://drugfree.org/parent-blog/want-help-adult-family-member-friend-drug-alcohol-problem-7-suggestions/>.

Szapocznik, J., Muir, J., & Schwartz, S. (2013). *Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse*. 10.1016/B978-0-12-398338-1.00011-7.

World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime. (2008). *Principles of drug dependence treatment: Discussion paper*. Geneva, Switzerland: Author.

9 tips for family members to stop enabling an addict. Retrieved from <https://www.therecoveryvillage.com/family-friend-portal/stop-enabling-an-addict/#gref>.

ملاحظه‌های ویژه برای توانمندسازی زنان

رویا نوری

شما پس از مطالعه این فصل قادر خواهید بود تا:

- تفاوت‌های زیستی، روانی و اجتماعی زنان و مردان را بشناسید؛
- نیازهای ویژه زنان را در مسیر بازتوانی از اعتیاد بشناسید؛
- برنامه توانمندسازی زنان مصرف‌کننده مواد تحت درمان را واقع‌بینانه تدوین نمایید.

پرسش‌های کلیدی: آیا فرایند بازتوانی و بهبودی زنان مصرف‌کننده مواد با مردان متفاوت است؟

واژگان کلیدی: زنان، اعتیاد، بازتوانی، توانمندسازی، جنسیت و بهبودی و بازادغام اجتماعی.

مقدمه

تعداد زنان مصرف‌کننده مواد در ایران در طی چند سال اخیر از ۴ درصد به حدود ۱۱ درصد رسیده است. اثرهای تسکویی عوارض مصرف مواد در این گروه به سرعت آشکار شده است تا جایی که در گوشه‌هایی از شهر تهران تصویر جدیدی از زنان کارتن خواب نیز مشاهده می‌شود. یکی از نتیجه‌های مهمی که در تحقیق سال ۱۳۹۵ به دست آمده نشان می‌دهد که میزان مرگ و میر زنان معتاد بر اثر مصرف مواد مخدر از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۱ روند صعودی چشم‌گیری داشته است. در این دوران تعداد زنان مراجعه‌کننده به مراکز غیر استاندارد اقامتی زنان افزایش یافته است. رفت و برگشت‌های مکرر زنان مصرف‌کننده به این مراکز حاکی از فقدان برنامه جامع بازتوانی بوده که به عودهای مکرر درمان‌های ناموفق مراجعانشان منجر شده است. می‌توان گفت که مسئولان حوزه سلامت برای مواجهه با این پدیده اجتماعی آماده نبودند زیرا نه تنها در خدمات موجود جایی برای کمک به زنانی که برای رهایی از اعتیاد اقدام کرده بودند وجود نداشت بلکه ضرورتی هم بر انجام آن دیده نمی‌شد. این امر ناشی از باور مردانه بودن اعتیاد بود که نتیجه آن ساماندهی خدمات درمانی با تکیه بر ویژگی‌های مردانه بود.

مطالعه‌ای کیفی در بین زنان مصرف‌کننده نشان داده است که تفاوت‌هایی فاحش در علل آغاز به مصرف، ادامه مصرف و وابستگی به مواد در میان زنان و مردان وجود دارد. این حقیقت ضرورت بازنگری در مورد نحوه خدمات‌رسانی در حوزه سلامت را نشان می‌دهد که باید بر اساس سبب‌شناسی و درمان اعتیاد زنان صورت گیرد. در سال ۹۶ بررسی سبب‌شناسی اعتیاد زنان و تفاوت آن با سبب‌شناسی اعتیاد مردان به صورتی شفاف و واضح در قالب مطالعه‌ای در شهر تهران انجام گرفت. نتیجه‌های این پژوهش نشان داد که فشارهای عاطفی و آسیب‌پذیری جسمی و روانی اصلی‌ترین و

بارزترین علت گرایش زنان به مصرف مواد بوده است. اعتیاد زنان در بستری اجتماعی و بر اثر فشارهای خاصی صورت می‌گیرد. بعضی از این فشارها عبارتند از فشار از سوی خانواده یا فردی معتاد در خانواده (همسر، پدر و یا بردار)، فشارهای روحی و روانی ناشی از مواجهه با وضعیتی دردناک (احساس عدم قدرت برای کنترل شرایط زمینه‌ساز گرایش به مصرف است) و فشارهای مالی برای تهیه مواد. فشارهای مذکور از جمله اصلی‌ترین مولفه‌هایی هستند که سبب‌شناسی اعتیاد زنان را از مردان متفاوت می‌کنند. تحقیق مذکور نشان داده است که نگاه به اعتیاد زنان هم در بعد سبب‌شناسی و هم در بعد مواجهه (پیشگیری، درمان و جلوگیری از عود به عنوان بخشی از روند بهبودی) باید متفاوت از نگاه به اعتیاد مردان باشد. هر چند که این تحقیق آسیب‌پذیری جسمی و روانی را عامل اصلی اعتیاد زنان می‌داند اما این آسیب‌پذیری در بستری اجتماعی خَلق و تقویت شده و در اثر بعضی از ساز و کارهای اجتماعی زمینه را برای مصرف مواد فراهم می‌کند.

عدم حمایت خانواده اصلی‌ترین عامل در تبدیل مصرف تفننی به مصرف مداوم شناسایی شده است (نوری و همکاران ۱۳۹۶). مقاومت بدن زنان به اعتیاد در قیاس با مردان کم‌تر است. به طور طبیعی زن‌ها سیر نزولی فیزیولوژیکی را سریع‌تر طی می‌کنند. با مصرف مواد به مرور نحوه عملکرد بدن شروع به تغییر کرده و اختلال‌های هورمونی بروز می‌کنند. با ادامه مصرف مواد و به دلیل کم شدن آب بدن تغییراتی در چهره اتفاق افتاده و پوست صورت چروک می‌شود. به این ترتیب زن زیبایی که احتمالاً زمانی هم مورد توجه واقع می‌شد دیگر نه تنها زیبا نیست بلکه بسیار پیرتر از سن واقعی نشان می‌دهد. شدت اعتیاد فرایندی است که از صفر شروع و به صد ختم می‌شود. با گذشت زمان و به دلیل افزایش مقاومت بدن در برابر مواد افراد مجبور به مصرف میزان بیش‌تری از آن می‌شوند. با افزایش مصرف مواد سیستم روانی، شناختی و ذهنی زن دچار تغییر شده و در پی آن الگوهای ناسالم مصرف، فرار از خانه، تن فروشی و غرق شدن در دنیای اعتیاد در زندگی او رقم می‌خورد.

نتیجه مطالعه‌ای که به تازگی انجام شده نشان داده است که فاصله مصرف تفننی مواد تا اعتیاد کامل در زنان طبقه‌های بالا حدود ۴ سال و در زنان طبقه‌های متوسط حدود ۲ سال است. تغذیه مناسب و توانایی مالی تنها در به تاخیر افتادن طول این سیر موثر بوده و نمی‌توانند این روند را متوقف کنند. روند مصرف مواد به شیئی تعبیر می‌شود که برای هر طبقه به گونه‌ای خاص عمل می‌کند. وضعیت اقتصادی و اجتماعی هر طبقه نقشی اساسی در شدت این شیب دارد؛ بدین ترتیب گاهی این شیب تیزتر و گاهی هم ملایم‌تر است. تفاوت‌های ماهوی میان ویژگی‌های زنانه و مردانه نشان می‌دهد که برای طرح‌ریزی مداخله‌های درمانی و بهبودی زنان مصرف‌کننده باید به این تفاوت‌ها توجه ویژه‌ای داشت تا بتوان خدمات مناسب را مبتنی بر نیازهای واقعی آنان ارائه نمود.

تشابه و تفاوت‌های دلایل اعتیاد زنان و مردان

مصرف مواد اعتیادآور ارتباط مستقیمی با سلامتی انسان دارد. موضوع اعتیاد زنان و دختران به سبب پیامدها و عوامل خطرزای منحصر به فرد مواد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بدن زنان از لحاظ فیزیولوژیکی در مقایسه با مردان نسبت به اثرات مصرف الکل، تنباکو و دیگر داروها آسیب‌پذیرتر است. برخی از عوارض ناشی از مصرف مواد اعتیادآور و الکل (مانند بیماری‌های کبدی) در زنان بسیار زودتر از مردان بروز می‌کند (الکل: سلامتی زنان، ۲۰۰۳). همچنین برخی از بیماری‌های مرتبط با مصرف تنباکو مانند سرطان سینه، گردن و برخی از سرطان‌های ریه و مشکل‌های مربوط به تولید مثل (رحیمی‌موفر و همکاران، ۱۳۸۲) در زنان شدیدتر است.

در جامعه امروز در نتیجه تغییرهای اجتماعی و اقتصادی زنان علاوه بر نقش‌های سنتی خود، یعنی نقش‌های مادری و همسری، نقش‌های جدیدی را نیز عهده‌دار شده‌اند. تنش‌ها و آسیب‌های رو به افزایش حاصل از تغییرهای اجتماعی باعث ازدیاد تمایل افراد به مصرف مواد مخدر و محرک شده است که زنان نیز از آن مستثنا نیستند. نقش‌ها، مسئولیت‌های زنان در جامعه و محیط عواملی هستند که در ازدیاد گرایش به مصرف مواد افیونی و محرک در زنان موثرند.

گسترده‌گی اثرات مصرف مواد افیونی و محرک بر زنان به تدریج توجه سیاست‌گذاران و کارشناسان حوزه مصرف و مبارزه با مواد مخدر را به خود جلب کرده است (Duongsaa, 1998). پژوهش‌ها از افزایش مصرف مواد در زنان خبر می‌دهند (Comier et al, 2004, UNODC, 2004). پژوهشگران اظهار می‌دارند که زنان سریع‌تر از مردان نسبت به مصرف مواد وابستگی نشان می‌دهند؛ این امر احتمالاً به دلیل آسیب‌پذیری اقتصادی و اجتماعی آنان در جامعه است. در قیاس با مردان مدارک و پژوهش‌های کم‌تری درباره زنان وابسته به سومصرف مواد مخدر و محرک در دسترس است؛ در بسیاری از تحقیق‌های مربوط به این حوزه، زنان به عنوان گروهی جداگانه مورد بررسی قرار نگرفته‌اند (Duongsaa, 1998). اگرچه ممکن است از نظر عوامل خطر ساز شباهت‌هایی میان زنان و مردان معتاد وجود داشته باشد (از قبیل سابقه خانوادگی استفاده از الکل) اما متغیرهای روان‌شناختی مشخصی نیز در اعتیاد زنان موثرند (Marcenko, Kemp, & Larson, 2000). برای نمونه اغلب زنان وابسته به سومصرف مواد در دوران کودکی سواستفاده جنسی و خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند (Banks & Boehm, 2001; Covington, 2002). همچنین بر اساس یافته‌های پژوهشی، بسیاری از زنان وابسته به سومصرف مواد از طبقه‌های اجتماعی و اقتصادی پایین جامعه بوده‌اند. همان‌طور که نتیجه تحقیق‌ها نشان می‌دهد افراد از طبقه‌های اجتماعی و اقتصادی متفاوت نگرش‌های متفاوتی نسبت به رفتارهای مخاطره‌آمیز و خودکارآمدی^{۱۶۸} دارند.

^{۱۶۸} self-efficacy

در مقایسه با مردان، زنان مصرف‌کننده مواد در مسیر بازتوانی با سطوح بالاتری از انگ و شرم مواجه بوده، بار اجتماعی-اقتصادی سنگین‌تری را متحمل شده، حمایت کم‌تری را دریافت کرده و بیش‌تر از مردان تحت نفوذ نقش والدگری قرار دارند (EMCDDA, 2017).

زنان مصرف‌کننده مواد از نظر عوامل زمینه‌ساز اعتیاد، دلایل مصرف مواد و نیازهای روانی-اجتماعی با مردان مصرف‌کننده تفاوت دارند. از آنجایی که نگاه جامعه به زنان معتاد در مقایسه با مردان معتاد بسیار متفاوت است (Duongsaa, 1998). احتمال بیش‌تری وجود دارد که زنان وابسته به سومصرف مواد نسبت به مردان مورد انگ و برچسب قرار بگیرند. جامعه به این زنان به چشم افراد "دوچندان منحرف" نگاه می‌کند. مصرف مواد به خودی خود به معنی تخطی از هنجارهای اجتماعی است اما زنان با اعتیادشان از حدود انتظارات سنتی در مورد نقش همسری، مادری و پرورش دهنده خانواده هم تجاوز می‌کنند (Duongsaa, 1998).

مصرف مواد به ویژه در بین زنان با عوامل روان‌شناختی و اجتماعی-اقتصادی از قبیل خشونت، فقر و فقدان قوانین مربوط به تامین حقوق و نیازهای اصلی زنان مرتبط است. افسردگی و ناکامی ناشی از عوامل فوق زنان را تشویق می‌کند تا برای فرار از واقعیت‌های خشن زندگی بدون فکر کردن به عواقب کارشان به مصرف آرام‌بخش‌ها و دیگر مواد روان‌گردان روی بیاورند. وابستگی به مواد در زنان نه فقط به سلامت خود آنان بلکه به سلامت فرزندان و دیگر اعضای خانواده نیز صدمه می‌زند. مصرف مواد در زنان باردار باعث ایجاد اختلال‌های روانی و جسمی در جنین می‌شود.

نتیجه مطالعه‌های اوتینگ^{۱۶۹} و بیوایس^{۱۷۰} (۱۹۹۰) نشان می‌دهد اعتیاد در بین دختران و پسران نوجوانی بیش‌تر است که در محله‌های پایین شهر زندگی می‌کنند (Kunst & et al, 2004). فشار مالی، خشونت خانگی، تغییر نقش و مسئولیت‌ها و رفتارهای غیر قابل پذیرش اجتماعی (مانند روابط جنسی خارج از بستر ازدواج^{۱۷۱}) همگی به آشفتگی وضعیت خانواده می‌انجامد. همچنین مرگ فرد مصرف‌کننده مواد در خانواده و طلاق-به ویژه در خانواده‌های فقیر- می‌تواند باعث استثمار اعضای خانواده شده و آن‌ها را تا سرحد فرستادن فرزندان به خیابان، ورود زنان به تجارت جنسی و ابتلا به اعتیاد نیز پیش برد (IWDAF, 2003). این موارد از مهم‌ترین نکاتی هستند که زنان وابسته به سومصرف مواد در بیان علت‌های گرایش خود به سمت سومصرف مواد برشمرده‌اند. نتیجه پژوهش‌هایی نیز نشان داده است که استرس ناشی از مقابله با سومصرف مواد در درون خانواده ممکن است پریشانی‌های جسمی و روانی را ایجاد کرده و باعث گرایش زنان خانواده به سمت مصرف الکل و دیگر مواد گردد (IWDAF, 2003).

^{۱۶۹} Oetting

^{۱۷۰} Beauvais

^{۱۷۱} extra marital

زنان و دختران وابسته به مواد در مقایسه با هم‌تایان مرد خود از پیامدهای شدیدتری رنج می‌برند. زنان به خاطر شدت انگ و تبعیض‌های مرتبط با سومصرف مواد متحمل رنج بیش‌تری می‌شوند. مسایل اجتماعی گسترده‌تری مانند خشونت خانگی، تجاوز، سواستفاده جنسی، موقعیت‌های نابرابر اجتماعی، پیشرفت آموزشی کم‌تر و انتظاراتی مرتبط با نقش‌های سنتی زنان بر آن‌ها تأثیرهای سو داشته و منجر به ناتوانی اساسی زنان در رابطه با قطع مصرف مواد می‌شود. زنان مصرف‌کننده بیش‌تر از مردان شرم و گناه ناشی از مصرف مواد را تجربه می‌کنند (Nelson-Zlupko & et al., 1996). این امر می‌تواند برخاسته از احساس مسئولیت‌پذیری بیش‌تر آن‌ها در قبال پرورش فرزندان و از خودبیزاری ناشی از ناکامی در به انجام رساندن وظایفشان به عنوان مادر باشد (U. S. DHHS, 1999). داشتن این احساس منفی سرانجام با حس ناکامی ناشی از برآورده نکردن انتظاراتی مشابه‌ای که جامعه از زن به عنوان مادری خوب دارد همراه می‌شود (Finkelstein, Brown, & Laham, 1981).

از آنجایی که مادران اغلب اولین مراقبت‌کننده از کودکان هستند زنان مصرف‌کننده به سبب ترس از دست دادن کودکان و خانواده‌هایشان اغلب مشکل سومصرف مواد خود را نادیده گرفته و یا آن را انکار می‌کنند (Weissman, et al., 2000). بدون شک پنهان کردن چنین راز بزرگی احساس شرم و گناه را در زنان تقویت کرده و باعث افول عزت نفس آن‌ها می‌شود. این در حالی است که نتیجه پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد دارای عزت نفس بسیار پایین به میزان زیادی درگیر رفتارهای پر خطری (برای مثال رابطه جنسی ناایمن) می‌شوند که خطر ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی را به همراه دارند (UNAIDS, 2009; Kalichman & Rompa, 1995; Somlai et al., 2000). احساس شرمندگی باعث می‌شود تا زنان بیش‌تر از اجتماع دوری کرده و کم‌تر به دنبال گرفتن کمک، افزایش اطلاعات، دریافت آموزش و دسترسی داشتن به مراقبت‌های بهداشتی، اصولی و تخصصی باشند. این امر باعث می‌شود که زنان در دوری باطل قرار گیرند؛ آن‌ها از سویی با احساس شرم دست و پنجه نرم می‌کنند و از سویی دیگر به علت هراس از جامعه شهامت جست‌وجو و طلب کردن کمک را ندارند.

سومصرف مواد توسط زنان نقش‌هایشان در جامعه را به عنوان مادر و همسر به چالش می‌کشد. انگ زدن به زنان مصرف‌کننده مواد منجر به عدم حضور آن‌ها در جامعه و پنهان نگه داشتن مصرف موادشان از دیگران می‌شود که در نتیجه دستیابی به خدمات را برایشان دشوار می‌سازد. به علت شرایط زندگی و از آنجایی که اغلب زنان وابسته به سومصرف مواد برای تهیه و مصرف مواد به همسران خود وابسته‌اند بسیاری از آنان از اجتماع دور مانده و دسترسیشان به خدمات سخت می‌شود (UNAIDS, 2009). بسیاری از بیمارستان‌ها و مراکز درمان سرپایی، زنان معتاد (به خصوص زنان اچ‌آی‌وی مثبت یا باردار) را نمی‌پذیرند. از دلایل پذیرش محدود زنان در مراکز درمانی می‌توان به عواملی مانند عدم وجود بخش‌های جداگانه و تخصصی برای زنان، نبود تخصص در تعامل و ارتباط با سومصرف‌کنندگان زن یا باردار و ترس از انتقال بیماری‌های ویروسی به دیگر بیماران و کارکنان

مراکز بهداشتی اشاره کرد. مطالعه‌ای کیفی که در فاصله بین ماه فوریه تا می ۲۰۱۰ در سه شهر جزیره جاوه انجام شد و در آن ۱۹ زن مصرف کننده تزریقی مواد تحت انجام مصاحبه‌هایی عمیق قرار گرفتند، نشان داد که این زنان از جهت دسترسی به خدمات بهداشتی از سوی اجتماع، دوستان و خانواده‌هایشان مورد تبعیض بودند. این تبعیض‌ها به زن آسیب رسانده و سبب ایجاد احساس شرمندگی در او می‌شود. همین امر دلیل اصلی پنهان کردن سومصرف مواد و محدود کردن ارتباط اجتماعی زنان به شریک و دوستان مصرف کننده تزریقی خود (اغلب مردان) است. اغلب زنان مورد مطالعه این تحقیق ارتباط کمی با خدمات کاهش آسیب داشته، ارتباط آنان با برنامه توزیع رایگان سوزن و سرنگ مداوم نبوده و ارتباطشان اغلب به صورت غیرمستقیم از طریق دوستان مرد خود و یا شرکای جنسیشان صورت گرفته است؛ زیرا این زنان نمی‌خواستند که به عنوان فرد سومصرف کننده مواد شناخته شوند. کم‌تر از نیمی از زنان مورد مطالعه در این تحقیق در طول مصرفشان فقط یک بار آزمایش اچ‌آی‌وی داده که اغلب هم مربوط به یک سال پیش از انجام مطالعه بوده است. دلیل اصلی اجتناب از انجام آزمایش ترس ناشی از طرد شدن از سوی اجتماع با مثبت شدن جواب آزمایش و انگ ناشی از آن بوده است. این زنان در مورد متادون درمانی هم اطلاعات و تجربه کمی داشتند.

نقش مردان در اعتیاد زنان

زنان بر مدار رابطه زندگی می‌کنند و ارتباط در زندگی زنانه از اهمیت و جایگاه مهمی برخوردار است. زنانی که خودشان مصرف کننده مواد نبوده ولی در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که در آن مرد/مردان خانواده سومصرف مواد دارند، تحت تاثیر این سومصرف قرار می‌گیرند. مادران، همسران، خواهران و دختران مردان سومصرف کننده مواد اغلب سعی می‌کنند سومصرف اعضای خانواده خود را کاهش داده و یا آن را پنهان کنند. این امر نتایج منفی را در زمینه‌های سلامتی، اجتماعی و اقتصادی به همراه دارد (مانند خشونت خانگی) (Duongsaa, 1998). دلایلی که باعث می‌شود زنان چنین سورتارهایی را تحمل کرده به چندین عامل بستگی دارد. از طرفی روش‌های تربیتی و پرورش جنسیتی رایج در بیش‌تر جوامع زنان را به پابندی به نقش "همسر خوب" و "مادر نمونه" و فدا کردن خود برای شوهر و فرزندان ملزم می‌کند. از طرفی دیگر بسیاری از زنان از دسترسی داشتن به مهارت‌های آموزشی-حرفه‌ای و فرصت‌های شغلی لازم محروم بوده و مجبورند هم از نظر جسمانی و هم از نظر اقتصادی به مردانشان متکی باشند (Duongsaa, 1998).

نتیجه‌های پژوهشی که بر روی وضعیت زنان مصرف کننده بی‌خانمان مراجع کننده به مرکزهای کاهش آسیب انجام شد نشان داد که اکثر زنان مورد مطالعه در خانواده‌ای به دنیا آمده و رشد نموده بودند که در آن فرد مصرف کننده مواد وجود داشته است. در نسل جدید مصرف کنندگان، برادران و خواهران یاران مصرف به شمار می‌آیند و حتی پدر و مادر در تامین مواد فرزندانشان نقش دارند. چنان چه دختری در خانواده با مواد آشنا نشده باشد حتماً در ازدواج با مردی مصرف کننده زمینه‌های مصرفش فراهم شده است. سناریوی ابتلا به مصرف مواد در بین دختران تا حدودی با پسران متفاوت است. مطالعه‌های

پیشین نشان داده‌اند که درصد اندکی از مردان مصرف‌کننده والدین یا اعضای درجه یک مصرف‌کننده داشته‌اند (حدود ۱۴ درصد) اما اکثریت زنان از وجود یکی از اعضای درجه یک خانواده و یا همسران معتاد خبر داده‌اند. این نکته مهر تاییدی بر یافته‌های پژوهش‌های پیشین است مبنی بر این که این زنان همواره قربانیان اعتیاد وابستگی‌ناشان هستند (نوری و همکاران، ۱۳۹۰).

نکته قابل توجه دیگر رواج روش تزریق در میان اکثریت این زنان است. حتی زنانی که خود تجربه تزریق نداشته به طور قطع با مردی تزریقی روابط جنسی داشته‌اند. تزریق مشترک نیز به عنوان رفتاری پرخطر در میان زنان دیده شده است. زنان برای توضیح مصرف مشترک خود همان توجیه مشابه در مورد عدم استفاده از کاندوم را ذکر کرده‌اند. از آنجا که تزریق مشترک اغلب آنان با همسران یا شریک جنسی‌شان بوده صرف همسر بودن و شناختن مرد مربوطه باعث رفع نگرانی زن از تزریق مشترک شده است.

همانطور که همسران بر سلامت زیستی شریک خود تاثیرگذار بوده در عین حال می‌توانند بر ابتلا همیشگی آنان به اعتیاد به الکل و دیگر مواد افیونی و محرک نیز نقش به سزایی داشته باشند (Amaro & Hardy-Fanta, 1995). ارتباط زنی مصرف‌کننده با مرد مصرف‌کننده مواد اغلب حرکت به سوی استفاده از مواد سنگین‌تر را موجب می‌شود (Amaro & Hardy-Fanta, 1995).

نتیجه‌های بررسی عوامل موثر بر تاب‌آوری بر روی ۱۳۵ نفر از همسران مردان معتاد نشان داده است که تاب‌آوری با ویژگی‌های دموگرافیک آن‌ها ارتباطی نداشته و در واقع سن، طول مدت ازدواج، خانه‌داری و سطح تحصیلات بر تاب‌آوری زنان اثرگذار نیستند. همچنین وضعیت اقتصادی خانواده پدری زن که می‌تواند نقطه حمایتی برای وی محسوب شود نیز در زمان زندگی با مرد معتاد عاملی موثر در ایجاد تاب‌آوری در او نیست (نوری و همکاران، ۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی زنان افراد مصرف‌کننده با تاب‌آوریشان در برابر عارضه مصرف مواد نشان داده است که صفات‌های شخصیتی نیز در شرایط نامساعد زندگی با مرد مصرف‌کننده نمی‌تواند به مقاومت فرد در برابر ابتلا به آسیب اعتیاد کمکی بکند. به این ترتیب عوامل محتمل زیادی قادر به توضیح دلیل تاب‌آوری زنان در برابر عارضه مصرف مواد ناشی از داشتن همسر معتاد نبوده‌اند. می‌توان چنین نتیجه گرفت که نفس داشتن شوهر معتاد چنان تعیین‌کننده است که اثر عوامل محافظ دیگر در حضور آن خنثی و کم رنگ می‌شود. علاوه بر این به نظر می‌رسد عوامل ناشناخته دیگری وجود دارند که نسبت به ویژگی‌های شخصیتی از قدرت بیش‌تری در تاب‌آور ساختن فرد برخوردار هستند. پس می‌توان چنین فرض کرد که زنان با هر گونه صفات‌های شخصیتی در همزیستی با همسر معتاد می‌توانند در معرض آسیب ابتلا به اعتیاد قرار بگیرند.

اعتیاد به چند ماده (که گویای شدت اعتیاد همسر است) نقش مضاعفی در معتاد کردن زنان داراست. یافته‌های علمی حاکی از این امر است که زنانی که شوهرانشان مصرف توأمان چند ماده را دارند

بیش تر به سومصرف مواد رو می آورند. در تحقیقاتی علمی نوع ارتباط و رفتار شوهران با همسران خود در رابطه با تاب آوری زنان مورد بررسی قرار گرفته است. زنانی که مورد آزار جسمی و خشونت قرار داشتند در برابر عوارض ناشی از زندگی با همسر معتاد تاب آور نبوده و به سومصرف مواد روی آورده اند. در واقع خشونت و مصرف هم زمان چند ماده توسط همسر حاکی از شدت اعتیاد وی است که بر هر عامل بیرونی (وضعیت اقتصادی خانواده پدری زن و حمایت و حضور همسر) و عامل درونی (ویژگی های دموگرافیک زن، ویژگی های شخصیتی و عزت نفس) برتری داشته و باعث تسلیم شدن زنان در برابر شرایط موجود می شود؛ در این شرایط همراهی و اطلاع همسر مهر تایید و حمایتی بر سومصرف مواد توسط زنان بوده است. در واقع به نظر می رسد شدت اعتیاد همسر به ویژه اگر با تحقیر و صدمه جسمی همراه باشد احتمال اعتیاد زن را بالا می برد. اعمال خشونت شوهر معتاد بر روی همسرش که موجب اعتیاد او می شود با نظریه "هماندسازی با پرخاشگر"^{۱۳۲} هم قابل توضیح است. تجربه احساس هایی مانند حقارت، افسردگی و اضطراب و سایر تفاوت های روانی این زنان با زنان تاب آور را هم شاید بتوان به عنوان ساز و کارهای واسط مطرح کرد که باز تایید کننده این فرضیه هستند. به این ترتیب شاید بتوان گفت زنانی بر اثر اعتیاد همسرانشان معتاد می شوند که طعم خشونت همسر معتاد خود را چشیده و دچار افت عزت نفس، افزایش اضطراب و افسردگی شده اند. آن ها برای تسکین آلام مضاعف خود به همان راهی می روند که از همسرانشان آموخته اند؛ همسرانی که نه تنها با اعتیاد خود زنشان را به نحوی غیرمستقیم آزرده بلکه با خشونت خود او را به نحوی مستقیم به سوی اعتیاد رانده اند.

نگاهی به وضعیت اعتیاد زنان در ایران

یافته های تحقیق های علمی در ایران نشان می دهد که زنان کم تر از مردان مواد مصرف می کنند (نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۶). از سوی دیگر به دلیل بافت فرهنگی موجود در کشور اعتیاد در زنان شکل پنهان تری نسبت به مردان دارد (نجاری، ۱۳۸۶). با توجه به یافته های مطالعه ای انجام شده در مراکز اقامتی ویژه زنان می توان به پایین آمدن سن اعتیاد و افزایش مصرف مواد محرک در میان زنان پی برد. این یافته تاییدی بر نتیجه مطالعه های پیشین است که ماده مصرفی در زنان جوان تر را متفاوت یافته و شیشه را به عنوان ماده مصرفی غالب در میان زنان جوان تر عنوان کرده است. در مطالعه های صورت گرفته نقش تسلط مردان بر اعتیاد زنان همچنان بارز است. این یافته در راستای نتیجه مطالعه ای که سال ۱۳۹۱ در تهران انجام شد نقش و حضور مردی مصرف کننده را در کنار زن مصرف کننده نشان می دهد (نوری و همکاران، ۱۳۹۱). بررسی شرایط زنان مصرف کننده در ایران در قالب پژوهش هایی نشان داد که اکثریت زنان مورد مطالعه جایی برای زندگی کردن نداشته و یا در پناهگاه ها به سر می بردند. زنان مصرف کننده ای نیز که در منزل همسرانشان یا اقوام درجه اول خود

^{۱۳۲}Identification with the Aggressor

(مانند پدر، مادر، خواهر و یا برادر) زندگی می‌کردند به این خاطر در بستر خانواده حضور داشتند که فرد دیگری از اعضای خانواده نیز علاوه بر آن‌ها مصرف‌کننده بوده و امکان مصرف مواد برایشان فراهم بوده است. البته نمی‌توان به چنین خانه‌هایی به عنوان محل زندگی سالمی نگاه کرد. این زنان به طور متناوب خانه را ترک کرده و شب‌ها را خارج از آن سپری می‌کنند و در نتیجه در معرض آسیب‌هایی هستند که شرایط زندگی آنان را پرخطرتر می‌کند. با توجه به این شرایط ما با گروهی از زنان مصرف‌کننده روبه‌رو هستیم که مستعد به ابتلا و انتقال بیماری‌های عفونی هستند.

منبع درآمد اکثریت این زنان از طریق تن‌فروشی است. علی‌رغم این که این زنان راه‌های دیگری را نیز برای کسب درآمد عنوان کرده‌اند اما تن‌فروشی اصلی‌ترین راه تامین معاش در میان این زنان است. برخی زنان به علت جذابیت‌های فردی و توانمندی در کسب درآمد به صورت مقطعی در دوران طلایی تن‌فروشی خود به سر می‌برند اما با مزمن شدن اعتیادشان و بروز عوارض آن قطع مصرف برایشان دشوارتر می‌شود. این زنان به علت مصرف همزمان مواد و تن‌فروشی بسیار زود فرسوده شده و پس از مدتی دیگر مشتری برای جسم فرسوده خود پیدا نخواهند کرد.

این وظیفه درمانگران و مداخله‌گران روان‌شناس و روان‌پزشک است که با ایجاد انگیزه آن‌ها را متقاعد به ترک اعتیاد و اجتناب از داشتن رفتارهای پرخطر جنسی نمایند. در بین مصاحبه‌شوندگان زنانی وجود داشتند که مبتلا به اچ‌آی‌وی و یا ایدز بودند. آن‌ها برای تامین هزینه‌های زندگی و مواد خود اقدام به تن‌فروشی می‌کردند. هر روز فعالیت این دست از زنان در سطح شهر برای نظام سلامت کشور هزینه‌های هنگفتی را به همراه دارد. لذا این امر باید دغدغه مسئولین باشد تا با کنترل و رسیدگی به این مشکل از تحمیل هزینه‌های بیش‌تر به بخش بهداشت و درمان کشور جلوگیری شود. بدیهی است تا زمانی که زنان مصرف‌کننده برای تامین مواد و سایر احتیاج‌های خود تن‌فروشی می‌کنند بسیاری از خطرهای (مانند روابط جنسی گروهی و خشونت جنسی) نیز برای آنان وجود دارد که زمینه ساز ابتلا به بیماری‌های خطرناکی مانند ایدز هستند. در این شرایط کاستن عوارض مصرف‌چندان آسان نیست اما با تامین سرپناه و ارائه امکانات درمانی بسیاری از این مشکل‌ها مرتفع می‌شوند.

دختران و زنان کم‌سن‌تر بیش‌تر از طریق فروش مواد، دزدی و یا حمایت یکی از اعضای خانواده پول لازم برای خرید مواد خود را تهیه می‌کنند. این زنان جوان‌تر با وجود داشتن روابط متعدد با افراد مختلف از رابطه جنسی به منزله راهی برای کسب درآمد استفاده نمی‌کنند اما با این وجود آن‌ها هم در معرض ابتلا و انتقال بیماری‌های جنسی و عفونی هستند. تحقیق‌ها نشان داده است که دلیل برقراری ارتباط جنسی با مردان در دختران و زنان کم‌سن‌تر متفاوت است. نیازهای روانی انگیزه اصلی این گروه برای برقراری رابطه جنسی است زیرا اغلب مواد مصرفی آن‌ها از جانب فردی که معمولاً عضو درجه یک خانواده بوده تامین می‌شود. اما نیازهای اقتصادی در زنانی که سن بیش‌تری دارند نقش عمده‌ای در علت تن‌فروشی آن‌ها بازی می‌کند تا جایی که تن‌فروشی منبعی برای تامین هزینه مواد مصرفی همسرانشان نیز می‌شود.

راه‌های تهیه مواد در میان زنان کم سن‌تر و زنان دارای سن و سال بیش‌تر متفاوت است. زنان جوان‌تر کم‌تر به سراغ توزیع‌کننده و فروشندگان مرد می‌روند. به نظر می‌رسد فروشندگان زن در شبکه مصرف زنان نقش مهمی دارند. آن‌ها معمولاً امکان تن‌فروشی را نیز برای مشتری‌های خود فراهم می‌کنند. البته انعطاف مردان فروشنده مواد در برابر زنان مصرف‌کننده بیش‌تر است. این خود عاملی در رجوع زنان با نیاز مالی شدید به این افراد است. با توجه به این که نسل جدید مصرف‌کنندگان از جانب خانواده و دوست‌پسری که با او رابطه دارند مواد مصرفیشان را تامین می‌کنند به نظر می‌رسد این گروه کم‌تر خود به صورت مستقیم به فروشندگان مواد رجوع می‌کنند. این امر می‌تواند نشان‌دهنده موج جدیدی در مشروعیت مصرف میان خانواده‌ها باشد.

اکثریت زنان مصرف‌کننده مواد سابقه ارتکاب رفتارهای مجرمانه‌ای اعم از خرید و فروش مواد را داشته که به دستگیری و یا زندانی شدنشان منجر شده است. البته با در نظر گرفتن دیگر رفتارهای پرخطر در میان این زنان این مساله امری غیرعادی به نظر نمی‌رسد. ارتکاب جرایم توسط زنان مصرف‌کننده مواد بیان‌گر ضرورت توجه برنامه‌ریزان به تنظیم برنامه‌ای جامع است که بتواند تمامی جنبه‌های علت‌ساز وقوع جرم را مد نظر قرار دهد.

تحقیق‌ها نشان می‌دهد مردان اولین پیشنهاد دهنده مصرف مواد به زنانند. این مردان اغلب پدر، برادر، دوست‌پسر و یا همسر آن‌ها هستند. طبق الگوی رایج در کشور که در آن تریاک ماده سنتی مصرفی مردان است، زنانی که پس از مردان مصرف مواد را شروع کرده‌اند فرایند مصرفشان با تریاک آغاز شده ولی مصرف کراک، شیشه، تمبیک و غیره نیز جز مواد مصرفی آن‌ها درآمده است. به نظر می‌آید نقش مسلط مردانه با توجه به نیاز اقتصادی و عدم برخورداری از هرگونه حمایت از سوی خانواده پدری این زنان عاملی برای وابستگی آن‌ها باشد. وابستگی که یکی از عوارض مصرف مواد و حتی ترریق است.

درمان اعتیاد زنان باید ضرورتی مهم در برنامه‌های پیش‌گیری باشد تا به آن‌ها کمک کند که برای تهیه مواد خود به تن‌فروشی روی نیاورند. توانمندسازی این زنان و ارتقا مهارت‌های فردیشان می‌تواند توان‌چانه‌زیشان را با شریک جنسی خود در روابط جنسی افزایش دهد. همچنین تدوین برنامه‌های پیش‌گیری برای مردان به عنوان شریکان جنسیشان که تعیین‌کننده نوع و شکل رابطه جنسی با این زنان هستند نیز بایستی مدنظر قرار بگیرد. با توجه به نقش مسلط مردان ارایه هر گونه آموزش بدون در نظر گرفتن مردان کم‌فایده به نظر می‌رسد.

زنان مصرف‌کننده با خشونت‌های جنسی مکرری مواجه هستند. اکثر این زنان پیوسته توسط افراد ناشناس مورد تجاوز قرار گرفته و یا آگاهانه به مکان‌هایی می‌روند که در آن‌ها با ۱۰ تا ۱۵ نفر رابطه جنسی برقرار می‌کنند. این زنان در معرض خطر دزدیده و حبس شدن و استفاده از آن‌ها به عنوان نیروی کار قرار دارند.

مصرف شیشه توسط اکثر این زنان به عنوان ماده‌ای که در مقایسه با سایر مواد بر سیستم عصبی اثرهای مخرب‌تری داشته و آن‌ها را از درک شرایط محیطی و پیرامونی باز می‌دارد قابل توجه است. برقراری روابط جنسی متعدد و غیرقابل کنترل از جمله عوارض مصرف این ماده است. لازم به ذکر است که مصرف مواد افیونی به علت ایجاد یبوست و تغییر در وضعیت روده‌ها امکان ارتباط مقعدی را ضعیف می‌کند اما مصرف شیشه در ارتکاب این رفتار پرخطر جنسی نه تنها مانعی ایجاد نمی‌کند بلکه تقویت کننده این گونه روابط نیز است. زنی که بر شرایط محیطی خود هشجاری و تسلط ندارد به روابط جنسی غیر قابل کنترل و خطرناک تن می‌دهد. این امر احتمال ابتلا به بیماری‌های منتقله از راه جنسی را افزایش می‌دهد. در حال حاضر تعداد زیادی از زنانی که تن‌فروشی می‌کنند مصرف شیشه دارند. درمان زنان مصرف کننده مواد طی سال‌های اخیر به علت اعتیاد آن‌ها به شیشه (از گروه آفتامین‌ها) بسیار دشوار شده است.

بر اساس یافته‌های مطالعه‌های انجام شده اخیر در ایران به طور کلی می‌توان گفت افزایش تعداد زنان مصرف کننده و وابستگی آن‌ها به مواد به دلیل آسیب‌پذیری اقتصادی و اجتماعی آنان در جامعه است. به نظر می‌رسد شرایط اجتماعی که این زنان تجربه می‌کنند بسیار آسیب‌زا است. با بررسی وضعیت خانوادگی و شرایط اقتصادی اکثر این زنان که از دسترسی داشتن به هرگونه حمایت اجتماعی محرومند می‌توان به ناهنجاری محیط اجتماعی آن‌ها (از کودکی تا بزرگسالی) پی برد (نوری و همکاران، ۱۳۹۰).

درمان اعتیاد زنان و پروتکل‌های درمانی

افزایش تعداد زنان مصرف کننده مواد در سال‌های اخیر در کنار عدم وجود امکانات درمانی مناسب نشان از ناموفق بودن مواجهه برنامه‌ریزان حوزه سلامت با اعتیاد زنان دارد. مستندات موجود در ایران و جهان باور به وجود تفاوت‌های جنسیتی در بین زنان و مردان و لزوم اتخاذ تدبیرهای مبتنی بر شواهد علمی را در امر درمان و بازتوانی زنان مصرف کننده مواد آشکار کرده است. پروتکل‌هایی که در رابطه با درمان اعتیاد زنان وجود دارد به ندرت وارد مرحله اجرایی شده و یا به صورت ناقص و انتخابی اجرا می‌شوند. مراکزهای اقامتی درمان اعتیاد زنان از برنامه منظم و منسجمی برخوردار نیستند زیرا نظارت ساختار یافته‌ای بر عملکرد آن‌ها وجود ندارد. مطالعه‌های متعددی در موضوع اعتیاد زنان نشان داده است که نیازهای درمانی زنان باید مبتنی بر نیازهای جنسیتی آن‌ها باشد؛ نیازهایی که در فرایند ابتلا به اعتیاد از عوامل زمینه‌ساز مصرف آنان نیز بوده است. اما آیا در ساختار درمان اعتیاد زنان به این نیازها و تفاوت‌ها پرداخته شده است؟

نتیجه مطالعه‌ها در وضعیت درمان اعتیاد زنان بیانگر این واقعیت است که علت‌های فرهنگی همچون عدم پذیرش اعتیاد زنان در خانواده و جامعه و واکنش شدید جامعه از طریق انگ زدن و طرد کردن زن مصرف کننده روند درمان آن‌ها را مشکل ساخته است. موانع اقتصادی نیز نقش عمده‌ای در عدم

رجوع زنان برای دریافت درمان دارد. هزینه درمان زنانی که وابسته به حمایت اقتصادی مردانشان هستند تامین نمی‌شود. موانع اجتماعی که ناشی از تسلط رویکرد مردسالارانه و ایده‌آل‌گرایی نسبت به نقش زنان است به عدم برنامه‌ریزی برای درمان زنان معتاد و نادیده گرفتن واقعیت موجود منجر شده است. این امر بر ساختار درمانی موجود نیز سایه انداخته که نتیجه آن فقدان وجود مراکز درمانی جنسیت‌محور و بر پایه توجه به تفاوت‌های فیزیولوژیک و روانی زنان است. عدم استفاده از نیروی‌های متخصص در مراکز درمانی-اقامتی و عدم استفاده از رویکردهای علمی و مبتنی بر تجارب تخصصی در خدمات درمانی در کنار محدودیت تعداد مراکز ویژه زنان مصرف‌کننده از جمله مانع‌های موجود در درمان اعتیاد زنان محسوب می‌شوند. نادیده گرفته شدن زنانی که دارای فرزند بوده و عدم برنامه‌ریزی برای جلوگیری از قطع ارتباط مادر با فرزند نیز از جمله موانعی هستند که زنان را از اقدام برای درمان منصرف می‌کند. از آنجا که پس از ترک و پایان دوره اقامتی شرایط محیط زندگی زنان تغییری نمی‌کند زن در حال بهبودی به همان محیطی باز می‌گردد که تهدیدی برای بهبودی اوست. این مساله انگیزه ترک را در او ضعیف کرده و باعث می‌شود که او مصرف مجدد را سرنوشت محتوم خود بداند.

خدمات مراکز موجود در حال حاضر مبتنی بر رویکرد پرهیزمدارانه بوده و از برنامه درمانی ساختار یافته‌ای تبعیت نمی‌کنند. در این مراکز غربالگری در جهت شناسایی وضعیت خدمت‌گیرنده انجام نشده و سطوح خدمات بنابر نیاز مراجع تفکیک نشده‌اند. بنابراین رسیدگی مناسب به گروه‌های خاص (از جمله گروه‌های سنی خاص، زنان باردار، زنان دارای فرزند، زنان بی‌سرپرست، زنان بی‌خانمان، زنان دارای سوابقه قضایی، زنان مبتلا به اچ‌ای‌وی و ایدز و حتی افرادی با اختلال‌های روانی ناشی از مصرف مواد محرک) در برنامه درمانی زنان صورت نمی‌گیرد. عدم استفاده از نیروی‌های متخصص از جمله مددکاران اجتماعی، ماما یا پزشک زنان، روان‌پزشک و مشاور مانع انجام مداخله‌های مناسب و به‌هنگام شده است. مراکز اقامتی موجود با برقراری رابطه‌ای همدلانه با بیماران تنها آن‌ها را وادار به تمدید دوره‌های ۲۸ روزه خود می‌نمایند. این مراکز خود به این نکته اذعان دارند که در برابر عوارض قطع مصرف مواد محرک نمی‌توانند به زنان در حال ترک کمکی بکنند. در مراکز اقامتی زنان خدمات پس از ترخیص به هیچ شکلی وجود نداشته، زنان پس از طی دوره درمان به حال خود رها شده و تنها چنانچه خودشان تمایل داشته باشند امکان پیگیری وضعیت آن‌ها میسر خواهد بود. خدمات مراکز اقامتی زنان با توجه به پشتوانه مالی گردانندگانی تعیین می‌شود که خود نیز بهبود یافته هستند. لذا زنان در مراکز فوق با عدم وجود امکانات بهداشتی، تغذیه‌ای و رفاهی مواجه هستند. فقدان امکانات و یکنواختی برنامه‌های روزانه در طی مدت اقامت عاملی مهم در قطع درمان افراد است.

بسیاری از زنان مصرف‌کننده‌ای که به دوره‌های درمانی وارد شده‌اند به علت‌های مختلفی از ادامه آن منصرف شده و یا شرایط ادامه درمان را نداشته‌اند. واضح است که مداخله‌های درمانی به علت محدودیت امکانات مراکز درمانی از کیفیت خوب و مطلوبی برخوردار نبوده و مداخله‌های جامع

روان‌شناسی به بیماران ارایه نمی‌شود؛ در حالی که این مداخله‌ها بیش از پیش در پاسخ‌گویی به نیازهای این گروه از جامعه دارای اهمیت هستند. دادن متادون قدم بسیار کوچکی برای حل معضل اعتیاد زنان بوده و سایر مداخله‌ها اعم از حمایت‌های اجتماعی و روانی از اهمیت بیش‌تری برخوردارند. متأسفانه این مداخله‌ها جایی در ساختار درمانی اعتیاد زنان ندارد. اکثریت این زنان خود را در معرض ابتلا به بیماری ایدز می‌دانند و سابقه حضور در مکان‌های پر خطر را داشته‌اند. محل‌هایی که آنان در آن‌ها تردد داشته و یا زندگی می‌کنند آستان خطرهای زیادی است. از جمله این خطرهای می‌توان به وجود سرنگ‌های آلوده، احتمال تجاوز و یا وجود ارتباط‌های جنسی مشکوک اشاره کرد. عدم وجود سطح‌بندی در ارایه خدمات این زنان را در معرض خطر قرار می‌دهد. در بسیاری موارد دختران جوان‌تر بر اثر تماس با زنان مصرف‌کننده در معرض فروخته شدن و یا پیشنهاد الگوی مصرفی خطرناک‌تر قرار گرفته و حتی در مواردی وادار به تزریق شده‌اند.

خدمات موجود و نقد آن

مباحث طرح شده نشان می‌دهند که برنامه‌های موجود در موضوع درمان و بازتوانی اعتیاد زنان بر اساس نیاز مخاطبان تدوین نشده و نتوانسته که به گونه‌ای موثر عمل کند. موارد ذیل خلاصه شکاف‌هایی است که در این حوزه وجود دارد:

عدم لحاظ نمودن رویکرد جنسیتی در تنظیم برنامه‌ها: با توجه به بالا بودن نرخ تعداد مردان مصرف‌کننده، خدمات درمان و بازتوانی اعتیاد با رویکردی مردانه‌محور تنظیم شده و لذا نیازهای زنان در آن‌ها مغفول مانده‌اند.

نیروی انسانی ناکافی و سومدیریت نیروها: تعداد نیروی انسانی فعال در حوزه درمان و بازتوانی اعتیاد زنان محدود بوده که می‌تواند ناشی از فقدان بودجه لازم برای به کارگیری افراد متخصص باشد. همچنین عدم وجود شرح وظایفی مشخص باعث شده است که از نیروهای به کار گرفته شده به صورت بهینه استفاده نشود.

عدم تخصیص بودجه: راه‌اندازی خدمات ویژه زنان نیازمند برآورد عناصر مورد نیاز برنامه درمانی است. به علت عدم وجود منبع مالی برای تجهیز مراکز، اکثر مراکز اقامتی ویژه زنان با کم‌ترین استانداردها در حال خدمات‌دهی به دختران و زنان مصرف‌کننده هستند.

به روز نبودن خدمات: در حال حاضر خدمات بازتوانی زنان با استفاده از ساختار درمان‌های پرهیزمدار مناسب مردان و مداخله‌های سرپایی در کلینیک‌های درمانی در حال اجراست. در این مراکز هیچ‌گونه ارزیابی از خدمات ارایه شده به زنان انجام نشده و این خدمات با اطلاعات روز بازبینی نمی‌شوند.

عدم/اعتماد به خدمت‌دهندگان: زنان مصرف‌کننده به خدمات‌دهندگان مراکز اعتماد ندارد. این امر مورد تایید فعالین و متخصصین حوزه درمان نیز بوده و ناشی از فقدان سرمایه اجتماعی است. این زنان به علت تجربه‌های تلخ ناشی از اعتماد به دیگران در طول زندگیشان و نداشتن تجربه رابطه‌ای با ثبات از خود عدم اعتماد بیش‌تری را نشان می‌دهند.

عدم وجود نظام حمایتی _/ارجاعی و همکاری بین بخشی: وضعیت زنان در معرض آسیب به علت فقدان سیستمی حمایتی در حوزه بازتوانی پیگیری نمی‌شود. این عدم پیگیری ناشی از فقدان نظامی حمایتی _ ارجاعی است که وجود آن می‌تواند به ماندن فرد در چرخه درمان کمک کند.

ملاحظه‌های ویژه پیشنهادی برای بهبودی زنان مصرف‌کننده مواد

مصاحبه‌های عمیق با زنان مصرف‌کننده در طی انجام مطالعه‌هایی کیفی نشان داده که غالب خدمات ارایه شده به زنان در حوزه نیازهای پایه‌ای متمرکز بوده است. اکثریت زنان مصرف‌کننده با این پرسش بسیار منفعلانه که "در حال حاضر مهم‌ترین نیازت چیست؟" روبرو هستند. واکنش ظاهری و کلامی زنان نشان می‌دهد که آن‌ها به نیازهای واقعی خود برای بهبودی واقف نیستند.

نیازهایی که توسط زنان مصرف‌کننده مطرح می‌شود بسیار شبیه به هم و مشترک بوده و تنها با اجرای چند پژوهش مرتبط میدانی می‌توان آن‌ها را شناسایی نمود. از آن جایی که زنان مصرف‌کننده مواد دانش و آگاهی کافی در مورد خدمات مورد نیاز برای بهبودی از اعتیاد خود را ندارند، سیاست‌گذاران حوزه سلامت کشورنباید به اظهارات این بیماران در مورد نیازهایشان به عنوان تنها منبع موثق برای سازمان‌دهی خدمات درمان اعتیاد زنان بسنده کنند. این بیماران به علت فشارهای بسیار و محدودیت‌های بی‌شمار به حداقل‌هایی راضی هستند که منجر به درمان و باقی ماندن آن‌ها در روند بهبودی نمی‌شود. خواسته‌های بسیاری از زنان به درخواست حداقل خدمات خلاصه می‌شود. این زنان به داشتن سرپناهی امن، حداقلی خوراک روزانه و اندکی پول برای رفع کردن مایحتاجشان راضی‌اند. نداشتن این حداقل امکانات رفاهی باعث می‌شود تا آن‌ها برای زنده ماندن و کسب درآمد به هر کاری تن بدهند (مانند گدایی، دست‌فروشی، قبر شویی و یا هر راه ممکن دیگری). این زنان از حداقل معاینه‌های سلامت نیز محروم بوده و از وضعیت واقعی سلامتشان اطلاعات زیادی ندارند.

به نظر می‌آید اولویت‌های سازمانی با اولویت‌های واقعی بیماران در تعارض است؛ تلاش برای بقا و برطرف شدن سایر نیازهای پایه‌ای دغدغه زنانی است که در پایین‌ترین سطح طبقه اجتماعی قرار دارند. نادیده گرفتن این نیازهای اولیه منجر به عدم ترک سومصرف مواد و شکست فرایند بهبودی می‌شود. زنی که سقفی بالای سر خود نداشته و شب‌ها در خیابان می‌خوابد قطعاً دغدغه کنترل بیماری‌های عفونی بدنش را ندارد. ما نیز نمی‌توانیم اولویت‌های خود را به چنین فردی تحمیل کنیم. نیازهایی که زنان مصرف‌کننده در مراحل اولیه در اظهارات خود به آن‌ها اشاره کرده‌اند شامل سرپناه، خوراک، کار، پوشاک، کمک خرج مالی و درمان اعتیاد بوده است.

با توجه به اطلاعات به دست آمده از نیازهای زنان پیشنهادهای ذیل در راستای بازتوانی از اعتیاد زنان مصرف کننده ارایه می شود:

ارتباط /ایمن: اولین عنصر بازتوانی که سنگ بنای درمان پایدار اعتیاد زنان است تحقق و شکل گیری ارتباطی ایمن است. دیگر عناصر به شرط تحقق این عنصر مقبولیت و اثربخشی خواهند داشت. زنان مصرف کننده مواد از داشتن ارتباطی ایمن که یکی از کلیدی ترین نیازهای آنهاست محرومند. ارتباط ایمن در ارتقا سلامت روان و کاهش آزردهای روان شناختی زنان در حال بهبودی نقش مهمی را ایفا می کند. زن مصرف کننده در کنار آسیب هایی که زمینه روان شناختی و جامعه شناختی دارند انگ اجتماعی سنگینی را نیز به دوش می کشد. این انگ بار رانده شدن از خویشتن، خانواده و جامعه ای که در آن زندگی می کند را سهمگین تر می سازد. لذا آنچه که می تواند روند بهبودی این زنان را تسهیل کند ساختار درمانی حمایتگری است که احساس تعلق را در فرد احیا کرده و اعتماد از دست رفته را به او بازمی گرداند. این ساختار بایستی بتواند در جهت اصلاح رابطه زن آسیب دیده با خودش عمل کند. بدین ترتیب مفهوم "خود" با هدف اصلاح اعتماد به نفس فرد و تصویری که او از خود، رابطه در سطح میانه، خانواده و دوستان دارد باز تعریف و رابطه اش با سطح کلان جامعه و ساختارهای فرهنگی و اقتصادی آن ترمیم می شود. در نهایت به این شکل فرایند بازادغام اجتماعی محقق شود. به عبارت دیگر ساختار درمانی باید بر اساس اصلاح اصلی ترین مفهوم در زندگی انسان که "ارتباط" است طراحی شود. انسان از طریق رابطه با دیگری می تواند به شناختی از خودش، دیگران و محیطی که در آن زندگی می کند رسیده و بر مبنای آن شناخت (دریافت) بهترین واکنش را از خود نشان دهد. این رابطه در سه سطح قابل تفکیک است: ارتباط با خود در سطح خرد، ارتباط با اولین محیط در سطح میانه و ارتباط با عناصر گسترده مانند فرهنگ در سطح کلان.

محوریت مراجع: تدوین برنامه بازتوانی از اعتیاد زنان بایستی با توجه به تفاوت های فردی، بررسی عوامل ایجاد بیماری و ارزیابی عوامل تشدید کننده موجود در زندگی آنان صورت گیرد. به کارگیری تنها یک مدل برنامه و نسخه برداری از برنامه های موجود در جهان تنها به شکست درمانی این گروه منجر خواهد شد. بازتوانی موفق اعتیاد زنان که متکی بر شواهد علمی است باید در سایه بومی سازی الگوهای موفق درمانی و شناسایی شرایط جسمانی، روان شناختی و جامعه شناختی این زنان صورت گیرد.

آموزش: نقش آموزش در توانمندسازی زنان قابل تامل است. آموزشی که با هدف توانمندسازی و ارتقا مهارت های فردی اعم از مهارت های شغلی و رفتاری سامان دهی می شود بسیار ضرورت دارد. زنان مصرف کننده مواد از کمترین مهارت های فردی و اجتماعی ممکن برخوردار هستند. بازتوانی زنان بایستی با هدف توانمندسازی و ارتقا آگاهی آنان مفصل بندی شود. آموزش فنون مختلف در راستای استعدادیابی و با هدف ارتقای عزت نفس و اعتماد به نفس زنان در حال بهبودی اهمیت به سزایی دارد.

در دسترس بودن خدمات درمانی: دسترسی آسان به خدمات ترک وابستگی به مواد برای زنانی مصرف‌کننده از ضرورت‌های حوزه خدمات سلامت محسوب می‌شود. کمبود مراکز بازتوانی ویژه زنان و منحصر شدن این مراکز به تعدادی مرکز انگشت‌شمار نمی‌تواند پاسخگوی درمان اعتیاد زنان در جامعه باشد. به علت مانع‌های فرهنگی موجود و عدم تمایل زنان به آشکار شدن اعتیادشان باید خدمات بازتوانی ویژه‌ای برای زنان در نظر گرفته شود تا زن مصرف‌کننده مواد که قصد گرفتن درمان را دارد به راحتی و با کم‌ترین دغدغه به این مراکز تردد کند.

نگ‌زدایی: نگاه جامعه به زنان مصرف‌کننده دو چندان منفی بوده و در نتیجه مراکز درمان اعتیاد زنان از لحاظ موقعیت فیزیکی و اجتماعی با مشکل‌های عدیده‌ای روبه‌رو هستند. موفقیت برنامه بازتوانی زنان مصرف‌کننده مواد که مبنای آن بر ساختاری واقع‌گرایانه گذارده شده باشد با حمایت فرهنگ‌سازی محقق می‌شود که به آسیب‌های اجتماعی به عنوان یک واقعیت نگاه می‌کنند.

سطح‌بندی خدمات درمانی: اهمیت سطح‌بندی خدمات درمانی با توجه به تفاوت‌های دموگرافیک زنان مصرف‌کننده مواد و سطوح متفاوت آسیب‌های وارده به آن‌ها آشکار می‌شود. عدم تناسب خدمات ارائه شده با نیاز خدمات‌گیرندگان باعث افزایش میزان آسیب و شیوع آن در بین دیگر افراد جامعه می‌شود. بسیاری از زنان مصرف‌کننده به علت پیدا نکردن جایگاه خود در خدمات تعریف شده موجود از برنامه درمانی خارج می‌شوند. این امر می‌تواند عاملی برای گسترش آسیب‌ها در جامعه باشد.

ایجاد سیستم/ارجاعی-حمایتی: نتیجه بررسی خدمات مورد نیاز بهبودی زنان مصرف‌کننده نشان داده است که اکثر مراجعان مراکز کاهش آسیب به هر ۷ دسته خدمات (غذا، پزشکی و درمانی، دندان‌پزشکی، روان‌پزشکی، مشاوره، مسکن و شغل) نیاز دارند. نیاز مراجعان مراکز اقامتی میان مدت به ترتیب اولویت شغل، دندان‌پزشکی و مسکن است. مراجعان به کنگره شصت بیش‌ترین نیاز خود را دسترسی داشتن به خدمات دندان‌پزشکی عنوان کرده‌اند. نیازهای زندانیان به خاطر شرایط خاص زندان متفاوت است. آن‌ها بیش‌تر خواهان دریافت خدمات قانونی و روان‌پزشکی هستند. زنان تحت پوشش ماده ۱۶ به ترتیب اولویت نیازمند شغل و مسکن هستند.

مطالعه فوق نشان داده است که در هیچ‌کدام از مراکزهای خدمات دهنده به زنان مصرف‌کننده موجود در کشور خدمات اثربخش روان‌شناختی و جامعه‌شناختی ویژه زنان که مبتنی بر نیازهایشان باشد ارائه نمی‌شود. بررسی وضعیت زنان مصرف‌کننده مواد دارای رفتارهای پرخطر نیز نشان داده است که هیچ‌گونه نظام ارجاعی برای پوشش نیازهای درمانی آن‌ها وجود ندارد؛ برای مثال این زنان از خدمات مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ‌آی‌وی و درمان ضد‌رتروویروسی^{۱۷۳} بهره‌مند نشده و تنها خدمات دریافتی آن‌ها دریافت متادون و انجام آزمایش ایدز بوده که آن هم فاقد هرگونه پیگیری و ارائه خدمات مشاوره‌ای پس از آزمایش بوده است. در حالی که اکثریت زنان مصرف‌کننده موادی که

^{۱۷۳} Antiretroviral (ARV)

به مراکز اقامتی مراجعه می‌کنند به مواد محرکی مانند شیشه وابسته هستند اما مداخله‌های روان‌شناختی (مانند درمان ماتریکس^{۱۷۴} و درمان‌های شناختی-رفتاری^{۱۷۵})، روان‌پزشکی و مددکاری اجتماعی قابل توجهی در مراکز ارایه نمی‌شود. وجود نظام جامع ارجاع خدمات درمانی می‌تواند این شکاف‌های خدماتی را در زمان مناسب پر کند. بدیهی است که مرکزی اقامتی نمی‌تواند کلیه خدمات درمانی مورد نیاز را به مراجع خود عرضه کنند. برای نمونه نیازهایی مانند خدمات دندان‌پزشکی و درمان بیماری‌های زنان و دیگر بیماری‌های مختلف داخلی از جمله خدماتی است که پاسخ‌گویی به آن‌ها تنها از طریق نظام یا مراکز ارجاعی^{۱۷۶} امکان‌پذیر است؛ یعنی نظامی که بتواند پاسخگوی تمام نیازهای درمانی این زنان باشد.

پیشنهادهای اجرایی

با توجه به مجموعه یافته‌ها و مباحث فوق و در راستای تقویت خدمات درمانی اعتیاد زنان پیشنهاد می‌شود تا هدف اصلی درمان زنان مصرف‌کننده مواد بازادغام اجتماعی آنان باشد.

مراکز اقامتی ویژه درمان اعتیاد زنان با تمرکز بر رویکرد جنسیت‌محور و بهره‌گیری از تلفیق ساختاری خودگردان و تخصص‌مدار می‌توانند مجموعه‌ای از خدمات مورد نیاز زنان را با توجه به سطوح آسیب و وضعیت بیماری آن‌ها فراهم نمایند. بدین گونه با تفکیک تخصصی نیازهای خدمت‌گیرندگان می‌توان به گروه‌های مختلف خدمات لازم را ارایه داد. علی‌رغم این که زنان آسیب دیده نیازمند دریافت حمایت‌های بیش‌تری هستند در حال حاضر هیچ‌گونه سیستم ارجاع و حمایت اجتماعی و قانونی در راستای بالا بردن ماندگاری زنان در درمان وجود ندارد. با استفاده از ساختار غیرمتمرکز و بهره‌گیری از شبکه‌های حمایتی می‌توان خدمات مرکز اقامتی زنان را بر مبنای غربالگری مبتنی بر "مدیریت مراجع" سامان‌دهی نمود. از این طریق زنانی که نیازمند دریافت خدمات خاص هستند (مانند زنان باردار یا زنان دارای اختلال‌ها روانی ناشی از مصرف مواد محرک) در چرخه درمان باقی خواهند ماند. با توجه به آسیب‌های ناشی از الگوی مصرف رایج مواد در میان زنان و عدم موفقیت در کنترل مصرف، مدت اقامت در مرکز نباید کم‌تر از سه ماه باشد. از این رو استفاده از ساز و کارهای لازم به منظور طولانی کردن زمان اقامت زنان در مرکز ضروری است.

از آنجایی که اهمیت داشتن ارتباط عاطفی در زندگی زنان به اثبات رسیده بخش عمده برنامه درمان اقامتی زنان بایستی بر مداخله‌های خانواده‌محور استوار باشد. مصرف مواد با ایجاد اختلال در روابط عاطفی زنان همراه بوده که این اختلال با دوری از خانواده افزایش می‌یابد. بنابراین لزوم برنامه‌ریزی درست و متمرکز بر حل مشکل‌های مراجعان با محوریت خانواده از اهمیت زیادی برخوردار است. از

^{۱۷۴} The Matrix Model

^{۱۷۵} Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

^{۱۷۶} referral center

جمله موانع درمانی اعتیاد زنان، مادر بودنشان است. زنانی که با نگرانی رها کردن کودکان یا نداشتن سرپرستی که فرزندشان را در طی دوره درمان به او بسپارند، مواجه هستند برای درمان اقدامی نمی‌کنند. با توجه به اهمیت سلامت کودک و پیش‌گیری از سرایت آسیب به کودکان لزوم برنامه‌ریزی متناسب با سن کودک برای رفع این مانع ضروریست. این خدمات می‌توانند یا تحت قالب مهدکودکی برای نگهداری از کودکان بدسرپرست در نزدیکی مرکز اقامتی بوده و یا با پرداخت هزینه نگهداری کودک توسط بهزیستی به یکی از اعضای خانواده فضای خانوادگی و اتصال کودک با فردی امین فراهم شود.

درمان اعتیاد زنان فرایند حمایتی طولانی مدتی است. خدمات پیش‌بینی شده در برنامه درمانی مانند حلقه‌های زنجیری به هم وصل بوده که غفلت از حلقه‌ای به قطع کل رشته زنجیر منتهی می‌شود. مداخله‌های برنامه درمانی بایستی واقع‌گرایانه و مبتنی بر ارزیابی درست مشکل‌های گروه هدف باشد. برنامه‌های آموزشی مانند فرزندپروری، کاهش خشونت، مهارت‌های زندگی و حرفه‌آموزی باید در الویت برنامه درمان اقامتی و در راستای توانمندسازی زنان با هدف ارتقا اعتماد به نفس و کسب پشتوانه مالی آنان باشد. همچنین تکیه بر تقویت میزان ماندگاری در درمان و رها نکردن زنان پس از پایان دوره اقامتشان در مرکز بایستی مد نظر باشد. این نیاز می‌تواند در قالب مرکز حمایتی مجزایی مرتفع شود که با انتقال زنان به آن موانع بهبودی زنان در حال بهبودی را از بین می‌برد.

اصول بازتوانی و بهبودی زنان مصرف‌کننده:

- نیاز به حداقل ۳ ماه اقامت در مرکز به دلیل تغییر الگوی مصرف و لحاظ شدن مرخصی در دوره درمان. مددیار با همراهی تیم درمانی و حمایتی و با بررسی وضعیت بیمار اقدام به تنظیم برنامه‌های مورد نیاز در این مدت می‌کند؛
- نیاز به ارتباط با مشاور متخصص به طور مستمر به منظور تعدیل و یا رفع مشکل‌های روان‌شناختی؛
- استفاده از نظام ارجاع و حمایتی جهت سامان‌دهی و اسکان زنان بی‌خانمان پس از ترخیص؛
- استفاده از نظام حمایتی جهت رفع مشکل‌های قانونی در راستای ماندگاری فرد در حال بهبودی در درمان؛
- وجود وسایل رفاهی در مرکز اقامتی در راستای ماندگاری فرد در حال بهبودی در درمان و تحمل دوره طولانی آن؛

- برگزاری کلاس‌های آموزشی مورد نیاز زنان با هدف توانمندسازی و بازادغام اجتماعی آنان و در راستای بازتوانی و مانایی درمان؛
- انجام مداخله‌های خانواده‌محور در طول درمان اقامتی زنان برای مرتفع ساختن مشکل‌ها و موانع پس از برگشت فرد به خانواده؛
- تامین مالی مرکز اقامتی جهت به کارگیری افراد متخصص و راه‌اندازی برنامه‌های درمانی که نیازمند پشتوانه مالی هستند؛
- آموزش فنون و مهارت شغلی با هدف حرفه‌آموزی در راستای ارتقا اعتماد به نفس و ایجاد امنیت در پرتو دستیابی به پشتوانه‌ای مالی؛
- افزایش میزان مانایی در درمان با رها نکردن زنان پس از ترخیص و اتصال آن‌ها به مرکزی حمایتی که خدمات متناسب با نیازهای شناسایی شده زنان آسیب دیده را تامین می‌کند؛
- استفاده از خدمات مدیریت مراجع در برنامه درمانی جهت افزایش مانایی زنان در درمان؛
- بهره‌گیری از ساختاری غیر متمرکز در جهت رفع نیازهای شناسایی شده بیماران با استفاده از حمایت‌های شبکه‌ای در برنامه درمان و بهبودی؛ بهره‌گیری از برنامه دوازده قدمی (ایمان‌مدار - پرهیزمدار) معتادان گمنام توصیه می‌شود؛
- تعریف برنامه‌ای جامع بنابر سطح بیماری و خدمات مورد نیاز (برای مثال بیماران روان‌پریش نیازمند مداخله‌های روان‌پزشکی در مکانی شبیه بیمارستان هستند)؛
- ساماندهی الگوی جدید مصرف در کشور؛
- توجه به نقش نیروی متخصص و استفاده از رویکرد تخصص‌مدار و استفاده از گروه‌های هم‌تا در کادر درمان. نتیجه مطالعه‌ای حاکی از این امر بود که در پروتکل موجود در کشور به نقش نیروی متخصص توجهی نشده است؛
- ارایه خدمات ویژه به زنان صاحب فرزند به گونه‌ای که مادر بتواند در طول دوره درمان به فرزندانش دسترسی داشته باشد. سطح و میزان این ارتباط با توجه به سن کودک و اجتناب از آسیب وارد آمدن به او قابل تعریف است؛ و

- توجه به نیاز گروه‌های خاص برای دریافت خدمات ویژه و تفکیک گروه‌ها در مراکز اقامتی. به منظور کاهش آسیب برنامه‌ریزی برای گروه‌های خاص مانند نوجوانان، سالمندان، زنان باردار، افراد بی‌خانمان و مجرمین سابقه‌دار از ضرورت برخوردار است.

پیشنهادهای حوزه سیاست‌گذاری

راهکارهای سیاستی به صورت کلی ارایه شده و معطوف به ساختارهای کلی جامعه و مولفه‌هایی هستند که در سطح کلان باید مورد توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان قرار گیرند.

شکل دادن به نظام جامع درمانی: بررسی‌های انجام شده بر روی اعتیاد زنان نشان دهنده نادیده گرفته شدن زنان در نظام و ساختار اجتماعی و فرهنگی جامعه است. با توجه به ناتوانی زنان در مواجهه با مشکل‌های عاطفی و روانی و بی‌توجهی خانواده و عدم حمایت آن از زن آسیب‌پذیر درمی‌یابیم که درمان اعتیاد زنان نیازمند نظام جامع درمانی است که نیازهای خاص این زنان را مد نظر دارد. منظور از نظام جامع درمانی تدوین دستورالعمل‌ها و چهارچوبی است که در آن به صورت خاص مسایل زنان مورد توجه قرار گرفته و در طی آن برای ارایه حمایت‌هایی خاص در حوزه آسیب‌پذیری زنان برنامه‌ریزی می‌شود.

برنامه‌های توانمندسازی مبتنی بر جنسیت: یکی از اصلی‌ترین عامل‌های گرایش زنان به مواد و معتاد شدن آن‌ها عدم استقلال و فرودستی آن‌ها برای برآوردن نیازهای اساسیشان است. آسیب‌پذیری زنان و بروز خشونت از طرف کسانی که نیازهای اصلی آن‌ها را برآورده می‌کنند منجر به تقویت گرایش آن‌ها به مصرف مواد می‌شود. برنامه‌ریزی‌ها باید با توجه و تأکیدی خاص بر روی زنان آسیب‌پذیر درگیر مساله اعتیاد که سرپرست خانوار هم هستند، صورت گیرند. توانمندسازی زنان آسیب‌پذیر از نظر تحصیلی، شغلی، اقتصادی و فرهنگی تنها نباید به عنوان عوامل پیش‌گیری از عود در زنان مصرف‌کننده مورد توجه قرار گیرد؛ زنان و دخترانی که فاقد خانواده حمایتگر و سالمی هستند نیز نیازمند دریافت چنین حمایت‌هایی هستند. این حمایت‌ها به تقویت اعتماد به نفس و بازیابی هویت زنان منجر می‌شود. توجه به مقوله کارآفرینی و به عمل آوردن حمایت‌های مهارتی، مالی و بازاریابی و ارایه امکانات می‌تواند نقش موثری در توانمندسازی زنان داشته باشد.

پیشنهادهای راهبردی

برجسته کردن نقش فرد مصرف‌کننده در روند درمان: مطالعه‌های صورت گرفته در ایران نشان داده است که بسیاری از زنان مصرف‌کننده مواد، درمان اجباری را عامل مهمی در ترک مواد و درمان اعتیاد خود دانسته‌اند؛ این داده‌ها بیانگر نگاه ساختاری زن‌ها به مساله درمان اعتیاد و پایین بودن اعتماد به نفسشان در این حوزه است. زنان همانطور که خود را ناتوان از مقابله با فشارهای عاطفی و روانی تلقی کرده و مصرف مواد را راه حل فراموش کردن و یا کنارآمدن با این فشارها می‌دانند به

همان نسبت اجبار و حمایت خانواده و جامعه را اصلی‌ترین راه درمان مشکل اعتیاد خود تلقی کرده و نقش و توانایی خود را در مقابله با اعتیادشان هیچ می‌انگارند. بنابراین در روند درمان برجسته کردن و تقویت "خود" و نقش "اراده و کنشگری" فرد مصرف‌کننده باید برای آن‌ها برجسته شود.

پیشنهادهای عملیاتی

ایجاد احساس امنیت از طریق مرکزهای حمایتی و انجمن‌های مردم نهاد: تجربه‌های مکرر اختلال و صدمه‌های روحی (تروما) پس از بروز رویدادهای مختلف در زندگی زنان مصرف‌کننده به آن‌ها احساس بی‌قدرتی داده است. زنانی که نتوانسته‌اند آن رویدادها را به فراموشی بسپارند علی‌رغم مصرف داروهای روان‌پزشکی همچنان اختلال‌های روانی را از خود نشان می‌دهند. حتی بعضی از این زنان به صورت جدی به اقدام خودکشی می‌کنند. پیش‌بینی ابتلا به مصرف مواد به ویژه در میان زنان این گروه بسیار بالا بوده و چنانچه به اهمیت این مساله در برنامه‌های درمان اعتیاد زنان توجه نشود عنصر مهمی در موضوع درمان اعتیاد زنان مغفول می‌ماند. بررسی نوع مواجهه زنان با اختلال‌های عاطفی و روانی نشان داده است که زنان مصرف‌کننده مواد در مواجهه با اختلال پس از شوک‌های عاطفی به سمت استفاده از روش‌هایی رفته‌اند که آن‌ها را منزوی نموده و به سمت مصرف مواد سوق داده است. یکی از راه‌هایی که تاثیر این اختلال را کاهش می‌دهد در میان گذاشتن آن با دیگران است. تقریباً اکثر زنان مصرف‌کننده در طول مسیر درمان امکان واگویی مشکل‌های خود را با فردی مطمئن ندارند؛ این زنان بیش‌تر در معرض خطر عود قرار دارند. بنابراین ایجاد مرکزها و یا گروه‌های خاص همیاری و تقویت آن‌ها در قالب انجمن‌های مردم نهاد و با حضور افراد مهم زندگی این زنان و افراد قابل اعتماد می‌تواند نقش مهمی را در بیان مشکل‌های روحی زنان و در مسیر بازتوانی آن‌ها داشته باشد. فرایند بازادغام اجتماعی و کسب هویت جدید از طریق مشاوره و حمایت مرکزهای تخصصی و راه‌اندازی ساختار گروه‌های هدفمند با هدف ایجاد حس تعلق تسهیل می‌شود.

کاهش خشونت: براساس یافته‌های پژوهش سبب‌شناسی اعتیاد زنان، خشونت‌دیدگی از جمله تجربه‌های ماندگار در زندگی زنان مصرف‌کننده است. رفتارهایی مانند تهدید، کتک زدن، هل‌دادن، سوزاندن، آزار جنسی، اهانت، تحقیر و اقدام به قتل از جمله مصادیق خشونت‌دیدگی هستند که منجر به عدم موفقیت در درمان اعتیاد زنان می‌شوند. عزت نفس عاملی محافظت‌کننده در پیشگیری از اعتیاد و بهبودی زنان مصرف‌کننده است. تجربه خشونت‌دیدگی باعث آسیب وارد آمدن به عزت نفس فرد شده و زمینه مصرف مواد را فراهم می‌کند. ارتقا دانش زنان در خصوص تعریف خشونت و عوارض آن به منظور آگاه شدن از شرایطی که در آن زندگی می‌کنند از جمله عناصر مهم در روند درمان زنان به شمار می‌آید. از سوی دیگر تقویت مرکزهای حمایتی که فرد در آن احساس امنیت می‌کند نقش موثری در تحقق این امر خواهد داشت.

تاکید بر خانواده درمانی: ارزیابی دیدگاه زنان مورد مطالعه‌ای نشان داد که داشتن "خانواده حمایتگر و همراه" در ایجاد شرایط مناسب و تسهیل کننده در فرایند درمان اعتیاد بیشترین اهمیت را دارد. در واقع زنان مصرف کننده داشتن خانواده حمایتگر را شرط لازم برای اقدام به ترک اعتیاد خود می دانند. این امر اهمیت خانواده درمانی و نقش خانواده در حوزه اعتیاد زنان را بسیار برجسته می کند.

ترک اجباری و ناشی از فشار: اراده و انگیزه شخصی ضعیف ترین دلیل و بالعکس اجبار به ترک قوی ترین دلیل موفقیت در ترک اعتیاد زنان است. بر اساس یافته های پژوهشی دلیل کم انگیزی زنان مصرف کننده مواد برای ترک اعتیادشان نقش پر رنگ عوامل بیرونی است که در ایجاد انگیزه برای تغییر رفتار تأثیر گذارند. به علت آسیب های متعدد وارده انگیزه های درونی فرد مصرف کننده به درستی عمل نکرده و در نتیجه اجبار دیگران برای ورود به درمان و قرار گرفتن زنان در محیطی درمانی و سالم به کمک آنها می آید.

مراقبت های پس از ترک برای جلوگیری از عود: اکثریت زنان ارتباط با فرد مصرف کننده و وسوسه شخصی را مهم ترین عوامل عود بیان کرده اند. بنابراین در بحث نظام جامع درمانی باید این مقوله مورد توجه قرار گیرد تا از طریق تقویت شیوه های تغییر سبک زندگی و ایجاد مهارت کنترل شرایط حاد در زمان وسوسه میزان عود کاسته شود.

خلاصه و نتیجه گیری

زنان در مقایسه با مردان در معرض آسیب های جسمی، روان شناختی و اجتماعی بیش تری قرار دارند و چنانچه به مصرف مواد اعتیاد آور مبتلا پیدا کنند آسیب های سنگین تری را متحمل خواهند شد. نظام درمانی موجود این تفاوت ها را مورد غفلت قرار داده است در حالی که ما برای مواجهه واقع بینانه با اعتیاد زنان نیازمند پذیرش این تفاوت ها هستیم.

در طراحی نظام جامع درمانی زنان باید از راهبردهای تکمیلی خاص در درمان اعتیاد زنان استفاده نمود. این راهبردها عبارتند از توجه به تفاوت های جنسیتی، ارتقا درمان های روان شناختی، بهره گیری از روان پزشک در مراکز درمانی، بهره گیری از دانش فرهنگی و بومی با هدف حمایت طلبی اجتماع محور، تقویت سیستم مددکاری، تقویت مراکز اقامتی زنان و نظارت بر عملکرد آنها، به کارگیری استراتژی مدیریت مراجع، تمرکز بر مداخله های بازتوانی بعد از طی دوره درمانی در مراکز درمان اعتیاد و تلاش هدفمند در راستای تغییر نگرش جامعه نسبت به بیماری اعتیاد در زنان در راستای مواجهه با انگ موجود که قوی ترین مانع در اقدام به ترک اعتیاد زنان است.

درباره نویسندگان: رویا نوری جامعه شناس، دانشجوی دکترای بررسی مسایل اجتماعی و محقق حوزه آسیب های اجتماعی متمرکز بر اعتیاد زنان است. او مدیرعامل انجمن یلدا یاران مهر است که در حوزه توانمندسازی زنان در معرض آسیب و ارتقای خانواده فعال است.

منابع

- رحیمی موقر، آفرین و دیگران (۱۳۹۰). بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی*، سال هفدهم، ۲، ۱۲۵-۱۱۶.
- رحیمی موقر، آفرین (۱۳۸۳). شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان در ایران. *مجله رفاه اجتماعی*، ۱۲، ۲۰۳-۲۲۶.
- رحیمی موقر، آفرین (۱۳۸۳). شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان در ایران. *فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۳ (۱۲)، ۲۰۳-۲۲۶.
- نجاری، فارس (۱۳۸۶). بررسی اعتیاد زنان معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تهران در سال ۸۵-۱۳۸۴، *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۲۵ (۴).
- نوری، رویا. رفیعی، حسن. نارنجی‌ها، هومان. باغستانی، احمدرضا. کیومرثی، علیرضا. قرقلو، بابک. دیلمی‌زاده، عباس. اکبریان، مهدی و قادری، صلاح‌الدین. (۱۳۸۹). *بررسی روند مصرف مواد محرک در شهر تهران؛ واحد پژوهش جمعیت تولد دوباره، موسسه مطالعات رفتاری و اجتماعی دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل در تهران*.
- نوری، رویا. قرقلو، بابک. نارنجی‌ها، هومان. رفیعی، حسن و اکبریان (۱۳۹۰). *بررسی نیازهای زنان مصرف‌کننده مواد شهر تهران در زمینه کنترل اعتیاد و پیش‌گیری از ابتلا به HIV/AIDS؛ دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل در تهران*.
- نوری، رویا (۱۳۸۹). *بام وردیج: مرکز اقامتی ویژه وابستگی به مواد محرک (شیشه). نشریه داخلی اجتماعی فرهنگی تولد دوباره*، ۴۴.
- نوری، رویا (۱۳۸۹). *جامعه صنعتی و اعتیاد به مواد صنعتی. نشریه تولد دوباره، تهران، تولد دوباره*.
- نوری، رویا (۱۳۹۵). *حسن رفیعی، بابک قرقلو. نیازهای زنان در معرض/ایزد در تهران. دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل در تهران*.
- نوری، رویا (۱۳۹۶). قادری، صلاح‌الدین. باغستانی، رضا. *سبب‌شناسی مبتنی بر جنسیت اعتیاد زنان در شهر تهران، دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر*.

Amaro, H., & Hardy-Fanta, C. (1995). Gender relations in addiction and recovery. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27: 325-337.

Banks, H. & Boehm, S. (2001). *Tragedies intertwined. Children's voice*, 10(5), 36-42.

Covington, S. (2002). *Helping women recover: A comprehensive integrated treatment model*. A teleconference presented through the AIA Resource Center on April 17, 2002.

Duongsaa, U. (1998). *Women and drugs: From hard realities to hard solutions*. (Paper on Women, Gender and Drugs).

EMCDDA (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. Background paper commissioned by the EMCDDA for health and social responses to drug problems: A European guide.

Finkelstein, N., Kennedy, C., Thomas, K., & Kearns, M. (1997). *Gender-specific substance abuse treatment*. Washington, D. C.: National Women's Resource Center for the Prevention and Treatment of Alcohol, Tobacco, and other Drug Abuse and Mental Illness.

IWDAF (2003): *Impact on women due to drug abuse in the family, women and drug abuse: The problem in India*. Women book, 23, 20-2.

Marcenko, M. O., Kemp, S. P., & Larson, N. C. (2000). *Childhood experiences of abuse, later substance use, and parenting outcomes among low-income mothers*.

Naranjiha, H., Majdzadeh, R., Rafiey, H. (2005). *Characteristics of Iranian drug-addicted women in Behzisti Organization of Iran*. Persian report.

Naranjiha, H., Rafiey, A. H., Baghestani, A. R., Noori, R., Ghafari, B., Soleimani, L., et al. (2009). *Rapid situation assessment of substance abuse and dependency in Islamic Republic of Iran*. Danjeh Publication, Tehran: Iran.

Narenjiha H, Rafie H, Baghestani AR. (2008). *Rapid situation assessment of substance abuse of Iran*. University of Social Welfare and Rehabilitation.

Narenjiha, H., Rafiei, H., Baghestani, A. R., Nouri, R., Ghafouri, B., Soleimaninia, L. (2009). *Rapid situation assessment of drug abuse in Iran (year 2007)*. Tehran: Danjeh Publication. (Persian).

Narenjiha, H., Rafiei, H., Baghestani, A. R., Nouri, R., Shirinbayan, P., Farhadi, M. H., & Etemadi, H. (2005). *Rapid situation assessment of drug abuse in Iran (year 2004)*: Research Report. Tehran: Dariush Publication. (Persian).

Nelson-Zlupko, L., Dore, M. M., Kauffman, E. & Kaltenbach, K. (1996). *Women in recovery: Their perceptions of treatment effectiveness*. Journal of Substance Abuse.

Noori R. Rafeiy H. Narenjiha H., Solaimani L., Ghafari B. and Mirabi P, (2008). *Recognition of consequences of addiction on women with addicted spouse*.

University of Social Welfare and Rehabilitation. Substance abuse and Dependency Research Center. Tehran, Iran (in Persian).

United Nations Office on Drugs and Crime. (2006). *HIV prevention and care for female injecting drug users*. Retrieved from www.unodc.org, Available at: 2009/12/8.

U. S. Department of Health and Human Services. (1999). *Blending perspectives and building common ground: A report to congress on substance abuse and child protection*. Washington, DC: US Government Printing Office.

Weissman, M. & O'Boyle, K. (2000). *Women and addiction: Treatment issues and innovative program models*. The Source, 10 (1), 17-19.

ملاحظه‌های ویژه برای توانمندسازی جوانان ۱۸ تا ۲۵ سال

فرید براتی سده

شما پس از مطالعه این فصل قادر خواهید بود تا:

- نیازها و ویژگی‌های متمایز کننده جوانان (۱۸ تا ۲۵ سال) را نام ببرید.
- عوامل موثر در فرایند شکل‌گیری هویت جوانان را نام ببرید.
- نقش مشارکت را در فعالیت‌های اجتماعی و در راستای توانمندسازی جوانان توضیح دهید.
- نقش تفریح، ورزش، اشتغال و ازدواج را در توانمندسازی جوانان شرح دهید.

پرسش‌های کلیدی: چه ملاحظه‌های خاصی را باید در ارایه خدمات به جوانان در حال بهبودی مد نظر قرار داد؟

واژگان کلیدی: جوانان^{۱۷۷}، توانمندسازی، جامعه‌پذیری و هویت.

مقدمه

سنین بین ۱۸ تا ۲۵ سالگی برای فرد و جامعه دوره‌ای مهم و بسیار حیاتی به شمار می‌آید. در سطح فردی این دوره مهم‌ترین زمان برای شکوفا شدن استعدادها، مسئولیت‌پذیری و رسیدن به کارآمدی است. پیشرفت هر جامعه‌ای منوط به نیروهای جوان و کارآمد آن است تا بتوانند مسئولیت رشد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و علمی خود و جامعه را برعهده گرفته و منبع نوآوری و خلاقیت در تحول‌های اجتماعی باشند. امروزه اندیشمندان بسیاری اذعان دارند که جوانان به طور بالقوه مهم‌ترین منابع انسانی هر جامعه، بنیان تفکر انتقادی و خلاق و دارای ظرفیت بالایی در حل مسایل اجتماعی هستند (Wilson, Martin, Wallerstein, Wang & Minkler, 2007).

گذر از دوره نوجوانی به جوانی برای افراد چالش برانگیز، نگران کننده، ترسناک و در عین حال هیجان‌انگیز است. متناسب با فرهنگ هر جامعه از افراد آن انتظار می‌رود تا با رسیدن به سن جوانی رفتارها، مهارت‌ها و ویژگی‌های خاصی را از خود نشان دهند. توانایی مستقل زندگی کردن، تعیین مسیر اولیه شغلی، ادامه تحصیل و برقراری ارتباط معنادار با خانواده و دوستان از جمله مهم‌ترین این انتظارات است. در اکثر افراد تحقق این ویژگی‌ها به معنای غلبه بر محدودیت‌های اجتماعی و شرایط

^{۱۷۷} young adults

محیطی و داشتن توانایی‌های خاص و متناسب با ملاحظه‌های فردی هر شخص است. (Constance, Clark, Bullis, Rinkin & Castellanos, 2002).

جوانان ستون اصلی آینده هر ملتی محسوب می‌شوند. توسعه و پیشرفت جامعه بستگی به مشارکت جوانان دارد. در واقع جوانان بازوهای اصلی توسعه و منابع اصلی جامعه هستند (Igbuzor, 2011) لذا برای حمایت از دست‌یابی جوانان به حداکثر ظرفیت روانی و اجتماعی‌شان و غلبه بر محدودیت‌های محیطی و اجتماعی توجه به ملاحظه‌های فردی آنان ضروری است.

علاوه بر ملاحظه‌های که به عنوان "ملاحظه‌های عمومی" این گروه سنی تلقی می‌شوند برخی از موقعیت‌های مخاطره‌انگیز (از جمله مواجهه با مواد غیرقانونی و اعتیادآور) شرایطی را به وجود می‌آورند که ضرورت توجه به "ملاحظه‌های ویژه" را پررنگ می‌نمایند.

مصرف مواد و آسیب‌های حاصل از آن یکی از مهم‌ترین چالش‌هایی است که جوانان ۱۸ تا ۲۵ ساله را در مسیر رشد و توسعه فردی تحت تاثیر قرار می‌دهد. افراد مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد تجربه‌های نامطلوبی را پشت سر گذاشته و علاوه بر عدم کسب مهارت‌های لازم برای توسعه و پیشرفت، توانایی و قابلیت‌های اولیه خود را برای سازگاری با محیط نیز از دست داده‌اند. از این رو آن‌ها برای تبدیل شدن به نیروهای فعال و کارآمد در جامعه و برآوردن انتظاراتی که از آنان می‌رود بیش از سایر جوانان نیازمند توجه و توانمندسازی هستند. به عبارتی دیگر علاوه بر ملاحظه‌های عمومی مربوط به این دوران سنی باید به ملاحظه‌های ویژه جوانان سومصرف‌کننده در مسیر بهبود از اختلال‌های مصرف مواد و همچنین توانمندسازی و جامعه‌پذیری آنان پس از بهبود نیز توجه داشت.

ملاحظه‌های ویژه

هویت: از جمله ملاحظه‌های ضروری در توانمندسازی جوانان توجه به مساله "هویت" در آنان است. فرایند شکل‌گیری هویت از سنین نوجوانی آغاز شده و تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. هویت به معنای این که "من کیستم و جایگاه من در این جهان کجاست؟" یکی از پرسش‌های اساسی است که ذهن جوانان را درگیر می‌کند. پاسخ به این پرسش نقشی بسیار مهم و تعیین‌کننده‌ای در زندگی جوانان بازی کرده و بر آینده آنان و هدف از زندگیشان تاثیر می‌گذارد. اندیشمندان تایید کرده‌اند تصویری که افراد از خود و جایگاه‌شان در ذهن می‌سازند بر رفتارهای کوتاه مدت، بلند مدت و در نهایت بر شخصیت آنان اثرگذار است. آگاهی از جنبه معنوی، کرامت و شرافت ذاتی به عنوان بخش‌هایی از هویت انسانی می‌تواند در فرد اعتماد به نفس و انگیزه‌های روحانی ایجاد کرده و او را به حرکت در مسیر صحیح ترغیب کند. بنابراین در برنامه توانمندسازی جوانان در حال بهبودی کمک به ایجاد بینش‌هایی در زمینه ماهیت انسان و هویت روحانی او می‌تواند مهم باشد.

مشارکت در فعالیتهای اجتماعی: مطالعه‌های مختلف نشان داده که یکی از راه‌های موثر در توانمندسازی جوانان دخیل کردن آنان در انجام فعالیتهای اجتماعی است. حس هویت جمعی و مشارکت در جامعه می‌تواند مشکل‌های ناشی از تعلق داشتن به جمعیتی به حاشیه رانده شده را کاهش دهد (Richie, Fassinger, Linn, Johnson, Prosser & Robinson, 1997). مطالعه‌ای نشان داده است که کودکان در معرض خطر علاقمندند با مشارکت در برنامه‌های خدمات اجتماعی نقش مثبتی را در جامعه ایفا کنند (Waterman, 1997).

مثال‌هایی از برنامه‌های مشارکت جوانان در فعالیتهای اجتماعی

برنامه توانمندسازی جوانان (YES^{۱۷۸}) این برنامه با رویکرد مشارکت جوانان در انجام فعالیتهای اجتماعی توسط مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها در ایالات متحده آمریکا طراحی شده و طرحی پژوهشی و اجتماع‌محور بود که با هدف ایجاد و تقویت مهارت‌های حل مساله، انجام فعالیتهای اجتماعی و مشارکت شهروندی تنظیم و بر کاهش رفتارهای پرخطری چون مصرف الکل، تنباکو و مواد متمرکز بود (Wilson, Dasho, Martin, Wallerstein, Wang & Minkler, 2007).

برنامه عکس‌گفتار^{۱۷۹} برنامه دیگری است که با رویکرد مشارکت جوانان در انجام فعالیتهای اجتماعی تنظیم شده است. عکس‌گفتار پروژه‌ای تحقیقاتی و اقدامی مشارکتی است که می‌تواند جوانان را برای ایجاد تغییر در جامعه بسیج کند. در این برنامه جوانان می‌توانند نقاط قوت و ضعف جامعه‌شان را از نگاه خود ثبت کرده و به صورت گروهی به بحث و تبادل نظر در مورد مشکل‌های جامعه خود پرداخته و نتایج آن را به سیاست‌گذاران منتقل نمایند (Wang, 2006).

توانمندسازی: لاکین^{۱۸۰} و ماهونی^{۱۸۱} در سال ۲۰۰۶ در مطالعه‌ای بر اهمیت وجود برنامه‌هایی که برای مشارکت جوانان در انجام خدمات اجتماعی طراحی می‌شوند تاکید کرده‌اند. تاثیرگذاری این برنامه‌ها منوط به توانمندسازی جوانان و ایجاد حس مشارکت در جامعه است. هدایت شدن و پیش رفتن برنامه‌ها بر اساس خلاقیت، ابتکار، الویت‌ها و نقاط قوت جوانان از جمله عناصری هستند که به توانمندسازی جوانان کمک می‌کنند.

تشویق جوانان به همکاری با یکدیگر و جامعه و همچنین مشارکت در فرآیند تصمیم‌گیری جمعی عناصری هستند که حس مشارکت را در جامعه ایجاد می‌نمایند. مطالعه‌ای نشان داده است که توجه به این عوامل در برنامه‌ریزی مشارکت جوانان در انجام خدمات اجتماعی همدلی آنان را با مسایل

^{۱۷۸} Youth Exchange & Study

^{۱۷۹} PhotoVoice

^{۱۸۰} Lakin

^{۱۸۱} Mahoney

مربوط به جامعه افزایش داده و احتمال مشارکت آنان را در فعالیتهای اجتماعی آینده افزایش می‌دهد.

همچنین نتایج بررسی‌ها نشان داده است که برای اثربخشی بیش‌تر برنامه و رسیدن به اهداف پروژه ضروری است که طرح به صورت داوطلبانه و نه به حالت اجباری ارائه شود تا جوانان نسبت به آن احساس تعلق و مسئولیت کنند. در این دست از برنامه‌ها تسهیلگر جوانان را در مراحل مختلف همراهی کرده و در صورت نیاز به آن‌ها کمک می‌نماید. این برنامه‌ها باید توانایی برآورده ساختن نیازهای فرد و جامعه را در فرآیند تصمیم‌گیری دموکراتیک داشته باشند، یعنی جایی که اعضای گروه برای رسیدن به هدفی مشترک با هم کار می‌کنند (Lakin & Mahoney, 2006).

توجه به *ملاحظه‌های فردی*: ضروری است تا جوانانی که تجربه‌هایی منفی و نامطلوبی را در خانه، مدرسه و جامعه داشته‌اند خدمات منحصر به خودشان را در بستر نظامی حمایتی و اجتماع‌محور دریافت کنند. این خدمات باید با هدف توانمندسازی جوانان طراحی و اجرا گردند (Keane, 2011).

تحصیل: آموزش و کسب علم به عنوان سرمایه‌ای مادی، اجتماعی، فردی و فرهنگی می‌تواند به بهبود وضعیت جوانان و توانمندسازی آنان کمک نماید. ایجاد فرصت‌های جدید برای افزایش و توسعه شبکه‌های دوستی و ارتباطی، جدا از محدوده درمان و گروه‌های همتا، سبب ارتقا سرمایه اجتماعی افراد می‌شود. همچنین فرد با ادامه تحصیل فرصت‌های بیش‌تری را برای یافتن شغل و داشتن زندگی عادی پیدا خواهد کرد. این امر خود سبب ارتقا سرمایه‌های مادی و اجتماعی او می‌شود. علاوه بر این در حین تحصیل افراد در معرض ارزش‌ها، اعتقادات، نگرش‌ها و اخلاق دیگران قرار گرفته و سرمایه‌های فرهنگی آنان نیز ارتقا می‌یابد. در نهایت تحصیلات باعث می‌شود که افراد برای ارتقا و مراقبت از خود بیش‌تر تلاش کرده، والدین بهتری شده و باورهای منفی و عملکرد شخصی و روزانه خود را بازبینی نمایند (Keane, 2011).

اشتغال: افسردگی و استرس پس از درمان اختلال‌های مصرف مواد موجب ترغیب فرد در حال بهبودی به مصرف مجدد مواد می‌شود. داشتن اشتغال یا مشغول شدن فرد به انجام کاری از استرس و فشارهای روانی او کاسته و می‌تواند در پایداری او در فرایند درمان موثر باشد. حرفه‌آموزی، ایجاد اشتغال و کسب درآمد عواملی مهم برای پایداری بهبودی و تغییر زندگی افراد در حال بهبودی به ویژه جوانان است (Hammer, Ravndal & Vaglum, 1985).

ازدواج: ازدواج سنتی اجتماعی و نیاز طبیعی افراد است. ^{۱۸۲} مازلو در سلسله مراتب نیازهای انسانی نیازهای جنسی را در رتبه اول و نیاز به پیوندجویی و تعلق را در رتبه سوم قرار داده است (رضایی، ۲۰۱۴).

ازدواج می‌تواند هر دوی این نیازها را برآورده سازد. ازدواج در سن جوانی از اهمیت بسیاری برخوردار است و اگر با موفقیت همراه باشد بر سلامت روان جوانان موثر خواهد بود. اریکسون ^{۱۸۳} تاکید می‌کند یکی از نیازهای اساسی جوانان این است که با فرد دیگری پیوند عاطفی برقرار کرده و به او احساس تعهد بنمایند. در صورت برآورده نشدن این نیاز جوانان از جامعه منزوی شده و دچار آسیب‌های روانی می‌شوند (احدی و جهرمی، ۱۳۸۰) مطالعه‌های انجام شده نیز نشان داده‌اند افرادی که در ازدواج‌شان موفق بوده‌اند کمتر دچار اختلال‌های روانی شده‌اند. ازدواج مناسب بر سلامت فرد و جامعه اثرگذار است (یزدانی، ۱۳۸۶).

با توجه به این که جوانان ۱۸ تا ۲۵ سال در سن ازدواج قرار دارند و ازدواج موفق در این سن می‌تواند بر کیفیت زندگی و سلامت روانی و اخلاقی آنان موثر باشد برنامه‌های بازتوانی جوانان در حال بهبودی نمی‌تواند و نباید از توجه به این امر مهم غفلت نماید؛ در برنامه‌های بازتوانی توجه به ایجاد آمادگی برای ازدواج دارای اهمیت بسیاری است. مطالعه‌های مختلف در ایران نشان داده‌اند که مشکل‌های اقتصادی، بیکاری، نیافتن شریک مناسب، ترس از ازدواج و عدم اعتماد به نفس از جمله علت‌های ایجاد تاخیر در امر ازدواج بوده‌اند (نیک‌منش و کاظمی، ۲۰۰۷).

این مشکل‌ها ممکن است در جوانان در حال بهبودی بیش‌تر باشند. بنابراین به نظر می‌رسد برنامه‌های بازتوانی جوانان باید به ایجاد آمادگی روانی، عاطفی، اقتصادی و اجتماعی برای ازدواج توجهی ویژه مبذول داشته و با افزایش آگاهی در میان خانواده‌ها و جامعه میزان پذیرش آن‌ها را برای ازدواج این دسته از افراد فراهم سازند.

رفع سوپیشینه: داشتن سوپیشینه عامل مهمی در کاهش فرصت‌های پیشرفت در زندگی است. این امر به ویژه در سنین جوانی که دوره‌ای حیاتی برای تصمیم‌گیری‌های مهم است نقشی تعیین‌کننده دارد. رفع سوپیشینه از جوانان یکی از موضوع‌هایی است که باید جز ملاحظه‌های ویژه سنین جوانی در نظر گرفته شود. وجود سوپیشینه در کارنامه جوانان سبب بی‌اثر شدن سایر تلاش‌هایی می‌شود که برای بازگرداندنشان به جامعه صورت می‌گیرد. سوپیشینه می‌تواند باعث عدم یافتن شغل مناسب، از دست دادن شغل، از دست دادن فرصت ازدواج، طرد شدن از سوی جامعه و مانعی برای پیشرفت‌های

^{۱۸۲} Maslow

^{۱۸۳} Erikson

اجتماعی باشد. این مساله در دراز مدت باعث انزوای بیش تر جوانان شده و به عاملی خطرناک برای بازگشت آن ها به سمت مصرف مجدد مواد تبدیل می شود.

نیاز به تفریح و ورزش: مطالعه های مختلف نشان داده اند که ورزش و تفریح در سنین جوانی سبب سلامت و بهبود وضعیت جسمی، روانی، عاطفی، اجتماعی و ذهنی افراد می شود. فعالیت های جسمی در کاهش شیوع چاقی و بیماری های قلبی و عروقی موثر بوده و باعث استحکام استخوان ها و تقویت عضله های آنان می شود. افرادی که در جوانی ورزش می کنند در بزرگسالی کم تر دچار بیماری هایی چون دیابت، پوکی استخوان، سکته، افسردگی و سرطان می شوند. جوانان در حین ورزش با چالش مواجه شده و از آن احساس لذت و تفریح می کنند. ورزش اعتماد به نفس جوانان را افزایش داده و استرس را در آن ها کاهش می دهد. همچنین ورزش، موسیقی و هنر در بین جوانان سبب پرورش جنبه های مختلف عاطفی و روان شناختیشان می شوند. بر اساس مطالعه های صورت گرفته جوانانی که در فعالیت های فوق برنامه ساختارمند شرکت می کنند احساس رضایت بیش تری از زندگی دارند (Fraser-Thomas, Côté & Deakin, 2005).

مطالعه های رایت^{۱۸۴} و کوته^{۱۸۵} در سال ۲۰۰۳ نشان داده اند که ورزش سبب پرورش حس شهروندی و موفقیت اجتماعی در جوانان شده و مهارت های رهبری و ارتباط های مثبت بین گروه همسالان را تقویت می کند (Wright & Côté, 2003).

علاوه بر این ورزش و فعالیت جسمانی نسبت مستقیمی با موفقیت های شغلی و نسبتی عکس با رفتارهای بزهکارانه دارند. ورزش برای جوانان فضایی ایجاد می کند که مهارت های اجتماعی مانند همکاری، احساس مسئولیت، همدردی و کنترل خود را در آن تمرین کنند. شواهد نشان می دهند که این مهارت ها در آینده وارد سایر حوزه های زندگی جوانان و جامعه می شوند. همچنین مطالعه ها نشان می دهند که ورزش بر موفقیت های تحصیلی در دانشگاه و در پرورش قوای شناختی در بین جوانان موثر است (Fraser-Thomas, Côté & Deakin, 2005).

خلاصه و نتیجه گیری

با توجه به برخی از موقعیت های مخاطره انگیز در جامعه، برای توانمندسازی جوانان (۱۸ تا ۲۵ سال) در حال بهبودی، ملاحظه های مشخصی را باید مدنظر قرار داد؛ زیرا این جوانان تجربه های نامطلوبی را پشت سر گذاشته و علاوه بر عدم کسب مهارت های لازم، توانایی و قابلیت های اولیه خود را نیز برای سازگاری با جامعه و مقابله با چالش های زندگی از دست داده اند. این ملاحظه ها شامل توجه خاص به هویت، تحصیل، اشتغال، ازدواج، نیاز به تفریح و ورزش و رفع سوپسینه است.

^{۱۸۴} Wright

^{۱۸۵} Co'te'

درباره نویسندہ: دکتر فرید براتی سده دارای دکترای روانشناسی است و اکنون به عنوان مدیرکل دفتر پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی کشور مشغول به فعالیت است.

منابع

احدی، حسن و فرهاد، جهرمی (۱۳۸۰). *روان‌شناسی رشد: نوجوانی، جوانی، میان‌سالی، پیری*. تهران: انتشارات پردیس.

رضایی، سمیه (۲۰۱۴). "تحلیل شخصیت "قربانعلی" بر اساس هرم سلسله مراتب نیازهای مازلو". *مطالعه‌ای داستانی*. ۵۱-۳۵.

نیک‌منش، زهرا و کاظمی، یحیی (۲۰۰۷). *علل و راه‌های تأخیر در ازدواج جوانان*. مجله *مطالعه‌های روان‌شناسی تربیتی*، ۷۷-۹۴.

یزدانی، محسن (۱۳۷۶). *بررسی مقایسه‌ای معیارهای ازدواج از دیدگاه دانشجویان پسر و دختر دانشگاه علوم پزشکی اصفهان*. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان.

Constance M., L., Clark, H., B., Bullis, M., Rinkin, J., & Castellanos L., A. (2002). Transition from school to adult life: Empowering youth through community ownership and accountability. *Journal of Child and Family Studies*, 11, 127-141.

Fraser-Thomas, J., L., Côté, J., & Deakin, J. (2005). Youth sport programs: An avenue to foster positive youth development. *Physical Education & Sport Pedagogy* 10(1), 19-40.

Hammer, T., Ravndal, E., & Vaglum, P. (1985). "Work is not enough: A quasi-experimental study of a vocational training programme for young drug and alcohol abusers." *Journal of Drug Issues*, 15(3), 393-403.

Igbuzor, O. (2011). The role of the youths in community development (entrepreneurship and leadership). *A Keynote Address at a Two-Day Workshop at Nembe City, Nigeria*.

Jennings, L., B., Parra-Medina, D., M., Hilfinger-Messias, D., K., & McLoughlin, K. (2006). Toward a critical social theory of youth empowerment. *Journal of Community Practice*, 14(1-2), 31-55.

Keane, M. (2011). The value of education in drug rehabilitation: Report of new research. *Drug Net Ireland: Alcohol and Drug Research Newsletter*. Retrieved from https://www.hrb.ie/fileadmin/publications_files/Drugnet_40_-_Draft_3_-_as_signed_off_01.pdf.

- Lakin, R., & Mahoney, A. (2006). Empowering youth to change their world: Identifying key components of a community service program to promote positive development. *Journal of School Psychology* 44(6), 513-531.
- Nance, W., Minkler, M., Dasho, S., Wallerstein, N., & Martin, A., C. (2008). Getting to social action: The youth empowerment strategies (YES!) project. *Health Promotion Practice*, 9, 395-403.
- Richie, B., S., Fassinger, R., E., Linn, S., G., Johnson, J., A., Prosser, J., & Robinson, S. (1997). Persistence, connection, and passion: A qualitative study of the career development of highly achieving African American-black and white women. *Journal of Counseling Psychology* 44, 133.
- Wang, C., C. (2006). Youth participation in photo-voice as a strategy for community change. *Journal of community practice*, 14(1-2), 147-161.
- Waterman, A., L. (1997). A quantitative study of the impact of service-learning programs. In *Service-Learning: Applications from The Research*, edited by Blyth, D., A., Saito, R., & Berkas, T. 39-56. New York: Psychology Press.
- Wilson, N., Dasho, S., Martin, A. C., Wallerstein, N., Wang, C. C., & Minkler, M. (2007). Engaging Young Adolescents in Social Action Through Photovoice: The Youth Empowerment Strategies (YES!) Project. *The Journal of Early Adolescence*, 27(2), 241–261. <https://doi.org/10.1177/0272431606294834>.
- Wright, A., & Côté, J. (2003). A retrospective analysis of leadership development through sport. *The sport psychologist*, 17(3), 268-291

ملاحظات‌های ویژه برای توانمندسازی افراد اچ‌آی‌وی مثبت

ستاره محسنی‌فر

شما پس از مطالعه این فصل قادر خواهید بود تا:

- ارتباط بین مصرف مواد و ابتلا به اچ‌آی‌وی ایدز را توضیح دهید؛
- طبقه تشخیص اچ‌آی‌وی و معنای مثبت یا منفی بودن آزمایش را متوجه شوید؛
- در مورد انگ و تبعیض علیه کسانی که با اچ‌آی‌وی/ایدز زندگی می‌کنند توضیح جامعی را ارائه دهید؛
- نکته‌های مهم در مراقبت افراد در حال بهبودی اچ‌آی‌وی مثبت را بیان کنید؛ و
- مفهوم افشاسازی و نکته‌های کلیدی مرتبط با آن را شرح دهید.

پرسش‌های کلیدی: در مراقبت از بیماران اچ‌آی‌وی مثبت در حال بهبودی به چه نکته‌هایی باید توجه کرد؟ چگونه می‌توان طول عمر و کیفیت زندگی افراد اچ‌آی‌وی مثبت را افزایش داد؟ آیا لازم است که فرد اچ‌آی‌وی مثبت وضعیت خود را برای دیگران افشا سازد؟

واژگان کلیدی: اچ‌آی‌وی، ایدز، انتقال، مصرف تزریقی، بهبودی، درمان ضد رتروویروسی، انگ و تبعیض و افشاسازی.

مقدمه

مصرف مواد به شکل‌های مختلف احتمال انتقال اچ‌آی‌وی را افزایش می‌دهد. ممکن است استفاده مشترک از سوزن و سرنگ و دیگر وسایل تزریق موجب انتقال ویروس از فرد اچ‌آی‌وی مثبت به دیگران شود. از طرف دیگر سطح ایمنی بدن مصرف‌کنندگان مواد یا الکل کاهش یافته و احتمال ابتلا به ویروس و گسترش سریع آن در بدن و ورود به مرحله ایدز در آن‌ها افزایش می‌یابد. همچنین با مصرف مواد -به خصوص مواد محرک- رفتارهای پرخطر جنسی افزایش یافته و احتمال استفاده از کاندوم در حین رابطه جنسی کم می‌شود؛ بدین صورت احتمال ابتلا به ویروس از راه رابطه جنسی زیاد می‌شود. و در آخر این که مصرف مواد و الکل ممکن است بر سطح هوشیاری فرد تاثیر گذاشته و او را دچار سوانحی کند که احتمال خون‌ریزی دارد و در نهایت تماس خونی را در شرایط غیراستریل افزایش دهد.

با وجود اقدام‌های گسترده کاهش آسیب در ایران هنوز هم بیش‌ترین آمار اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی و از راه استفاده مشترک از وسایل تزریق است. از سویی مثبت شدن نتیجه آزمایش اچ‌آی‌وی می‌تواند انگیزه قطع مصرف مواد شود، اما از سویی دیگر ممکن است فردی که قبلاً مواد مصرف می‌کرده و اینک در دوره بهبودی است با پی بردن به وضعیت مثبت اچ‌آی‌وی خود دچار استرس بزرگی شود.

زمانی که اچ‌آی‌وی وارد بدن می‌شود به سلول‌های ایمنی بدن حمله کرده و شروع به تکثیر می‌کند. در هفته‌های اول ورود ویروس به بدن تعداد آن در بدن و احتمال انتقال آن به دیگران بسیار زیاد است. ممکن است فرد هیچ علامتی نداشته باشد یا بعضی علائم غیراختصاصی مثل تب، گلودرد، درد عضلانی و بثورات پوستی را نشان دهد. این علائم ممکن است بین ۲ تا ۴ هفته طول بکشند. از زمانی که ویروس وارد بدن می‌شود تا موقعی که با آزمایش‌های معمول قادر به تشخیص آن هستیم بین ۳ هفته تا ۳ ماه طول می‌کشد (بعضی منابع تا ۶ ماه را هم ذکر می‌کنند). این دوره را دوره پنجره می‌نامند. در چند سال اخیر با روش آزمایش سریع، امکان تشخیص سریع‌تر اچ‌آی‌وی وجود دارد. پس از چند هفته اول از ابتلا به اچ‌آی‌وی تا سال‌ها هیچ علامتی اختصاصی مبنی بر وجود این ویروس در بدن وجود ندارد؛ در اصطلاح این دوره را دوره نهفته می‌نامند. با این حال ویروس همچنان به سلول‌های ایمنی حمله کرده و سیستم ایمنی بدن را ضعیف می‌کند. در صورت عدم شروع درمان ضد رتروویروسی بدن به تدریج ضعیف شده، وزن کاهش یافته، عفونت‌های مکرر تنفسی بروز کرده، بیماری‌های پوستی و ناخن ظاهر و زخم‌های دهانی ایجاد شده، اسهال و تب بروز کرده و به تدریج عفونت‌های شدیدتر ریوی، قارچ دهانی و سرطان‌های مختلف بروز می‌کنند. در این زمان بیمار وارد مرحله ایدز شده است.

تشخیص اچ‌آی‌وی

شاید یکی از مهم‌ترین اقدام‌ها در مورد افراد در حال بهبودی تعیین وضعیت اچ‌آی‌وی آن‌هاست. این مساله مهم با استفاده از آزمایش اچ‌آی‌وی انجام می‌شود. در حال حاضر عمدتاً مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مسئول انجام آن هستند. مطابق با پروتکل‌های جدید بین‌المللی هم اکنون انجام آزمایش سریع^{۱۸۶} برای تعیین سریع وضعیت اچ‌آی‌وی توصیه می‌شود. در این روش با گرفتن نمونه خون از سرانگشت مراجع در عرض ۱۰ تا ۲۰ دقیقه مثبت بودن یا نبودن وضعیت اچ‌آی‌وی او معلوم می‌شود. اگر آزمایش سریع منفی باشد انجام آزمایش دیگری لازم نیست اما باید به مراجع در مورد رفتارهای پرخطر و احتمال مثبت شدن آزمایش با تکرار این رفتارها توضیح داده شود.

^{۱۸۶} Rapid Test

مثبت شدن آزمایش سریع لزوماً به معنای مثبت بودن وضعیت اچ‌آی‌وی فرد نیست. ممکن است آزمایش بنا به دلیل‌های دیگری مثبت شده باشد؛ به همین منظور باید مراجع را به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری فرستاد. در آنجا با انجام مشاوره آزمایش را به شکلی تخصصی تکرار می‌کنند (ابتدا آزمایش الایزا^{۱۸۷} را انجام داده و در صورت مثبت شدن آن، الایزا را مجدد تکرار می‌کنند. اگر هر دو بار نتیجه آزمایش مثبت شد آزمایش وسترن بلات^{۱۸۸} انجام می‌شود. مثبت شدن وسترن بلات به معنای اچ‌آی‌وی مثبت بودن فرد است).

در گذشته که امکان انجام آزمایش سریع وجود نداشت از روش مشاوره و آزمایش اختیاری اچ‌آی-وی^{۱۸۹} استفاده می‌شد. در آن روش قبل و پس از انجام آزمایش، فرد تحت مشاوره قرار می‌گرفت. در مشاوره قبل از آزمایش اطلاعات کامل به مراجع داده شده و معنای آزمایش مثبت و منفی به طور مشروح به او توضیح داده می‌شد. امروزه با استفاده از آزمایش سریع مشاوران موظف هستند که اطلاعاتی کلی را به مراجع بدهند. شاید همه مشاوران فرصت کافی نداشته و یا لزوم انجام این امر را احساس نکرده و توضیحی مشروح را به خصوص در زمینه معانی مثبت و منفی آزمایش به مراجع ارایه نکنند. مشکل زمانی ایجاد می‌شود که نتیجه آزمایش سریع مثبت است. این مساله چنان نگرانی و استرسی را برای مراجع ایجاد می‌کند که شاید او نتواند توضیح‌های ارایه شده در آن زمان را درک کند. ممکن است فرد، اچ‌آی‌وی مثبت بودن را به معنای پایان زندگی خود تلقی کند. در حالی که در مشاوره قبل از آزمایش می‌توان درمان‌هایی که طول عمر فرد مبتلا را به اندازه انسانی عادی افزایش داده و راه‌هایی را برای ادامه زندگی سالم (تغذیه، ورزش مناسب، دوری از استرس در حد امکان، دوری از رفتارهای پرخطر و غیره) توضیح داد. بنابراین افرادی که آزمایش سریع را انجام می‌دهند باید برای این کار آموزش کافی ببینند تا نتیجه مثبت یا منفی آزمایش را به شکلی صحیح به مراجع توضیح داده و اطمینان یابند که مراجع معنی مطالب بیان شده را خوب درک کرده و قادر به انجام اقدام‌های لازم پس از دریافت پاسخ آزمایش است.

آموزش پیشگیری از ابتلا به اچ‌آی‌وی

در آموزش پیشگیری از ابتلا به اچ‌آی‌وی به افراد باید مطمئن شویم که آن‌ها چند نکته اساسی را فراگرفته‌اند. اول این که آن‌ها باید تفاوت بین اچ‌آی‌وی و ایدز را درک کرده باشند. همان‌گونه که ذکر شد اچ‌آی ویروسی است که با ورود به بدن فرد می‌تواند وضعیت اچ‌آی‌وی او را مثبت کند اما سال‌ها طول می‌کشد که فرد وارد مرحله ایدز شود. در حال حاضر به دلیل وجود داروهای ضد رتروویروسی و افزایش آگاهی افراد در مورد مراقبت از خویش امکان این که فرد اچ‌آی‌وی مثبت وارد مرحله ایدز شود

^{۱۸۷} ELISA

^{۱۸۸} Western Blot

^{۱۸۹} Voluntary Counseling and Testing (VCT)

به نحو قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته و یا بسیار دیرتر از قبل صورت می‌پذیرد. در گذشته که فرد اچ‌آی‌وی مثبت درمان دارویی دریافت نمی‌کرد بین ۸ تا ۱۰ سال بعد از ورود ویروس به بدنش دچار ایدز شده و بعد از مدت کوتاهی جان خود را از دست می‌داد. امروزه گفته می‌شود که در صورت استفاده منظم از داروها، مراقبت‌های پزشکی، تغذیه صحیح، دوری از استرس در حد مقدور و توجه به سلامت جسم، فرد اچ‌آی‌وی مثبت می‌تواند طول عمری مشابه با افراد عادی جامعه داشته باشد.

نکته مهم دیگر در آموزش پیشگیری از ابتلا به اچ‌آی‌وی به افراد این است که راه‌های انتقال و راه‌های عدم انتقال را به روشنی برای آن‌ها توضیح دهیم. اچ‌آی‌وی از راه خون و فرآورده‌های آن، ارتباط جنسی محافظت نشده و از طریق مادر به کودک منتقل می‌شود. استفاده مشترک از وسایل تزریق در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در گروه اول (انتقال از راه خون) قرار می‌گیرد. ارتباط جنسی محافظت نشده (عدم استفاده از کاندوم به شکل صحیح و در هر بار رابطه جنسی) چه در ارتباط واژنی و چه در ارتباط مقعدی می‌تواند موجب انتقال اچ‌آی‌وی شود. احتمال کمی وجود دارد که در رابطه جنسی دهانی، در صورتی که در دهان زخم یا ضایعه دیگری باشد، ویروس منتقل شود. انتقال از مادر به کودک در سه مرحله بارداری، زایمان، و شیردهی انجام می‌شود.

آموزش ارتباط جنسی ایمن و تزریق سالم یکی از اصول مهم آموزش پیشگیری از ابتلا به اچ‌آی‌وی است. بنابراین آموزش استفاده صحیح از کاندوم به همه بیماران در حال بهبودی باید داده شده و بر روی استفاده صحیح از کاندوم در هر بار رابطه جنسی تاکید شود. متاهل بودن فرد به معنای عدم نیاز او به استفاده از کاندوم در طول رابطه جنسی با همسرش نیست. برای پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی به همسر حتی در صورتی که او هم اچ‌آی‌وی مثبت باشد (به دلیل وجود انواع مختلف ویروس و افزایش بار ویروسی) لازم است در هر بار رابطه جنسی از کاندوم استفاده شود. زنان در حال بهبودی که باردار شده‌اند نیز باید آزمایش اچ‌آی‌وی داده و در صورتی که جواب آزمایش مثبت باشد باید برای آن‌ها درمان ضد رتروویروسی در طی بارداری انجام شده و بیمار تحت مراقبت مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری قرار گیرد. درمان منظم و کامل می‌تواند احتمال انتقال ویروس از مادر به جنین را در حد بسیار زیادی کاهش دهد. زایمان زنان اچ‌آی‌وی مثبت نباید به شکل طبیعی باشد. با انجام سزارین احتمال خون‌ریزی و در معرض خون قرار گرفتن جنین بسیار کاهش می‌یابد. همچنین مادر اچ‌آی‌وی مثبت نباید به فرزند خود شیر دهد چرا که شیردهی یکی از راه‌های انتقال ویروس است.

انگ و تب‌عیض

یکی از مهم‌ترین نکته‌ها در کاهش انگ و تب‌عیض تصحیح دیدگاه کارکنانی است که وضعیت اچ‌آی‌وی مصرف‌کنندگان مواد را بررسی می‌کنند. متأسفانه انگ و تب‌عیض بر علیه همه افراد اچ‌آی‌وی مثبت وجود دارد اما در مورد افراد مصرف‌کننده فعلی و قبلی مواد این انگ و تب‌عیض‌ها بیش‌تر است. اگرچه در پروتکل وزارت بهداشت به لحاظ شروع درمان‌های ضد رتروویروسی (داروهای) که برای

کاهش سرعت تقسیم ویروس اچ‌آی‌وی استفاده می‌شود) هیچ تفاوتی بین مصرف‌کنندگان مواد و دیگران نیست اما در بعضی از مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری درمان برای مصرف‌کنندگان فعلی شروع نشده و تنها کسانی که تحت درمان با متادون هستند شامل این درمان می‌شوند. البته نگرانی در مورد شروع درمان ضد رتروویروسی تا حد زیادی قابل فهم است چرا که اگر درمان دارویی به شکلی صحیح دنبال نشود - یعنی داروها نامنظم و کم و زیاد مصرف شوند - احتمال ایجاد مقاومت دارویی در بدن فرد افزایش گرفته و ممکن است که ویروس اچ‌آی‌وی دیگر به آن دارو جواب ندهد. این موضوع هم برای فرد اچ‌آی‌وی مثبت نگران کننده است و هم برای سیستم درمان کشور چرا که ممکن است این مقاومت در افراد دیگر هم به دلیل احتمال انتقال ویروس از فردی به فرد دیگر به وجود بیاید. با این حال مشاوران موظف هستند که لزوم پایداری به درمان را برای مراجع توضیح داده و قبل از تصمیم‌گیری برای عدم شروع درمان میزان پایداری او را بسنجند.

انگ و تبعیض علیه کسانی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند از جهت‌های مختلف دارای اهمیت بسیار است. انگ به معنای برچسب زدن است، گویی که فرد انگ زنده خود را از موضوع مورد انگ جدا می‌داند. تبعیض اقدامی است که بر اساس انگ انجام می‌گیرد. اگرچه به نسبت سال‌های دور میزان انگ و تبعیض علیه کسانی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند کاهش یافته است اما متأسفانه هنوز این مشکل به صورت کامل یا قابل قبولی از بین نرفته است. در کشور ما مواردی دیده شده که طی آن‌ها از تحصیل کودک اچ‌آی‌وی مثبت در مدرسه جلوگیری شده یا مدرسه برای او محدودیت‌های ناراحت‌کننده‌ای را در نظر گرفته است. گاهی کارکنان بهداشت و درمان که قاعداً باید در مورد اچ‌آی‌وی و راه‌های انتقال و عدم انتقال آن اطلاعات خوبی داشته و از تاثیر منفی انگ و تبعیض آگاه باشند خود نسبت به افراد اچ‌آی‌وی مثبت تبعیض قایل می‌شوند. کسانی که مصرف‌کننده مواد بوده‌اند (یا در حال حاضر هم مواد مصرف می‌کنند) تبعیض را حتی در سطحی شدیدتر احساس می‌کنند چون مصرف مواد رفتاری است که از سوی جامعه مورد پذیرش نیست. از آنجا که مهم‌ترین راه‌های انتقال اچ‌آی‌وی مصرف تزریقی مواد و رابطه جنسی محافظت نشده است افراد اچ‌آی‌وی مثبت با انگ مضاعفی رو به رو هستند؛ چون افراد انگ زنده در ذهن خود مثبت بودن وضعیت اچ‌آی‌وی این افراد را با رفتارهایی که موردپسندشان نیست، مرتبط دانسته و آن‌ها را قضاوت منفی می‌کنند.

یکی از اهداف مهم برنامه‌های اچ‌آی‌وی/ایدز در سطح بین‌المللی و نیز در کشور ما کاهش انگ و تبعیض علیه بیمارانی است که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند؛ چرا که وجود انگ و تبعیض تبعات منفی مختلفی دارد. این امر باعث خواهد شد تا افراد اجتماع تمایلی به مشخص شدن وضعیت اچ‌آی‌وی خود نداشته باشند زیرا شاهد عواقب منفی مثبت شدن جواب آزمایش خود در محل کار یا تحصیل هستند. آن‌ها می‌دانند با افشا شدن وضعیت اچ‌آی‌وی خود ممکن است بعضی از امکانات را از دست داده و حتی از سوی خانواده‌شان نیز طرد شوند. از سوی دیگر، افراد اچ‌آی‌وی مثبت تمایلی به مراجعه به مراکز درمان و مراقبت اچ‌آی‌وی نخواهند داشت چرا که ممکن است از سوی افراد اجتماع به دلیل

مراجعه به این مراکز شناسایی شده و در نتیجه از سوی اجتماع و یا از سوی کارکنان مرکز مورد انگ و تبعیض قرار گیرند. بنابراین با وجود انگ و تبعیض عملاً امکان اجرای برنامه‌های پیشگیری و درمان اچ‌آی‌وی/ایدز وجود ندارد.

مراقبت‌های پس از تشخیص اچ‌آی‌وی

افراد در حال بهبودی که تحت عنوان اچ‌آی‌وی مثبت تشخیص داده می‌شوند باید تحت پوشش یکی از مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری قرار بگیرند. مطابق با پروتکل کشوری هر فردی که آزمایش او مثبت تشخیص داده شده تحت درمان دارویی قرار می‌گیرد. این رویکرد مهم از چند سال پیش در سطح دنیا و در سال‌های اخیر در ایران شروع شده است. تا قبل از این با توجه به آزمایش‌هایی که سطح ایمنی بدن را نشان می‌داد برای شروع درمان ضد رتروویروسی تصمیم‌گیری می‌شد. مطالعه‌ها نشان می‌دهند که شروع درمان ضد رتروویروسی می‌تواند سرعت تقسیم شدن ویروس در بدن را کاهش دهد که در نتیجه آن هم طول عمر مراجع افزایش یافته و هم احتمال انتقال ویروس به افراد اچ‌آی‌وی منفی کم می‌شود. با این حال شروع یا عدم شروع درمان ضد رتروویروسی در نهایت با موافقت بیمار انجام می‌شود. در مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری فواید شروع درمان برای بیمار توضیح داده می‌شود. با توضیحات ارایه شده در این مراکز فرد اچ‌آی‌وی مثبت درمی‌یابد که در صورت شروع درمان دارویی و انجام مراقبت‌های لازم و منظم طول عمر او در حد فردی عادی افزایش یافته و میزان انتقال ویروس به همسرش تا ۹۶ درصد کاهش می‌یابد. در این مراکز همچنین در مورد عوارض احتمالی داروها، چگونگی مصرف و نگهداری دارو و ارزش شروع زود هنگام درمان به مراجع توضیح داده شده و در صورت موافقت بیمار و بسته به شرایط بیماری و زندگی او رژیم درمانی لازم آغاز می‌شود.

اما درمان دارویی تنها یکی از اقدام‌هایی است که برای فرد اچ‌آی‌وی مثبت باید انجام شود. این افراد نیاز به پایش مداوم وضعیت سلامتی‌شان، پیشگیری از عفونت‌ها و درمان آن‌ها، حمایت‌های روانی، ارجاع به متخصصان (در صورت لزوم) و حمایت برای پایداری به درمان دارند. علاوه بر این به دلیل شروع داروهای ضد رتروویروسی و هم برای تعیین میزان پاسخ دهی به درمان و بهبودی این افراد باید به شکل دوره‌ای آزمایش‌های مختلفی را انجام دهند. پایداری به درمان نیز اهمیت بسیار زیادی دارد چرا که اگر درمان به شکل صحیح دنبال نشود (مثلاً بیمار داروهایش را به موقع و مرتب مصرف نکند) احتمال شکست درمان و مقاومت دارویی به وجود می‌آید؛ یعنی بدن بیمار دیگر به آن ترکیب دارویی جواب ندهد و گزینه‌های کم‌تری برای درمان او وجود خواهد داشت. در نتیجه احتمال پاسخ-دهی او به درمان کاهش می‌یابد. پایداری نامناسب در فرد ممکن است به دلیل عوارض دارویی، افسردگی یا شرایط اجتماعی نامناسب باشد (مثل بیماری که اسکان مناسب نداشته و یا از حمایت خانوادگی یا اجتماعی خوبی برخوردار نیست).

تداخل‌های دارویی یکی از مسایل مهم در درمان بیماران در حال بهبودی اچ‌آی‌وی مثبت دریافت کننده داروهای ضدتروویروسی است. مثلاً از آنجا که متادون با بعضی از داروهای ضدتروویروسی تداخل دارد اگر بیمار در حال بهبودی تحت درمان با متادون است باید که پزشک او در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در جریان آن باشد. بعضی از این داروها سطح متادون خون را کاهش داده و بنابراین علامت‌های ترک را در فرد افزایش می‌دهند. به همین دلیل ممکن است آن فرد ترجیح دهد که داروی ضدتروویروسی خود را بدون مشورت با پزشک قطع کند که همان‌گونه که گفته شد این امر منجر به افزایش مقاومت دارویی در بدن او می‌شود.

تغذیه افراد اچ‌آی‌وی مثبت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تغذیه سالم موجب افزایش ایمنی فرد شده، قدرت او را افزایش داده، طول عمر او را بیشتر کرده و کیفیت زندگی او را بهتر می‌کند. بنابراین فرد اچ‌آی‌وی مثبت باید به میزان کافی از میوه‌ها، سبزیجات و پروتئین استفاده کرده و از مصرف غذاهایی که ارزش غذایی خوبی ندارند بپرهیزد. همچنین، انجام منظم فعالیت‌های ورزشی مناسب و خواب کافی در حفظ سلامت جسمی افراد اچ‌آی‌وی مثبت نقش مهمی دارد.

افراد اچ‌آی‌وی مثبت نیاز دارند که به طور دوره‌ای به لحاظ سلامت جسمی مورد بررسی قرار گیرند و به عنوان مثال میزان ایمنی بدن آن‌ها سنجیده شود. در صورت وجود هر علامت پوستی، ریوی، گوارشی و غیره باید آزمایش‌هایی خاص انجام گیرند. به علاوه به طور دوره‌ای باید واکسن‌های خاصی برای این افراد تزریق شود. مثلاً واکسن آنفلونزا (نوع غیرفعال) باید سالانه تزریق شود؛ واکسن هپاتیت بی باید تزریق شود و اگر پس از چک مجدد، تیتراژ آن کافی نبود -یعنی ایمنی در مقابل هپاتیت رخ نداده بود- واکسن باید مجدداً تزریق شود. واکسن‌های دیگر مانند پنوموکوک نیز با نظر پزشک مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری تزریق می‌شود.

یکی از مهم‌ترین نکته‌ها در افراد اچ‌آی‌وی مثبت در حال بهبودی آموزش پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی به افراد دیگر است. همچنین مثبت بودن وضعیت اچ‌آی‌وی به این معنی نیست که فرد در معرض خطر ابتلا به نوع دیگر اچ‌آی‌وی یا ویروس دیگری مانند هپاتیت قرار ندارد. بنابراین اولین نکته‌ای که به افراد اچ‌آی‌وی مثبت باید آموزش داده شود اهمیت استفاده از کاندوم در هر رابطه جنسی است. دلیل اول این است که اگر شریک جنسی او بیماری‌های منتقله از راه جنسی یا اچ‌آی‌وی دارد (که ممکن است ویروس او با ویروس فرد متفاوت باشد) این عفونت‌ها به فرد انتقال نیابد. دلیل دوم این است که فرد ویروس خود را به دیگران انتقال نداده و از بار بیماری در اجتماع بکاهد.

مهم است که در این میان به واکنش‌های روانی فرد اچ‌آی‌وی مثبت توجه خاص داشته باشیم. زمانی که فردی به اچ‌آی‌وی مبتلا می‌شود در واقع سلامت خود را به طور مزمّن از دست داده است. مانند هر از دست دادنی، فرد حالت‌های روانی متفاوتی را تجربه می‌کند. ممکن است که او در ابتدا باور نکند که اچ‌آی‌وی مثبت است و به اصطلاح در مرحله انکار باشد. پس از مدت کوتاهی یا از همان ابتدا

ممکن است که فرد خشمگین شود. این خشم ممکن است متوجه کسی شود که اچ‌آی‌وی از او انتقال یافته است. او ممکن است حتی از خود خشمگین باشد که به اندازه کافی از خود مراقبت نکرده است. حتی ممکن است که او از افراد سالم اجتماع خشمگین باشد (که چرا آن‌ها سالم هستند و او بیمار). فرد ممکن است به دلیل خشم قصد آسیب زدن به خود یا دیگران را داشته باشد. در موارد نادر دیده شده است که فرد اچ‌آی‌وی مثبت قادر به کنترل خشم خود نبوده و به خود یا دیگران آسیب رسانده و یا به شکل کلامی به دیگران آسیب زده است. فرد بعد از فاصله‌ای کوتاه یا طولانی دچار افسردگی می‌شود و بسته به شدت افسردگی ممکن است تمایلی به محافظت از خود یا دیگران نداشته باشد.

بنابراین کارکنان سلامت و روان باید قبل از ارایه آموزش به فرد اچ‌آی‌وی مثبت دریابند که آیا او آمادگی درک و پذیرش نکته‌های مربوط به پیشگیری و به کار بستن آن‌ها را دارد یا خیر. کارکنان اگر نگران سطح خشم او بوده و یا مثلاً متوجه شوند که فرد به دلیل شدت افسردگی تمایل به خودکشی دارد باید به شکل اورژانسی او را به نظام روان‌پزشکی ارجاع دهند. فردی که اخیراً متوجه مثبت بودن اچ‌آی‌وی خود شده باید توسط روان‌شناس چند جلسه تحت مشاوره قرار گیرد.

افشاسازی^{۱۹۰}

یکی از مشکل‌ترین نکته‌های مربوط به افراد اچ‌آی‌وی مثبت پاسخ به این پرسش است که آیا فرد باید وضعیت اچ‌آی‌وی خود را فاش کند یا خیر. عده‌ای به شدت معتقدند که این امر باید اتفاق بیفتد و حتی اگر خود فرد مایل به افشا آن نیست باید سیستم درمانی، مثلاً پزشک، به شریک جنسی او این مساله را اطلاع بدهد. عده دیگری معتقدند اعلام وضعیت اچ‌آی‌وی فرد به معنی شکستن اصل رازداری پزشکی بوده و نباید چنین کاری کرد. احتمالاً گروه اول این نکته مهم را در نظر نمی‌گیرند که با اطلاع دادن به دیگران -بدون موافقت فرد اچ‌آی‌وی مثبت- شاید سلامت یک نفر (یعنی شریک جنسی او) را تا حدی تضمین کنیم، ولی به دلیل از بین رفتن اعتماد بیمار شانس این که او دیگر به هیچ سیستم درمانی اعتماد نکرده، تحت مشاوره قرار نگرفته و در رابطه‌های بعدی خود مثبت بودن وضعیت اچ‌آی‌وی خود را پنهان نگه داشته را بسیار بالا برده‌ایم. پس با داشتن رویکرد هزینه و فایده هم بهتر است به جای اعلام وضعیت بیمار بدون جلب موافقتش او را تشویق و ترغیب به اعلام وضعیت خود به شریک جنسیش کنیم. در واقع در روند مشاوره لازم است که بیمار فواید اعلام وضعیتش را در مقابل ضررهای احتمالی آن بررسی کرده و به نتیجه مطلوب برسد. توجه داشته باشید گاهی فاش‌سازی وضعیت اچ‌آی‌وی، بیمار را در معرض خطرهایی جدی قرار داده و لازم است قبل از تصمیم به فاش‌سازی همه احتمال‌های موجود را در نظر گرفت.

^{۱۹۰} Disclosure

برخورد با بیمارانی که در مراحل انتهایی بیماری هستند

گاهی ممکن است کسی از مدت‌ها قبل مبتلا به اچ‌آی‌وی شده و متأسفانه توجه لازم را به آن مبذول نکرده باشد. مثلاً داروی ضد رتروویروسی را دریافت نکرده و یا به سلامت، تغذیه و وضعیت جسمی و روانی خود بی‌توجه بوده است. در نتیجه ممکن است زمانی او به ما مراجعه کند که در مرحله ایدز است. طبیعی است که بیش‌ترین نیاز این بیماران در این مرحله حمایت‌های روحی و روانی است. خانواده بیماری که او با آن‌ها زندگی می‌کند نیز به دلیل مواجه شدن با مرگ قریب‌الوقوع بیمار نیاز به حمایت و همدلی دارند. بیماری که خانواده‌ای نداشته و تنها زندگی می‌کند به حمایت بیشتری نیاز دارد.

اگرچه مواجهه با چنین بیمارانی بسیار سخت بوده اما لازم است که ما برای چنین کاری آمادگی داشته باشیم. گاهی بیمار به لحاظ روانی در مرحله انکار است؛ گویی که برایش سخت است بپذیرد که به - زودی از دنیا خواهد رفت. گاهی کارکنان درمانی و مشاوران نیز ممکن است در فاز انکار بوده و در ناخودآگاه خود مرگ قریب‌الوقوع بیمار را باور نداشته باشند. انکار در مراحل اولیه برای بیمار نقشی محافظتی دارد. بنابراین لازم نیست که او را با این حقیقت مواجه کنیم که در حال انکار است. ما باید زمان لازم را به بیمار بدهیم تا او به تدریج با تشخیص وضعیت اچ‌آی‌وی خود کنار بیاید. اما اگر این زمان طولانی شود و به چند هفته برسد باید بیمار را برای دریافت مشاوره روان‌شناختی ارجاع بدهیم. اگر پذیرش بیماری مراجعان برای خودمان هم دشوار است ما نیز باید به مشاور رجوع کنیم. گاهی برای خودمان این پرسش مطرح است که چه لزومی دارد که بیمار بداند که مرگش نزدیک است. شاید ما نگران از دست رفتن روحیه او و بدتر شدن حالش هستیم. تصمیم‌گیری در این مورد ساده نیست چرا که همه قبل از مرگ کارهایی برای انجام دادن دارند. ممکن است افراد لازم داشته باشند وصیت خود را نوشته، از عزیزانشان خداحافظی کرده، مشکلی را با کسی حل نموده و یا کارهای دیگر را انجام دهند. از آنجا که هم این تصمیم‌گیری و هم چگونگی صحبت با بیمار در حال مرگ کاری بسیار تخصصی است، توصیه می‌شود که این وظیفه را به افراد متخصص یعنی روان‌پزشکان و روان‌شناسان بسپاریم. به‌جز انکار، واکنش‌های دیگر روانی مانند خشم و افسردگی نیز نیاز به شناسایی و ارجاع به متخصصان فن را دارند. ما باید بروز چنین واکنش‌هایی را پذیرفته و در مواجهه با آن‌ها بیمار را طرد نکنیم. چه بسا که خشم بیمار، که واکنش طبیعی در مواجهه با مرگ قریب‌الوقوع است، از سوی دیگر عملی ناخودآگاه باشد که بیمار به واسطه آن دیگران را محک می‌زند تا بداند در هنگام مرگ به چه کسانی می‌تواند تکیه کند. بنابراین آگاه بودن به این واکنش، پذیرش بیمار و ارجاع او به افراد متخصص اقدام‌هایی بسیار کلیدی هستند.

فردی که وارد مرحله ایدز شده معمولاً به دلیل درگیری قسمت‌های مختلف بدن با انواع بیماری‌ها دردهای زیادی را تجربه می‌کند. بعضی از مسکن‌های قوی خاصیت مخدر دارند. لازم است که افراد

در حال بهبودی از مصرف مواد مخدر در جریان این امر باشند چرا که بعضی از آن‌ها (به عنوان مثال به دلیل معتقد بودن به اصول برنامه‌های دوازده قدم) نسبت به مصرف داروهای مخدر مقاومت دارند.

خلاصه و نتیجه‌گیری

بین مصرف مواد و ابتلا به اچ آی وی ارتباط شناخته شده‌ای وجود دارد. در بعضی از کشورها مانند ایران مصرف مواد راه اصلی انتقال اچ آی وی است. در نتیجه لازم است کسانی که مبتلا به اچ آی وی می‌شوند راهنمایی‌های لازم برای مراقبت از خود دریافت نموده تا زندگی سالم‌تری را تجربه کنند. این افراد می‌بایست با مراکز مخصوصی که مراقبت‌های لازم برای اچ آی وی را ارایه می‌دهند در ارتباط باشند. لزوم یا عدم لزوم فاش سازی وضعیت اچ آی وی فرد نکته بسیار مهمی است که در این فصل به آن پرداخته شده است.

درباره نویسندگان: دکتر ستاره محسنی‌فر روان‌پزشک بوده و از سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۵ کارشناس کاهش آسیب وزارت بهداشت و از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۹ مدیر برنامه کاهش آسیب خاورمیانه و شمال آفریقا در ایران بوده‌اند. ایشان همچنین از سال ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۵ به عنوان مسئول برنامه‌های اچ‌آی‌وی/ایدز در دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل در ایران فعالیت داشته‌اند.

منابع

مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۹۶). *مدیریت مراقبت و درمان افراد مبتلا به HIV/AIDS در نوجوانان و بزرگسال*.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *Substance abuse treatment for persons with HIV/AIDS: Treatment improvement protocol (Tip Series)* 37. The United States of America: Author

Treating HIV/AIDS while in recovery from addiction. (2016). Retrieved from <https://www.drugrehab.com/>.

Center for Disease Control and Prevention. (2017). *HIV testing*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hiv/testing/index.html>.

ملاحظه‌های ویژه برای توانمندسازی افراد دارای "اختلال آشفتگی جنسیتی"

دکتر حسین اسدیگی و امیر غلامحسین زردوز

شما پس از مطالعه این فصل قادر خواهید بود تا:

- اختلال آشفتگی جنسیتی (نارضایتی جنسیتی یا ملال جنسیتی^{۱۹۱}) را تعریف کنید؛
- ملاک‌های تشخیص اختلال آشفتگی جنسیتی در کودکان و در بزرگسالان را ذکر کنید؛
- سبب‌شناسی و روش‌های درمانی اختلال آشفتگی جنسیتی را شرح دهید؛ و
- ملاحظه‌های درمان و بهبودی مبتلایان به "اختلال آشفتگی جنسیتی" و جامعه دگرباشان جنسی را شرح دهید.

پرسش‌های کلیدی: اختلال آشفتگی جنسیتی چیست؟ ملاک‌های تشخیص اختلال آشفتگی جنسیتی کدامند؟ چرا بعضی از افراد به اختلال آشفتگی جنسیتی مبتلا می‌شوند؟ روش‌های درمان افراد مبتلا به اختلال آشفتگی جنسیتی چه هستند و چه خدمات درمانی در جمهوری اسلامی ایران برای ایشان در دسترس است؟ باید چه ملاحظه‌های ویژه‌ای را برای درمان و بهبودی مبتلایان به "اختلال آشفتگی جنسیتی" و جامعه دگرباشان جنسی^{۱۹۲} مد نظر قرار داد؟

واژگان کلیدی: تراجنسیتی^{۱۹۳}، اختلال آشفتگی جنسیتی، دگرجنس‌گرایی^{۱۹۴} و جامعه دگرباشان جنسی

مقدمه

هویت جنسیتی یکی از مهم‌ترین وجوه هویت انسانی است. این که انسانی زن یا مرد نامیده می‌شود پس از هستی و حیات او مهم‌ترین وجه شناساییش توسط خود و محیطش است. هویت جنسی حالتی روان‌شناختی است که بازتاب احساس درونی شخص از مرد یا زن بودن خویش است. هویت جنسیتی بر نگرش‌ها، الگوهای رفتاری و سایر صفاتی متکی است که معمولاً با مردانگی و زنانگی مربوطند و توسط فرهنگ خاص افراد تعیین می‌شوند.

^{۱۹۱} Gender Dysphoria

^{۱۹۲} The LGBT Community (Lesbians, Gays, Bisexuals and Transgenders)

^{۱۹۳} transgender

^{۱۹۴} heterosexualism

تشخیص هویت جنسیتی از کودکی شروع و در نوجوانی تقویت شده و به ثبات می‌رسد. افراد مبتلا به اختلال آشفتگی جنسیتی از بدو شناخت خود از سنین زیر ۳ سالگی رفتارها و گرایش‌های جنس مخالف را از خود بروز می‌دهند. این افراد با وجودی که هیچ گونه اختلالی در جسمشان مشاهده نمی‌شود عمیقاً احساس می‌کنند که در کالبدی اشتباه متولد شده و جنسیت حقیقی آن‌ها با آنچه هستند متفاوت است. بدین ترتیب پسرهای خردسالی که دچار اختلال آشفتگی جنسیتی هستند گرایش به انجام بازی‌ها و پوشیدن لباس‌های دخترانه داشته و رفتارهای دخترانه را از خود بروز می‌دهند و بالعکس. اختلال در پذیرش نقش جنسیتی یا اختلال آشفتگی جنسیتی از جمله اختلال‌هایی است که افراد را دچار سردرگمی نموده و آن‌ها را از پذیرش و آرایه مسئولیت‌ها و حقوق و امتیازهای اجتماعی محروم می‌سازد چرا که اغلب افراد از پذیرش مردان زن نما یا زنان مردنما پرهیز می‌کنند.

در مورد مردان بزرگسال دامنه شیوع اختلال آشفتگی جنسیتی از ۵ تا ۱۴ نفر در هر هزار فرد و در مورد زنان بزرگسال از ۲ تا ۳ نفر در هر هزار فرد است. از آنجا که تمام بزرگسالان خواهان درمان هورمونی و جراحی تغییر جنسیت به کلینیک‌های تخصصی مراجعه نمی‌کنند این اعداد کمتر از حد واقعی هستند. در بزرگسالانی که به کلینیک‌های تخصصی ارجاع داده می‌شوند نسبت مردان دارای این اختلال به زنان بیش‌تر بوده و دامن‌های از ۱:۱ تا ۶:۱ دارد. در دو کشور ژاپن (۲,۲:۱) و لهستان (۳,۴:۱) این نسبت جنسیتی به نفع زنان است. در ایران آمار افراد مبتلا به این مشکل از ۵۰ هزار تا ۲۰۰ هزار نفر تخمین زده شده است.

تعاریف

جنس^{۱۹۵}: مفهوم جنس مربوط به وضعیت بیولوژیکی بدن است که شامل اندام‌های جنسی و تولید مثل فرد می‌شود. تفاوت بیولوژیکی (هورمون‌ها، کروموزوم‌ها و اندام‌های داخلی و خارجی جنسی) نقش اصلی را در تفاوت جنس‌ها بازی می‌کند.

جنسیت^{۱۹۶}: جنسیت شامل نقش‌ها، باورها و رفتارهای اجتماعی است که فرهنگ و جامعه برای دو جنس زن و مرد قایل می‌شوند.

گرایش جنسی^{۱۹۷} (یا جهت‌گیری جنسی): الگوی پایداری از تمایل جنسی یا عشق و یا هر دو است که شخص نسبت به افرادی از جنس مخالف، همجنس، هر دو جنس، یا بیش از یک جنس از خود نشان می‌دهد. انواع این تمایل به صورت کلی به دسته‌های دگرجنس‌گرایی (گرایش به جنس

^{۱۹۵} sex

^{۱۹۶} gender

^{۱۹۷} sexual orientation

مخالف)، همجنس‌گرایی^{۱۹۸} (گرایش به همجنس) و دوجنس‌گرایی^{۱۹۹} (گرایش به هر دو جنس) تقسیم شده و گاهی هیچ‌جنس‌گرایی^{۲۰۰} (عدم وجود تمایل جنسی) نیز در این میان به عنوان دسته چهارم محسوب می‌شود.

هویت جنسی^{۲۰۱}: این هویت برداشت شخص از تمایل جنسی^{۲۰۲} یا عاطفی خود و ابراز آن نسبت به دیگران است. هویت جنسی یعنی فرد از نظر گرایش جنسی خود را متعلق به کدام دسته می‌پندارد. هویت جنسی و رفتار جنسی ارتباط تنگاتنگی با گرایش جنسی داشته ولی از هم متمایز هستند. رفتار جنسی^{۲۰۳} به این می‌پردازد که شخص در زندگی واقعی با کدام جنسیت یا جنسیت‌ها رابطه جنسی برقرار می‌کند.

اختلال آشفتگی جنسیتی: آشفتگی جنسیتی به عنوان اصطلاحی توصیفی و کلی نشانگر نارضایتی عاطفی و یا شناختی فرد از جنسیت خود است. این اختلال زمانی که به عنوان طبقه‌ای تشخیصی مورد استفاده قرار گیرد به طور اختصاصی‌تری تعریف می‌شود. اختلال آشفتگی جنسیتی تا قبل از انتشار ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^{۲۰۴} در سال ۲۰۱۳ اختلال هویت جنسی^{۲۰۵} نامیده می‌شد. این مشکل را باید از مبدل پوشی و اختلال دو جنسی متمایز دانست. در نسخه یازدهم (بتا) طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها^{۲۰۶} که در ۱۸ ژوئن ۲۰۱۸ تحت عنوان "وضعیت‌های مربوط به سلامت جنسی" منتشر شده عنوان جدید ناهمنوایی جنسیتی^{۲۰۷} برای این مشکل برگزیده شده است. طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها توسط سازمان بهداشت جهانی منتشر شده و به طور دوره‌ای بازنگری و بازنشر می‌شود.

مبدل پوشی^{۲۰۸}: این امر انحرافی جنسی است که در آن فرد (معمولاً افراد مذکر) با پوشیدن لباس‌های جنس مقابل از لحاظ جنسی تحریک می‌شود.

^{۱۹۸} homosexuality (lesbian, gay)

^{۱۹۹} bisexuality

^{۲۰۰} asexuality

^{۲۰۱} sexual identity

^{۲۰۲} sexual desire

^{۲۰۳} sexual behavior

^{۲۰۴} Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5)

^{۲۰۵} Gender Identity Disorder

^{۲۰۶} The International Classification of Diseases (ICD)

^{۲۰۷} Gender Incongruence

^{۲۰۸} Transvestism

دو جنسی^{۲۰۹}: در این اختلال فرد با ابهام تناسلی به دنیا می‌آید که علت آن مشکل‌های هورمونی یا ناهنجاری‌های دیگر بدنی است. این افراد بسته به ترکیب ویژگی‌های جنسی خاصی که دارند معمولاً در ابتدای تولد جنسیت خاصی به آن‌ها تخصیص داده می‌شود. گاهی این افراد تحت عمل جراحی و درمان‌های هورمونی قرار می‌گیرند تا آناتومی جنسیشان را تغییر دهند. این ناهنجاری با اختلال آشفستگی جنسیتی متفاوت است.

جامعه دگرباشان جنسی: این جامعه به افرادی اطلاق می‌شود که گرایش و رفتار جنسی متفاوتی از دگرجنس‌گرایان داشته و برابر با مفاهیم عرفی یا سنتی پیرو نقش‌های جنسیتی منسوب به زنان و مردان نیستند.

ترانجنسیتی: این واژه بر خلاف ترانجنسی^{۲۱۰} (یا ترنس) اصطلاحی پزشکی نبوده و مانند چتری گروه‌های مختلفی را در بر می‌گیرد. این کلمه برای مشخص کردن افرادی است که به نحوی (مثل پوشیدن لباس جنس مخالف یا انجام عمل جراحی) جنسیت خود را کم رنگ کرده و جنس مخالف را نشان می‌دهند. به عبارت دیگر این واژه به افرادی اشاره دارد که هویت جنسی آن‌ها با جنس‌گونی فیزیولوژیک آن‌ها هم‌گونی ندارد.

مرد به زن^{۲۱۱}: کسی که از لحاظ بیولوژیکی مذکر است و می‌خواهد با عمل جراحی به شکل مونث درآید.

زن به مرد^{۲۱۲}: کسی که از لحاظ بیولوژیکی مونث است و می‌خواهد با عمل جراحی به شکل مذکر درآید.

تاریخچه اختلال آشفستگی جنسیتی

مشکل آشفستگی جنسیتی ممکن است به قدمت زندگی بشر باشد. مردم‌شناسان و پژوهشگران تعدادی از افراد دارای اختلال آشفستگی جنسیتی را در اساطیر وابسته به تاریخ یونان و روم باستان، آسیا و غرب شناسایی کرده‌اند. دکتر هری بنجامین اولین کسی بود که با دلسوزی و نگاهی علمی به این مساله پرداخت. هری بنجامین متخصص پزشکی مسایل جنسی بود. او در سال ۱۹۴۵ عبارت ترانجنس^{۲۱۳} (ترانس سکسوالیسم) را به جهان معرفی کرد و در سال ۱۹۵۲ آن را به مساله‌ای همگانی تبدیل نمود.

^{۲۰۹} hermaphrodite

^{۲۱۰} transsexual

^{۲۱۱} Male to Female

^{۲۱۲} Female to Male

^{۲۱۳} transsexualism

در ایران نخستین آمار از تعداد دوجنسیتی‌ها (که احتمالاً شامل افراد ترانس هم می‌شده است) مربوط به اولین سرشماری در دوره رضاخان است که در آن آمارها حاکی از تعداد هشت فرد دوجنسیتی در کشور بود (کریمی‌نیا، ۱۳۷۹). پس از پیروزی انقلاب اسلامی این افراد در معرض مشکل‌های قانونی قرار گرفته و به عنوان افراد همجنس‌گرا دستگیر و حکم قانونی در مورد آن‌ها به اجرا گذاشته می‌شد. اما توجه تدریجی مقام‌های قضایی و بهداشتی به متفاوت بودن وضعیت این گروه با افراد همجنس‌گرا سبب شد که در مورد وضعیت احکام شرعی این افراد در سال ۱۳۶۷ از حضرت امام (ره) استفتا شده و بنابر نظر ایشان مبنی بر "مرتّب بودن روح بر جسم" امکان درمان جراحی این افراد با مجوز قانونی در ایران فراهم شود. بنابراین از تاریخ فوق افراد مبتلا پس از مراجعه به پزشکی قانونی و انجام بررسی‌های تشخیصی لازم و اخذ مجوز با تشخیص اختلال هویت جنسیتی و ترانس سکسوالیسم اقدام به جراحی در ایران می‌نمودند. با توجه به پیچیده بودن این اختلال، همگن نبودن مبتلایان به آن، گران بودن خدمات درمانی جراحی در ایران، کمبود سایر امکانات درمانی و تعداد افراد انگشت شمار متخصص در این امر مشکل‌های فردی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی آن‌ها همچنان ادامه یافته است.

مراجعه‌های مکرر این افراد که فاقد هر گونه منابع حمایتی- اجتماعی و در بسیاری موارد رانده از خانواده بودند به دفتر زنان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سبب شد تا از اواخر سال ۱۳۷۹ کمیته کشوری "ساماندهی مبتلایان به اختلال هویت جنسیتی" تشکیل و با چهار زیر کمیته حقوقی، درمانی، آموزشی و پژوهش و آمار و اطلاع رسانی شروع به کار نماید.

کمیته حمایتی این طرح به عهده دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی سازمان بهزیستی کشور بود. این طرح از نیمه دوم سال ۱۳۸۱ به صورت آزمایشی در یکی از مراکزهای مداخله در بحران بهزیستی استان تهران به اجرا درآمد. مسئولیت کمیته درمان با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مسئولیت کمیته حقوقی، آموزش و اطلاع رسانی بر عهده پزشکی قانونی گذاشته شد. از سال ۱۳۸۱ به بعد سازمان بهزیستی همه امور مربوط به این افراد را به عهده گرفته است.

ملاک‌های تشخیصی اختلال آشفتگی جنسیتی

پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) اختلال آشفتگی جنسیتی را به چهار دسته تقسیم می‌کند: آشفتگی جنسیتی در کودکان، آشفتگی جنسیتی در نوجوانان و بزرگسالان، سایر آشفتگی‌های جنسیتی معین و آشفتگی جنسیتی نامعین.

ملاک‌های تشخیصی آشفتگی جنسیتی در کودکان

- ناهمخوانی قابل توجه میان جنسیت تجربه شده یا ابراز شده فرد و جنسیت تخصیص یافته به او که دست کم شش ماه تداوم داشته و یا دست کم شش مورد از موارد زیر در مورد کودک مصداق دارد (مورد اول الزامی است):
 - میل قوی برای داشتن جنسیت دیگر یا اصرار بر این که فرد متعلق به جنس مقابل است؛
 - در پسران ترجیح نیرومندی برای پوشیدن لباس جنس مقابل یا شبیه سازی ظاهر دخترانه وجود داشته و در دختران ترجیح نیرومندی برای پوشیدن لباس معمولی پسرانه و مقاومت نیرومندی برای پوشیدن لباس معمولی زنانه وجود دارد؛
 - در هنگام انجام بازی‌های سمبلیک یا خیالی ترجیحی قوی برای گرفتن نقش‌های جنس مقابل وجود دارد؛
 - ترجیحی قوی برای استفاده از اسباب بازی‌ها، بازی‌ها یا فعالیت‌های کلیشه‌ای جنس مقابل وجود دارد؛
 - ترجیحی قوی برای همبازی‌های جنس مقابل وجود دارد؛
 - در پسران رد کردن قوی اسباب بازی‌ها، بازی‌ها و فعالیت‌های پسرانه و اجتناب از بازی‌های شلوغ و پرهیاهو وجود داشته و در دختران رد کردن قوی اسباب بازی‌ها، بازی‌ها و فعالیت‌های دخترانه وجود دارد؛
 - فرد به کالبد جنسی کنونی خود بسیار بی‌علاقه است؛ و
 - میلی قوی برای داشتن ویژگی‌های اولیه یا ثانویه جنسی که فرد خود را متعلق به آن جنس می‌داند.
- این شرایط با ناراحتی چشمگیر بالینی یا افت کارکرد اجتماعی، تحصیلی یا دیگر حوزه‌های مهم کارکردی همراه است.

ملاک‌های تشخیصی اختلال آشفتگی جنسیتی در نوجوانان و بزرگسالان

- ناهمخوانی قابل توجه میان جنسیت تجربه شده یا ابراز شده فرد و جنسیت تخصیص یافته به او که دست کم شش ماه تداوم داشته و یا دست کم دو مورد از موارد زیر در مورد فرد مصداق دارد:
 - ناهمخوانی قابل توجه میان جنسیت تجربه شده یا ابراز شده فرد و ویژگی‌های اولیه یا ثانویه جنسی او؛

- میل قوی برای رهایی از ویژگی‌های اولیه یا ثانویه جنسی به دلیل ناهمخوانی قابل ملاحظه با جنسیت تجربه شده یا ابراز شده فرد (یا در اوایل نوجوانی میل برای پیشگیری از بروز ویژگی‌های ثانویه جنسی مورد انتظار).
- میل قوی برای داشتن ویژگی‌های اولیه یا ثانویه جنس مقابل؛
- میل قوی برای داشتن جنسیت دیگر؛
- میل قوی برای این که با او مانند فردی متعلق به جنسیت دیگر رفتار شود؛ و
- باوری نیرومند مبنی بر این که فرد احساس‌ها و واکنش‌های معمولی جنس مقابل را دارد.

• این شرایط با ناراحتی چشمگیر بالینی یا افت کارکرد اجتماعی، شغلی یا دیگر حوزه‌های مهم کارکردی همراه است.

تشخیص "سایرآشفتگی جنسیتی معین" مربوط به زمانی است که علایم مشخصه نارضایتی جنسیتی وجود دارد اما فرد ملاک‌های کامل را ندارد. تشخیص "آشفتگی جنسیتی نامعین" مربوط به زمانی است که اطلاعات کافی برای تشخیص وجود ندارد.

مشکل‌های همراه با اختلال آشفتگی جنسیتی

افراد مبتلا به این مشکل در بعدهای گوناگونی از طرف جامعه و خانواده تحت فشار و استرس هستند. اولین مشکل خانواده این است که آن‌ها به علت دیدگاه‌های فرهنگی، اجتماعی، مذهبی و اقتصادی حاضر به قبول چنین مسأله‌ای نیستند. در این بین تبدیل‌خواهان جنسی مرد به زن بیش‌تر در معرض تمسخر اطرافیان قرار می‌گیرند. بنابراین آن‌ها فشار بیشتری را متحمل شده و احتمال بروز مشکل‌هایی نظیر آزارهای فیزیکی، کلامی، طرد شدن از مدرسه، مصرف هورمون به صورت غیرقانونی و تهیه آن از مراکز غیرمعتبر و غیرپزشکی، مصرف مواد، بی‌خانمانی، عدم یافتن شغل مناسب، داشتن رفتارهای جنسی پر خطر، ابتلا به بیماری‌های مقاربتی از جمله ایدز و خودکشی در آن‌ها بیش‌تر است.

تحقیق دیکسن و همکاران که بر روی ۴۷۹ داوطلب تغییر جنسیت به عمل آمده نشان دهنده وجود تمایل به خودکشی، بیماری‌های روانی، اعتیاد، سابقه جنایی و سایر مشکل‌ها در این افراد است. بزرگسالانی که تشخیص اختلال آشفتگی جنسیتی دریافت کرده‌اند بیش‌تر از سایر بزرگسالان مبتلا به اختلال‌های افسردگی و اضطرابی تمایل به خودکشی، داشتن رفتارهای خودآسیب رسان و سومصرف مواد را از خود نشان می‌دهند (Dixon, 1984).

علت‌های ایجاد اختلال آشفتگی جنسیتی

علت‌های ژنتیکی، عصبی-زیستی و روانی-اجتماعی برای این اختلال مطرح شده است. مطالعه‌های ژنتیکی اندکی درباره علت‌های این اختلال وجود دارند که تا حدودی به علت بسیار نادر بودن آن است.

عوامل ژنتیکی: برخی داده‌ها حاکی از آن است که هویت جنسی ممکن است دست‌کم تا حدی ژنتیکی باشد. دو مطالعه بر روی دوقلوها نشان می‌دهد که علایم اختلال آشفتگی جنسیتی در کودکی کم و بیش ارثی است (Bailey, Dunne & Martin, 2000). اما این مطالعه‌ها به جای کسانی که واجد تمام ملاک‌های تشخیصی اختلال آشفتگی جنسیتی باشند کسانی را مطالعه کرده‌اند که رفتارهای متضاد با جنسیت خود داشتند. کولیج، تد و یانگ تخمین زده‌اند که در دوقلوهایی که بر روی آن‌ها تحقیق می‌کردند ژنتیک حدوداً ۶۲٪ در ایجاد آسیب‌پذیری به تجربه اختلال آشفتگی جنسیتی نقش داشته است (Coolidge, Thede & Young, 2002).

عوامل عصبی-زیستی: سطح هورمون‌های جنسی در بزرگسالی و دوران بارداری هر دو به عنوان عوامل علی در اختلال آشفتگی جنسیتی مطرح شده‌اند. برای مثال مجموعه‌ای از مطالعه‌ها حاکی از آن است که دخترانی که در رحم مادر در معرض سطح بالای آندروژن^{۲۱۴} قرار داشته‌اند، معمولاً رفتارهای مردانه‌تری را در قیاس با تا دخترانی که این گونه نبوده‌اند از خود نشان می‌دهند. همچنین تحقیق‌های دیگر نشان داده‌اند که همچون گرایش جنسی میزان کمی بیش‌تر تستسترون یا استروژن در مقاطع ویژه رشدی می‌تواند جنین مونثی را مذکر و یا جنین مذکری را تبدیل به جنس مونث کند. محققان دریافته‌اند پسرانی که مادرانشان در زمان بارداری هورمون‌های زنانه مصرف کرده بودند در مقایسه با همسالان مذکرشان کم‌تر هیכלی مردانه داشته و درگیر بازی‌های پرقیل و قال می‌شدند (Yalom, Green & Fisk, 1973). البته علی‌رغم وجود شواهدی که نشان می‌دهد مواجهه با هورمون در رحم می‌تواند بر رفتارهای متضاد با جنسیت فرد تاثیر بگذارد این کودکان خودشان اظهار نمی‌کنند که از جنس مخالف هستند. بنابراین هورمون‌های جنسی والدین ظاهراً فقط برخی جنبه‌های هویت جنسی را تشکیل داده و تبیینی کامل را ارائه نمی‌کند.

عوامل روانی-اجتماعی: مردانگی و زنانگی بر اساس فرهنگ شکل گرفته، تعریف شده و به شدت آکنده از داورهای ارزشی و کلیشه‌سازی است. اغلب کودکان در مقاطعی درگیر رفتارهای متضاد با جنسیت خود می‌شوند. برخی والدین و خویشاوندان ممکن است چنین رفتارهایی را تقویت کنند.

^{۲۱۴} androgen:

آندروژن نام اصطلاحی است که برای اشاره به هر ترکیب طبیعی یا مصنوعی (معمولاً هورمونی استروئیدی) به کار می‌رود که با اتصال به گیرنده‌های آندروژنی باعث تحریک، کنترل، توسعه یا نگهداری خصوصیت‌های نرینه در مهره‌داران می‌شود.

والدین کودکانی که علایم اختلال آشفتگی جنسیتی را از خود نشان می‌دهند اغلب اظهار می‌کنند که پوشیدن لباس‌های جنس مخالف را در کودکانشان منع نمی‌کردند و چه بسا که اعضای خانواده این رفتارها را جذاب و بانمک می‌دانسته‌اند. اما به طور معمول اعضای خانواده و همسالان معمولاً در مورد رفتارهای متضاد با جنسیت بی‌هیچ گذشتی بسیار بی‌رحمانه عمل می‌کنند. اگر پیشامدهای محیطی تاثیرگذار می‌بودند می‌توانستیم انتظار داشته باشیم که این تنبیه‌های بین فردی رفتارهای متضاد با جنسیت را از بین ببرند.

زیگموند فروید معتقد بود که مشکل‌های هویت جنسی ناشی از تعارض‌هایی است که کودک در مثلث اودپی تجربه می‌کند. این تعارض‌ها بر اثر رویدادهای واقعی خانواده و تخیل‌های کودک تقویت می‌شوند. هر چیزی که در محبت کودک نسبت به والد جنس مخالف و همانندسازی با والد همجنس تداخل ایجاد کند در پیدایش هویت جنسی طبیعی تداخل می‌نماید. از دید روان تحلیلگران فرد در تبدیل شدن از مرد به زن می‌خواهد چهره‌های بد و پر خاشاک را کنار گذاشته و چهره‌های آرمانی و جدیدی را جایگزین آنان نماید. در تبدیل زن به مرد نیاز به تغییر جنسیت ناشی از تمایل کودک به حمایت خود و مادر در برابر پدر تهدید کننده است.

نظریه‌ای روانی-اجتماعی مدافع این فرضیه است که افراد مبتلا به اختلال آشفتگی جنسیتی ممکن است در کودکی مورد سوءاستفاده قرار گرفته و این اختلال واکنشی اجتنابی-گسستی^{۲۱۵} افراطی به این بدرفتاری جسمی، جنسی و عاطفی است. اما شواهد تجربی برای این نظریه وجود ندارد.

درمان اختلال آشفتگی جنسیتی

استانداردهای مراقبتی برای درمان اختلال آشفتگی جنسیتی^{۲۱۶}

انجمن تخصصی جهانی برای سلامت ترانجنسی‌ها^{۲۱۷} "استانداردهای مراقبتی برای افراد دارای آشفتگی جنسیتی" را تعیین و آن را ویرایش می‌کند. تازه‌ترین نسخه استانداردهای مراقبتی در ماه سپتامبر سال ۲۰۱۱ منتشر شده است. این استانداردهای مراقبتی نظرهای متخصصان باتجربه که بر روی این استانداردها اتفاق نظر دارند را منعکس می‌کند اما لزوماً مبتنی بر شواهد علمی نیست. این استانداردها برای کسانی که مراجعان دارای مشکل هویت جنسی را درمان می‌کنند منابع عملکردی مهمی را فراهم می‌آورند. استانداردهای مراقبتی چهار شیوه درمانی اصلی را توصیف می‌کند که روان‌درمانی، درمان با هورمون‌های جنس مخالف، تجربه زندگی کردن تمام وقت در نقش جنسیت

^{۲۱۵} avoidance/dissociative

^{۲۱۶} Standards of Care for Gender Identity Disorders for Transgender Health

^{۲۱۷} The World Professional Association

مطلوب و عمل جراحی تغییر جنسیت را در بردارد. به سه درمان آخری درمان سه گانه^{۲۱۸} گفته می‌شود.

روان درمانی برای اختلال آشفتگی جنسیتی: احتمال بسیار کمی وجود دارد که روان درمانی فردی و گروهی نظر فرد را در مورد آشفتگی جنسیتی عوض کند اما این درمان می‌تواند برای مراجع فضایی امن و حمایت کننده را فراهم کند تا از معضله‌ها یا احساس‌های دوگانه‌ای که دارد صحبت کرده، هویت شکوفای خود را کشف نموده، نگرانی‌ها و استرس‌های مربوط به روابط و شغل خود را مورد توجه قرار داده و انتخاب‌های درمانی موجود را بررسی کند. روان درمانی گروهی نیز می‌تواند برای افراد دچار اختلال آشفتگی جنسیتی مفید باشد. تعامل با افراد دیگری که آن‌ها هم مشکل آشفتگی جنسیتی را دارند (وقتی می‌بینند که تنها خودشان نیستند که این مشکل را دارند) باعث کاهش انزوای آن‌ها شده و به افراد فرصتی می‌دهد تا حمایت گرفته و همدیگر را حمایت کنند. اعضای گروه گاهی با شرم و انکار یکدیگر روبه‌رو می‌شوند. این امر فرایند ارزشمند است که در روان درمانی فردی به سختی می‌توان آن را به انجام رساند.

هورمون درمانی: درمان با هورمون‌های جنس مقابل به افراد دچار آشفتگی جنسیتی کمک می‌کند تا با تحریک رشد ویژگی‌های ثانویه بیش‌تر شبیه جنس مطلوب خود شده، حس این جنس را بیش‌تر داشته و از ویژگی‌های ثانویه جنس تبدیل شده حمایت کنند. واضح است که هورمون درمانی باید تحت نظارت پزشک انجام شود.

برای تراجنسی‌های مرد به زن هورمون‌های استروژن و برای تراجنسی زن به مرد تستسترون تجویز می‌شود. برای گروه دوم پروژسترون نیز هورمون تجویزی دیگر است. هورمون درمانی در تراجنسی‌های مرد به زن سبب رشد پستان‌ها، زاننه شدن بدن، نرم شدن پوست، کاهش میزان رشد موی صورت و بدن و کاهش نعوظ خودبخودی می‌شود اما روی صدای فرد تاثیر چندانی نمی‌گذارد. اضافه وزن و کاهش میل جنسی آثار جانبی این هورمون‌ها هستند. هورمون‌های زنانه اثرهای روانی و عاطفی نیز داشته و باعث آرامش و سازگاری روان‌شناختی بیش‌تر فرد می‌شوند.

در تراجنسی‌های زن به مرد نیز هورمون درمانی باعث بم شدن صدا، بزرگ شدن کلیتورس، افزایش توده عضلانی و زیاد شدن موی صورت و بدن می‌شود. هورمون‌های مردانه نیز اثرهای روانی و عاطفی دارند. درمان با تستسترون پرخاشگری را زیاد کرده و تمایل‌های جنسی را در تراجنسی‌های زن به مرد افزایش می‌دهد. عوارض جانبی این هورمون‌ها می‌تواند جوش صورت، اضافه وزن، مشکل‌های کبدی و ورم باشد.

^{۲۱۸} triadic therapy

تجربه زندگی کردن تمام وقت در نقش جنسیت مطلوب: این تجربه زندگی تمام وقت به مراجع امکان می‌دهد تا تصمیم بگیرد که آیا زندگی در نقش جنس مقابل نسبت به زندگی در نقش جنس اولیه باعث ارتقا کیفیت زندگی او می‌شود یا خیر. البته برخی از مراجعان قبل از رجوع به متخصص زندگی کردن در نقش جنس مطلوب را تجربه کرده‌اند. این تجربه تمام وقت به طور رسمی "امتحان" تمام وقت نقش جنس مطلوب نامیده شده است. اشخاصی که در پی جراحی تغییر جنسیت هستند عموماً لازم است شش الی دوازده ماه زندگی با جنسیت دلخواه را پشت سر گذاشته و در جلسه‌های روان‌درمانی شرکت کنند تا در این دوران به تجربه احساس‌های مربوط به نقش‌های جنسیتی بپردازند (The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, 2001).

عمل جراحی تغییر جنسیت: رایج‌ترین درمان اختلال آشفتگی جنسیتی تغییر دادن بدن برای سازگار شدن با خصوصیت‌های روانی شخص است. در جراحی تعیین جنسیت مجدد^{۲۱۹} اندام‌های تناسلی موجود تغییر داده شده تا به اندام‌های تناسلی جنس مخالف شبیه‌تر شوند. برای جراحی تعیین جنسیت مرد به زن بخش استوانه‌ای آلت مردانه برداشته می‌شود اما بخشی از بافت عصب‌های آن برای ایجاد مهبل، لب‌های فرج و کلیتوریس مورد استفاده قرار می‌گیرد.

عمل جراحی برداشتن سینه در تراجنسی‌های زن به مرد غالباً انجام می‌پذیرد. فرایند تعیین جنسیت زن به مرد از جهت‌هایی دشوارتر و از جهت‌های دیگری آسان‌تر از مرد به زن است. از طرفی آلت مردانه (قضیب) ساخته شده با جراحی کوچک بوده و قابلیت نعوظ طبیعی را ندارد و به همین دلیل برای آمیزش جنسی به وسایل مصنوعی نیاز است. عمل جراحی میزراه (مجرای ادراری) را به درون آلت مردانه نوساخته می‌کشاند تا استفاده از توالت سرپایی برای شخص ممکن شود. از طرف دیگر جراحی زن به مرد نیاز به پیگیری ظاهری کم‌تری است زیرا هورمون‌های مردانه تجویز شده برای زنانی که در پی تعیین مجدد جنسی هستند به طور چشمگیری پراکندگی چربی‌ها را تغییر داده و رشد موی صورت و بدن را تحریک می‌کند. گرین و فلمینگ در مطالعه‌ای از ۱۳۰ جراحی زن به مرد حدود ۹۷ درصد را رضایت‌بخش و از میان ۲۲۰ جراحی مرد به زن، ۸۷ درصد را رضایت‌بخش دانسته‌اند (Green & Fleming, 1990).

درمان خانواده افراد مبتلا به اختلال آشفتگی جنسیتی

تغییر جنسیت شوهر، نامزد، والد و یا فرزند در اغلب موارد عامل ایجاد استرس، اضطراب، خشم و یا افسردگی است. امرسون و روزنفلد مشاهده کردند که اعضای خانواده افراد تراجنسی غالباً همان زنجیره واکنش‌های عاطفی را که با از دست دادن عزیزان همراه است (انکار، خشم، چانه‌زنی، افسردگی و پذیرش) از خود نشان می‌دهند (Emerson & Rosenfeld, 1996).

^{۲۱۹} Sex Reassignment Surgery

وضعیت کنونی مبتلایان به اختلال آشفتگی جنسیتی در ایران

هم اکنون چند سازمان مسئولیت رسیدگی به امور مبتلایان به اختلال آشفتگی جنسیتی را به عهده دارند که به ترتیب عبارتند از:

سازمان پزشکی قانونی: این سازمان از ۱۳۷۶ مسئول رسیدگی به امر تغییر جنسیت بوده است. مراجعه کنندگان به پزشکی قانونی تحت انواع آزمایش‌های ژنتیک و هورمونی، سونوگرافی و معاینه‌های پزشکی و روان‌پزشکی قرار می‌گیرند تا ضرورت عمل جراحی و صدور مجوز برای مراجع مربوط محرز شود. چنانچه مشخص شود فرد مورد نظر ملاک‌های تغییر جنسیت را دارد سازمان پزشکی قانونی مجوز عمل جراحی را صادر می‌نماید. از این پس داوطلبان جراحی می‌توانند به اختیار خود، پزشک جراحشان را انتخاب کنند. به طور کلی فرایند تشخیص پزشکی و صدور مجوز برای جراحی و درمان‌های مکمل بین شش ماه تا دو سال به درازا می‌انجامد. پس از تغییر جنسیت و تایید مراجع مربوط مبنی بر عزل جنسیت قبلی و ظهور ویژگی‌های جدید تغییر رسمی‌شناسنامه و مدارک هویتی امکان پذیر می‌شود.

انستیتوی روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران واحد دیگر رسیدگی به مبتلایان به اختلال آشفتگی جنسیتی است. مراجعان این موسسه که از سازمان پزشکی قانونی معرفی می‌شوند حدود سه ماه در معرض انواع مشاوره‌های روان‌درمانی قرار می‌گیرند. هدف از گذراندن این دوره تمایز گذاشتن میان موارد واقعی و کاذب آشفتگی جنسیتی است.

سازمان بهزیستی کشور: دفتر امور آسیب‌دیدگان اجتماعی سازمان بهزیستی از سال ۱۳۸۱ فعالیت را تحت عنوان "حمایت اجتماعی از مبتلایان به اختلال هویت جنسیتی (TS)" طراحی نمود که در ابتدا به صورت آزمایشی در مرکز مداخله در بحران شهید نواب صفوی تهران و از سال ۱۳۸۶ تا کنون در کلیه مراکزهای مداخله در بحران‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی استان‌های کشور اجرا می‌شود. به طور کلی خدماتی که در مراکزهای مداخله در بحران‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی سازمان بهزیستی به این بیماران ارائه می‌شود شامل این موارد هستند: تشکیل پرونده، ارزیابی‌های تخصصی روان‌شناختی، روان‌درمانی مراجعان و خانواده‌های آن‌ها، فعالیت‌های مددکاری اجتماعی و ارائه خدمات دیگر (از جمله پرداخت کمک هزینه عمل جراحی، کمک هزینه لیزر درمانی و هورمون درمانی، پرداخت هزینه‌های اقامت موقت، ودیعه مسکن و معرفی جهت گذراندن دوره‌های آموزشی فنی و حرفه‌ای به صورت رایگان و براساس علایق و استعدادهای آنان).

اهمیت پرداختن به سومصرف مواد در میان جامعه دگرباشان جنسی

هر فردی که دارای اختلال آشفتگی جنسیتی است الزاماً رفتارهای جنسی پرخطر نداشته و این اختلال معرف گرایش جنسی او نیست. حتی در مورد این که آیا واقعا این امر اختلالی روانی است در

میان متخصصان سلامت روان اتفاق نظر وجود ندارد. پرداختن به مساله سومصرف مواد در میان جامعه دگرباشان جنسی در درمان و توانمندسازی افراد در حال بهبودی بسیار دارای اهمیت است. توصیه می‌شود که از طرف سیاست‌گذاران و خدمات‌رسانان به بدهای متفاوت این مساله که تابحال مغفول مانده پرداخته شود. آمار دقیقی از تعداد افراد متعلق به جامعه دگرباشان جنسی در دسترس نیست زیرا بریل تحقیق‌های در این حوزه محدود بوده و افراد جامعه اقدام به افشای هویت جنسیتی خود نمی‌کنند. مطالعه‌ای ۱۰ درصد مردان و ۵ تا ۶ درصد زنان را به صورت انحصاری یا عمدتاً همجنس‌گرا می‌داند (Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948; Kinsey et al., 1953). آمار در مورد افراد تراجنسیتی بسیار محدودتر است. برخی از متن‌های روان‌پزشکی تخمین می‌زند که در حدود یک درصد افراد جامعه ممکن است تراجنسیتی باشند. اما این آمار تنها بر پایه تعداد افرادی است که اقدام به دریافت خدمات سلامت روان نموده‌اند (Seil, 1996).

در طول سه دهه گذشته در دنیا و در سطح جهانی پژوهش‌های بسیاری در حوزه ویژگی‌های سومصرف مواد و فاکتورهای درمانی در میان جامعه دگرباشان جنسی انجام پذیرفته است. پژوهش‌ها گویای نرخ بالای شیوع سومصرف مواد و اعتیاد در میان این افراد در مقایسه با افراد دگرجنس‌گرا است (McCabe, Hughes, Bostwick & Boyd, 2009). تخمین زده می‌شود که شیوع سومصرف مواد در میان تراجنسیتی‌ها گسترده است. کول، ابویلی، اموری و مایر تاریخچه سومصرف مواد در تمام عمر را در تراجنسیتی‌های مرد به زن ۲۹٪ و در تراجنسیتی‌های زن به مرد ۲۶٪ گزارش کرده‌اند (Cole, O'Boyle, Emory & Meyer, 1997). دی کوپر و همکاران در پژوهش‌های خود میزانی بالاتر یعنی ۵۰٪ در تراجنسیتی‌های مرد به زن و ۶۹٪ در تراجنسیتی‌های زن به مرد را شناسایی کرده‌اند (DeCuypere et al., 1995). اما ورچور و پورتینگا تعداد خیلی کم‌تری را گزارش کرده‌اند یعنی ۱۱٪ در میان تراجنسیتی‌های مرد به زن و ۴٪ در میان تراجنسیتی‌های زن به مرد (Verschoor & Poortinga, 1988).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند مردان همجنس‌گرا و دوجنسیتی گرایش بسیار بالاتری به سومصرف متاأمفتامین در مقایسه با افراد دگرجنس‌گرا داشته (Flentje, Heck & Sorensen, 2015) و افزایش سومصرف متاأمفتامین به طور خاص برایشان مشکل ساز بوده است زیرا این مساله باعث افزایش خطر ابتلا و انتقال اچ‌آی‌وی به ویژه در میان مردان همجنس‌گرا و دوجنسیتی می‌شود (Halkitis, Levy, Moreira & Ferrusi, 2014). زنان تراجنسیتی (مردانی که جنسیت خود را زن معرفی می‌کنند) نرخ شیوع سومصرف متاأمفتامین بالاتری در مقایسه با زنان هم‌سوجنس^{۲۳۰} دارند. میزان مصرف تزریقی در میان این زنان تراجنسیتی در مقایسه با زنان هم‌سوجنسیتی بالاتر است

^{۲۳۰} cisgender:

هم‌سوجنسیتی یکسان بودن هویت جنسیتی فرد با ویژگی‌های جسمانی او است. کسی که به لحاظ جسمانی و ظاهری مرد یا زن به شمار می‌آید و در درون نیز چنین احساسی داشته و رفتارهایی مطابق با آن را از خود بروز دهد فردی هم‌سوجنسیتی است.

(Flentje, Heck & Sorensen, 2014). پژوهش‌ها نشان می‌دهند جامعه دگرباشان جنسی در مقایسه با افراد هم‌سوجنس و دگرجنس‌گرا در دوران کودکی از تجربه‌های پر استرسی رنج برده‌اند (Schneeberger, Dietl, Muenzenmaier, Huber & Lang, 2014)، در مدرسه بزه دیده‌اند (Huebner, Thoma & Neilands, 2015)، در محله قربانی جرایم نفرت‌محور^{۲۲۱} قرار گرفته‌اند (Duncan, Hatzenbuehler & Johnson, 2014) و در ۳۰ روز گذشته با اعضای خانواده مناقشه‌های خانوادگی داشته‌اند (Flentje, Heck & Sorensen, 2015). مطالعه‌ها نشان داده‌اند هر کدام از این عوامل استرس‌زا تأثیری چشمگیر بر سومصرف مواد در بین این افراد داشته است (Duncan, Hatzenbuehler & Johnson, 2014).

ملاحظه‌های درمانی برای جامعه دگرباشان جنسی

پژوهش‌ها حاکی از وجود شیوع بالای اختلال‌های روانی در میان جامعه دگرباشان جنسی است که برای دریافت خدمات به مراکز درمانی مراجعه کرده‌اند (Klein & Ross, 2014). زنان و مردان تراجنسی در مقایسه با افراد هم‌سوجنس و دگرجنس‌گرا بیش از دو برابر دارای اختلال‌های روانی هستند (Flentje, Heck & Sorensen, 2014). همچنین در میان جامعه دگرباشان جنسی وجود اختلال‌های افسردگی و اضطرابی رایج‌تر است (Klein & Ross, 2014). این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های دیگر که میزان اندیشه خودکشی^{۲۲۲} و اقدام به خودکشی در میان جامعه دگرباشان جنسی را دو تا سه برابر بیش‌تر نسبت به افراد دگرجنس‌گرا نشان می‌دهند، همخوانی دارد (Livingston et al., 2015).

مطالعه‌ها نشان می‌دهند که تعداد بسیاری از مشاوران نگرشی منفی نسبت به افراد هم‌جنس‌گرا، دوجنسیتی و تراجنسیتی داشته (Eliason & Hughes, 2004) و یا نیازهای خاص این افراد را مد نظر قرار نمی‌دهند. این موارد تأثیر منفی به سزایی بر اثربخشی مداخله‌های درمانی دارند. از همین رو است که بسیاری از متخصصان به ایجاد مرکزهای خدمات رسانی مختص این افراد اقدام نموده‌اند (Rowan, Jenkins & Parks, 2013). با این وجود حتی در کشورهای توسعه یافته دسترسی به خدمات مختص این افراد برای آن‌هایی که به دنبال درمان هستند دشوار است.

مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۳ از طریق مصاحبه با افراد جامعه دگرباشان جنسی سه عنصر مهم در خدمات رسانی ایده آل برای آن‌ها را شناسایی کرد. بر اساس این سه عنصر نخست مرکز خدمات رسانی باید اختصاصی بوده و به گرمی پذیرای جامعه دگرباشان جنسی باشد. نکته دوم این که مرکز خدمات

^{۲۲۱} Hate Crime:

جرم نفرت‌محور اقدام مجرمانه‌ای که انگیزه آن نفرت، تعصب و پیش داوری برخاسته از نژاد، رنگ پوست، مذهب، ملیت، قومیت، جنسیت یا گرایش جنسی فرد یا افراد است.

^{۲۲۲} suicidal ideation

رسانی باید دارای محیطی امن برای این افراد بوده و کادر خدمات رسانی باید رفتاری شایسته را با این افراد داشته و یا از جامعه دگرباشان جنسی باشند. سوم این که مرکز خدمات رسانی باید دارای روش‌های درمانی^{۲۳۳} تخصصی متناسب با سومصرف مواد مخدر (و یا اعتیادهای) متفاوت باشد (Rowan, Jenkins & Parks, 2013). مطالعه دیگری بر روی افراد تراجنسی نشان داده است که تجربه زیسته این افراد در واقعیت متفاوت است. تجربه واقعی این افراد در بردارنده انزوا و خشونت اجتماعی در روند درمان، ترس از افراد تراجنسی^{۲۳۴}، انگ، برچسب و ترخیص زودهنگام از مرکزهای خدمات رسانی است (Lyons et al., 2015).

در روند درمان و توانمندسازی جامعه دگرباشان جنسی خدمات‌رسانان باید با نیازهای خاص، فرهنگ و حساسیت‌های این افراد آشنا باشند که شامل هویت مخدوش جنسی و جنسیتی، تجربه‌های مکرر هم‌جنس‌گراهراسی^{۲۳۵} و دگرجنس‌گراسالاری^{۲۳۶} است. توجه به این حساسیت‌ها، درک و پذیرش جامعه دگرباشان جنسی از طرف خدمات‌رسانان باعث ایجاد احساس امنیت، محترم شمردگی و راحتی در آن‌ها می‌شود. در چنین شرایطی می‌توان مسایل مرتبط با سومصرف مواد را در بین این افراد به صورت اثربخشی مورد مخاطب قرار داده و به آن‌ها کمک کرد تا سفر بهبودی خود را آغاز نموده و در آن پیشرفت نمایند (SAMHSA, 2001).

بسیاری از خدمات‌رسانان به اشتباه بر این باورند که گرایش جنسی و هویت جنسیتی این افراد دلیل ریشه‌ای سومصرف مواد در آن‌ها است. از این رو افراد خدمات رسان برای تغییر آن‌ها مداخله‌هایی را انجام می‌دهند که خود مانعی بزرگ برای شروع و ادامه روند درمان است. از طرف دیگر برای بسیاری از این افراد شرکت در برنامه‌های درمانی و یا توانمندسازی تعریف شده برای افراد دگرجنس‌گرا مشکل است زیرا این برنامه‌ها مسایل و مشکل‌های این افراد را نادیده می‌گیرند. در راستای ارتقا بهبودی در مداخله‌های بالینی باید آگاهی و پذیرش هویت جنسیتی و گرایش جنسی مورد توجه قرار گیرد. عدم توجه به این امر مانعی سترگ در روند درمان و بهبودی است.

در روند درمان و ارتقا بهبودی بررسی تاثیر مسایل مرتبط و منتج از متعلق بودن به جامعه دگرباشان جنسی توسط خدمات‌رسانان حایز اهمیت است. نقش تعصب و تبعیض نسبت به این گروه در سبب

^{۲۳۳} treatment modalities

^{۲۳۴} transphobia

^{۲۳۵} homophobia:

هم‌جنس‌گراهراسی دامنه‌ای از نگرش‌های منفی شامل ترس و بیزاری از و یا تبعیض نسبت به افراد هم‌جنس‌گرا، دوجنسیتی و تراجنسیتی است.

^{۲۳۶} heterosexism:

دگرجنس‌گراسالاری تعصب و تبعیض علیه افراد تراجنسی، دوجنسیتی و هم‌جنس‌گرایان توسط اشخاص دگرجنس‌گرا (heterosexual) است.

شناسی اعتیاد (شکل گیری بیماری اعتیاد) واضح نیست اما این تعصبها باعث ایجاد شرم و نهادهینه شدن ترس ایجاد شده از طرف خانواده و جامعه می شود. لذا این افراد برای مقابله با این شرم و احساس های منفی رو به سومصرف مواد می آورند. بعضی از افراد جامعه دگرباشان جنسی می آموزند تا خود را بی ارزش و دگرجنس گرایان را ارزشمند بیندارند. تاثیرهای منفی دگرجنس گراسالاری از طرف خانواده و جامعه بر روی این افراد عبارتند از:

- خود مقصرپنداری^{۲۳۷} برای قربانی شدن (از طرف خانواده و جامعه) و رنج ناشی از آن،
- مواجهه با موانع مرتبط با داشتن فرصت های شغلی برابر و اشتغال پایدار، مسکن ثابت و دسترسی به خدمات بهداشتی،
- مواجهه با محدودیت در مشارکت و عدم لحاظ شدن^{۲۳۸} در بسیاری از فعالیت های اجتماعی،
- مواجهه با انواع خشونت مانند خشونت خانگی و یا بروز خشونت های مکرر از طرف جامعه در خلال نبود حمایت های لازم و همچنین عدم وجود حمایت های قانونی مرتبط با نیازهای این افراد،
- داشتن خودپنداره^{۲۳۹} منفی، هویت مخدوش و عزت نفس پایین به خاطر دریافت مستمر پیام های منفی از دیگران،
- تجربه مستمر احساس تنهایی، تمسخر، انزوای اجتماعی، ترس، اضطراب، افسردگی، خشم و عدم اعتماد به دیگران،
- درون ریزی خشم (جهت گیری خشم به درون) که به صورت الگوهای خودمخرب مانند سومصرف مواد بروز می کند،
- ابتلا به مشکل های مربوط به سلامتی ناشی از سومصرف مواد و یا ارتکاب رفتارهای پرخطر جنسی مرتبط با سومصرف مواد مانند اختلال های روانی، صدمه های روحی (تروما)، اچ آی وی/ایدز، بیماری های مقاربتی، بارداری، اختلال استرس پس از سانحه ناشی از ارتکاب جرم نفرت محور، هیپاتیت و دیگر صدمه ها،
- ایجاد ذهنیت قربانی یا احساس ناکافی (کم ارزش) بودن، یاس و ناامیدی که پیشبرد زندگی پرثمر و هدفمند را مختل می کند و
- احساس قربانی شدن که مانع رشد و توسعه عاطفی فرد می شود.

^{۲۳۷} self-blaming

^{۲۳۸} inclusion

^{۲۳۹} self-concept

موانع دریافت خدمات درمانی و توانمندسازی برای جامعه دگرباشان جنسی

دسترسی محدود؛ جامعه دگرباشان جنسی برای داشتن دسترسی به خدمات مراقبتی مشکل‌های فراوانی دارند. اغلب این افراد به دلیل طردشدگی از طرف خانواده، بیکاری و یا بی‌خانمانی بیمه درمانی ندارند و یا اگر بیمه درمانی داشته باشند بیمه‌هایشان خدمات مورد نیاز این افراد را پوشش نمی‌دهد.

تجربه‌های منفی پیشین؛ به دلیل هم‌جنس‌گراهراسی و تبعیض از طرف تیم مراقبتی نسبت به جامعه دگرباشان جنسی دسترسی به مراکز درمانی دشوار و تجربه‌ای ناراحت کننده است. مراکز درمانی و توانمندسازی برای برآورده کردن نیازهای این افراد مجهز نیستند.

دانش ناکافی؛ علی‌رغم این که فراهم آوردن خدمات مراقبتی برای جامعه دگرباشان جنسی نیاز به دانش وسیعی ندارد اما خدمات رسانی به حداقل دانش و تجربه لازم برای مراقبت از دگرباشان جنسی مجهز نیستند.

مشکل‌های سلامتی رایج در میان جامعه دگرباشان جنسی

بیماری خاصی مختص جامعه دگرباشان جنسی وجود ندارد اما این افراد اغلب به بیماری‌های مشخصی مبتلا می‌شوند. این بیماری‌ها رابطه مستقیمی با انگ و تبعیض دارند که این افراد در جامعه به صورت روزانه در مدرسه، محیط کار، مرکزهای خدمات رسانی و یا مکان‌های عمومی تجربه می‌کنند. این بیماری‌ها ناشی از داشتن استرس مداوم و بالا است که می‌تواند به رفتارهای پرخطر مانند سومصرف مواد منجر شود. علاوه بر آن افراد تراجنسیتی در بعضی از مواقع مورد ضرب و شتم دیگران قرار گرفته و به علت مواجهه با تبعیض از طرف تیم درمانی به دنبال درمان جراحات‌هایشان نمی‌روند. این امر خود باعث وخیم شدن وضعیت جسمانی آن‌ها می‌شود.

علاوه بر مسایل مطرح شده در بالا "موسسه پزشکی" و "نهاد مردم سلامت ۲۰۲۰" مشکل‌های سلامت روانی و جسمانی که افراد جامعه دگرباشان جنسی با آن‌ها مواجه هستند را به قرار زیر شرح می‌دهند (IOM, n.d.; Healthy People 2020, n.d.).

- احتمال خودکشی در افراد جوان جامعه دگرباشان جنسی دو تا سه بیش‌تر است. احتمال بی‌خانمی نیز در بین این افراد بیشتر است. تخمین زده می‌شود که ۲۰ الی ۴۰ درصد جوانان بی‌خانمان متعلق به جامعه دگرباشان جنسی هستند. این جوانان در معرض خطر بالای ابتلا به اچ‌آی‌وی و دیگر بیماری‌های مقاربتی^{۲۳۰} بوده و بیش‌تر قربانی قلداری^{۲۳۱} می‌شوند؛

^{۲۳۰} sexually transmitted diseases (STDs)

- مردان همجنس‌گرا و مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند در معرض خطر بالای ابتلا به اچ‌آی‌وی و دیگر بیماری‌های مقاربتی هستند؛
- جامعه دگرباشان جنسی دخانیات بیشتری مصرف کرده و نرخ شیوع سومصرف الکل و دیگر مواد، افسردگی و اضطراب در میان آن‌ها بالاتر است؛
- جامعه دگرباشان جنسی خدمات پیشگیری از سرطان را کمتر دریافت کرده و نرخ بالاتری از بروز مسایل بهداشتی ناشی از مشکل‌های رفتاری را دارند؛ و
- جامعه دگرباشان جنسی سالمند به دلیل تنهایی، حمایت خانوادگی پایین و دسترسی کمتر به خدمات اجتماعی با مشکل‌هایی بیش‌تری برای دریافت خدمات مراقبتی مواجه هستند. همچنین این افراد در خانه نگهداری سالمندان مورد تبعیض از طرف همسالان خود قرار می‌گیرند.

دسته‌بندی برنامه‌های خدمات رسانی برای جامعه دگرباشان جنسی

برنامه‌های (پروژه‌های) خدمات رسانی برای جامعه دگرباشان جنسی را بر اساس میزان حساسیت نسبت به این جامعه می‌توان به گروه‌های آمده در جدول زیر دسته‌بندی کرد:

برنامه‌های ضد این افراد ^{۲۳۲}	برنامه‌های سنتی	برنامه‌های خام‌انگاران در مورد این افراد	برنامه‌های مدارا کننده با این افراد ^{۲۳۳}	برنامه‌های حساس نسبت به این افراد ^{۲۳۴}	برنامه‌های پذیرای این افراد ^{۲۳۵}
بدون هیچ حساسیتی	بدون هیچ حساسیتی	بدون هیچ حساسیتی	دارای حساسیتی حداقل	دارای حساسیتی متوسط	دارای حساسیت بالا
مقابله کننده با این افراد	عدم درک وجود چنین افراد	آگاهی از وجود چنین افرادی	به رسمیت شناختن وجود چنین افرادی	صحبت در مورد تعلق به این جامعه	طراحی برنامه برای این افراد این اجتماع.

^{۲۳۱} bullying

^{۲۳۲} anti-LGBT programs

^{۲۳۳} LGBT tolerant programs

^{۲۳۴} LGBT sensitive programs

^{۲۳۵} LGBT affirming programs

					توسط برخی از مراجعان و یا حتی خدمات رسانی
تمرکز انحصاری برنامه‌ها بر روی دگرجنس‌گراها.	عم پذیرشی و صحبت در مورد این افراد و داشتن فرض دگرجنس‌گرا بودن همگان.	عدم مخاطب قراردادن نیازهای این افراد.	مجاز دانستن عضویت در چنین جامعه‌ای توسط بعضی از خدمات رسانیان و خلاصه شدن چنین بحث‌هایی تنها به گفتگوهای بین برخی از خدمات رسانیان و عدم مطرح شدن آن در سطح سازمانی.	تمرکز برخی از خدمات رسانی و کارگاه‌های آموزشی بر نیازهای این جامعه است که می‌تواند مختص این جامعه بوده و یا افراد دگرجنس‌گرا را نیز در برگیرد.	اختصاص تمامی فعالیت‌ها و کارگاه‌های آموزشی به این افراد؛ تمامی فعالیت‌ها و مواد آموزشی این افراد را تصدیق کرده و فعالیت‌ها و برنامه‌های مخصوص به خود را دارند و با افراد دگرجنس‌گرا در یک برنامه قرار ندارند.
نبود عناصر درمانی و توانمندسازی مشخص برای این جامعه	نبود عناصر درمانی و توانمندسازی مشخص برای این جامعه	نبود عناصر درمانی و توانمندسازی مشخص برای این جامعه	نبود عناصر درمانی و توانمندسازی مشخص برای این جامعه	نبود عناصر درمانی و توانمندسازی مشخص برای این جامعه	وجود برخی عناصر درمانی و توانمندسازی مشخص برای این جامعه

توصیه می‌شود که برنامه‌های پذیرای جامعه دگرباشان جنسی در سطح کشور برای این افراد طراحی و آغاز به کار نمایند. در این برنامه‌ها خدمات رسانیان باید از طریق آموزش‌های تخصصی با نیازها و دغدغه‌های این افراد آشنا شده و آموزش ببینند. بدین شکل اقدام‌های اثربخشی در راستای درمان و توانمندسازی افراد دارای اختلال آشفتگی جنسیتی و جامعه دگرباشان جنسی با رعایت احترام، حفظ کرامت انسانی و توجه به ملاحظه‌های مطرح شده در این فصل صورت خواهد گرفت.

بسیاری از افراد این اجتماع مسایل حل نشده بسیاری را در ارتباط با خانواده خود دارند که ریشه در گرایش جنسی و هویت جنسیتی ایشان دارد. برخلاف دیگر گروه‌های آسیب پذیر عدم پذیرش و

تعصب از طرف خانواده باعث ایجاد شرمی سمی^{۲۳۶}، انزوا و جدایی این افراد از خانواده خود می‌شود. این مسایل باید توسط تیم خدمات رسان در مسیر بهبودی مورد خطاب قرار گیرند تا به عنوان ماشه چکان‌ها احساسی منجر به عود مجدد مصرف نشوند. آموزش و خدمات رسانی به اعضای خانواده و نزدیکان باید در دستور برنامه‌های درمانی و توانمندسازی برای جامعه دگرباشان جنسی قرار گیرد.

خلاصه و نتیجه‌گیری

مسایل مرتبط با اختلال آشفتگی جنسیتی و جامعه دگرباشان جنسی ارتباط تنگاتنگی با سومصرف مواد دارد. با توجه به شیوع بالای سومصرف مواد در میان اعضا این جامعه خدمات‌رسانان باید ملاحظه‌های ویژه‌ای را در روند درمان و توانمندسازی آن‌ها مد نظر قرار دهند. تیم مراقبتی باید بدون هیچ گونه نگرش منفی و اعمال انگ و تبعیضی باید نیازهای خاص این افراد را مورد خطاب قرار دهد. جامعه دگرباشان جنسی باید در مرکزهایی مختص این جامعه که پذیرای جامعه دگرباشان جنسی است پذیرش شوند که البته این امر مستلزم سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در سطح کلان است.

درباره نویسندگان: دکتر حسین اسدیگی مدرس دانشگاه و متخصص روان‌شناسی است. او دارای مدارک تحصیلی در رشته روان‌شناسی بالینی در مقاطع کارشناسی از دانشگاه علامه طباطبائی، کارشناسی ارشد از دانشگاه فردوسی مشهد و دکترا از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی است. ایشان سخنران و مولف کتاب‌های متنوعی بوده و مقاله‌های تخصصی بسیاری در زمینه اعتیاد و کاهش آسیب‌های اجتماعی منتشر نموده‌اند.

امیرغلامحسین زردوز بیش از ۱۵ سال است که در سطوح ملی و بین‌المللی در حوزه کاهش آسیب‌های اجتماعی فعالیت دارد. او دانش‌پژوه حوزه‌های مرتبط با اعتیاد در مرکزهای معتبر بین‌المللی علمی و اجرایی و دانشجوی دکتری تخصصی است.

^{۲۳۶} Toxic Shame:

شرم سمی به احساس گناه مزمن و یا حالت عاطفی خودبیزاری، بی‌ارزشی، خشم بهبودنیافته، پایین‌تر بودن از دیگران و دارای نقص بودن اطلاق می‌شود. شرم سمی یکی از رایج‌ترین احساس‌های ناتوان‌کننده است که در دوران کودکی شکل گرفته و در بزرگسالی منجر به شرم مزمن می‌شود؛ افراد مبتلا به این شرم در بزرگسالی مستعد بازی داده شدن هستند. به این دلیل به این شرم سمی می‌گویند که اساس آن اشتباه است. شرم و خجالت سالم زمانی اتفاق می‌افتد که ما از نظر اخلاقی کار اشتباهی (مانند تجاوز به حقوق دیگران) را انجام دهیم.

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5* - ترجمه فرزین رضایی و سایرین (۱۳۹۷). تهران: انتشارات ارجمند.
- جواهری، فاطمه و کوچکیان، زینب (۱۳۸۵). اختلال هویت جنسیتی و ابعاد اجتماعی آن: بررسی پدیده نارضایتی جنسی در ایران. *فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۵ (۲۱).
- دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۸۶). *دستورالعمل طرح حمایت اجتماعی از مبتلایان به اختلال هویت جنسی (TS)*.
- رضایی، امید؛ صابری، سیدمهدی؛ شاه‌مرادی، حسین و ملک خسروی، غفار (۱۳۸۶). کارکرد خانواده در بیماران دچار اختلال هویت جنسی. *مجله توانبخشی*، ۸ (۲۹).
- عسگری، محمد؛ صابری، سید مهدی؛ رضائی، امید و دولت‌شاهی، بهروز (۱۳۸۶). شیوع آسیب‌های روانی در بیماران با اختلال هویت جنسی. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۱۳ (۳).
- کروکلز، بی. پی. سی.؛ ستینسما، تی. دی.؛ وریس، آ. ال. سی. د. (۲۰۱۴). *اختلال هویت و رشد جنسی*. ترجمه محمد آرش رضانی و سایرین (۱۳۹۷). تهران: انتشارات تزکیه.
- کریمی‌نیا، محمدمهدی. (۱۳۷۹). *بررسی فقهی و حقوقی تغییر جنسی*. مجله معرفت، ۳۶.
- کرینگ، آن. م.؛ جانسون، ش.؛ دیویدسون، ج.؛ نیل، ج. (۲۰۰۷). *آسیب شناسی روانی: علم و درمان اختلال‌های روان‌شناختی*. ترجمه حمید شمسی پور و محسن کجویی. (۱۳۸۸). تهران: انتشارات ارجمند.
- منتشلو، سمیه؛ شعیری، محمدرضا و حیدری نسب، لیلا. (۱۳۹۷). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی زنان مبتلا به اختلال ملال جنسیتی و زنان غیرمبتلا. *دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد*، ۲۵ (۱۳۵).
- موحد، مجید و حسین‌زاده کاسمانی، مرتضی. (۱۳۹۰). رابطه اختلال هویت جنسی با کیفیت زندگی. *فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۱۲ (۴۴).
- یزدان پناه، لیلا و صمدیان، فاطمه. (۱۳۹۰). بررسی اختلال هویت جنسیتی (دگرجنس خواهی) با تاکید بر نقش خانواده: مطالعه تطبیقی مراجعه کنندگان به سازمان بهزیستی استان کرمان. *مجله مطالعه‌های اجتماعی ایران*، ۵ (۱).

Journal of Personality and Social Psychology, 78(3), 524–536.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.3.524>

Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26(1), 13–26. <https://doi.org/10.1023/A:1024517302481>

Coolidge F., L., Thede L., L., & Young S., E. (2002). "The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample". *Behavior Genetics*. 32(4), 251–7. doi:10.1023/A:1019724712983. PMID 12211624.

De Cuypere G., Van Hemelrijck M., Michel A., Carael B., Heylens G., Rubens R., et al. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Eur Psychiatry*, 22,137–41.

Dixon, J., K. (1984). The Commencement of bisexual activity in swinging married women over age thirty. *The Journal of Sex Research*, 20.

Duncan, D. T., Hatzenbuehler, M. L., & Johnson, R. M. (2014). Neighborhood-level LGBT hate crimes and current illicit drug use among sexual minority youth. *Drug and Alcohol Dependence*, 135, 65–70.

Durand, V. M., & Barlow. D. H. (2013). *Essentials of abnormal psychology* (6th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Cengage Learning.

Eliason, M. J., & Hughes, T. (2004). Treatment counselors' attitudes about lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals entering substance abuse treatment: Urban versus rural settings. *Substance Use and Misuse*, 39(4), 625–644.

Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(3), 1–12. https://doi.org/10.1300/J085V07N03_01

Flentje, A., Heck, N. C., & Sorensen, J. L. (2014). Characteristics of transgender individuals entering substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 39, 969–975.

Flentje, A., Heck, N. C., & Sorensen, J. L. (2015). Substance use among lesbian, gay, and bisexual clients entering substance abuse treatment: Comparisons to heterosexual clients. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 83(2), 325–334.

Green, R., & Fleming, D., T. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. In J. Bancroft. C.M. Davis, & D. Weinstein (Eds.). *Annual Review of Sex Research*.

Halkitis, P. N., Levy, M. D., Moreira, A. D., & Ferrusi, C. N. (2014). Crystal methamphetamine use and HIV transmission among gay and bisexual men. *Current Addiction Reports*, 1, 206–213.

Healthy People 2020. (n.d.). Lesbian, gay, bisexual, and transgender health. Retrieved from www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgenderhealth.

Huebner, D. M., Thoma, B. C., & Neilands, T. B. (2015). School victimization and substance abuse among lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents. *Prevention Science*, 16, 734–743.

Institute of Medicine (IOM). (n.d.). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: building a foundation for better understanding*. Retrieved from www.iom.edu/Reports/2011/The-Health-of-Lesbian-Gay-Bisexual-and-Transgender-People.aspx.

Kinsey, A., C., Pomeroy, W., B., & Martin, C., E. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Kinsey, A., C., Pomeroy, W., B., Martin, C., E., & Gebhard, P. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders.

Klein, A. A., & Ross, B. L. (2014). Substance use and mental health severity among LGBTQ individuals attending Minnesota Model–based residential treatment. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 26, 303–317.

Livingston, N. A., Heck, N. C., Flentje, A., Gleason, H., Oost, K. M., & Cochran, B. N. (2015). Sexual minority stress and suicide risk: Identifying resilience through personality profile analysis. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 321–328.

Lyons, T., Shannon, K., Pierre, L., Small, W., Krüsi, A., & Kerr, T. (2015). A qualitative study of transgender individuals' experiences in residential addiction treatment settings: Stigma and inclusivity. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10, 17–22.

McCabe, S. E., Hughes, T. L., Bostwick, W. B., West, B. T., & Boyd, C. J. (2009). Sexual orientation, substance use behaviors and substance dependence in the United States. *Addiction*, 104, 1333–1345.

National LGBT Health Education Center. *Providing inclusive services and care for LGBT people: A guide for healthcare staff*. A Program of Fenway Institute.

Ranes, B. (2016). *Substance Abuse Factors Among LGBTQ Individuals*. <https://www.hazeldenbettyford.org/education/bcr/addiction-research/lgbtq-substance-abuse-ru-116>.

Rowan, N. L., Jenkins, D. A., & Parks, C. A. (2013). What is valued in gay and lesbian specific alcohol and other drug treatment? *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 25(1), 56–76.

Rowland, D. I. & Incrocci, L. (2008). *Handbook of sexual and gender identity disorder*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

Sadock, B. J. Sadock, V., A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry*. (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Schneeberger, A. R., Dietl, M. F., Muenzenmaier, K. H., Huber, C. G., & Lang, U. E. (2014). Stressful childhood experiences and health outcomes in sexual minority populations: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1427–1445.

Seil, D. (1996). Transsexuals: The boundaries of sexual identity and gender. In: R., P., Cabaj & T., S., Stein (eds.), *Book of Homosexuality and Mental Health*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 743-762.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2001). *A Provider's Introduction Substance Abuse Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals*. The United States of America: Author.

The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's Standards of Care For Gender Identity Disorders. Sixth Version. (2001).

Verschoor, A. M., and Poortinga, J. (1988). Psychosocial differences between Dutch male and female transsexuals. *Arch Sex. Behav.* 17.

Yalom, E., D., Green R., Fisk, M. (1973). Prenatal exposure to female hormones. *Arc Gen Psychiatry*, 28.

اشتغال (مدل‌های کسب و کار) برای افراد در حال بهبودی

محمد جواد غفاری سیاوشانی

شما پس از مطالعه این فصل قادر خواهید بود تا:

- به افراد در حال بهبودی کمک کنید تا علایق، مهارت‌ها و توانمندی‌های خود را بهتر بشناسند؛
- به افراد در حال بهبودی کمک کنید تا هدف شغلی خود را شناخته و بیانیه ماموریتشان^{۳۳۷} را تعریف کنند؛
- بوم مدل کسب و کار را شناخته و به مراجعان توضیح دهید؛
- بوم مدل کسب و کار (نوپا، شخصی) را برای افراد در حال بهبودی طراحی کنید؛
- به افراد در حال بهبودی کمک کنید تا مشتریان خود را شناخته و ارزش پیشنهادیشان به مشتریان را تدوین کنند؛ و
- ملزومات اجرایی اشتغال را شناخته و آن را برای مراجعان تشریح کنید.

پرسش‌های کلیدی: مسیر خودشناسی در راستای اشتغال افراد در حال بهبودی چیست؟ افراد در حال بهبودی چگونه باید بیانیه ماموریت خود را تالیف کنند؟ افراد در حال بهبودی چگونه باید کسب و کارهای نوپای خود را شروع کنند؟ بوم کسب و کار چیست؟ میزان اهمیت نقش مشتریان در کسب و کار افراد در حال بهبودی چیست؟

واژگان کلیدی: کسب و کار، بیانیه ماموریت، بوم ناب کسب و کار، بوم مدل کسب و کار^{۳۳۸}.

مقدمه

افزایش مصرف مواد مخدر در طی دهه‌های گذشته نگرانی‌های روزافزونی را برای همه جوامع در پی داشته است. اگرچه علت‌های ایجاد بیماری اعتیاد بسیار پیچیده است اما با توجه به نتایج مطالعه‌های انجام شده در ایران و سایر نقاط جهان عوامل اجتماعی، خانوادگی، شغلی و اقتصادی از مهم‌ترین فاکتورهای تاثیرگذار در گرایش افراد به سومصرف مواد و عود افراد در حال بهبودی هستند. اغلب مدل‌های پیشگیری از عود صرفاً بر روی فرد، خانواده و یا محیط اجتماعی فرد در حال بهبودی

^{۳۳۷} mission statement

^{۳۳۸} Business Model Canvas

متمرکز هستند. این در حالی است که یکی از فاکتورهای مهم در بهبودی افراد داشتن اشتغال و بودن در محیط‌های شغلی سالم است.

کار و درآمد عاملی بسیار تاثیرگذار در زندگی افراد در حال بهبودی بوده و بیکاری به عنوان چالشی مهم می‌تواند زندگی افراد را تحت تاثیر قرار دهد. داشتن شغل می‌تواند به پایداری به درمان، ارتقا بهبودی و پیشگیری از عود کمک کند. توجه به عوامل شغلی و اقتصادی و ایجاد اشتغال برای افراد در حال بهبودی در جامعه اهمیت بسیار زیادی دارد. درآمدزایی و داشتن شغل باعث می‌شود که فرد در حال بهبودی بتواند از پس مخارج و نیازهای اولیه خود برآید. بی‌پولی و بیکاری فرد در حال بهبودی را با استرس زیادی مواجه می‌کند که در لغزش و یا عود مجدد او بسیار تاثیرگذار است. افراد در حال بهبودی نسبت به دیگر متقاضیان اشتغال عزت نفس و ثبات کاری کم‌تری دارند. داشتن شغل، حضور در محیط کاری و ارتباط با همکاران نقش مهمی در پیشگیری از عود ایفا می‌کنند (باباییان، معارف‌وند، حسین زاده، ۱۳۹۵).

ایجاد اشتغالی پایدار و متناسب با توانمندی، علاقه و شخصیت افراد در حال بهبودی هدفی دست یافتنی بوده و تاثیر بسیار زیادی بر تثبیت و ارتقا بهبودی آن‌ها دارد. فرد در حال بهبودی نیاز دارد تا علاقمندی، توانمندی، مهارت، شخصیت و گذشته زندگی خود را با تلاش خویش و کمک اطرافیان بهتر شناخته و با تمرکز بر نقاط قوت خود و شناخت نیازهای بازار کار و مشتریان به سمت اشتغال در حرفه مطلوبش حرکت نماید.

اشتغال که بخشی از فرآیند بهبودی است موجب خلق فرصتی برای تقویت مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های زندگی، افزایش عزت نفس، ارتقا اعتماد به نفس، بهبود ارتباط‌های اجتماعی، افزایش انگیزه، امید به زندگی و در نهایت آگاهی فرد از سرمایه‌های وجودی خود می‌شود. هدف اصلی توانمندسازی افراد در حال بهبودی ورود به جامعه، بازادغام اجتماعی و تاثیر گذاشتن بر جامعه است که در نتیجه آن کاهش نرخ بیکاری، افزایش اثر بخشی درمان و کاهش جرم و بزه در جامعه است. افراد در حال بهبودی برای یافتن شغل به حمایت و پشتیبانی جامعه نیاز دارند تا بتوانند با گرفتن مشاوره شغلی به جستجوی کار مورد علاقه خود پردازند.

ما در این فصل که با بهره‌مندی از آخرین دستاوردهای حوزه اشتغال و کارآفرینی تدوین شده در تلاشیم تا با لحاظ کردن شرایط و گذشته افراد در حال بهبودی و با تمرکز بر "نقاط قوت و داشته‌های آن‌ها" چگونگی رسیدن به اشتغالی پایدار را توضیح دهیم. این مدل نیازمند مشارکت اطرافیان، دوستان و اعضا خانواده و توجه به شرایط خاص افراد در حال بهبودی بوده و نقش فعال اطرافیان قابل اعتماد و تیم خدمات رسانی در آن بسیار حیاتی و تاثیرگذار است.

در این فصل به صورت "گام به گام" مسیر دستیابی به اشتغال در سه مرحله توضیح داده می‌شود. با توجه به مرحله به مرحله بودن این مدل در شناساندن بهتر افراد به خودشان (خودشناسی) و عدم

قدرت تمرکز طولانی مدت افراد در حال بهبودی توصیه می‌شود چنانچه مراجع در طی این روند دچار خستگی شد و نتوانست آن را ادامه دهد به او استراحت داده و ادامه مراحل مدل کسب و کار را با توافق او به وقت دیگری موکول نمایید.

در این مدل داده‌ها و اطلاعاتی که فرد در حال بهبودی ارایه می‌نماید می‌بایست توسط درمانگر یا دیگر اعضای تیم خدمات رسان مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته و با مطالعه و قرار گرفتن اطلاعات در کنار یکدیگر به مراجع برای روشن تر شدن مسیر کسب و کارش کمک شود. این مدل الزاما مختص افراد در حال بهبودی نبوده و افراد سالم هم می‌توانند برای انتخاب و یا اصلاح کسب و کارهای خود از آن استفاده نمایند.

از آن جایی که میزان نوسان‌های خلقی و هیجانی افراد در حال بهبودی بیش‌تر از افراد عادی است تیم خدمات رسان باید با شناخت و مدیریت این هیجان‌ها آن‌ها را در انتخاب مسیر شغلی درست همراهی و حمایت نمایند. ما در این مدل با شناساندن توانمندی‌های واقعی افراد در حال بهبودی به آن‌ها کمک می‌کنیم که از ایده‌آل گرایی و بلندپروازی‌های دست نیافتنی خود فاصله گرفته و با کنار گذاشتن یاس و ناامیدی و شناخت بهتر خویش با اطمینان بیش‌تر در مسیر دستیابی به شغل مناسب خود گام بردارند.

بسیاری از مراجعان به صورت نظام‌مند توانایی تفکر و پرداختن به موضوعی پیچیده مانند دستیابی به شغل مناسب را ندارند. بنابراین ما نیازمند به‌کارگیری رویکردی ساده و گام‌به‌گام هستیم؛ رویکردی که با فضای کاری مدرن و نیازهای شخصی مراجعان هماهنگی داشته باشد. در انتخاب شغل مناسب، منبع کلیدی خود مراجع است. علایق، مهارت‌ها، توانمندی‌ها و شخصیت مراجع دارایی‌هایی است که مراجع در تملک خود دارد.

در انتخاب شغل مناسب باید به هزینه‌های نرم (مانند فشار درمانی) و منافع نرم (مانند احساس رضایت) نیز توجه شود. مدل کسب و کار چارچوب با انجام تمرین‌های لازم برای شناخت بهتر علایق، مهارت‌ها، توانمندی‌ها و شخصیت مراجع ابزار قابل قبولی را برای توصیف، تحلیل و بازآفرینی شغلی مناسب در اختیار مراجع قرار می‌دهد.

در پایدارترین سطح اقتصادی، مدل کسب و کاری منطقی است که مشاغل و سازمان‌ها به کمک آن خود را به لحاظ مالی سرپا نگه می‌دارند. اما رویکرد ما از مراجع می‌خواهد که خود را به عنوان کسب و کاری تک نفره در نظر بگیرد. این کار در راستای رشد شخصی و حرفه‌ای به مراجع کمک می‌کند مدل کسب و کار شخصی خود را با به‌کارگیری نقاط قوت و استعدادهایش تعریف کرده و در صورت لزوم تغییرهایی را در آن بدهد.

تعاریف

اشتغال: هر نوع کار با اجر مادی (دریافت حقوق و دستمزد) اشتغال خوانده می‌شود؛ آن هم بدون توجه به این که آیا فرد برای خودش کار می‌کند یا کارفرمای دیگری. در کل به مشارکت افراد در فعالیت‌های اقتصادی اشتغال گفته می‌شود.

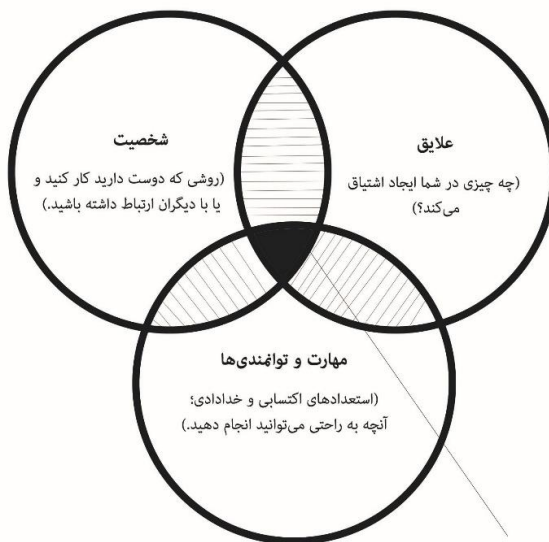
کار (شغل): هر فعالیت فکری یا بدنی که به منظور کسب درآمد (نقدی یا غیر نقدی) صورت پذیرد و هدف آن تولید کالا یا ارائه خدمات باشد کار خوانده می‌شود.

کسب و کار: به هر گونه فعالیت اقتصادی که تولید، خرید و فروش کالاها و خدمات با هدف کسب سود و درآمد را در برگیرد کسب و کار گفته می‌شود.

بوم ناب کسب و کار (نوپا): بوم ناب کسب و کار منطق شرکت را در چگونگی خلق، ارائه و کسب ارزش توصیف می‌کند. این بوم ناب در کسب و کارهای نوپا که دچار عدم قطعیت و ریسک بالا هستند شامل نه جز سازنده اختصاصی است.

گام‌های ایجاد اشتغال برای افراد در حال بهبودی

ما در قدم اول ایجاد اشتغال به دنبال شناسایی فصل مشترک علایق، شخصیت، مهارت و توانمندی مراجع در منطقه A هستیم.



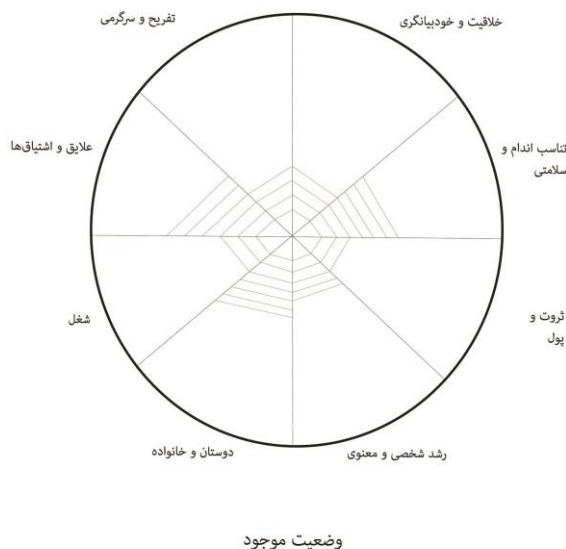
A. زندگی شغلی شیرین می‌شود!

فصل مشترک علایق، شخصیت، مهارت و توانمندی مراجع

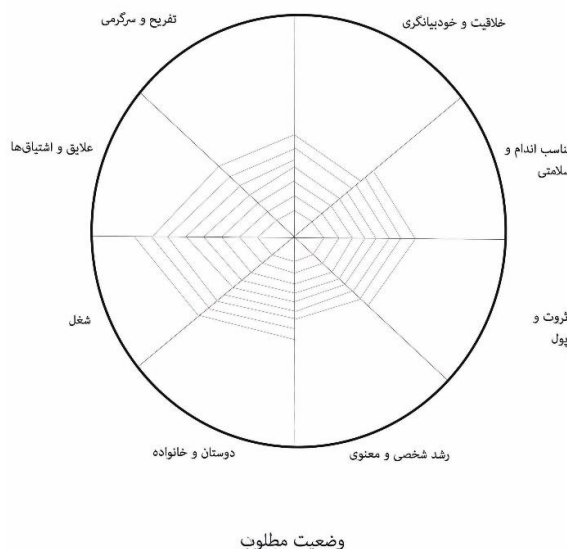
گام اول: خودشناسی

در گام اول مراجع باید به این پرسش پاسخ بدهد که "شما چه کسی هستید؟". شکست اکثر افراد در حال بهبودی در یافتن شغل رویایی خود الزاما به این دلیل نیست که آن‌ها به اطلاعات کافی مورد نیاز درباره بازار دسترسی نداشته‌اند. دلیل شکست تعداد قابل توجهی از این افراد نداشتن اطلاعات کافی درباره خودشان است. شغل‌های رویایی پیدا شدنی نیستند بلکه این شغل‌ها باید خلق بشوند. این شغل‌ها به ندرت با جست‌وجوهای مرسوم یافت می‌شوند. شناخت قوی از خود لازمه رسیدن به شغلی رویایی است.

تکنیک چرخ زندگی: برای کمک به افزایش خودشناسی مراجع از او بخواهید بر روی برگه‌ای، دایره‌ای را مانند آنچه در تصویر آمده ترسیم کند. سپس، سطح رضایتمندی خود از هر حیطه مشخص شده در تصویر را تعیین نماید. مراجع باید بر اساس سطح رضایت خود مساحتی از هر قاچ دایره را هاشور بزند. سطح رضایتمندی در مرکز چرخه صفر است. دایره‌ای کاملاً هاشور خورده نمایشگر خشنودی کامل در تمام جنبه‌های زندگی است. در چرخ زندگی قاچ‌هایی که بخش کم‌تری از آن‌ها رنگ شده بخش‌هایی از زندگی را آشکار می‌کنند که نیاز به توجه بیش‌تری دارند.



با دادن خودکاری با رنگی متفاوت از مراجع بخواهید تا بخش‌هایی که دوست دارد در آن‌ها رشد کند را هاشور بزنند (به عنوان مثال رابطه با دوستان و خانواده). این ناحیه هاشور خورده جدید، محدوده مطلوب زندگی مراجع را نشان می‌دهد.



پرسش بعدی که مراجع باید به آن پاسخ بدهد "من که هستم؟" است. کارهایی که ما در دوران کودکی از انجام آن‌ها لذت می‌بردیم، می‌توانند مسیر ما را در بزرگسالی روشن کنند. با قدم گذاشتن به دنیای نوجوانانی و جوانی کم کم شفافیت دوران کودکی فرد کم رنگ شده و او بیش‌تر شروع به گوش دادن به دنیای اطرافش می‌کند. از آنجایی که صدای دنیای بیرون بلند و متقاعد کننده است، فرد خود را با خواسته‌های دنیا منطبق می‌کند. این احتمال وجود دارد که شغل و ارزش‌های فعلی ما حول انتظارات دیگران پرورش یافته و شکل گرفته باشند و نه خودمان. در اوایل دوران جوانی اغلب خانواده، همسالان و معلمان فرد را مجبور به انتخاب تصمیم‌های شغلی بر اساس فاکتورهایی همچون امنیت، ثبات، احترام و درآمد می‌کنند. تمایل به پذیرش اجتماعی می‌تواند به راحتی ادراک درونی و خواسته‌های فرد را بپوشاند. اگر انتظارات دیگران با خواسته فرد همراستا نباشند او دچار مشکل‌هایی جدی خواهد شد. برای این که به مراجع کمک کنید تا دریابد که آیا شغل و حرفه مورد نظرش با علایق درونی و ارزش‌های او همخوانی دارد می‌توانید از تکنیک‌های زیر کمک بگیرید:

پرسش در مورد آرزوهای فراموش شده

از فرد در حال بهبودی پرسش کنید که دوست داشت بعد از ۲۰ سالگی چه کاری انجام دهد. او در گذشته از انجام چه فعالیت‌ها، بازی، سرگرمی، ورزش و کارهای فوق برنامه‌ای لذت می‌برده است؟ از فرد در حال بهبودی بخواهید تا خواسته‌های حقیقی خود را به یاد بیاورد؛ کارهایی که ساعت‌ها او را مجذوب خود می‌کرده‌اند. از مراجع پرسش کنید که انجام چه کارهایی او را آنچنان خوشحال

می کردند که باعث می شد بقیه دنیا را فراموش کند؛ از او پرسید که انجام چه کارهایی باعث می شود زمان برایش زود بگذرد؟

شاید باور اکثر ما این است که چون احساس های دوران کودکیمان با خواسته های دوران بزرگسالیمان در تضاد بوده ما آن ها را برای رسیدن به هدف هایی مقبول جامعه ترک کرده ایم. پژوهش ها نشان می دهند علی رغم این که افراد در طول زمان تغییر کرده و تعدیل می شوند ویژگی های اصلی شخصیتی، احساس ها و علاقمندی های آن ها از کودکی به بعد به نسبت ثابت می مانند.

انجام تمرین های مرحله قبل باعث می شود که فرد در حال بهبودی درباره علایق خود و علایق دوران کودکیش تأمل کند. انجام تمرین های بعدی به او کمک می کنند تا او خودش را به گونه ای تعریف نماید که باعث افزایش کیفیت زندگی می شود. اگر افراد در حال بهبودی به عنوان افرادی بزرگسال نتوانند علایق اصلی خود را تشخیص داده و به نحوی آن ها را دنبال کنند زندگیشان را بدون احساس رضایتمندی کامل فقط طی خواهند کرد. هر یک از ما انسان ها اشتیاق هایی پنهان را در خود داریم. اشتیاق هایی که با گذشت زمان و زندگی اغلب به تاسفی پنهان تبدیل می شوند. این اشتیاق ها در هر یک از ما متفاوت است. عمیق ترین اشتیاق هر فردی میل به ابراز وجود است.

ما برای انجام این مرحله از مدل دیک بلوس^{۲۳۹} که یکی از تأثیرگذارترین مشاورهای شغلی جهان است، استفاده می کنیم. برای انجام این تمرین ده صفحه کاغذ برداشته و در بالای هر یک بنویسید "من که هستم؟". سپس از مراجع بخواهید تا روی هر صفحه تنها یک پاسخ به این پرسش را یادداشت کند. وقتی مراجع جواب ها را بر روی همه صفحه ها نوشت یک بار دیگر به هر صفحه برگشته و از مراجع بخواهید تا آنچه نوشته است را با پاسخ دادن به پرسش های آمده در ادامه تکمیل کند.

- چرا خود را این گونه تعریف کرده اید؟
- چه چیزی از تعریفی که از خود ارایه کرده اید در شما ایجاد اشتیاق می کند؟

پس از اتمام کار، صفحه ها را مرور کرده و از مراجع بخواهید آن ها را به ترتیب اولویت مرتب کند. به بیان دیگر از مراجع بخواهید که به این پرسش پاسخ دهد که "کدام هویت برای شما مهم تر است؟". سپس آن صفحه را اول گذاشته و کم اهمیت ترین تعریف و پاسخ را در زیر بقیه صفحه ها قرار دهید. در مرحله بعد از مراجع بخواهید به ترتیب ده صفحه خود را مطالعه کرده و دریابد که چطور آنچه که در او اشتیاق ایجاد می کند را توصیف کرده است. به مراجع کمک کنید تا دریابد که آیا بین ده پاسخ او عوامل مشترکی وجود دارند یا خیر. اگر جواب مثبت است از مراجع بخواهید تا به صورت مختصر آن ها را روی کاغذ دیگری بنویسد.

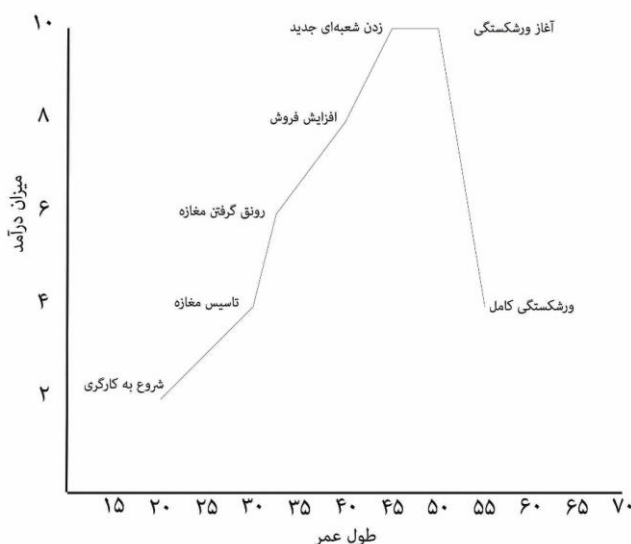
فرد در حال بهبودی با انجام این تمرین متوجه می‌شود که شغل رویایی، حرفه و یا ماموریت او باید به در راستای چه مواردی باشد تا آن شغل احساس اشتیاق، رضایتمندی و سودمندی را در او ایجاد کند.

کشف نمودار زندگی

تمرین بعدی که باید با فرد در حال بهبودی انجام شود مربوط به فراز و فرودهای زندگی اوست. اکثر متخصصان حیطه اشتغال بر این باورند که رضایت شغلی برآمده از سه عامل علاقه، مهارت، توانمندی و شخصیت فرد است.^{۲۴۰}

ترسیم نمودار درآمد: از فرد در حال بهبودی بخواهید تا در ابتدا فراز و فرودهای درآمدی خود را در مسیر زندگی شغلیش رسم کند. محور عمودی نمایشگر میزان درآمد و محور افقی نمایشگر طول زمان زندگی او است.

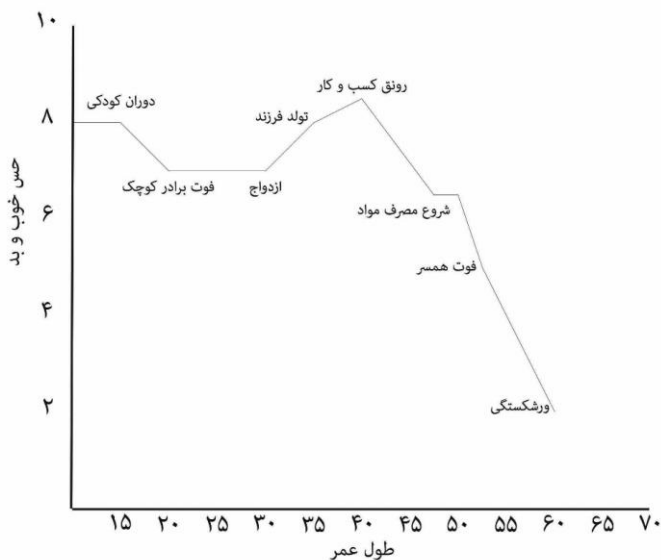
نمودار درآمد



ترسیم نمودار زندگی: در گام بعدی از فرد در حال بهبودی بخواهید تا فراز و فرودهای زندگی را بر اساس وضعیت احساسی (هیجانی) که داشته مشخص کند. محور عمودی نمایشگر لذت و حال خوب و محور افقی نمایشگر طول زمان زندگی اوست.

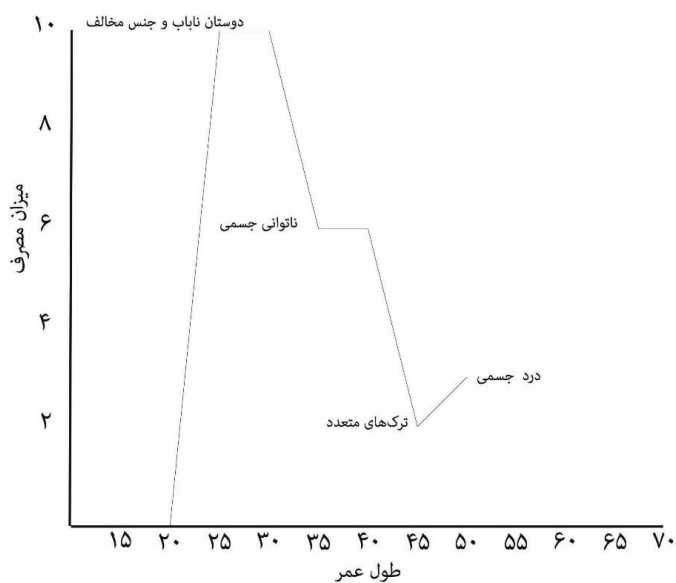
^{۲۴۰} کتی کلب اراده را به عنوان عاملی دیگر برمی‌شمارد. شاخص او توسط بسیاری از سازمان‌ها به کار گرفته می‌شود.

نمودار زندگی



ترسیم نمودار مصرف مواد: از فرد در حال بهبودی بخواهید تا میزان سومصرف موادش را در طول زمان زندگیش بر روی نمودار ترسیم کند. محور عمودی نمایشگر میزان مصرف و محور افقی نمایشگر طول زمان زندگی اوست.

نمودار مصرف مواد



توصیف رویدادها

در مرحله بعدی، مراجع باید به توصیف رویدادهای زندگیش بپردازد. او باید در نمودارها هر فراز و فرودی را با یک یا دو جمله توصیف کرده و عواملی که منجر به وقوع این رویدادها و تغییرها بوده‌اند را یادداشت کند. (به عنوان مثال ازدواج و تولد پسر، راه اندازی مغازه و یا رسیدن به بالاترین سطح درآمد برای فرازا و بیکار شدن، جدایی از همسر، ناتوانی در قطع مصرف مواد و یا فوت برادر برای فرودها).

با بررسی تطبیقی روند درآمدهای زندگی فرد و میزان فراز و فرود آن تا حدودی می‌توان به ریسک پذیر بودن و یا محتاط بودن شخصیت افراد پی برد. افرادی که فراز و فرود درآمدی زیادی داشته و در شغل و یا مشاغل گوناگون درآمدهای بالا و یا ورشکستگی‌های سنگین را تجربه کرده‌اند معمولاً در معرض ریسک‌پذیری بیش‌تری قرار دارند. افرادی که روند درآمدی تقریباً ثابتی داشته افرادی با ریسک‌پذیری کم‌تری هستند که بیش‌تر مشاغل کارمندی و حقوق‌بگیری دارند.

در پایان این تمرین رویدادهای زندگی فرد را نوشته و علت وقوع آن رویدادها را در مقابل هر یک بنویسند. به عنوان مثال:

راه اندازی مغازه به دلیل تشکیل خانواده

ورزش کردن به دلیل داشتن بدن ورزیده و سالم

فروشنده‌گی به دلیل علاقه به کار

ارتکاب خلاف به دلیل افزایش درآمد با زحمت کم‌تر

پیشرفت بیش‌تر در کار به دلیل شراکت با برادرم

از فرد در حال بهبودی پرسش کنید که آیا فرازهای زندگیش با فرازهای درآمدیش همخوانی دارند و میزان آن چقدر است؟ در زمان فرازاها چه چیزهایی در او ایجاد اشتیاق می‌کرده‌اند؟ فرازهای زندگی او چه وجه اشتراکی داشته‌اند؟ تصمیم‌های اصلی او در زندگیش چقدر باعث ایجاد این فراز و فرودها بوده است؟

با بررسی نمودار سوم، تاثیر سومصرف مواد را در فراز و فرودهای زندگی فرد در حال بهبودی بررسی کنید. مصرف مواد چقدر در فرودهای او نقش داشته است؟ میزان مصرف در فرازهای او بیش‌تر بوده یا فرودهایش؟ کدام مرحله‌های زندگیش در میزان افزایش و کاهش مصرف او تاثیر گذار بوده‌اند؟ چه عواملی در زندگی باعث تصمیم به قطع مصرف در او شده‌اند؟ چه عواملی موجب عود مجدد پس از قطع مصرف شده‌اند؟

گام دوم: تعیین علایق

علایق شغلی تجلی شخصیت افراد هستند. اشتغال راه زندگی افراد را نشان می‌دهد و نه فقط مجموعه‌ای از وظایف کاری یا مهارت‌های آن‌ها را. این بدان معناست که افراد شخصیت خود را از طریق انتخاب‌های شغلیشان ابراز می‌کنند.

از دید متخصصان شغلی، وجود منبع کنترل دورنی برای داشتن رضایت شغلی حیاتی است. منبع کنترل درونی یعنی این که فرد بتواند بدون آن که تحت تاثیر گروه‌های بیرونی (خانواده، دوستان، همکاران، پول و در مقیاس بزرگ‌تر جامعه) قرار بگیرد برای خودش تصمیم‌گیری کند. وقتی ما خودمان را خوب بشناسیم کم‌تر احتمال دارد که اقدام‌های ما در راستای پاسخ دادن به انتظارات دیگران باشد.

علایق منابعی کلیدی هستند که فرد را تبدیل به خود واقعی می‌کنند. از مراجع بخواهید تا فرازهای مهم زندگیش را علامت زده و از میان آن‌ها پنج فعالیت مورد علاقه خود را انتخاب کرده و بنویسید. به مراجع کمک کنید تا از میان فعالیت‌های انتخاب شده سه فعالیت را که علایق بیش‌تری به انجام آن دارد، انتخاب نموده و آن‌ها را یادداشت کند.

گام سوم: شخصیت‌شناسی

تست شخصیت‌شناسی هالند (آزمون رغبت‌سنجی شغلی هالند)^{۲۴۱} در جهت درک عمیق شغلی به عنوان تجلی شخصیت، شش گرایش (نوع) شخصیتی متفاوت را تعریف کرده است. تست هالند تأکید دارد اگرچه هر شخصی ترکیبی از گرایش‌های چندگانه است ولی برخی گرایش‌ها در هر فرد برجسته‌تر از بقیه هستند.

شما می‌توانید برای انجام این تست توسط مراجع خود به زبان فارسی از وبگاه‌های رایگان معرفی شده در پاورقی استفاده نمایید^{۲۴۲}. پس از مشخص شدن نتیجه مراجع شما در یکی از شش گرایش زیر قرار می‌گیرد:

^{۲۴۱} The Holland Code (RIASEC) Career Test

^{۲۴۲} <https://en.groupeonet.com/>

<https://hasangoli.Com>

<http://tarhvareh.com/test/personality-holland-code-test/>

<https://profile.center/FA/Article/Details/1021>

<https://iksw.ir/tag>

اجتماعی^{۲۴۳}: افرادی که در این گروه قرار دارند تمایل به کارکردن با دیگران در قالب آگاهی بخشی، توسعه، کمک یا درمان را دارند. آن‌ها از تقسیم وظایف، مرکز توجه بودن، رهبری و تشویق دیگران لذت می‌برند.

جستجوگر^{۲۴۴}: افرادی که در این گروه قرار دارند به جستجو و تحقیق علمی و ریاضی علاقه دارند. بودن در محیط‌های تحقیقی و دانشگاهی برای این افراد بسیار راحت‌تر است. آن‌ها به دنبال کسب مدارج پیشرفته بوده و از انجام فعالیت‌های معمولی در مشاغل و موقعیت‌های متهورانه پریسک پرهیز می‌کنند. این افراد مستقل، خودانگیخته، محتاط، درون‌نگر، نقاد، کنجکاو و تحلیلگر هستند.

هنری^{۲۴۵}: افرادی که در این گروه قرار دارند به خلق فرم‌ها و آثار هنری علاقمند بوده و توانایی هنری، زبانی و موسیقایی دارند. آن‌ها تمایل دارند در نقش آهنگ‌ساز، موسیقی‌دان، بازیگر، نویسنده، طراح، معمار داخلی و نظایر آن ظاهر شوند. این افراد پیچیده، عاطفی، پراحساس، ابرازگر، شهودی، آرمان‌گرا، خیال‌پرداز و بی‌نظم هستند.

واقع‌گرا^{۲۴۶}: افرادی که در این گروه قرار دارند کار کردن با ابزارها، ماشین‌ها و یا حیوان‌ها را ترجیح می‌دهند. آن‌ها اغلب در فضای باز کار کرده و توانایی‌های مکانیکی یا ورزشی دارند. این افراد مسایل واقعی و عینی را به مسایل انتزاعی و مبهم اجتماعی ترجیح می‌دهند. آن‌ها ثبات هیجانی داشته و قابل اعتماد، عمل‌گرا، مادی‌گرا، صرفه‌جو و ثابت هستند.

قراردادی (سازمان‌یافته)^{۲۴۷}: افرادی که در این گروه قرار دارند انجام فعالیت‌هایی را دوست دارند که نیاز به سازماندهی و دقت دارند. آن‌ها از فعالیت‌های مربوط به مدیریت اطلاعات مانند محاسبه و مدیریت مالی لذت می‌برند. حسابداران، کارمندان اداری، کارمندان بانک و کتاب‌داران در این گروه جای می‌گیرند. اعضا این گروه در مدیریت سیستم و اطلاعات خوب بوده و مهارت‌های محاسباتی و ریاضی قابل توجهی دارند. توجه به جزئیات از مشخصه‌های این افراد است.

متهور (کسب و کارگر)^{۲۴۸}: افرادی که در این گروه قرار دارند از لحاظ کلامی خوب بوده و در فروش و رهبری کردن توانا هستند. آن‌ها تاثیرگذاری یا رهبری دیگران را برای رسیدن به اهداف سازمانی یا سود اقتصادی ترجیح می‌دهند. تمایل به خطر و ریسک کردن بین فردی و مالی، ریسک‌پذیری بالا و شرکت در فعالیت‌های رقابتی از خصوصیت‌های این افراد است. این افراد مهارت‌های کلامی خوبی

^{۲۴۳} social (helper)

^{۲۴۴} investigative (thinkers)

^{۲۴۵} artistic

^{۲۴۶} realistic (doers)

^{۲۴۷} conventional (organizers)

^{۲۴۸} enterprising (persuaders)

داشته و سخنرانی در جمع، تشویق کردن، مهارت‌های اجتماعی و بین فردی و مهارت‌های رهبری از ویژگی‌های آن‌ها است.

تمرین‌هایی که در گام بعدی مطرح می‌شوند به فرد در حال بهبودی کمک می‌کنند تا به فصل مشترک سه بعد علاقه، مهارت و توانمندی و شخصیت خود پی ببرد.

گام چهارم: خود اکتشافی

شما در ابتدا باید تمرین خوداکتشافی ساده اما قدرتمندی را با مراجع خود انجام دهید. مراجع باید این تمرین را به همراه دوست، مشاور، همکار، مدیر، پدر، مادر و یا هر فرد دیگری که از شخصیت و ویژگی‌های او آگاه است، انجام دهد. با انجام این تمرین فرد در حال بهبودی زمینه‌های مشترک شخصیت خود را از نگاه دیگران درک کرده و متوجه می‌شود که درکش با نگاه دیگران از او چقدر هماهنگی دارد. انجام این تمرین باعث می‌شود تا مراجع نقاط قوتی را کشف کند که هیچ گاه از وجود آن‌ها در خود آگاه نبوده است.^{۲۴۹}

چند نسخه از فهرست ویژگی‌های زیر را کپی کنید. از مراجع بخواهید تا روی نسخه خودش دور ویژگی‌هایی را خط بکشد که از همه بهتر او را توصیف می‌کنند. فرد در حال بهبودی باید حداقل ده ویژگی را شناسایی کند.

مهربان، موزی، موشکاف، موفق، موقعیت‌شناس، موثر، مودب، ناامید، ناآرام، نادم، ناراحت، نازک‌نارنجی، نجیب، نرم‌خو، نوآور، نیرومند، هدفمند، همدل، همراه، همه فن حریف، همیشه مخالف، هیجان انگیز، وابسته، واقع‌بین، واکنشی، وظیفه‌گرا، وفادار، یاری‌رسان، شجاع، شرمسار، شفیق، شکاک، شکرگذار، شکست‌خورده، شلخته، شوخ طبع، صادق، صبور، ضعیف، طرد شده، عاطفی، عبوس، عصبانی، عقلانی، عمل‌گرا، غمگین، غیرعادی، فردگرا، فروتن، فهمیده، قابل اتکا، قابل اطمینان، قابل پیش‌بینی، قاطع، قانع، قدرشناس، قضاوت‌کننده، قوی، کارا، کاربردی، کاردان، کاریزماتیک، کج خلق، کسل‌کننده، کم صبر، کمال‌گرا، کم رو، کنج‌کاو، کند، کینه‌توز، گرم، گوشه‌گیر، گیج، لذت‌جو، ماجراجو، ماهر، متاسف، متخاصم، متعهد، متقاعد‌کننده، متمایز، متنفذ، متهور، متین، مثبت، محافظ کار، محتاط، محزون، محکم، مردد، مرتب، مستقل، مسلط‌به‌خود، مسئولیت‌پذیر، مشتاق، مشتری‌محور، مشکوک، مشوق، مصر، مصمم، مطلع، مطمئن، معاشرتی، معتبر، معتمد، معقول، مغرور، مغموم، مقاوم، مقتدر، مقلد، ملایم، منحصربه‌فرد، منضبط، منطقی، منظم، ابله، اجتماعی، احساسی، احمق، استثنایی، افسرده، انعطاف‌پذیر، ایده‌گرا، آداب‌دان، آرام، آکادمیک، بااستعداد، بااعتماد به نفس، بانگیزه، بابصیرت، باتحمل، باتمرکز، باجرات، باسواد، بامحبت، محتاط، باثبات، باحال، بادقت، باز و منعطف، باسیاست، بالغ، باملاحظه، بخشنده، تهاجمی، توفیق‌طلب، تیز، تیم‌ساز، جاه‌طلب، جدی،

^{۲۴۹} روش‌های دیگر برای اخذ بازخوردهای مشابه شامل مشاوره شغلی و استفاده از خدمات مشاوره اینترنتی است.

جزیی نگر، چیره دست، حساس، حسود، حمایتگر، خالص، خبره، خجالتی، خودانگیخته، خوداتکا، خلاق، خودمنتقد، خودجوش، خودسر، دارای شم اقتصادی، دارای فکر انتزاعی، دارای قدرت تصور زیاد، درمانده، درون نگر، دستپاچه، دقیق، دل نگران، دل واپس، دمدمی مزاج، درونگر، دوستانه، دیوانه، راضی، رسمی، غیرصمیمی، رقابت جو، رک، روشمند، روشنفکر، رویایی، ریسک پذیر، زودرنج، ساده لوح، سازگار، ساعی، ساکت، سبکسر، سخت کوش، سخنور، سرد، سرزنده، سرسخت، سریع، سنتی، سنجیده، سهل گیر، شاد، شجاع، شایسته، بدطینت، بی تفاوت، بی میل، بی انگیزه، بی نزاکت، بی تکلف، ترسو، بی دقت، بی نظم، پاسخگو، پذیرا، پر حرف، پرانرژی، پر خاشگر، پرسشگر، پرمدها، پرهیزگار، پوست کلفت، پویا، پیروز، پیش قدم، پیشرو، تاثیرگذار، تاملگر، تحقیرشده، تحلیلگر، ترسو، تطبیق پذیر، تغییرپذیر و تمسخر کننده.

از مراجع بخواهید تا معنای صفاتی که انتخاب کرده است را برای شما تشریح کند. مثلاً اگر او دور صفت باثبات را خط کشیده از او بپرسید که درکش از معنی این صفت چه بوده و چرا خود را فرد باثباتی می داند. او ممکن است بگوید که "من همیشه به یک پروژه تا آخرش می چسبم و به ندرت آن را رها می کنم پس فرد باثباتی هستم".

از مراجع بخواهید تا نسخه دیگری از برگه صفت ها که علامت نخورده را به دوست، همکار، عضو خانواده یا هر شخص قابل اعتماد دیگری بدهد. او باید از این شخص بخواهد که دست کم دور ده صفتی را که در وجود او می بیند را خط بکشد. مراجع باید این تمرین را تا جایی ممکن با تعداد زیادی از افراد قابل اعتماد اطرافش که او را خوب می شناسند انجام دهد. بعد از انجام این تمرین چندین صفت مشترک در بین پاسخ ها ظاهر خواهند شد. فرد در حال بهبودی باید نقاط قوت خود را از بین پاسخ های مشترک کشف کرده و بر روی آن ها تمرکز کند.

دیدگاه های موجود به کار

دیدگاه های مختلفی زیر در مورد کار وجود دارند. بعضی از این دیدگاه ها عبارتند از:

کار به عنوان شغل: در این دیدگاه شغل فعالیتی ابزاری است؛ کاری که در اصل به خاطر چیز دیگری انجام می شود. در این رویکرد شغل می تواند کماکان احساس ارزشمندی از مهارت و رضایت را ایجاد کند ولی این امر در مقایسه با نقش آن به عنوان ابزار معاش اهمیت کمتری دارد؛ یعنی ابزاری که به فرد اجازه می دهد معنا را در دیگر حوزه های زندگی خود دنبال کند.

کار به عنوان حرفه: در این دیدگاه انگیزه اصلی کار کردن داشتن حرفه ای برای موفق شدن و رسیدن به دستاوردها و موقعیت های بهتر است. برای افراد متهور و کار آفرین، کار وسیله ای برای خلق کردن، تعریف کردن، ابراز کردن، اثبات کردن و تجلیل کردن از خود است. کار به عنوان حرفه می تواند منبع مهمی از معنا و رضایتمندی کامل در زندگی باشد.

کار به عنوان به معنا، رسالت الهی و خواندگی: در این نگاه فرد برای انجام کاری خاص احساس التزام دارد. این احساس ماموریت می‌تواند بیرونی و همراه با القای اجبار و یا به شکل رسالت الهی و درونی همراه با احساس وظیفه برای پاسخ دادن به معضلی ادراک شده در جامعه باشد. این احساس ماموریت همچنین می‌تواند به دلیل وجود استعدادی طبیعی در وجود فرد باشد که باید به شکوفایی رسیده تا سرنوشت مقرر شده برای او را محقق سازد.

کار به عنوان منبع رضایتمندی: دیدگاه کار به عنوان منبع رضایتمندی، رویکردی علاقه‌محور (یا حتی احساسی) توصیف می‌شود. این افراد ممکن است مسیرهای شغلی غیر مرسوم را برگزینند که در مقابل پاداش مالی، شناخته شدن، قدر و منزلت از احساس‌های درونی فرد حمایت می‌کنند. چنین کارهایی می‌توانند منبع مهم معنا در زندگی فرد باشند (مانند کارهای داوطلبانه، خیریه و بشردوستانه).

این چهار دیدگاه یاد شده در مورد کار به وضوح با یکدیگر همپوشانی دارند. شغل هر کسی ممکن است شامل عناصری از هر کدام یک از این چهار دیدگاه باشد. استفاده از این چهار دسته‌بندی به مراجع کمک می‌کند که درک کند کار یا شغل چگونه می‌تواند تا حدودی به زندگی او معنا بدهد. واضح است افرادی که شاغل هستند معنا و رضایت بیش‌تری از خانواده، سرگرمی‌ها، فعالیت‌های مذهبی یا فعالیت‌های غیرشغلی دارند. این احساس رضایت امری ساده نیست. روزمرگی و احساس ناخرسندی از کار دغدغه روزانه بسیاری از افراد است. به گفته آبراهام مازلو "این که بدانیم چه می‌خواهیم امری عادی نیست؛ این دستاوردی روانشناسانه و کمیاب است که به دشواری به دست می‌آید."

درک انتظارهای مراجع از شغل (حرفه) خود

برای درک بهتر مراجع از انتظارهای خود از شغلش پرسش‌های زیر را از او بپرسید:

- دوست دارید کار چه نقشی را در زندگی شما ایفا کند؟
 - آیا هدف شما از شاغل شدن کدام یک از این موارد است؟ کسب درآمد، بیکار نبودن، موثر بودن و یا داشتن احساس رضایتمندی؟ یا ترکیبی از این موارد؟
 - چه نوع کارهایی در زندگی شما با باورهایتان در مورد معنای حقیقی کار تطابق دارد؟
- برای کمک به مراجع برای درک انتظارهایی که از شاغل بودن دارد می‌تواندی از تمرین "داستان شما در خبر صفحه اول روزنامه" استفاده کنید. از مراجع بخواهید که تصور کند سه سال از امروز گذشته و روزنامه‌ای شناخته شده به تازگی با او مصاحبه‌ای کرده و داستانی را درباره‌اش منتشر نموده است.

از مراجع خود بپرسید:

- نام این روزنامه چیست؟
- داستان این مقاله درباره چیست و چرا شما انتخاب شده‌اید؟

- تعدادی از نقل قول‌های روزنامه از مصاحبه با خود را بیان کنید؟

پس از انجام این تمرین برای کمک به مراجع برای درک بهتر ماموریت شغلی خود سه پرسش دیگر را بر اساس تمرین‌هایی که پیش‌تر با او انجام داده‌اید از او بپرسید. انجام این تمرین و توصیف احساس‌ها به مراجع کمک می‌کند تا خود را بهتر شناخته و به نیروی محرکه درونی خود که ریشه در درک ماموریتش دارد پی ببرد. به نمودار زندگی که مراجع ترسیم کرده بود نگاه کنید و از او بخواهید تا به مواقعی فکر کند که در آن‌ها احساس رضایتمندی کامل داشته است؟ او در آن مواقع چه کاری (شغلی) را انجام می‌داده است؟ چرا چنین احساس رضایت‌بخشی داشته است؟ از مراجع بخواهید تا جایی که می‌تواند آن احساس‌ها را به صورت مشخص توصیف کند. در مرحله بعد به بیان پرسش‌های زیر از مراجع بپردازید:

- افراد الهام بخش زندگی شما چه کسانی هستند؟ نام آن‌ها چیست؟
- چرا این افراد را تحسین می‌کنید؟
- چطور می‌توانید آن‌ها را با چند کلمه مشخص توصیف کنید؟

به عنوان مثال مراجع ممکن است معلمی را که در دوران دبیرستان دوست داشته، شخصیتی تاریخی و یا قهرمانی ورزشی را نام ببرد و او را با صفاتی همچون مهربان، جدی، پرتلاش و با استقامت توصیف کند.

در مرحله بعدی سناریوی جدی را برای مراجع مطرح کنید. از او بخواهید که تصور کند با لباس مرتب از منزل خارج شده و قرار است در مراسم خاکسپاری عزیزی شرکت کند اما وقتی به مراسم می‌رسد متوجه می‌شود که مراسم تدفین خودش در حال اجرا است. از مراجع بخواهید تا به پرسش‌های زیر پاسخ دهد:

- دوست دارید خویشاوندان، دوستان و اطرافیان چگونه در مورد شما صحبت کنند؟
- دوست دارید آن‌ها چه ویژگی‌هایی را درباره شما به یاد آورده و چگونه از شما به نیکی یاد کنند؟

از مراجع بخواهید تا خصوصیات را یادداشت کند که دوست دارد در آن زمان در مورد او به یاد آورده شوند. این صفت‌ها و خصوصیت‌ها در گام بعدی یعنی در نگارش بیانیه ماموریت زندگی فرد به کار می‌روند.

گام پنجم: نگارش بیانیه ماموریت

بسیاری از انسان‌ها بر این باورند که هر فردی با ماموریت خاصی به این جهان پا می‌نهد. کشف این ماموریت در زندگی افراد دارای اهمیت زیادی است. به گفته مارک تاون، نویسنده و طنزپرداز شهیر قرن نوزدهم "دو روز مهم در زندگی شما وجود دارد؛ روزی که متولد شده‌اید و روزی که می‌فهمید چرا متولد شده‌اید." به زبان ساده من اگر قرار باشد میوه‌ای باشم می‌توانم هلوئی آب‌دار، شیرین و

خوشمزه باشم. اما اگر دیگران تصمیم بگیرند که من موز باشم در بهترین حالت من موزی معمولی یا حتی شاید بی مزه خواهم بود.

ما باید به مراجع کمک کنیم تا نقش خود را در زندگی کشف کرده و با بهره‌مندی از شناخت صحیح علایق، مهارت‌ها و شخصیت خود بهترین آینده شغلی ممکن را برای خودش رقم بزند. شغلی که هزینه‌های زندگیش را تامین کرده و در او ایجاد لذت کند. بدین شکل احساس رضایتمندی وجود فرد در حال بهبودی را پر خواهد کرد.

با انجام تمرین‌های قبلی مواد اولیه ارزشمندی برای کمک به مراجع جهت شناسایی و نگارش بیانیه ماموریت شغلی جمع آوری شده است. اکنون زمان نگارش بیانیه ماموریت است. برای برداشتن این گام از مراجع بخواهید که تصور کند از نظر مالی کاملاً مستقل بوده و نیازی به پول ندارد. سپس از او بخواهید سه فعالیتی را توصیف کند که بیش از همه از انجام دادن آن‌ها لذت می‌برد. این بدان معنی است که مراجع می‌تواند بدون هیچ محدودیتی زندگی کاری خود را آنطور که ترجیح می‌دهد پیش برده و به‌طور خلاصه افکار خود را درباره این زندگی بنویسد. برای کمک به مراجع از او بخواهید برای تالیف بیانیه ماموریت زندگیش جدول زیر را تکمیل نماید.

جدول تالیف ماموریت زندگی			
من دوست دارم	به چه کسانی: به مردم (اسم)	چگونه: از طریق انجام فعالیت‌ها (اسم مصدر)	چه کاری: کمک کنم (فعل)
من دوست دارم	افراد خلاق جوان	درک کردن	همدلی کردن
من دوست دارم	فارغ التحصیل جدید	پرورش دادن	حمایت کردن
من دوست دارم	همدرانم	سازماندهی کردن	رشد دادن
من دوست دارم	خانواده‌ام	حمایت کردن	عشق بورزم

پس از تکمیل جدول زمان نگارش بیانیه ماموریت می‌رسد. بیانیه ماموریت شبیه تابلوی طراحی کسب و کار است زیرا تابلوی طراحی کسب و کار دارای همان عناصر بیانیه ماموریت (چه کسانی، چگونه و چه کاری) است. در جدول بالا مردم به معنای مشتریان و همکاران، فعالیت‌ها به معنای اقدام‌های کلیدی و کمک به معنای ارزش ایجاد شده است. شناسایی و نگارش بیانیه ماموریت گامی مهم به سوی باز تعریف مدل کسب و کار مراجع بر اساس شخصیت او است؛ تجلی شخصیت مراجع همان فعالیت‌هایی است که او دوست دارد برای ایجاد ارزش برای مشتریان انجام دهد. پیشنهاد می‌شود که مراجع همواره یک بیانیه ماموریت در حال تکمیل را پیش خود نگه داشته و با تغییر زندگی و دیدگاه‌هایش آن را همواره به روز رسانی کند.

حال پرسش اینجاست که اگر مراجع نتواند ماموریت خود را شناسایی و تعریف کند، آنگاه تکلیف چیست؟ نخست آن که بسیاری از افراد هرگز ماموریت خود را درک نمی‌کنند. بر اساس گفته

نویسنده‌ای تنها سه درصد مردم شجاعت پیدا کردن و دنبال کردن رویاهایشان را دارند. دوم آن که مراجعان همیشه می‌توانند با تمرکز عمیق بر هر کاری که انجام می‌دهند به برتری و رضایت‌مندی متناسب با آن کار برسند. مراجعی که آماده درک ماموریت منحصر به فرد خودش نیست باید افکارش را بر روی انجام بی‌نقص وظیفه‌اش متمرکز کند. مهم نیست که کار او به چه میزان در نگاه خودش ناچیز به نظر می‌رسد زیرا فقط از طریق این تمرکز است که افکار او تجمیع شده و عزم راسخ و انرژی فردیش توسعه می‌یابند. اگر فرد در حال بهبودی بتواند متمرکز شود، همه کاری توسط او قابل انجام است.

اهداف در مقایسه با ماموریت

اهداف متفاوت از ماموریت هستند. "ستاره شمال را نشانه بگیرید نه قطب شمال را"؛ ستاره شمال نماینده چشم‌انداز (بیانیه ماموریت) شماست. چشم‌انداز نیرویی راهنمایی است که پیوسته تلاش‌های همگان را هماهنگ می‌کند. برعکس، قطب شمال هدفی است که باید به آن رسید و زمانی که محقق شد مجدداً باید با هدف جدیدی جایگزین شود. برای اطمینان از حرکت در مسیر صحیح از قطب‌نما استفاده کنید. نقشه برای اطمینان از رسیدن به هدف وسیله مناسبی نیست زیرا در عمل مسیر رسیدن به هدف بسیار پر پیچ و خم است.

محک نهایی

آیا مراجع می‌تواند با اطمینان و داوطلبانه بیانیه ماموریتش را با دیگران به اشتراک بگذارد. اگر مراجع اطمینان ندارد یا احساس شرمندگی می‌کند دلایل آن را جویا شوید. شاید لازم است تا کارهای بیش‌تری انجام شود. در زیر نمونه‌هایی از بیانیه ماموریت برای افراد در حال بهبودی به عنوان مثال آورده شده‌اند.

"من عاشق آشپزی بوده و دوست دارم به هم‌درانم کمک کنم و با اشتغال آن‌ها در رستورانم موجب رشدشان شوم."

"من عاشق فروشندگی هستم و دوست دارم با راه‌اندازی مغازه و کسب درآمد با حمایت خانواده‌ام به آن‌ها عشق بورزم."

وقتی که مراجع بیانیه ماموریت خود را (حتی به صورت ناقص) درک کرد آنگاه زمان پیش رفتن به مرحله تدوین مدل کسب و کار شخصیش بر پایه بیانیه ماموریت زندگیش به عنوان راهنما است. تمام زندگی مراجع و واقعیتی که آن را تجربه می‌کند، مجموعه داستان‌هایی هستند که برایش گفته‌اند و به گفتنش ادامه می‌دهند. فرض کنید ۲۰ نفر به طور همزمان به صندلیی نگاه می‌کنند. هر یک از این ۲۰ نفر صندلی را متفاوت از دیگران می‌بیند. هرکس از منظر خود برای درک متفاوت واقعیت استفاده می‌کنند. مدل ذهنی ما فقط از ادراکمان ساخته شده و نه از واقعیت‌ها بنابراین تجربه واقعی از صندلی

در واقع صرفاً بر مبنای نمودهای صندلی (تصویر و زاویه نگاه‌ها) هستند نه خود واقعی صندلی. بنابراین اگر ۲۰ نفر می‌توانند ۲۰ تصویر متفاوت از صندلی داشته باشند شما نیز می‌توانید به سادگی نگاه خود را به صندلی با عوض کردن جای خود تغییر دهید.

گام ششم: طراحی مدل کسب و کار

حال زمان طراحی مدل کسب و کار برای مراجع رسیده است. استفاده از "بوم مدل کسب و کار نوپا (ناب)" مناسب کسب و کارهای نوپا^{۲۵۰} (استارت‌آپ) و افرادی است که تازه می‌خواهند محصول یا خدمات خود را به مشتریان ارائه دهند.

ویژگی‌های کسب و کارهای نوپا به قرار زیر است:

- این کسب و کارها جدید بوده و می‌توانند شکل کسب و کار نوپای خانگی را داشته باشند؛
- این کسب و کارها مبتنی بر فناوری اطلاعات بوده و عموماً حول محور تکنولوژی و مدل‌های نوآورانه و نوین بنا می‌شوند؛
- این کسب و کارها اکثراً قابل تکرار و مقیاس پذیر هستند؛
- این کسب و کارها محصول یا خدمتی جدید را در شرایطی با ابهام بالا ارائه می‌دهند؛
- سرمایه‌گذاری بر روی این کسب و کارها خطرپذیر (دارای ریسک بالا) است؛
- این کسب و کارها ایجاد کننده تحول در بازار و آینده نگر هستند؛
- این کسب و کارها ارزش آفرینی می‌کنند؛
- پایداری این کسب و کارها برای اعضای آن دغدغه است؛
- این کسب و کارها فرصت جو هستند و نه فرصت طلب؛
- سرعت خرج پول در این کسب و کارها بالا است.
- احتمال موفقیت در این کسب و کارها پایین است.

کسب و کارهای نوپا بسیار شبیه به نوزاد هستند. آن‌ها در ابتدا بسیار آسیب‌پذیر بوده و نیاز به حمایت دارند تا در مسیر رشد قرار بگیرند. رها شدن بدون حمایت این کسب و کارها باعث شکستشان می‌شود.

بوم کسب و کار نوپا (ناب)

استفاده از بوم کسب و کارهای نوپا می‌تواند در این مرحله به کمک افراد در حال بهبودی که خواهان ایجاد اشتغال برای خود هستند بیاید. از ویژگی‌های بارز بوم نوپا می‌توان به سادگی، انعطاف و هدفمندی آن اشاره کرد. کسب و کارهای نوپا در ابتدای کار شاید خیلی با موفقیت فاصله داشته باشند. کسانی می‌توانند این مسیر را با موفقیت طی کنند که خیلی زود ایده‌های کارآفرینی موفق را از ایده‌های ناموفق جدا می‌کنند. کسب و کارهای نوپا باید معیارهای کلیدی خود را تعریف و به درستی

تحلیل کنند. تعریف معیارهای درست و ارزیابی مداوم آن‌ها در هر کسب و کار نوپایی ضروری است. معیارهای کلیدی مناسب برای هر کسب و کار نوپایی ممکن است با دیگری متفاوت باشد.

طراحی بوم نوپا و شخصی

بسیاری از افراد در حال بهبودی برای تغییر کردن و یا آغاز کسب و کارشان از روشی نظام‌مند استفاده نمی‌کنند. آن‌ها نیازمند بهره‌گیری از رویکردی ساده و در عین حال موثر هستند که با فضای موجود و نیازهای شخصیشان هماهنگی داشته باشد. مدل کسب و کار نوپا چارچوبی عالی برای توصیف، تحلیل و باز آفرینی شغل را در اختیار افراد در حال بهبودی می‌گذارد. مدل کسب و کار، منطقی است که سازمان به کمک آن خود را به لحاظ مالی سرپا نگه می‌دارد. این رویکرد اما از مراجع می‌خواهد که خود را به عنوان کسب و کاری تک نفره در نظر بگیرد. این کار به مراجع کمک می‌کند که مدل کسب و کار شخصی خود (روشی برای به کارگیری نقاط قوت و استعدادهايشان در راستای رشد شخصی و حرفه‌ای) را تعریف کرده و در صورت لزوم تغییرهایی را در آن بدهند.

اجزای بوم ناب (مدل کسب و کار نوپا)

بوم ناب کسب و کارهای نوپا از بخش‌های زیر تشکیل می‌شود:

مسئله: معمولاً در محیط‌هایی که ما در آن‌ها زندگی می‌کنیم مجموعه‌ای از افراد حضور دارند که با نیازها و مشکل‌هایی در زندگیشان مواجه بوده و حاضرند بابت رفع آن‌ها هزینه پرداخت کنند. شناخت درست این نیاز یا مشکل که دارای اهمیت زیادی است را "مسئله مشتری" می‌گوییم. از مراجع بخواهید در محل و محیط زندگی خود به تحقیق پرداخته و یک تا سه مسئله یا مشکل با اهمیت را شناسایی و فهرست کند.

مشتری: دسته‌بندی مشتریان در بازار بر اساس شاخص‌های مانند سن، جنسیت، مکان و غیره صورت می‌گیرد. شما باید به مراجع خود کمک کنید تا اولین مشتری‌های بالقوه‌اش را شناسایی کرده و به کسب شناخت بهتر از آن‌ها بپردازد.

ارزش پیشنهادی: مراجع باید به این پرسش پاسخ بدهد که استارت‌آپ یا کسب و کاری نوپایش چه خدمت منحصر به فردی را می‌تواند به مشتریانش بدهد که تا به حال توسط رقبایش عرضه نشده و برطرف کننده نیازهای مشتریان است (چیزی که برای مشتری ارزشمند است).

راه حل: راه حل‌ها همان محصول یا خدماتی هستند که ارزش پیشنهادی در آن‌ها گنجانده شده‌اند. شاید فرد در حال بهبودی در ابتدای کار نتواند محصولی کاربردی را به جامعه ارائه کند. این که فرد در شروع کار خود هنوز به راه حل مناسب نرسیده باشد خللی را در ایده و تبدیل آن به کسب و کاری موفق وارد نمی‌کند. البته به شرطی که دست کم محصول یا خدمت ارائه شده توسط مشتریان

پذیرفتنی باشد تا از این طریق مراجع هرچه زودتر به تولید محصولی نهایی دست یابد که دارای ارزش پیشنهادی جذاب برای مشتریان است.

برتری مطلق: رسیدن به مزیت مطلق یا مزیت رقابتی کار آسانی نیست. استارت‌آپ‌ها برای حفظ بقای خود نیازمند داشتن مزیت رقابتی هستند تا رقبا آن‌ها نتوانند بازارشان را به دست بیاورند. استارت‌آپ‌ها می‌توانند با مرور زمان با اطلاعات و دانشی که به دست می‌آورند مزیت‌های رقابتی جدیدی را تعریف کنند. داشتن تیمی خوب و منحصر به فرد یا جذب مشتریان وفادار که به راحتی به سراغ رقبا نمی‌روند نیز می‌تواند مزیت رقابتی به حساب آیند.

جریان درآمدی: فرد در حال بهبودی که خواهان راه اندازی کسب و کار خود است باید منابع درآمدی کسب و کار نوپایش را به خوبی بشناسد. در این قسمت باید روش‌های مختلف درآمدزایی با مراجع بررسی شود. کسب و کارها ممکن است روش‌های مختلفی برای ایجاد درآمد داشته باشند؛ مانند فروش مستقیم و حق استفاده، حق امتیاز، حق اشتراک زمانی، مشارکت در فروش و تبلیغات.

ساختار هزینه: شما در این بخش باید به فرد در حال بهبودی کمک کنید تا هزینه‌های ثابت و متغیر، هزینه‌های زیرساختی، عملیاتی و غیره مرتبط با کسب و کارش را محاسبه کند. بررسی دقیق دو بخش ساختار هزینه‌ها و جریان درآمدی در تعیین سودآوری و زمان رسیدن به سود در کسب و کار مورد نظر بسیار مهم است. تعیین میزان سود مشخص می‌کند که راه اندازی کسب و کار مورد نظر چقدر توجیه اقتصادی دارد.

شاخص‌های کلیدی: تعیین معیارها و شاخص‌هایی برای سنجش وضعیت رشد کسب و کار نوپا دارای اهمیت است. این معیارها باید با عدد و رقم قابل اندازه‌گیری و کنترل باشند تا در طول زمان میزان پیشرفت و سرعت رشد کسب و کار را نشان بدهند. تعداد خریداران محصول در ماه، تعداد دفعه‌های معرفی شدن کسب و کار به سایرین، حجم ریالی فروش و یا تعداد بازدید از وب سایت کسب و کار در ماه می‌توانند در زمره این شاخص‌ها باشند. البته برای حفظ چابکی در کنترل کارها بهتر است تعداد محدودی از معیار کلیدی را کنترل کرد. وظیفه شما این است که به مراجع کمک کنید تا معیار و شاخص مناسب را پیدا نموده و با استفاده از سیستم اندازه‌گیری مناسب از اتلاف زمان و منابع جلوگیری کند.

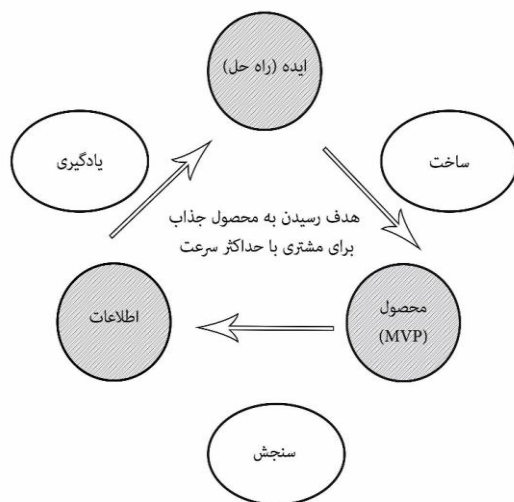
کانال توزیع: کانال توزیع توضیح دهنده چگونگی رساندن ارزش پیشنهادی به دست مشتریان و نحوه آشنایی آن‌ها با محصول و ارزش پیشنهادی کسب و کار است. بعضی از انواع این کانال‌ها عبارتند از: ملاقات حضوری، تبلیغات بصری و تلویزیونی، شبکه‌های اجتماعی، ایمیل، وبلاگ نویسی، موتورهای جستجو، مقاله، راه‌اندازی مغازه یا فروشگاه زنجیره‌ای. در ابتدای کار بهتر است که مراجع بیش‌تر به دنبال شناسایی مشتریان بالقوه‌اش از طریق کانال‌های در دسترس باشد.

بوم کسب و کار ناب (کسب و کارهای نوپا و استارت‌آپ‌ها)				
مسئله	راه حل	ارزش ایجاد شده	مزیت مطلق	مشتریان
شناسایی و پیدا کردن مشکل‌ها و نیازهای مهم افراد. چه نیاز مهمی در اطراف شما وجود دارد که بر اساس آن می‌توانید مشتریان آتی خود را پیدا کنید؟	آنچه انجام می‌دهید؛ چه کار می‌کنید؟	محصول پیشنهادی شما برای پاسخ به نیازهای مشتریان چیست؟ شناسایی اولین مشتریان و تعامل با آن‌ها برای شناخت بهترشان که موجب یادگیری، اصلاح و تغییر در محصول‌ها و خدمات شما برای مشتریان می‌شود. نیاز مشتریان اولویت اول است.	آنگونه که تعامل می‌کنید.	آنان که کمکشان می‌کنیم. کسانی که می‌خواهیم نیاز و مشکلمان را بر طرف کنیم (دسته‌بندی مشتریان کسب و کارمان).
معیارهای کلیدی		کانال‌ها		
آن که هستید و آنچه دارید (توانمندی‌ها، مهارت‌ها، شبکه‌ها، ارتباط‌ها و...).		طریق شناخت مشتریان از شما و ارایه خدمات (مستقیم، باواسطه، اینترنتی، خرده فروشی، مویرگی، عمده فروشان و...).		
درآمدها		هزینه‌ها		
آنچه بدست می‌آورید (درآمدها و منافع) شامل حقوق، قراردادهای حق امتیاز، سود سهام یا هرگونه پراخت نقدی و رضایتمندی.		آنچه از دست می‌دهید (هزینه‌ها) شامل زمان، انرژی، پول، فشار روانی.		

گام هفتم: چرخه ساخت، ارزیابی و یادگیری

مراجع شما باید بتواند ابتدا از ایده اولیه‌اش محصول یا خدمت مورد نظرش را برای آزمودن آن ساخته و ارایه کند. او سپس با آزمایش محصول و گرفتن بازخورد از مشتریانی که محصول یا خدمت مورد نظرش را خریداری می‌کنند زمینه یادگیری لازم جهت اصلاح و بهبود آن ایده یا محصول را فراهم می‌آورد. برای موفقیت کسب و کاری نوپا باید داده‌ها یا شاخص‌های کافی را گرد آوری کرد تا بتوان به سرعت نتایج حاصل از اجرای ایده را ارزیابی نمود. با انجام این فرآیند (چرخه ساخت، ارزیابی و

یادگیری) فرد در حال بهبودی با اطلاعات جمع آوری شده در مورد نیازهای مهم و علایق مشتریان به اعتبار سنجی ایده خود می‌نشیند.



همان‌طور که در تصویر قابل مشاهده است، ایده و راه‌حل‌ها با تولید نمونه‌های اولیه به محصول یا خدمات تبدیل می‌شوند. مراجع با سنجش و گرفتن داده‌ها از مشتریان و تبدیل آن به اطلاعات، وارد مرحله یادگیری شده و درمی‌یابد که ایده و راه‌حل‌ها را چگونه اصلاح و به سمت هدایت کند. او باید هر چند وقت یک‌بار برای ارتقای محصول و خدمات خود این چرخه را تکرار کند.

برای کمک به مراجع جهت نظر سنجی در مورد محصول خود از مشتریان از او بخواهید تا پس از تولید چند نمونه از محصول نهایی مورد نظرش به سراغ مشتریان بالقوه خود رفته و سعی کند نمونه‌ای از آن‌ها را به فروش برساند. اگر مشتریان حاضر به خرید آن محصول یا خدمات نشدند او را تشویق کنید تا دوباره چرخه بالا را تکرار کرده و محصول/خدمات خود را بر اساس دلایل عدم خرید مشتریان اصلاح کند. هنگامی که مشتری محصول نمونه فرد در حال بهبودی را بخرد او آماده است تا به عنوان فردی کارآفرین، مشتریان جدیدی را برای خود پیدا کند.

فرد کارآفرین باید همواره این چرخه را تکرار کرده و پیوسته با بازنگری محصول و خدماتش و بهبود آن‌ها مشتریان جدید بیشتری را به‌دست آورد. کارآفرینان ناموفق پیش از آن که درک کاملی از مشتریان داشته باشند بر روی توسعه و فروش خدمات و محصولاتشان تمرکز می‌کنند. برای مثال، هنگامی که تلفن موتورولا نتوانست دریابد که مشتریان خواهان سیستم تلفنی جهانی مبتنی بر ماهواره هستند ضرری میلیارد دلاری را متحمل شد؛ یا شرکت ار. جی اینولدر ۴۵۰ میلیون دلار را در

ارایه سیگارهای بدون دود از دست داد زیرا فقط غیر سیگاری‌ها عاشق این ایده شدند و مشتریان اصلی یعنی افراد سیگاری کم‌ترین توجه ممکن را به آن نشان دادند.

پرسشی که ممکن است مراجعان از شما مطرح کنند این است که چگونه باید به نیاز واقعی مشتریان بالقوه‌شان پی ببرند. برای شناخت و درک عمیق مشتری به عنوان مهم‌ترین جز مدل کسب و کار نوپا و شخصی می‌توان از شش روش زیر استفاده کرد:

جمع‌آوری داده‌ها: این کار از طریق تحقیق و استفاده از اطلاعات کتابخانه‌ای و بررسی گزارش‌های تحقیقاتی صورت می‌گیرد. در عصر حاضر اینترنت این کار را بسیار ساده کرده است. مراجع می‌تواند اطلاعات ثانویه از مشتریان را از طریق بررسی داده‌های موجود و الگوی خرید مشتری در موارد مشابه به دست آورد.

مصاحبه: مصاحبه رویکردی متداول، ارزان و پذیرفته شده است. از مراجع خود بخواهید تا با مشتریان بالقوه‌اش صحبت کند. البته این احتمال وجود دارد که مشتریان در مصاحبه به شما چیزی بگویند اما در عمل به شکل دیگری رفتار کنند.

مشاهده: از مراجعتان بخواهید تا مشتریان بالقوه را در دنیای واقعی مشاهده کرده و بینش خوبی نسبت به رفتار واقعی آن‌ها کسب کند. فرد در حال بهبودی برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیازش باید در مورد کارهایی که مشتریان بر روی انجام آن‌ها تمرکز می‌کنند و نیز چگونگی انجامشان توسط ایشان مطالعه کند. او باید مشخص کند چه چیزی باعث ناراحتی آن‌ها بود و ایشان با خرید محصول و خدمات مورد نظر او به دنبال دستیابی به چه منافعی هستند.

پوشیدن کفش مشتریان: از مراجع بخواهید تا مشتری اصلی محصول و خدمات خود بوده و به صورت فعال از آن‌ها استفاده کند تا به ضعف‌ها و نقاط قوت آن پی ببرد.

هم‌آفرینی: مراجع باید مشتریان را در فرآیند خلق ارزش مشارکت داده و از آن‌ها یاد بگیرد. او باید به منظور جستجو و توسعه ایده‌های جدید با مشتریان تنگاتنگ کار کند.

پژوهش: در صورت امکان مراجع می‌تواند مشتریان را در آزمایشی (به طور آگاهانه و یا ناآگاهانه) مشارکت داده و از نتایج حاصله درس‌های خوبی را فرا بگیرد.

پس از شناخت بهتر مشتریان نوبت به بررسی کارهای مشتری‌های بالقوه می‌رسد؛ یعنی فعالیت‌هایی که مشتری سعی در انجام و اتمام آن‌ها دارد و مشکل‌هایی که می‌کوشد تا حلشان کند. به مراجع تاکید کنید زمانی که در حال بررسی این موارد است، اطمینان حاصل کند که از دیدگاه مشتری به مسایل می‌نگرد. کاری که مراجع از دید خود مهم می‌پندارد ممکن است آن کارهایی نباشد که مشتریان واقعا سعی در انجامشان دارند. از مراجع بخواهید تا کارها را بر اساس اهمیت آن‌ها از دید مشتری اولویت‌بندی کند.

گام هشتم: تالیف مدل کسب و کار اصلی

این مرحله مربوط به طراحی مدل کسب و کار اصلی فرد در حال بهبودی است. کسب و کارهایی که مراحل ابتدایی را گذرانده و از مرحله نوپا عبور کرده‌اند، نیازمند طراحی کسب و کار اصلی خود هستند. بوم کسب و کار شامل نه بخش بوده که در چهار بخش با بوم مدل کسب و کار نوپا دارای تفاوت است. در بوم کسب و کار:

- شرکای کلیدی جایگزین بخش مسئله در بوم ناب شده‌اند.
- فعالیت‌های کلیدی جایگزین بخش راه حل بوم ناب شده‌اند.
- منابع کلیدی جایگزین بخش معیارهای کلیدی بوم ناب شده‌اند.
- ارتباط با مشتری جایگزین بخش مزیت مطلق بوم ناب شده است.

اگرچه بوم مدل کسب و کار اصلی مدت زمان طولانی نیست که به دنیا معرفی شده اما به دلیل در برگرفتن مفاهیم کلیدی خیلی زود در دنیای استارت‌آپ‌ها پذیرفته شده و در مدارس معروف کسب و کار دنیا تدریس می‌شود. در واقع مفاهیم نوپای ناب دیدگاه‌های عمومی درباره کارآفرینی را نیز تغییر داده است.

به یاد داشته باشید که تعریف مدل کسب و کار شخصی می‌تواند دشوار باشد زیرا در مقایسه با شرکت‌ها، افراد در حال بهبودی اولویت‌های غیرکاری بیش‌تر و اهداف روشن کم‌تری دارند. مدل کسب و کار شخصی بروی کاغذ، فقط فرضیه‌ای درباره زندگی کاری مراجع است. کارآفرینان باید این فرضیه‌ها را با نمونه سازی و تجربه بیازمایند. دقت کنید که بوم‌های کسب و کار نقشه‌های بدون تغییر نیستند، بلکه به خصوص در شروع کسب و کارهای کوچک بهتر است هر ۳ ماه یک بار مورد بازنگری قرار گرفته و بر اساس شرایط موجود اصلاح شوند.

بوم کسب و کار				
مشتریان	ارتباط با مشتریان	ارزش ایجاد شده	فعالیت‌های کلیدی	شرکای کلیدی
آنان که کمکشان می‌کنید(مشتریان)؛ کسانی که برای کسب منفعتی پول پرداخت می‌کنند. اسم و نقش آن‌ها را بنویسید؟	آنگونه که تعامل می‌کنید؛ نحوه ارتباط با مشتریان، جذب و افزایش مشتری، ایجاد رضایت و حفظ مشتری.	آنگونه که کمک می‌کنید (ارزش ایجاد شده). شما چه ارزشی را برای مشتریان ایجاد می‌کنید؟ شما چگونه به افراد برای انجام کارهایشان کمک می‌کنید؟	آنچه انجام می‌دهید؛ یعنی فعالیت‌های کلیدی، فیزیکی یا ذهنی که به جای مشتریان انجام می‌شود.	آنان که کمکتان می‌کنند (شرکای کلیدی)؛ کسانی که به شما کمک می‌کنند تا کار خود را به گونه‌ای موفقیت آمیز انجام دهید (مانند همکاران، مشاوران، خانواده، دوستان و...).
	کانال‌ها		منابع کلیدی	
	کانال‌ها یعنی آنگونه که مشتری‌ها شما را می‌شناسند. آنگونه که شما خدماتتان را ارائه می‌دهید.		آن که هستید و آنچه دارید (علاقه، توانایی، مهارت و صفت‌های خویش).	
درآمدها		هزینه‌ها		
آنچه بدست می‌آورید (درآمدها و منافع) شامل حقوق، قراردادهای، حق امتیاز، سود سهام یا هرگونه پرداخت نقدی.		آنچه از دست می‌دهید (هزینه‌ها) شامل زمان، انرژی و پول.		

به عنوان مربی توانمندسازی مطمئن شوید که مراجع معانی کلمه‌های زیر را به خاطر سپرده و درک درستی از آن‌ها دارد.

- درآمد: پول ورودی
- هزینه‌ها: پول خروجی
- سود: آنچه پس از کسر پول خروجی از پول ورودی باقی می‌ماند.
- صورت سود و زیان: خلاصه‌ای از درآمدها و هزینه‌ها در طول بازه مشخصی از زمان (معمولاً سه ماهه یا یک ساله).
- فروش: پولی که از فروش محصول‌ها و خدمات به دست می‌آید.

- عایدی: فروش به اضافه سایر درآمدهای غیر عملیاتی.
- حاشیه یا حاشیه خالص: فروش منهای هزینه‌های کالا و خدمات فروخته شده (معمولا معادل درصدی از فروش است).
- هزینه کالا یا هزینه فروش: هزینه مستقیمی که به فروشنده کالا و خدمت پرداخت می‌شود.
- نقطه سر به سر: نقطه برابر پول‌های ورودی و خروجی.
- کل هزینه‌های حقوق: تمامی هزینه‌های یک کارمند (شامل حقوق، بیمه درمانی، پرداخت قانونی برای بازنشستگی، مالیات و غیره).

مشاغل کارمندی و حقوق بگیر

در صورتی که مسیر شغلی انتخاب شده مراجع را به سمت انجام مشاغل کارمندی و حقوق بگیر می‌برد، باید به او کمک شود تا ملزومات انجام آن مشاغل را فراهم ببیند. اولین چیزی که فرد برای استخدام در جایی به آن نیاز دارد مدارک هویتی است. مدارک هویتی (کارت ملی، شناسنامه، پاسپورت و یا مدارک تحصیلی) اسناد رسمی و هویتی هستند که بیان کننده اوصاف فردی و تحصیلی افراد بوده و برای زندگی اجتماعی ضروریند. افراد اجتماع بدون این مدارک هویتی نمی‌توانند هیچ عملیات مالی و رسمی را انجام دهند. در دسترس داشتن این مدارک برای اشتغال مراجع بسیار ضروری است.

در صورتی که مدارک هویتی فرد در حال بهبودی به امانت گذاشته شده باشد باید با او کمک کنیم تا با رفع مشکل‌ها و احتمالا پرداخت بدهی‌هایش و توضیح در مورد شرایط فعلی و تحت درمان بودنش مدارک هویتی خود را باز پس بگیرد. در صورت مفقود شدن مدارک هویتی، مراجع باید با تنظیم استشهاد محلی و دریافت نامه‌ای از مرکز یا درمانگر خود به ثبت احوال منطقه محل سکونتش مراجعه کرده و برای صدور مجدد مدارک هویتی از جمله (کارت ملی و شناسنامه) درخواست دهد. مراجع برای صدور مجدد مدارک دیگر از جمله گواهی‌نامه و کارت پایان خدمت و دفترچه‌های بانکی باید به مراجع قانونی ذی‌الصلاح مراجعه نماید.

در صورت داشتن پرونده باز و باتکلیف در مراجع قضایی مراجع برای گرفتن گواهی عدم سو پیشینه باید برای تعیین تکلیف وضعیتش قضایی خویش اقدام نماید.

رزومه کاری

بسیاری از مشاغل قبل از استخدام از متقاضیان می‌خواهند تا رزومه خود را برای کارفرمای احتمالی خود بفرستند. درمانگر باید به مددجو کند تا رزومه‌ای قابل قبول را برای خویش آماده نماید. رزومه‌ای استاندارد باید در بردارنده مطالب زیر باشد:

مشخصات (اطلاعات فردی): در این قسمت مراجع باید به تالیف اطلاعات ضروری بسنده کرده و جهت جلوگیری از سواستفاده احتمالی اطلاعات جانبی مانند آدرس محل سکونت خود را در اختیار

کارفرمای احتمالی قرار ندهد. گذاشتن عکس می‌تواند مانند چاقوی دو لبه عمل کند. یعنی در عین حال که ممکن است بر روی مخاطب تاثیر مثبت بگذارد این احتمال هم وجود دارد که فرد را به دلیل ظاهرش مورد قضاوت قرار دهد.

سوابق شغلی: در این بخش مراجع باید شغل‌هایی که در گذشته داشته است را (ترجیحا به ترتیب زمانی) با ذکر سمتی که به عهده داشته و مدت دوره استخدامیش ذکر کند. بعضی از کارفرمایان انتظار دارند که شرح وظایف فرد در هر سمت کاریش نیز در رزومه متقاضیان درج شده و به همراه اطلاعات کارفرماهای قبلی (جهت تماس احتمالی با آن‌ها و یا بررسی صحت ادعای فرد) در دسترس کارفرما قرار گیرد.

تحصیلات: مراجع در این بخش باید تحصیلات خود را با ذکر نام رشته تحصیلی، محل تحصیل، مدرک اخذ شده و سال اخذ مدرک ذکر کند. اگر او مدارک خود را با نمره‌هایی بالا گرفته می‌تواند معدل خود را نیز در این بخش ذکر کند.

مهارت‌ها: در این بخش فرد باید کلیه مهارت‌هایی که مرتبط با شغل مورد نظرش است را یاد داشت کرده و برای بیان میزان تسلط خود از عبارتهای تسلط کافی، تسلط نسبی و یا تسلط خوب استفاده کند. تسلط به نرم افزارهای کامپیوتری، آشنایی با زبان انگلیسی و یا حتی مهارت‌هایی مانند مدیریت و مذاکره می‌توانند در این بخش تالیف شوند.

توانایی‌ها: مراجع می‌تواند در این بخش به توانایی‌های خود مانند توانایی‌های ذهنی، جسمی، امکان سفر به صورت مستمر، شب‌کاری و یا انجام موفقیت‌آمیز کار تحت فشار و یا استرس اشاره کند.

نوشتن فعالیت‌های ورزشی، هنری و ورزشی در رزومه مراجع ضروری نیست مگر این که به استخدام او کمکی بکند.

جستجو برای یافتن شغل

فرد در حال بهبودی می‌تواند از طریق راه‌های زیر نسبت به یافتن شغل مورد نظرش اقدام کند:

شبکه‌های ارتباطی فردی: مراجع می‌تواند از ارتباط‌های اجتماعی خویش نظیر خانواده، دوستان، همکاران سابق، گروه‌های هم‌تا، شبکه‌های درمان و بهبودی، معتادان گمنام، کنگره شصت، سازمان‌های مردم‌نهاد، مراکز درمانی و مراکز کاهش آسیب برای یافتن شغلی مناسب استفاده نموده و با بیان نوع مشاغلی که در نظر دارد از آن‌ها بخواهد که در صورت مطلع شدن از فرصتی شغلی او را در جریان گذاشته و در صورت امکان پیگیر کار او باشند.

سایت‌ها و اپلیکیشن‌های کاریابی: مراجع همچنین می‌تواند با مراجعه به سایت‌های کاریابی و بررسی آگهی‌های استخدام شرکت‌ها و دیگر انواع کسب و کارها برای یافتن شغل مورد نظرش اقدام کند. در

حال حاضر سایت‌ها و اپلیکیشن‌های مختلفی فرصت‌های شغلی موجود در بازار را در اختیار مخاطبان خود قرار می‌دهند. اسامی بعضی از این سایت‌ها/اپلیکیشن‌ها در جدول زیر آورده شده‌اند:

سایت‌های کاریابی اینترنتی	
سایت	آدرس
سایت بازار کار	www.bazarkar.ir
سایت جاب یار	www.jobyaar.com
سایت آگاه	www.agahjobs.com
سایت کار بوم	www.karbom.ir
سایت ایران تلنت	www.Irantalent.com
جاب ویژن	www.jobvision.ir
سایت حامی کار	www.hamikar.ir
سایت ایران استخدام	www.iranestekhdam.ir
سایت جاب اینجا	www.jobinja.ir
سایت کار بانک	www.karbank.ir
سایت استخدام شو	www.estekhdam.ir
سایت دیوار	www.divar.ir
سایت ایران جاب	www.iranjob.ir
موسسه ای استخدام	www.e-estekhdam.com

موسسه‌های کاریابی: بعضی از موسسه‌ها در سطح شهر به یافتن کار برای متقاضیان جویای شغل مشغول هستند. در جدول زیر نام، آدرس و شماره تماس این موسسه‌ها آورده شده است:

موسسه‌های کاریابی	
عنوان	آدرس
موسسه کاریابی هجرت	تهران، خیابان شهید مطهری، بعد از چهارراه سهروردی، بن‌بست امید، پلاک ۱. تلفن تماس: ۸۸۴۷۲۳۲۱
موسسه کاریابی آزما	تهران، فلکه دوم صادقیه، ساختمان گلдіس طبقه ۱۱، واحد ۵
موسسه کاریابی کار و تجارت آپادانا	تهران، میدان امام حسین، ابتدای خیابان انقلاب، ضلع جنوبی بعد از مدنی، نبش والی زادگان تلفن تماس: ۵۵۴۱۹۶۷۹ و ۵۵۴۱۶۱۶۷
موسسه کاریابی میهن	تهران، میدان انقلاب، بین فروردین و اردیبهشت، ساختمان ۳۱۰، طبقه ۴، واحد ۱۱۴ تلفن تماس: ۶۶۴۶۱۹۲۰

تهران، ضلع شمالی میدان هفت تیر، مجتمع اداری و تجاری نگین آبی، طبقه ۳، واحد ۳۰۳ تلفن تماس: ۸۸۸۱۰۰۸۱	موسسه کاریابی کاردار
تهران، خیابان شریعتی، بالاتر از میرداماد، کوچه یاس، پلاک ۱۴، تلفن تماس: ۲۲۹۲۳۴۴۶	موسسه کاریابی آوران فردا
تهران، خیابان مفتاح شمالی، خیابان زهره، پلاک ۵، واحد ۸ تلفن تماس: ۸۸۳۰۲۰۱۸ و ۸۸۶۰۰۹۰	موسسه کاریابی کاوش کار

آگهی‌های /استخدام روزنامه‌ها و جراید: مراجع می‌تواند با بررسی آگهی‌های شغلی در روزنامه‌های کثیرالانتشار مثل همشهری و یا مراجعه به وبسایت روزنامه‌ها به بررسی آگهی‌های کسب و کار در آن‌ها بپردازد.

درمانگر باید به مراجع آموزش دهد که سرعت و اقدام سریع در برقراری تماس با شماره‌های اعلام شده در آگهی‌های استخدامی حایز اهمیت است. از آنجایی که برخورد اول در افزایش احتمال استخدام شدن مراجع تاثیر دارد درمانگر باید با استفاده از تکنیک ایفای نقش به صورت تمرینی نحوه برقراری تماس تلفنی و یا مراجعه حضوری و بیان درخواست اشتغال خود را به مراجعش آموزش دهد. این تمرین باعث می‌شود تا مراجع نقاط ضعف و قوت خود را بهتر شناخته و بتوانند برخورد مناسب‌تری را با کارفرمایان احتمالی داشته باشد.

نحوه پر کردن فرم‌های استخدامی نیز یکی دیگر از مهارت‌هایی است که باید به مراجع آموزش داده شود. اکثر فرم‌های استخدامی شبیه به هم هستند و از این رو مراجع با آشنایی با چند نمونه فرم درخواست استخدام می‌تواند از پس پر کردن دیگر فرم‌های مشابه نیز به راحتی بربیاید.

مصاحبه

مصاحبه یکی از مهم‌ترین مراحل استخدام است. این مرحله نقش تاثیرگذاری در پذیرش و عدم پذیرش درخواست استخدام فرد متقاضی کار دارد. موفقیت در مصاحبه استخدامی به تحقیق، تمرین و پشتکار نیاز دارد. برای افزایش احتمال موفقیت در مصاحبه رعایت موارد زیر توسط مراجع ضروری است. از مراجع بخواهید تا:

- قبل از جلسه مصاحبه درباره کارفرما، سازمان، فعالیت‌ها، مسئول استخدام، الزامات و فرصت شغلی موجود تحقیق کند.
- پرسش‌های متداول در مصاحبه‌های استخدامی را مرور کرده و پاسخ آن‌ها را در ذهن خود آماده کند.
- لباس مناسب و رسمی بپوشد.
- وقت شناس باشد، آرامش خویش را حفظ کرده و حداقل ۱۵ دقیقه زودتر از زمان جلسه به محل مصاحبه برسد.

- در هنگام ورود به اتاق مصاحبه در زده و برای وارد شدن اجازه بگیرد. تا زمانی که به مراجع اجازه داده نشده او نباید بر روی صندلی بشیند.
- برخورد اولیه خوبی داشته و مودب بوده و با هر کسی که از در ورودی تا اتاق مصاحبه ملاقات می‌کنند برخورد گرمی داشته باشد.
- برای شروع صحبت از جانب مصاحبه‌گر منتظر بماند. بعضی از شرکت‌ها رفتار متقاضیان را در هنگام ورود و خروج از اتاق تحت نظر می‌گیرند. به عنوان مثال، شرکتی برای بررسی میزان مسئولیت‌پذیری و پیشگامی مراجعان چند تکه کاغذ مچاله شده را در مسیر آن‌ها قرار داد و از بین متقاضیان واجد شرایط کسانی را استخدام کرد که زباله‌ها را برداشته و داخل سطل زباله انداخته بودند.
- خودش باشد. پس از شروع مصاحبه همه چیز بستگی به کیفیت و چگونگی پاسخ دادن فرد به پرسش‌ها دارد. مراجع باید با خوش بینی، اعتماد به نفس و بدون حاشیه رفتن صحبت کنند.
- به زبان بدنش توجه داشته باشد. اگرچه مهم‌ترین مساله در مصاحبه شغلی ارایه پاسخ‌های درست است اما استفاده درست از زبان بدن نیز اهمیت زیادی دارد. مراجع باید با لبخند زدن، داشتن ارتباط چشمی، خوب گوش دادن و تایید سخنان طرف مقابل بر مقبولیت خود بیافزاید.
- پرسش‌های پخته و معقول را بر زبان بیاورد. نوع و پختگی پرسش‌هایی که مراجع در طول جلسه از کارفرمای احتمالی خود مطرح می‌کند در تصمیم‌گیری کارفرما اثرگذار است. بیان پرسش‌های منطقی و خردمندانه بسیار حایز اهمیت است از این رو مراجع باید پرسش‌های خود را قبل از مصاحبه آماده کرده و مواردی که ممکن است در طول مصاحبه پیش آید را به آن‌ها اضافه کند.
- مهارت‌هایش و ارزش افزوده‌ای که برای سازمان خواهد داشت را به خوبی بیان کند. برخی مصاحبه شغلی را به فروش اجناس به صورت تلفنی تشبیه می‌کنند که در آن متقاضیان فروشنده بوده و محصولی که به کارفرما ارایه می‌کنند، مهارت‌هایشان برای رفع نیازهای سازمان، حل مسایل و کمک به پیشرفت آن است.
- به صورت کلامی و از طریق ارسال ایمیل از زمان گذاشته شده برای جلسه مصاحبه قدردانی و تشکر نماید زیرا رعایت اصول اولیه ادب و احترام تاثیر زیادی در موفقیت متقاضیان استخدام دارد.
- در صورت عدم پذیرش در استخدام از طریق ارسال ایمیل از سازمان مورد نظر تشکر کرده و برای آن‌ها آرزوی خیر و موفقیت نماید. این کار مراجع شانس تماس برای فرصت‌های شغلی بعدی با او را بسیار افزایش می‌دهد.

مشاغل شخصی و کارآفرینی

کارآفرینی و مأموریت مراجع: کارآفرینی یعنی خدمت به دیگران. کارآفرینان موفق هدف اصلی زندگی خود را کمک به دیگران می‌دانند. افراد کارآفرین می‌دانند تنها با فروش خدمات و محصولات با کیفیت می‌توان به ثروت فراوان دست یافت. فردی که هدف غایی خود را ثروتمند شدن می‌داند باید با کمک به مشتریان و ایجاد وضعیت برد-برد در تلاش برای ارایه محصولات و یا خدمات مرغوب باشد.

کسانی که بعد از طراحی بوم کسب و کار، مسیر شغلی خود را داشتن مشاغل شخصی و کارآفرینی تشخیص داده‌اند باید اقدام به برداشتن قدم‌های زیر نمایند:

- حصول اطمینان از ارایه ارزش پیشنهادی درست به مشتریان. در صورتی که ایجاد کننده کسب و کار در یافتن نیاز مشتریان و ارزش پیشنهادی محصول و خدمات خود دچار خطا و اشتباه شده باشد کسب و کارش بدون شک دچار شکست خواهد شد.
- برآورد هزینه‌های مالی، منابع انسانی و فنی برای شروع کسب و کار.
- یافتن راه‌های گوناگون تامین سرمایه‌های مالی و منابع انسانی از طریق:
 - تامین هزینه‌ها توسط خود فرد (پس انداز شخصی)،
 - تامین هزینه توسط خرده درآمدهایی که توسط خود فرد می‌توانند تامین شوند،
 - تامین هزینه‌ها با قرض گرفتن از اعضای خانواده، اقوام و دوستان. پیشنهاد می‌شود به جای مقروض کردن خویش، افراد مشارکت کننده را با درصد سودی معقول در کسب و کارتان شریک نمایید. این اقدام باعث کاهش استرس شما شده و به شما کمک می‌کند تا به اصل کسب و کارتان بپردازید.
 - تامین هزینه از نهادهای حمایتی مثل سازمان بهزیستی، شورای هماهنگی مواد مخدر و خیرین. در حال حاضر قوانین الزام آوری وضع شده‌اند که سازمان‌های دولتی را ملزم به پرداخت وام‌هایی با سود کم برای حمایت از افراد در حال بهبودی می‌کنند.
 - تامین هزینه‌ها از طریق سرمایه‌گذاران و شتاب دهنده‌ها. مراجع برای دسترسی به این حامیان مالی می‌تواند به سایت‌های برکت و مارکت کارا مراجعه نماید. این حامیان معمولاً در شروع کسب و کارها با متقاضیان همراه شده و قراردادهایی مبنی بر شراکت در کسب و کارهای آن‌ها را منعقد می‌کنند.
- عقد قرارداد کاری با افراد متخصص. کسب و کارهایی که نیاز به نیروی انسانی دارای مهارت خاص (مثل برنامه‌نویسی، طراحی سایت و مهارت‌های فنی) دارند، می‌توانند با افراد دارای مهارت به صورت مشارکتی قرارداد نوشته و همکاریشان را به پیش ببرند.
- ساختن نمونه اولیه محصول،

- گرفتن پروانه‌های لازم و مجوز راه اندازی کسب و کارها. افراد با مراجعه به اتحادیه مرتبط با نوع کسب و کارشان می‌توانند در خصوص دریافت پروانه کسب اقدام نمایند.
 - گذراندن جلسه‌های آموزشی مرتبط با فعالیت و کسب و کار مورد نظر (مثل آشنایی با قوانین اداره مالیات، سازمان تامین اجتماعی، شهرداری، نیروی انتظامی و صنوف، مشتری‌مداری و دیگر نیازهای تخصصی و فنی مرتبط)،
 - کرایه مکان مناسب. مراجع در صورت اقدام برای راه اندازی مغازه جهت خرید و فروش و یا ارایه خدمات به مشتریان باید در انتخاب مکان مناسب دقت لازم را مبذول نماید.
 - ثبت داده و اطلاعات کسب و کار. ثبت کلیه اطلاعات مرتبط با کسب و کار (شامل اطلاعات مربوط به خرید و فروش و مشتریان) نقشی بسیار کلیدی و مهم را در ادامه و حیات و رونق کسب و کار ایفا می‌کند. این اطلاعات را می‌توان هم بصورت دستی و هم با بهره گرفتن از نرم افزارهایی (مانند مایکروسافت، اکسل، spass) ثبت کرد. هرچند برای تحلیل آسان و کامل‌تر داده‌ها استفاده از نرم افزارهای کامپیوتری ترجیح دارند.
- با توجه به شرایط اقتصادی و کمبود تقاضای نیروی کار از طرف فعالان اقتصادی در شرایط حاضر دست یافتن به شغل مورد انتظار برای افراد در حال بهبودی کمی دشوار است. در عین حال عدم فعالیت و بیکاری موجب رخوت، ایجاد احساس بیهودگی در فرد و افزایش اضطراب و افسردگی شده و می‌تواند باعث تسریع لغزش و عود مجدد مصرف مواد توسط فرد در حال بهبودی شود. برای کمک به مراجعان لازم است که درمانگر ضمن کمک به برنامه‌ریزی و حرکت دادن مراجع به سمت رسیدن به هدف شغلیش که با انجام تمرین‌های بیان شده در بخش اشتغال میسر می‌شود مراجع را قادر بسازد تا با داشتن اشتغال علاوه بر کسب درآمد، آشنایی بیشتری با مشتریان پیدا کرده، مهارت‌های خود را افزایش داده و شبکه اجتماعی را گسترش دهد و به این شکل از ورود سم بیکاری به روح و روان خویش اجتناب کند. در صورتی که دستیابی به شغل مورد نظر نیاز به زمان داشته و امکان اشتغال زود هنگام مراجع در آن وجود ندارد باید به او کمک شود تا با توجه به علاقه و توانمندی‌های خویش، مشاغل قابل دستیابی را شناسایی کرده و در آن حوزه‌ها مشغول فعالیت و کسب درآمد شود. به عنوان مثال فردی که قصد فعالیت در حوزه خدماتی رانندگی خودرو را داشته و فعلا شرایط لازم خرید خودرو را ندارد، می‌تواند با تهیه موتور سیکلت و نصب اپلیکیشن‌هایی مثل الو پیک و یا اسنپ بر روی گوشی همراهش به کار مشغول شده و برای خود کسب درآمد نماید. به این شکل او به تدریج می‌تواند به سمت رسیدن به هدف خویش یعنی تهیه خودرو و کار با آن حرکت کند. همچنین فردی که مایل است در فعالیت‌های تولیدی مثل تولید پوشاک فعالیت نموده و برای خود کارگاه خیاطی راه اندازی نماید، می‌تواند با مشغول شدن در تولیدی با توجه به توانمندی‌های فنی خویش ضمن شاغل شدن و کسب درآمد برای رسیدن به هدف خود یعنی راه اندازی تولیدی کوچک برنامه‌ریزی نماید.

در صورتی که علی‌رغم تلاش مراجع او نتواند شغل مناسبی را پیدا کند توصیه می‌شود که وی در مراکز درمانی، کاهش آسیب و دیگر نهادهای مشابه به صورت داوطلبانه به ارائه خدمت به هم‌نوعان خود مشغول شود تا ضمن بهره‌مندی از شرایط اقامت و زندگی در این مراکز با بالا رفتن زمان پاکی و کسب تجربه کاری به سمت دستیابی به شغلی پایدار گام بردارد.

خلاصه و نتیجه‌گیری

اشتغال عاملی موثر در بهزیستی افراد در حال بهبودی بوده و بیکاری به عنوان چالشی مهم می‌تواند زندگی آن‌ها را تحت تاثیر قرار دهد. داشتن شغلی مناسب به پایداری به درمان، ارتقا بهبودی و پیشگیری از عود کمک کرده و باعث خلق فرصتی برای تقویت مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های زندگی، افزایش عزت نفس و اعتماد به نفس، بهبود ارتباط‌های اجتماعی، افزایش انگیزه، امید به زندگی و در نهایت آگاهی فرد از سرمایه‌های وجودی خود می‌شود.

ایجاد اشتغالی پایدار و متناسب با توانمندی، علاقه و شخصیت افراد در حال بهبودی هدفی دست‌یافتنی بوده و تاثیر بسیار زیادی بر تثبیت و ارتقا بهبودی آن‌ها دارد. فرد در حال بهبودی نیاز دارد تا علاقمندی، توانمندی، مهارت، شخصیت و گذشته زندگی خود را با تلاش خویش و کمک اطرافیان بهتر شناخته و با تمرکز بر نقاط قوت خود و شناخت نیازهای بازار کار و مشتریان به سمت اشتغال در حرفه مطلوبش حرکت نماید. افراد در حال بهبودی برای یافتن شغل به حمایت و پشتیبانی جامعه نیاز دارند تا بتوانند با گرفتن مشاوره شغلی به جستجوی کار مورد علاقه خود بپردازند. این فصل که با بهره‌مندی از آخرین دستاوردهای حوزه اشتغال و کارآفرینی تدوین شده با لحاظ کردن شرایط و گذشته افراد در حال بهبودی و با تمرکز بر "نقاط قوت و داشته‌های آن‌ها" چگونگی رسیدن به اشتغالی پایدار را توضیح داده است.

درباره نویسنده: محمد جواد غفاری سیاوشانی دارای دکترای مدیریت کسب و کار و مدیر عامل جمعیت حمایت از بهبودیافتگان است. این سازمان در راستای کاهش آسیب و ارتقای سطح زندگی پناهندگان فعالیت می‌کند. ایشان به مدت ده سال است که در حوزه کاهش آسیب‌های اجتماعی فعالیت می‌کنند.

منابع

آلن، جیمز. (۲۰۰۶). انسان که انسان می‌اندیشد. ترجمه امیرحسین مکی. (۱۳۹۵). تهران: انتشارات آریاگهر.

باباییان، نغمه؛ معارف وند، معصومه و سمانه حسین زاده. (۱۳۹۵). بررسی اثر بخشی اشتغال در شبکه شغلی بهبودیافتگان بر ماندگاری مبتلایان به اختلال مصرف مواد در درمان. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۶۱-۵۱.

طراحی، محمدجواد؛ انصاری، حسین؛ حیدری، کاظم؛ شرهانی، اسعد؛ اکرمی، رحیم و کورش هلاکویی نایینی. (۱۳۹۲). بررسی دیدگاه کارشناسان ترک اعتیاد و معتادان خودمعرف مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر خرم آباد در مورد عوامل مرتبط با عود اعتیاد سال ۱۳۸۹. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۲ (۴): ۲۹۹-۳۰۸.

کاوی، استفان (2004). هفت عادت مردمان موثر. ترجمه گیتی خوشدل. (۱۳۷۵). تهران: انتشارات پیکان.

گالو، کارمین. (2010) رازهای خلاقیت استیو جابز. ترجمه نسرين یزدانفر. (۱۳۹۰). تهران: انتشارات گوهرشاد.

Kinder, D., G., & Galvan, S., E. (2006). *Lighting the torch: The kinder method of life planning*. Denver: FPA.

Zander, R., S. & Zander, B. (2002). *The art of possibility: Transforming professional and personal life*. UK: Penguin Books.

آموزش مدیریت مالی به افراد در حال بهبودی

آزاده بهرامجی

شما پس از مطالعه این فصل قادر خواهید بود تا:

- اهمیت و نقش آموزش مدیریت مالی را در جلوگیری از لغزش افراد در حال بهبودی بیان کنید؛ و
- مراحل گام به گام آموزش مدیریت مالی را به فرد در حال بهبودی بیان کرده و اجرا نمایید.

پرسش‌های کلیدی: چرا آموزش مدیریت مالی زندگی به افراد در حال بهبودی دارای اهمیت است؟ گام‌های آموزش مدیریت مالی به افراد در حال بهبودی چه هستند؟

واژگان کلیدی: مدیریت مالی، مدیریت پول و پس‌انداز.

مقدمه

اعتیاد بیمار پیچیده‌ای است که اکثر جنبه‌های زندگی فرد مصرف کننده را تحت تاثیر قرار داده و سیستم شناختی او را دچار اختلال می‌کند. آثار سومصرف مواد بر مغز و تغییر سیستم شناختی فرد درگیر با بیماری اعتیاد بلافاصله با قطع مصرف مواد مخدر از بین نمی‌روند. افراد در حال بهبودی برای ترمیم آسیب‌های ناشی از اعتیاد و ارتقا بهبودی خود نیاز به مجهز شدن به مهارت‌هایی دارند که به آن‌ها در از سرگیری مجدد زندگی عادی و بازگشت به جامعه کمک می‌کنند.

اعضا خانواده و جامعه اغلب پس از گذشت اندک زمانی از آغاز پاک‌ی از فرد در حال بهبودی توقع می‌کنند تا مسئولیت مالی زندگی خود را پذیرفته و بار آن را به دوش بکشد. این مسئولیت برای فردی که به تازگی سومصرف مواد را کنار گذاشته بسیار سخت و نفس‌گیر است. از طرفی او باید سبک زندگی بدون سومصرف مواد را از نو یاد گرفته و برای به دست گرفتن کنترل زندگیش عادت‌ها و روابط سالمی را با دیگران شکل دهد و از طرف دیگر باید با احساس شرم و تقصیر ناشی از ناکامی‌های گذشته‌اش کنار بیاید. فرد در حال بهبودی اغلب بعد از مواجهه با وضعیت واقعی مالی زندگی خود دچار استرس شدیدی شده (که این امر می‌تواند منجر به لغزش او شود)، احساس ناتوانی کرده و در به دست گرفتن زمام امور زندگیش دچار سردرگمی می‌شود. چنین فردی نمی‌داند که برای سر و سامان دادن به اوضاع مالیش باید کار را از کجا شروع کند. فرد در حال بهبودی نیاز به کسی دارد که به او تا زمان یادگیری و نهادینه شدن مهارت‌های مورد نیازش کمک کرده و در کنارش باقی بماند.

فرد در حال بهبودی برای این که بتواند کنترل امور زندگیش را به دست بگیرد نیاز به اشتغال دارد. اشتغال یکی از مهم‌ترین عوامل در حفظ پاکی فرد در حال بهبودی است. اشتغال باعث می‌شود که اعتماد به نفس فرد در حال بهبودی افزایش پیدا کرده، بدهی‌هایش پرداخت شده و او در مسیر رسیدن به اهدافش حرکت کند. اما اشتغال در صورت مجهز نبودن فرد به مهارت مدیریت پول می‌تواند مانند شمشیری دو لبه عمل کرده و باعث لغزش او بشود. دسترسی داشتن به پول و رسیدن به درآمد در فرد در حال بهبودی ایجاد احساس امنیت مالی کرده و می‌تواند به عنوان ماشه چکان^{۲۵۱} این فکر را در ذهنش تقویت کند که او با پولی که به دست آورده می‌تواند ماده مخدر مورد نظرش را به راحتی خریداری کند.

حتی اگر فرد در حال بهبودی بتواند با تکنیک‌هایی که آموخته در برابر وسوسه خرید مواد مقاومت کند، اما هنوز خطر دیگری پیش روی او قرار دارد. افراد با آغاز پاکی به عنوان قدم اول در روند بهبودی دیگر پول خود را صرف خرید مواد نمی‌کنند اما به دلیل این که تفکر "من هر آنچه می‌خواهم را باید همین الان به دست بیاورم" در ذهنشان نهادینه شده، آن‌ها اغلب پولشان را صرف امور غیر ضروری مانند خرید لباس، گوشی‌های موبایل گران قیمت، خالکوبی و غیره می‌کنند. در ذهن بسیاری از افراد مصرف کننده کسب درآمد و دسترسی به پول با خرید و تجربه حس خوب ناشی از مصرف مواد مرتبط است. از همین رو آن‌ها در زمان پاکی پولشان را صرف اموری کرده که به جای مصرف مواد تجربه لذتی مشابه آن را در ایشان ایجاد می‌کنند.

افراد در مراحل اولیه بهبودی خود اغلب در زمان حال زندگی کرده و آینده نگری بسیار کمی دارند. از همین رو، آن‌ها به دلیل سومدیریت پول‌هایشان دچار بی‌پولی، بالا آوردن بدهی و بعضاً بی‌خانمانی می‌شوند. این شرایط برای فرد در حال بهبودی به شدت استرس‌زا بوده و باعث می‌شود که او در به دست گرفتن کنترل زندگی خود احساس عجز، ناتوانی و ناامیدی کرده و به احتمال بسیار زیادی به سمت مصرف مجدد مواد گرایش پیدا کند.

از آنجا که اکثر افراد مصرف کننده مواد اغلب در دوران نوجوانی و اوایل جوانی به دام اعتیاد گرفتار آمده‌اند، متأسفانه فرصت کافی برای تمرین و یادگیری مهارت مدیریت درآمد و پول حاصل از آن را نداشته و به آن مجهز نیستند. از طرف دیگر چون اعتیاد باعث آسیب وارد شدن به سیستم شناختی مغز افراد می‌شود، حتی کسانی که در گذشته نیز به مهارت مدیریت پول مجهز بوده‌اند با شدت گرفتن اعتیادشان مهارت به تعویق انداختن لذت و خواسته‌های خود را برای به دست آوردن چیزی با ارزش‌تر^{۲۵۲} به تدریج از دست داده‌اند. به دلیل سال‌های طولانی مصرف، ذهن این افراد آن‌ها را به صورت ناخودآگاه به سمت کسب لذت‌های آنی سوق می‌دهد. با قطع مصرف مواد مهارت‌هایی که فرد

^{۲۵۱} trigger

^{۲۵۲} delayed gratification

در حال بهبودی در گذشته به آن‌ها مجهز بوده خود به خود در وی فعال نشده و او نیاز دارد تا این مهارت‌ها را مجدداً کسب کند. از این رو آموزش مهارت مدیریت مالی و پول و قرار دادن آن در برنامه‌های درمانی و توانمندسازی توصیه می‌شود.

آموزش گام به گام مدیریت مالی به فرد در حال بهبودی

قدم اول: مواجهه با واقعیت

هرچند مواجهه با واقعیت می‌تواند برای فرد در حال بهبودی تجربه دردناکی باشد اما او برای آن که بتواند به اوضاع مالی خود سر و سامانی داده و وضعیت اقتصادی‌اش را مدیریت کند باید تصویر شفافی از وضعیت موجود مالی خود داشته باشد. به عنوان مربی بهبودی از مراجع خود بخواهید که به پرسش‌های زیر به صورت شفاف و دقیقی پاسخ دهد:

میزان دقیق اموال و دارایی‌های فعلی شما چقدر است؟ این اموال و دارایی‌ها شامل تمام پول‌های نقد، حساب‌های بانکی و اموالی بوده که به نام فرد هستند. فرد در حال بهبودی تنها مجاز به یادداشت کردن اموال و دارایی‌هایی است که اجازه تصمیم‌گیری برای خرید، فروش یا هزینه کردن آن‌ها را دارد. مثلاً اگر موتور یا وسیله نقلیه مورد نظر او متعلق به همسر و یا پسرش بوده و تنها به صورت امانت در اختیار وی قرار گرفته او نباید از آن به عنوان اموال و دارایی‌های خود نام ببرد.

میزان درآمد ماهیانه شما چقدر است؟ همه درآمدهای ماهیانه شامل حقوق، خرجی، پول توجیبی و غیره باید فهرست شوند.

میزان بدهی‌های شما چقدر است؟ کلیه بدهی‌های فرد حتی مواردی که مقادیرشان بسیار کم و ناچیز هستند نیز باید فهرست شوند.

اعضا تیم خدمات رسان می‌توانند به مراجع کمک کنند تا جدول‌هایی مشابه آنچه در ادامه آمده است را در دفتری ترسیم کرده و اقدام به پر کردن آن‌ها نمایند.

لیست اموال و دارایی‌ها		
ردیف	مال و دارایی	مبلغ / ارزش
۱	پول نقد در خانه	
۲	پس انداز در بانک	
۳	طلا و سکه	
جمع کل		

جدول درآمد ماهانه		
مبلغ	محل درآمد	ردیف
	حقوق ماهیانه	۱
	خرجی ماهیانه	۲
	اجاره مغازه	۳
		جمع کل

جدول بدهی‌ها		
مبلغ	نوع بدهی	ردیف
	بدهی به آقای...	۱
	قسط عقب افتاده وام	۲
	بدهی به صندوق قرعه کشی	۳
		جمع کل

قدم دوم: ثبت هزینه‌ها

افراد در ماه‌های اول بهبودی نیاز دارند تا تصویری واقعی از شیوه هزینه کرد درآمد خود داشته باشند. این کار به آن‌ها کمک می‌کند تا دریابند که پول‌های خود را در طول روز، هفته و ماه چگونه هزینه کرده و آن‌ها را عمدتاً صرف چه اموری می‌کنند.

از فرد در حال بهبودی بخواهید که به مدت یک ماه در دفترچه‌ای کلیه هزینه‌های زندگی خود را یادداشت کند. کلیه هزینه‌ها حتی موارد بسیار ناچیز مانند خرید آدامس و کبریت نیز باید فهرست و ثبت شوند. در حال حاضر اپلیکیشن‌هایی به زبان فارسی و مناسب گوشی‌های هوشمند به همین منظور طراحی و به صورت رایگان به بازار عرضه شده که می‌توانند برای این منظور مناسب باشند.

پس از پایان ماه به فرد در حال بهبودی کمک کنید تا به بررسی هزینه‌های زندگیش پرداخته و دریابد که درآمدش را چطور و به چه میزان خرج کرده است.

جدول هزینه‌های ماهانه		
ردیف	مورد هزینه	مبلغ
۱	مسکن	
۲	حمل و نقل	
۳	پوشاک	
جمع کل		

قدم سوم: الویت‌بندی

ذهن فرد مصرف کننده به دنبال لذت‌های آنی است. حتی زمانی که فرد مصرف خود را قطع می‌کند ذهن او همچنان به روال گذشته خود عمل کرده و او را به سمت انجام هزینه‌هایی سوق می‌دهد که منجر به تجربه لذت‌های آنی در او می‌شوند. فرد در حال بهبودی باید یاد بگیرد تا بین خواسته‌ها و نیازهایش تفاوت گذاشته و برای بهبود شرایطش فداکاری کند. این بدان معنی است که او باید خواسته‌های غیر ضروری را فدای مرتفع ساختن نیازهای ضروریش بکند.

شما باید به فرد در حال بهبودی کمک کنید تا بتواند هزینه‌های ماهیانه خود را بر اساس سطح درآمدش الویت‌بندی کند. او برای الویت‌بندی هزینه‌های زندگی خود باید از دفتر هزینه‌های ماهیانه که در تمرین قبلی آن را تهیه کرده استفاده کند. وی باید با دادن عدد یک تا پنج به هر هزینه آن را الویت‌بندی نماید. به هزینه‌ای که بیش‌ترین الویت را در زندگی فرد در حال بهبودی دارد عدد پنج و به هزینه‌ای که کم‌ترین الویت را برای او دارد عدد یک تعلق می‌گیرد. برای مثال احتمالا برای فرد در حال بهبودی که به تازگی مصرف خود را قطع کرده خرید سیگار در الویت پنج قرار خواهد داشت اما درست کردن دندان‌هایش ممکن است در الویت دو یا سه باشد. شما حق ندارید نظر خود را به فرد در حال بهبودی تحمیل کنید. شما فقط می‌توانید با پرسیدن پرسش‌های مناسب او را به سمت الویت‌بندی درست هدایت کنید.

مراجع برای الویت‌بندی هزینه‌هایش می‌تواند از جدولی که در ادامه آمده استفاده کند.

جدول الویت‌بندی هزینه‌های غذایی		
مورد هزینه	مبلغ	الویت
سیگار	۱۵۰,۰۰۰ تومان	۵
نوشابه	۱۰۰,۰۰۰ تومان	۳
درست کردن دندان	۵۰۰,۰۰۰ تومان	۲

اگر هزینه‌ای در طی یک ماه چندین بار تکرار می‌شود نیازی نیست که مراجع آن مورد را چندین بار یادداشت کند. او باید عنوان آن هزینه را فقط یک‌بار یادداشت کرده و میزان کل مبلغی که در ماه برای آن صرف کرده است را در جلوی آن یادداشت نماید. مثلاً اگر او در طول یک ماه ده بار نوشابه خریده است کافیست که یک‌بار عنوان نوشابه را درج کرده و کل مبلغی که برای خرید آن ده نوشابه در طول ماه پرداخت کرده را در مقابل آن یادداشت کند.

به مراجع یادآوری کنید مواردی که مبلغ آن‌ها نسبت به بقیه هزینه‌ها بیش‌تر هستند الزاماً الویت بالاتری در زندگی او ندارند. مثلاً هزینه خرید کاندوم ممکن است از هزینه خرید شارژ اینترنت برای موبایل کم‌تر باشد ولی الویت و اهمیت آن بسیار بیش‌تر است.

بعد از اتمام الویت‌بندی هزینه‌های زندگی نوبت به سرو سامان دادن به وضعیت بدهی‌های فرد در حال بهبودی می‌رسد. مراجع باید در جدولی مشابه آنچه در ادامه آمده تمام بدهی‌های خود را بر اساس اهمیت تسویه کردن آن‌ها با دادن عدد یک تا پنج الویت‌بندی کند. به بدهی که باز پرداخت آن بیش‌ترین الویت را دارد عدد پنج و به بدهی که تسویه کردن آن کم‌ترین الویت را دارد عدد یک تعلق می‌گیرد.

جدول الویت بازپرداخت بدهی‌ها		
مورد بدهی	مبلغ	الویت
اجاره عقب افتاده	۱،۰۰۰،۰۰۰ تومان	۵
قبض تلفن پرداخت نشده	۳۰۰،۰۰۰ تومان	۱
بدهی به آقای	۱۵۰،۰۰۰ تومان	۳

قدم چهارم: بودجه‌بندی

از آنجایی که درآمد مراجع محدود بوده او چاره‌ای جز کم کردن هزینه‌های زندگی خود ندارد. حال که فرد در حال بهبودی هزینه‌های زندگی، میزان بدهی و الویت‌های تامین نیازها و بازپرداخت بدهی‌هایش را می‌داند باید بر اساس درآمد ماهیانه خود سقف مشخص و معقولی را به هر دسته هزینه (مسکن، خوراک، آموزش، هزینه‌های پزشکی و ...) اختصاص دهد.

مراجع با استفاده از جدولی که در ادامه آمده می‌تواند برای هر گروه هزینه، سقف هزینه کرد مشخصی را تعیین کند. او باید برای بازپرداخت بدهی‌هایش نیز به صورت ماهانه مبالغی را مشخص کند.

سقف هزینه‌ها	
مورد هزینه	سقف مبلغ تعیین شده
اجاره	
آموزش	
خوراک	
درمان	
باز پرداخت بدهی‌ها	
مورد بدهی	مبلغ بازپرداخت ماهانه
اقساط عقب افتاده وام	

شما باید به فرد در حال بهبودی کمک کنید تا تخمینی نزدیک به واقعیت از هزینه‌هایش داشته و سقف معقولی را برای برطرف کردن نیازهایش در نظر بگیرد. فرد در حال بهبودی باید هر ماه هزینه‌ای هر چند مختصر را نیز به برنامه‌های تفریحی خود اختصاص دهد (مثل خرید بلیط سینما).

در این بخش شما می‌توانید از فرد در حال بهبودی بخواهید تا هزینه‌های غیرضروری زندگیش را شناسایی کرده و برای حذف و یا کم کردن آن‌ها راه کارهایی را ارایه دهد. برای مثال فرد در حال بهبودی که نیاز به معاشرت کردن با دوستانش دارد می‌تواند به جای صرف غذا با آن‌ها در رستوران، خودش برای ایشان آشپزی کرده و در خانه خود زمانی را در کنار دوستانش سپری کند.

توجه داشته باشید که فرد در حال بهبودی خودش باید تصمیم بگیرد که چه هزینه‌هایی را حذف یا کم بکند. شما فقط می‌توانید از طریق بیان پرسش‌های موثر او را به سمت گرفتن تصمیم‌های درست هدایت کنید.

قدم پنجم: برنامه‌ریزی برای پس‌انداز

کم‌تر کسی در دنیا وجود دارد که از پس‌انداز کردن پول‌هایش لذت ببرد. انسان ذاتاً موجودی لذت‌گرا بوده و دوست دارد پولی را که با سختی به دست می‌آورد خرج رفاه، آسایش و لذت خود بکند. تمرین و یادگیری پس‌انداز درست به اندازه پرداخت بدهی‌ها و مدیریت دخل و خرج روزانه در زندگی فرد در حال بهبودی دارای اهمیت است. پس‌انداز کردن برای فرد در حال بهبودی کار لذت‌بخشی نیست اما داشتن پول بی‌برنامه هم می‌تواند او را برای خرید مواد و شروع مجدد مصرف ترغیب کند. فرد در حال

بهبودی برای ترغیب خود به پس انداز کردن بخشی از درآمدش باید برای خود اهداف کوتاه مدت مالی را تعیین کند. با ادامه روند پاکی هدف گذاری های فرد نیز بزرگ تر می شوند.

شما باید به فرد در حال بهبودی کمک کنید تا هدف مالی مشخصی را برای خود تعیین کند. ترجیحا بهتر است که برای شروع کار مراجع اهدافی را برای خود مشخص کند که ظرف چند هفته و نهایتا چند ماه قابل تحقق باشند. اهداف مراجع باید مشخص، واقع گرایانه، قابل دسترسی، قابل اندازه گیری، انگیزه بخش و دارای بازه زمان مشخصی برای رسیدن به آنها باشند.

شما باید به کمک فرد در حال بهبودی مبلغ پس انداز مشخصی را به صورت روزانه، هفتگی یا ماهانه تعیین کنید. این خود فرد است که تصمیم می گیرد هر ماه چه مبلغی را پس انداز کند. وظیفه شما تنها کمک به مراجع است تا دریابد که آیا مبلغ تعیین شده توسط او معقول و قابل پس انداز است یا خیر. این مبلغ نباید بیش از حد کم و یا زیاد باشد.

نکته بسیار مهم در پس انداز تصمیم گیری در مورد محل نگه داشتن پول های پس انداز شده فرد در حال بهبودی است. فرد در حال بهبودی نباید پول پس اندازش را نزد خود نگه دارد. بهترین جا برای نگهداری پول در بانک است اما برخی از افراد در حال بهبودی به دلیل نداشتن کارت شناسایی قادر به بازگشایی حساب بانکی نیستند. شما به کمک استفاده از تکنیک بارش فکری می توانید به مراجع کمک کرده تا مکان هایی که می تواند پولش را در آنها به دور از خود نگه دارد را شناسایی کند.

فرد در حال بهبودی بعد از تعیین محل نگهداری پس اندازش باید برای استفاده ضروری از پول پس اندازش قوانینی را تعیین کند. مثلا پول پس انداز شده فقط می تواند در شرایط ضروری صرف انجام امور واجب پزشکی و درمانی شود.

قدم ششم: نظم مالی

انسان موجود فراموش کاری بوده و زیاد پیش می آید که برنامه ها و تصمیم های خود را فراموش کرده و یا به تعویق بیندازد. سروسامان دادن به وضعیت مالی نیازمند نظم و انضباط، انجام به موقع تعهدها و پایبندی به برنامه ریزی های مالی صورت گرفته است. پرداخت به موقع هزینه ها و بدهی ها از دو جهت دارای اهمیت است. اول این که پرداخت به موقع قبوض، بدهی و وام ها باعث می شود تا به فرد جریمه دیرکرد تعلق نگیرد. دوم آن که پرداخت به موقع بدهی ها باعث می شود تا اعتبار فرد در حال بهبودی در نزد مردم و اطرافیان شان افزایش پیدا کرده و اعتماد از دست رفته دیگران به او مجددا احیا شود.

افراد در مراحل اولیه بهبودی خود برای آن که بتوانند بدهی ها و هزینه های خود را به موقع پرداخته و به تعهداتشان عمل کنند نیاز به کمک دارند. آنها برای این که بتوانند بر اساس برنامه ریزی های مالی خود حرکت کنند باید تاریخ مشخصی را برای پرداخت هزینه های ماهیانه تکرار شونده مانند قبض ها،

اجاره، بدهی‌ها و غیره تعیین کنند. برای این کار آن‌ها می‌توانند بر روی تقویم دیواری تاریخ‌های تعیین شده‌ای را علامت‌گذاری کرده یا به کمک اپلیکیشن‌های مختلف بر روی گوشی تلفن همراهشان، یادآور تاریخ پرداخت بگذارند. افراد در حال بهبودی حتی می‌توانند از بانک خود بخواهند تا در سررسیدهای مشخص قسط‌ها، قبض‌ها و بدهی‌هایش را به صورت خودکار از حسابشان کسر کند.

قدم هفتم: ارزیابی موفقیت هفتگی/ماهانه

بسته به زمانی که در اختیار دارید به صورت هفتگی یا ماهانه برای بررسی وضعیت مالی فرد در حال بهبودی با وی جلسه گذاشته و موارد زیر را با او بررسی کنید.

- میزان موفقیت فرد در حال بهبودی در پایبندی به بودجه تعیین شده و عدم تجاوز از سقف آن،
- میزان موفقیت فرد در حال بهبودی در پس‌انداز مبلغ تعیین شده،
- میزان موفقیت فرد در حال بهبودی در پرداخت به موقع اقساط، قبوض، اجاره و دیگر بدهی‌هایش، (اگر فرد موفق به پرداخت به موقع هزینه‌ها و بدهی‌های خود نشده باید یک قدم به عقب برگشته و آن مبالغ را به بدهی‌های خود اضافه کند).
- سطح افزایش درآمد فرد، و
- امکان افزایش مبلغ پس‌انداز.

در طول جلسه‌ها از فرد در حال بهبودی بخواهید تا برای حل چالش‌هایی که بر سر راه پایبندی به تعهداتش قرار دارد راهکارهایی را ارایه داده و برنامه‌ریزی کند. دقت داشته باشید که جلسه‌های بررسی وضعیت مالی مراجع نباید حالت محاکمه به خود بگیرند. شما تنها باید به فرد در حال بهبودی کمک کنید تا موانعی که او را از مدیریت صحیح پول‌هایش باز می‌دارد، شناسایی کرده و برای رفع آن‌ها برنامه‌ریزی نماید. شما والد، همسر، معلم و یا رییس فرد در حال بهبودی نبوده و حق توبیخ کردن او را ندارید.

افراد در حال بهبودی باید انضباط مالی را یاد گرفته و نباید برای مدیریت مالی زندگیشان تا مدت طولانی به دیگران متکی باشند. از همین رو آن‌ها باید هفت قدم ذکر شده را خودشان به تنهایی برداشته و آن‌ها را به کمک شما تمرین کنند. حتی اگر فرد در انجام قدم‌ها و یا الویت‌بندی‌های خود اشتباه می‌کند تا زمانی که این امر تهدیدی جدی برایش نبوده به او فرصت خطا کردن و یادگیری از اشتباهاتش را بدهید. به یاد داشته باشید خطا کردن بخشی از روند یادگیری است و افراد در حال بهبودی از خطاهای خود درس‌های زیادی یاد می‌گیرند.

دقت کنید که شما در هیچ مرحله‌ای از قدم‌های توضیح داده شده حق تحمیل نظر خود را به فرد در حال بهبودی ندارید زیرا او در نهایت کاری که از نظر خودش درست بوده و الویت دارد را انجام خواهد

داد. شما فقط می‌توانید از طریق بیان پرسش‌های موثر و هدفمند او را به سمت گرفتن تصمیم‌های درست هدایت کنید.

چند نکته کلیدی

هرچند گام‌های بالا بسیار ابتدایی بوده و ساده به نظر می‌رسند اما افراد در ماه‌های اولیه بهبودی خود به سختی می‌توانند به توافقاتی که با شما در زمینه هزینه کرد درآمد خود و پس‌انداز کرده پایبند باقی بمانند. در اوایل دوران بهبودی بسیار پیش می‌آید که افراد به تعهدات خود پایبند نبوده و از آن‌ها تخطی کنند. افراد در حال بهبودی در دوران مصرف خود یاد گرفته‌اند که در لحظه زندگی کنند زیرا آن‌ها هیچ‌گاه نمی‌دانستند که فردا ممکن بود چه اتفاقی را برایشان رقم بزند. از همین رو فکر کردن به آینده و برنامه‌ریزی برای کسانی که در ماه‌های اولیه پاکی خود هستند کار دشواری است. کار با فرد در حال بهبودی نیاز به صبوری فراوانی دارد. شما باید قدم‌های توضیح داده شده در بالا را آنقدر با مراجع خود تکرار کنید تا مهارت مدیریت مالی و هزینه‌کرد پول کم کم در او نهادینه شود.

نکات آمده در ادامه می‌تواند میزان موفقیت فرد را در مدیریت صحیح هزینه‌کرد پول‌هایش افزایش دهد:

باز کردن حساب بانکی

دسترسی داشتن به پول نقد برای فرد در حال بهبودی بسیار وسوسه‌انگیز است. به فرد در حال بهبودی کمک کنید تا حسابی را در بانک باز کرده و پول نقد اضافی و یا پس‌انداز هفتگی/ماهانه‌اش را در آن قرار دهد تا از این طریق پول‌های نقدش را از خود دور نگه دارد. اگر باز کردن حساب بانکی برای فرد در حال بهبودی مقدور نیست (به دلیل نداشتن کارت شناسایی یا توقیف حساب‌هایش به علت بدهی) از او بخواهید که پولش را نزد فردی مطمئن نگه داشته و تنها به اندازه نیازش از او خرجی بگیرد. فرد در حال بهبودی باید کسی را برای نگه داشتن پول‌هایش انتخاب کند که علاوه بر داشتن اعتماد به او با وی رابطه سالم و شفاف داشته و ترجیحاً به او در مورد نحوه هزینه کردن پول‌هایش پاسخگو باشد.

شما به عنوان مشاور، درمانگر و یا راهنمای فرد در حال بهبودی به هیچ وجه حق ندارید که با او وارد تعامل‌های مالی شده و پول‌هایش را نزد خود نگه دارید.

عدم استفاده از کارت بانکی و اینترنت بانک

اگرچه این روزها استفاده از کارت بانکی و اینترنت بانک برای پرداخت هزینه‌ها و خرید کردن بسیار رایج است اما استفاده از این کارت‌ها و قابلیت خرید اینترنتی برای افرادی که در مراحل اولیه بهبودی هستند می‌تواند خطرناک باشد. افراد در مراحل اولیه بهبودی بسیار احساسی عمل کرده و ممکن است با استفاده بدون فکر از موجودی کارت بانکی‌شان، بخش زیادی از پول حساب بانکی خود را برای

انجام هزینه‌ای غیر ضروری خرج کنند. زمانی که فرد مجبور می‌شود جهت گرفتن پول نقد برای انجام هزینه‌ای به بانک یا فرد امین خود مراجعه کند برای خود زمان خریده و بیش‌تر می‌تواند در مورد واجب و ضروری بودن هزینه مورد نظرش با خود فکر و اندیشه کند. همین به تعویق افتادن چند ساعته باعث می‌شود که افراد از انجام هزینه‌های غیر ضروری منصرف بشوند.

اگر فرد در حال بهبودی به استفاده از کارت بانکی اصرار دارد از او بخواهید که به بانک رفته و میزان پولی که می‌تواند به صورت روزانه از حساب خود خارج نماید را محدود کند. همچنین بهتر است فرد در حال بهبودی شماره تلفن فردی که به او از لحاظ مالی پاسخگو است را به بانک بدهد تا هر هزینه‌ای که او از طریق کارت بانکی به انجام می‌رساند به آن فرد پیامک شود. این کار باعث می‌شود که آن فرد در صورت تجاوز از سقف هزینه‌های روزانه تعیین شده بتواند به فرد در حال بهبودی هشدار دهد.

خلاصه و نتیجه‌گیری

آموزش مدیریت مالی یا مدیریت پول برای کسانی که در مراحل اولیه بهبودی خود هستند تکنیک پیش‌گیری از لغزش به شمار می‌آید. این مهارت به فرد در حال بهبودی کمک می‌کند تا از پس هزینه‌های زندگیش برآمده، بدهی‌هایش را پرداخته، به کمک داشتن پس‌انداز برای مواجهه با هزینه‌های پیش‌بینی نشده زندگی آماده شده و در نتیجه استرس کم‌تری را (که خود می‌تواند عامل مهمی در لغزش او باشد) تحمل کند. البته یادگیری و نهادینه شدن این مهارت زمان‌بر بوده و نیاز به تمرین بسیار توسط فرد در حال بهبودی و صبوری اعضا تیم خدمات‌رسان دارد.

درباره نویسنده: آزاد بهرامجی دانشجوی دکترای مطالعات بین فرهنگی و دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد رشته توسعه از دانشگاه ایسترن کالج استرالیا است. او از سال ۱۳۸۶ به عنوان فعال توسعه اجتماعی و کارشناس توانمندسازی اقشار آسیب‌پذیر در نهادهای داخلی و سازمان‌های مردم نهاد بین‌المللی مشغول به فعالیت است. ایشان تالیف نه کتاب در زمینه توانمندسازی را در کارنامه کاری خود دارد.

منابع

بهرامجی، آزاده (۱۳۹۸). *آموزش گام به گام راه‌اندازی و مدیریت کسب و کارهای خانگی*. تهران: نشر آواژ.

بهرامجی، آزاده (۱۳۹۹). *مربیگری موفق: اصول و تکنیک‌ها*. تهران: نشر آواژ.

سرپناه برای افراد در حال بهبودی

محمد جواد غفاری سیاوشانی و مدینه قاسمی

شما پس از مطالعه این فصل قادر خواهید بود تا:

- سرپناه را تعریف کنید؛
- عوامل اصلی بی‌خانمانی و پیامدهای آن را توضیح دهید؛ و
- انواع سرپناه برای اقامت افراد بی‌خانمان را نام برده و هر کدام از آن‌ها را توضیح دهید.

پرسش‌های کلیدی: چگونه می‌توان معضل بی‌خانمانی افراد در حال بهبودی را حل کرد؟ عناصر کلیدی در سرپناه یافتن افراد در حال بهبودی چه هستند؟

واژگان کلیدی: سرپناه، بی‌خانمانی، شلتر و افراد در حال بهبودی.

مقدمه

جوامع شهری معمولاً با مشکل‌ها و آسیب‌های گوناگونی از جمله بی‌خانمانی مواجه‌اند. بی‌خانمانی یکی از مسایل و مشکل‌هایی است که در اکثر جوامع و کشورها فارغ از سطح توسعه‌یافتگی آن‌ها وجود دارد.

بی‌سرپناهی عریان‌ترین شکل فقر است که همیشه مقابل چشم مردم جامعه قرار دارد. فقدان سرپناه مساله اجتماعی چند وجهی، پیچیده و نتیجه نوعی گسست فرد از محیط و اجتماع پیرامون خود است. عوامل اجتماعی و ساختاری مهم‌ترین عوامل فقدان سرپناه و بی‌خانمانی هستند. در پیدایش کارتن خوابی در سطح جامعه عواملی چون فقر، شرایط اقتصادی (نظیر بیکاری)، عدم دسترسی به مسکن مناسب برای اقشار کم درآمد و ناکارآمدی نظام رفاه اجتماعی به عنوان عوامل اصلی کارتن خوابی شناسایی شده‌اند.

از دیدگاه ساختاری فقدان سرپناه ریشه در مشکل‌های مربوط به بازارهای مسکن، کار و رفاه عمومی داشته و از این رو برای حل این مشکل نباید تنها بر مقوله‌های فردی یا روانی سومصرف مواد و بیماری‌های روانی افراد بی‌سرپناه تاکید کرد. در پاسخ به مشکل بی‌سرپناهی باید به عوامل ریشه‌ای آن در ساختارهای اجتماعی مثل فقر پایدار، شرایط اقتصادی، سطح پایین مزایای رفاهی یا عدم دسترسی به واحدهای مسکونی مناسب نیز توجه نمود. از جمله پیامدهایی که افراد بی‌سرپناه با آن‌ها

دست به گریبان هستند ابتلا به انواع بیماری‌های جسمی و عفونی، اعتیاد، تکدی‌گری، تن فروشی، تجاوز و سرقت است.

یکی از نیازهای ضروری افراد و خانواده‌ها دسترسی به رفاه اقتصادی-اجتماعی و داشتن سرپناه و مسکن مناسب است؛ یعنی محلی که فرد و یا خانواده او بتوانند به واسطه آن بخشی از آرامش و آسایش ذهنی و روانی خود را تامین کرده و در سایه آن به کارکردهای مطلوب و ارزشمند خود دست یابند.

اعتیاد به مواد مخدر یکی از مهم‌ترین مشکل‌های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی است که عوارض ناشی از آن تهدیدی جدی برای جامعه بشری محسوب شده و موجب بروز آسیب‌های اجتماعی در بعدهای مختلف می‌شود. وقتی در مورد فرد در حال بهبودی صحبت می‌کنیم باید تمام جوانب داشتن زندگی سالمی را برای او در نظر بگیریم. همانطور که هر انسانی برای بقا و زندگی خود به نیازهای اولیه‌ای همچون خوراک، پوشاک و سرپناه نیاز دارد فرد در حال بهبودی نیز به داشتن شغل و منبع درآمدی برای تامین مایحتاج زندگی و داشتن سرپناهی برای استراحت، دوری از استرس و جلوگیری از لغزش نیاز دارد.

سرپناه یا خانه امن فرصتی برای کاهش آسیب‌های اجتماعی است تا زنان، دختران و حتی مردانی که از سوی خانواده، نزدیکان، اطرافیان، والدین، همسر یا فرزندان دچار نوعی آسیب شده و یا از جامعه طرد شده‌اند دوباره به زندگی عادی بازگردانده شوند. خانه‌های امن برای کسانی که در معرض آسیب‌هایی همچون اعتیاد، فساد اخلاقی، شبکه‌های قاچاق و باندهای مختلف بوده می‌توانند راهکاری کوتاه مدت و تا حدی اثربخش بوده و زمینه را برای رسیدن به راهکارهایی بلند مدت فراهم کنند چرا که فقدان سرپناه می‌تواند سرآغازی برای افزایش و تشدید آسیب‌های اجتماعی دیگر باشد.

خانه‌های امن مکان‌های ایمنی برای پناه گرفتن زنان، دختران و حتی مردان در معرض آسیب، آسیب‌دیده اجتماعی و در معرض خطر بوده که درگیر مشکل‌هایی همچون خشونت خانگی، مزاحمت و یا فرار از قانون هستند. در این خانه‌ها بدون دریافت هیچ هزینه‌ای و به صورت رایگان خدمات روان‌شناسی، مشاوره‌ای و اقامتی به افراد ارائه می‌شود. البته مفهوم خانه امن در تعریف قضایی لایحه تامین امنیت زنان کاملاً با مفهومی که از شلتر یا سرپناه در غرب استنباط می‌شود متفاوت است (رضوانی و غنی زاده بافقی، ۱۳۹۸).

سرپناه‌های کاهش آسیب با هدف کاهش مشکل‌های مرتبط با اعتیاد، کاهش آسیب و آموزش به وجود آمده و اقامتگاه‌هایی شبانه محسوب می‌شوند که در پاسخ به بی‌خانمانی افراد مصرف کننده فعالیت می‌کنند.

از آنجایی که بی‌سرپناهی در میان مردان نسبت به زنان رایج‌تر است، استراتژی‌های پیشگیری و فراهم کردن خدمات مربوط به بی‌خانمانی نیز بیش‌تر بر مردان تمرکز دارد درحالی که آسیب‌پذیری و مشکل‌های زنان بسیار بیش‌تر بوده و نیازمند توجه جدی‌تری است. اگرچه امکان لغزش در مردان در حال بهبودی فاقد سرپناه بسیار بالاست ولی زنان در حال بهبودی که از داشتن سرپناه محروم هستند در قیاس با مردان آسیب‌پذیرتر بوده و احتمال آسیب‌پذیری و لغزش ایشان به مراتب بالاتر است. راهکارهایی که در کشور ایران برای بی‌خانمان‌ها در نظر گرفته شده اغلب به صورت موقتی بوده در حالی که آسیب‌های اجتماعی نیازمند راهکارهای جدی، بلندمدت و دایمی هستند.

افراد در حال بهبودی که در خانه‌های امن اسکان داده می‌شوند حمایتی از جانب خانواده‌هایشان دریافت نکرده و نیاز دارند تا از خدمات رایگانی همچون خدمات آموزشی، بهداشتی و حمایتی بهره‌مند گردند. افراد بی‌خانمان اغلب نیازهای پیچیده‌ای دارند که نیازمند حمایت و دریافت خدمات اجتماعی است مخصوصاً در ارتباط با مشکل‌های مرتبط با بیماری‌های روانی، افکار خودکشی، استرس و خشونت‌های خانگی. مددکاران اجتماعی با ارائه اطلاعات درباره حمایت‌های اجتماعی و دولتی موجود و دادن مشاوره‌هایی کوتاه مدت برای حل مشکل‌های فردی و خانوادگی به افراد در حال بهبودی بی‌خانمان کمک می‌کنند (علی‌وردی نیا، ۱۳۹۵).

سرپناه‌ها بایستی استانداردهای حداقلی را دارا باشند تا خود تبدیل به مشکل دیگری برای فرد در حال بهبودی نشوند. تعیین این استانداردها بر عهده سازمان بهزیستی است. بخش خصوصی و گروه‌های مردم نهاد که اداره پناهگاه‌ها به آن‌ها سپرده شده باید از این استانداردها پیروی کنند. ارائه خدمات پس از خروج افراد از این مراکز صرفاً برعهده سازمان بهزیستی و سازمان‌های مردم نهاد نبوده و نهادهایی مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، وزارت کار و رفاه اجتماعی و به ویژه شهرداری باید در ارائه خدمات مورد نیاز با سازمان بهزیستی و سازمان‌های مردم نهاد همکاری نمایند.

با توجه به اهمیت آسیب‌های اجتماعی و روند رو به رشد آن‌ها در شهرهای بزرگ و خصوصاً کلان شهرها، مداخله در امور آسیب‌های اجتماعی نیاز به جامع‌نگری دارد. این مداخله‌ها باید دربرگیرنده فعالیت‌هایی در سطوح مختلف پیشگیری، کاهش آسیب، درمان و توانمندسازی باشند.

سرپناه‌های مورد استفاده افراد در حال بهبودی در ایران شامل موارد زیر هستند:

خانواده نسبی: افراد در حال بهبودی معمولاً با مشکل بی‌خانمانی و طرد شدن از سوی خانواده مواجه هستند. پس از مراجعه افراد در حال بهبودی به مراکز درمانی برای یافتن سرپناه، مددکاران اجتماعی سعی می‌کنند با ایجاد ارتباط با خانواده فرد در حال بهبودی و آماده سازی مراجع نقش واسطه را ایفا نموده و فرد در حال بهبودی را به خانواده و محیط امن خانه بازگشت دهند. البته توصیه می‌شود که در صورت امکان فرد در حال بهبودی با گرفتن تسهیلات و وام برای خود سرپناهی را تهیه ببیند.

خانه‌های میان‌راهی: این خانه‌ها مکان‌هایی در سطح شهر هستند که به جامعه پذیری و توانمندسازی افراد بهبود یافته‌ای کمک می‌کنند که مورد پذیرش خانواده‌هایشان قرار نمی‌گیرند. فرد در حال بهبودی به شرط عدم مصرف مواد می‌تواند به مدت سه تا شش ماه به صورت رایگان در این خانه‌ها اقامت کند. او بعد از پیدا کردن شغل و مشغول به کار شدن می‌تواند با پرداخت هزینه کمی از این مراکز به عنوان سرپناه استفاده نماید و تا زمان پذیرش مجدد از سوی خانواده از خدمات مددکاری مرکز بهره‌مند شود.

خانواده حامی یا جایگزین: افراد در حال بهبودی برای حفظ بهبودی خود نیاز به حمایت خانواده و دیگران دارند. در صورتی که خانواده نسبی فرد در حال بهبودی حاضر به پذیرش او نباشند می‌توان افراد دارای وضعیت مشابهی که از سلامت آن‌ها اطمینان حاصل شده است را با یکدیگر آشنا نمود و سپس به آن‌ها با ارایه تسهیلاتی برای گرفتن منزلی مشارکتی (برای ۵ تا ۱۰ نفر) کمک کرد. زندگی در چنین خانه‌هایی نیازمند پیروی از قوانین زیر است:

- افراد خانه حق آوردن فرد غیر همجنس خود را به درون آن ندارند؛
- افراد خانه حق مصرف و آوردن مواد را به داخل منزل ندارند؛
- نباید در بین ساکنان خانه نزاعی درگیرد؛ و
- ساکنان منزل باید در امور مرتبط با مدیریت خانه (مانند نظافت منزل) با هم مشارکت داشته باشند.

حضور در خانواده جایگزین برای افراد در حال بهبودی دارای مزایای قابل توجهی است. این خانواده جایگزین نقشی حمایتی دارد زیرا متشکل از همتایانی است که وضعیت مشابهی به همدیگر داشته و بهتر می‌توانند همدیگر را درک نمایند. این خانواده به حفظ بهبودی افراد نیز کمک می‌کند زیرا اعضا آن از همدیگر مراقبت کرده و سرپناه و مکان امنی برای زندگی دارند.

مددکاران یا نمایندگان مراکز درمانی و حمایتی به صورت ادواری از این خانه‌ها بازدید نموده و در صورت بروز مشکل نسبت به رفع آن اقدام می‌نمایند (علی‌وردی نیا، ۱۳۸۹).

گرم‌خانه: گرم‌خانه به مراکزی اطلاق می‌شود که امکان اقامت کوتاه مدت و شبانه افراد کارتن‌خواب را برای مدتی فراهم می‌کند. بیش‌تر افرادی که به گرم‌خانه‌ها مراجعه می‌کنند اعتیاد دارند. جمع‌آوری و جا دادن افراد بی‌خانمان در گرم‌خانه‌های تهران تنها کاری است که برای حل معضل بی‌خانمان‌های فقیر، افراد معتاد و بعضاً معلولان ذهنی یا جسمی انجام می‌شود.

تفاوت شلتر با گرم‌خانه در این است که گرم‌خانه‌ها طیف بیش‌تری از افراد (مانند کارتن‌خواب‌ها و افراد غیرمعتاد) را نیز تحت پوشش خود قرار می‌دهند. افراد پس از مراجعه به گرم‌خانه تحت معاینه‌های پزشکی قرار گرفته، غربالگری شده و موارد مبتلا به بیماری‌های عفونی واگیردار هم چون

سل به مراکز درمانی ارجاع داده می‌شوند. شلترهای کاهش آسیب فقط معتادان بی‌خانمان که مواد مصرف می‌کنند را تحت پوشش خود قرار می‌دهند.

مرکزهای کاهش آسیب: این مراکزها در راستای کاهش هرچه بیش‌تر آسیب‌های جسمی و روانی ناشی از مصرف مواد مخدر به مراجعه‌کنندگان خود خدمات رسانی می‌کنند. مرکزهای گذری کاهش آسیب یا "دی.آی.سی."^{۲۵۳} راهکاری برای درمان افراد مصرف‌کننده و کاهش آسیب‌های اجتماعی برآمده از اعتیاد در کشور هستند. این مراکزها به صورت مستقیم پیامدهای ویرانگر مصرف مواد مخدر را هدف قرار داده‌اند. آن‌ها به دانشگاه علوم پزشکی ایران وابسته‌اند. پیشگیری از گسترش عفونت‌های خطرناکی (همچون انواع هپاتیت، اچ‌آی‌وی و سل) و بهبود زخم‌های عمیق و عفونی ناشی از مصرف مواد مخدر در میان سومصرف‌کنندگان مواد از جمله اهداف آن‌ها است.

مراکز/اقامتی: ساماندهی افراد مصرف‌کننده متجاهر نیاز به وجود سرپناه‌ها و مراکز گذری کاهش آسیب امن دارد. این مراکز بعد از پاک شدن افراد خدمات اقامتی و غذایی را به صورت رایگان در اختیار آن‌ها قرار می‌دهند.

خلاصه و نتیجه‌گیری

سرپناه امن جزو نیازهای بسیار ضروری و ابتدایی هر انسانی است. فقدان سرپناه یا بی‌خانمانی از عوارض استمرار آسیب‌های اجتماعی است. افراد مصرف‌کننده یا در حال بهبودی اغلب به دلیل اجتناب از مواجهه با خشونت سرپناه خویش را ترک می‌کنند. عده‌ای هم به دلیل اعمال خشونت از سرپناهشان رانده می‌شوند.

بی‌خانمانی می‌تواند آسیب‌های بهداشتی، جسمی و روانی افراد را تشدید نماید. لذا فرد در حال بهبودی برای داشتن زندگی سالمی نیاز جدی به سرپناه امن دارد. توصیه می‌شود که افراد در حال بهبودی با توجه به شرایط خویش و سطح دسترسی‌شان به سرپناه‌های موجود نسبت به انتخاب و استفاده از سرپناه‌های امن اقدام نمایند. مشاوران باید در خصوص ترغیب فرد در حال بهبودی به استفاده از سرپناه امن و انتخاب گزینه‌ای درست مراجعان‌شان را راهنمایی نمایند.

درباره نویسندگان: محمد جواد غفاری سی‌اوشانی دارای دکترای مدیریت کسب و کار و مدیر عامل جمعیت حمایت از بهبودیافتگان است که در راستای کاهش آسیب و ارتقای سطح زندگی پناهندگان فعالیت دارد. ایشان به مدت ده سال است که در حوزه کاهش آسیب‌های اجتماعی فعالیت می‌کنند.

مدینه قاسمی دارای مدرک کارشناسی ارشد روابط بین‌الملل و دارای سابقه کار در حوزه‌های مرتبط با اعتیاد و کاهش آسیب در مجموعه جمعیت حمایت از بهبودیافتگان است.

منابع

- رضوانی، سودابه، و غنی زاده بافقی، مریم. (۱۳۹۸). خانه‌های امن به مثابه درمانگاه زنان خشونت دیده خانگی. *مجله حقوقی دادگستری* ۸۳ (۱۰۶)، ۱۴۳-۱۶۷. 10.22106/jlj.2019.104517.2627.
- علیوردی نیا، اکبر. (۱۳۸۹). مطالعه جامعه شناختی کارتن خوابی؛ علل، تجارب جهانی و راهکارها «بررسی موردی شهر تهران»، طرح پژوهشی، دفتر مطالعه‌های فرهنگی و اجتماعی شهرداری تهران.
- علیوردی نیا، اکبر. (۱۳۹۵). کارتن خوابی و موانع مدیریت علمی پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در ایران. بازیابی شده در ۱۳۹۸/۸/۹.
- صدیق سروستانی، رحمت الله، و نصرافهانی، آرش. (۱۳۸۹). اعتیاد، طرد اجتماعی و کارتن خوابی در شهر تهران؛ پژوهشی کیفی. *بررسی مسایل اجتماعی ایران* ۱ (۴).

راهنمای معاضدت حقوقی برای افراد در حال بهبودی

ضحی امیری

شما پس از مطالعه این بخش شما قادر خواهید بود تا:

- با موضع قانون گذار و قوانین مرتبط با مواد مخدر آشنا شوید؛
- با نحوه ارجاع مراجعان دارای مسایل حقوقی جهت بهره‌مندی از خدمات حقوقی رایگان آشنا شوید؛
- مشکل‌های مدنی و کیفری را به صورت نسبی از هم تمیز دهید؛ و
- راه‌های معافیت از پرداخت هزینه‌های دادرسی را بیان کنید.

پرسش‌های کلیدی: برای برطرف نمودن مسایل حقوقی افراد در حال بهبودی با در نظر گرفتن شرایط خاص آن‌ها چه می‌توان کرد و چه ملاحظه‌هایی را باید مد نظر قرار داد؟

واژگان کلیدی: مشکل‌های حقوقی، قانون‌های حوزه اعتیاد، وکیل تسخیری، وکیل معاضدتی، هزینه‌های دادرسی، امور مدنی و امور کیفری.

مقدمه

شاید به نظر برسد قانون گذاران بایستی در خصوص افرادی که از نظر اجتماعی رفتار آن‌ها ناهنجار جلوه می‌کند مقررات محدود کننده‌ای را وضع کنند اما نباید فراموش کنیم که حقوقی برای همه ما در مقام انسان در جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنیم به رسمیت شناخته شده است. این حقوق صرف نظر از ویژگی‌هایی که بر هر انسانی عارض می‌شود تکلیفی است که توجه به رعایت آن باید در محدودیت‌هایی که قانون گذار پیش‌بینی می‌کند هم لحاظ شود.

کنوانسیون سازمان ملل متحد برای مبارزه با قاچاق مواد مخدر و روان‌گردان^{۲۵۴} مصوب ۱۹۸۸ وین اولین کنوانسیون است که به حقوق بشری مصرف‌کنندگان مواد مخدر به طور ویژه توجه کرده است. بررسی سیر قانون‌گذاری در ایران و موضع قانون گذار در خصوص اعتیاد علاوه بر این که امکان شناسایی خلاهای موجود را به ما داده ما را با ظرفیت‌هایی که برای بهره‌مندی همه اقشار از حقوقشان وجود دارد (از جمله حقوق دفاعی و شهروندی‌شان) آشنا می‌کند.

^{۲۵۴} United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988

سیاست جنایی تقنینی کشور ایران و بررسی موضع قانون گذار

مقررات کیفری از جمله ساز و کارهای قهری است که کشورها با توسل به آن‌ها به مقابله با جرایم مواد مخدر می‌پردازند. چنانچه سیاست جنایی در خصوص مبارزه با جرایم ناشی از قاچاق مواد مخدر موفق نباشد، برخورد با اعتیاد به عنوان یکی از بارزترین نمود و تجلی جرایم ناشی از قاچاق مواد مخدر با چالش‌های فراوانی مواجه خواهد بود.

سیاست جنایی هر کشور در سطوح مختلف تقنینی، قضایی، اجرایی و مشارکتی انعکاس می‌یابد. در این میان سیاست جنایی تقنینی و قضایی سهمی عمده و اساسی را در ترسیم سیاست کیفری دارند. مطالعه سیاست تقنینی و قضایی ایران در قبال جرایم مواد مخدر امکان ارزیابی و آسیب‌شناسی آن را فراهم می‌آورد (اکبری، ۱۳۹۳).

با استناد به قوانین تصویب شده در مورد اعتیاد و سومصرف مواد مخدر در ایران می‌توان گفت قانون‌گذار همواره بیش‌تر تلاش داشته تا با سومصرف مواد مخدر و اعتیاد به شکلی قهرآمیز و به عبارتی با دیدگاهی سزاگرا برخورد کند.

یکی از جلوه‌های تقنینی سخت‌گیری کیفری در مورد جرایم مواد مخدر "قانون مبارزه با مواد مخدر" مصوب ۱۳۷۶ و سپس "قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر سال ۱۳۷۶" مصوب ۱۳۸۹ است. این قانون به همراه قوانین مرتبط دیگر نوعی سخت‌گیری کیفری در پاسخ به مصرف مواد مخدر را در نظر گرفته است.

در ماده ۱۵ قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ به صراحت اعتیاد جرم‌انگاری شده و فرد معتاد مجرم دانسته شده بود؛ هرچند که در ادامه ماده اشاره شده بود که به کلیه معتادان اجازه داده می‌شود به مراکز مجازی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشخص شده مراجعه و نسبت به درمان و بازپروری خود اقدام نمایند.

یکی از رویکردهای اصلاحی در سال‌های اخیر اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و تغییر نگرش نسبت به معتاد مطابق ماده ۱۵ قانون مذکور است که جز ترک اعتیاد و اخذ گواهی از مراکز مجاز دولتی، غیردولتی یا خصوصی مطابق آیین‌نامه اجرایی این ماده مصوب در تاریخ ۱۳۹۱/۱۲/۱۷ ستاد مبارزه با مواد مخدر تکلیفی دیگری را ندارند.^{۲۵۵}

^{۲۵۵} معتادان مکلفند با مراجعه به مراکز مجاز دولتی، غیردولتی، خصوصی و یا سازمان‌های مردم نهاد درمان و کاهش آسیب اقدام به ترک اعتیاد نمایند. معتادی که با مراجعه به مراکز مذکور نسبت به درمان خود اقدام و گواهی تحت درمان و کاهش آسیب دریافت نماید چنانچه تظاهر به اعتیاد ننماید از تعقیب کیفری معاف است. معتادانی که مبادرت به درمان یا ترک اعتیاد ننمایند، مجرمند.

به طور کلی، در مورد نحوه برخورد با پدیده اعتیاد در نظام‌های حقوقی سه نظریه عمده جرم‌شناختی و حقوقی وجود دارد. این سه نظریه عبارتند از جرم‌انگاری^{۲۵۶}، جرم‌زدایی^{۲۵۷} و قانونمندسازی^{۲۵۸}.

منظور از جرم‌انگاری، جرم تلقی کردن اعتیاد به مواد مخدر است. اولین متن قانونی در مورد جرم‌نگاری مصرف افیون، شیره تریاک، مرفین یا چرس ماده ۲۷۵ قانون مجازات عمومی مصوب ۱۳۰۴ هجری شمسی است که فقط استعمال علنی مواد مذکور را جرم می‌شناخت و برای آن مجازات حبس تادیبی (از هشت روز تا سه ماه) یا جزای نقدی (۱۰ تا ۵۰ تومان) را پیش‌بینی کرده بود. البته مفهوم مخالف ماده مذکور این است که استعمال غیرعلنی مواد مزبور جرم تلقی نمی‌شد.

طرفداران این رویکرد شاید مهم‌ترین دلیل خود برای حمایت از جرم‌انگاری اعتیاد را تاثیر مخرب مواد مخدر نه تنها بر خود فرد بلکه بر رفتار و روابط او با خانواده و اجتماع و در نهایت آثار زیان آور آن بر جامعه می‌دانند. جلوگیری از وارد آمدن ضرر به فرد و جامعه، حرمت استعمال مواد مخدر در مذهب شیعه و استناد به قاعده کلی "لاضرر و لاضرار فی الاسلام" (یعنی در دین اسلام نه می‌شود به خود ضرر وارد نمود و نه به دیگران ضرر وارد ساخت) در کنار قبح اجتماعی و اخلاق‌گرایی قانونی مبانی هستند که برای توجیه جرم‌انگاری مصرف مواد مخدر مورد استفاده قرار می‌گیرند (رحمدل، ۱۳۸۲).

همانگونه که از واژه‌های تشکیل دهنده کلمه جرم‌زدایی برمی‌آید، قانون‌گذار می‌خواهد از عملی که قبلاً عنوان مجرمانه داشته است سلب عنوان مجرمانه کند. بعد از سلب عنوان مجرمانه، قانون‌گذار می‌تواند برای آن ضمانت اجرای مدنی یا اداری را در نظر بگیرد.

جرم‌زدایی نسبی از اعتیاد و مشارکت دادن سازمان‌های غیردولتی (سمن‌ها) در درمان افراد سومصرف‌کننده مواد و ترک اعتیاد از جمله اقدام‌هایی است که قانون‌گذار در قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب سال ۱۳۸۹ برداشته و به گونه‌ای در مورد اعتیاد "سیاست بازپروری و درمان" را اعمال داشته است. از دیدگاه موافقان جرم‌زدایی بر اثر ممنوعیت مواد مخدر تراکم جمعیت کیفری افزایش یافته است و هزینه‌های زیادی برای کنترل و نظارت در بخش‌های مختلف صورت می‌گیرد.

تبصره ۱- مراکز مجاز موضوع این ماده براساس آیین‌نامه‌ای که توسط وزارت خانه‌های "بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" و "رفاه و تامین اجتماعی" (تعاون، کار و رفاه اجتماعی) ظرف مدت سه ماه پس از تصویب این قانون تهیه و به تصویب ستاد مبارزه با مواد مخدر می‌رسد، تعیین می‌شوند.

تبصره ۲- وزارت "رفاه و تامین اجتماعی" (تعاون، کار و رفاه اجتماعی) موظف است ضمن تحت پوشش درمان و کاهش آسیب قراردادن معتادان بی‌بضاعت، تمام هزینه‌های ترک اعتیاد را مشمول بیمه‌های پایه و بستری قرار دهد. دولت مکلف است همه ساله در لوائح بودجه اعتبارات لازم را پیش‌بینی و تامین نماید.

^{۲۵۶} criminalization

^{۲۵۷} decriminalization

^{۲۵۸} legalization

اما نظریه بینابین یا قانونمندسازی نه به دنبال آزاد سازی کامل مواد مخدر است و نه به دنبال ممنوعیت کامل آن. به دنبال ناکارایی و ناکامی نظام عدالت کیفری در برخورد سرکوب‌گرانه با معضل قاچاق مواد مخدر برخی نظریه پردازان بحث قانونمند کردن مواد مخدر را مطرح کرده‌اند. در واقع قانونمند کردن در حکم پاسخی به مشکل‌های فعلی ناشی از مواد مخدر مطرح می‌شود (Stevenson, 1994).

از جمله دلایل ارایه شده از سوی موافقان و مخالفان جرم‌زدایی و قانونمندسازی شکست سیاست‌های فعلی مقابله با مصرف مواد مخدر است. آن‌ها معتقدند که این شکست ادامه خواهد یافت چون این سیاست‌ها بر پایه صحیحی استوار نیستند. تا زمانی که تقاضا برای مصرف وجود داشته باشد عرضه نیز وجود خواهد داشت.

نظام کیفری و پاسخ‌های سرکوب‌گرانه آن به تنهایی نمی‌توانند در اداره پدیده مجرمانه چندان با موفقیت عمل نمایند. از این رو سیاست جنایی سایر نظام‌های حقوقی و همچنین جامعه مدنی را به یاری خواسته است. پاسخ‌های حقوق اداری، حقوق مدنی و حقوق اساسی از جمله پاسخ‌های غیر کیفری به جرم اعتیاد هستند.

به عنوان مثال ماده ۱۴ اصلاحی قانون استخدام کشوری در مورد شرایط ورود به استخدام رسمی چنین مقرر می‌دارد:

"برای ورود به خدمت رسمی شرایط زیر لازم است:

ث: عدم محکومیت به فساد عقیده و معتاد نبودن به استعمال به افیون."

اعتیاد به مواد مخدر علاوه بر آن که مانعی در ورود به خدمت عمومی است تخلفی اداری نیز محسوب می‌شود که با پاسخ‌های اداری همچون انفصال از خدمات دولتی، اخراج، بازنشستگی زودرس و غیره با آن برخورد می‌شود. لذا بر حسب این که مستخدم از نظر تخلفات اداری مشمول چه قانونی باشد نوع پاسخ اداری و شیوه رسیدگی و اعمال پاسخ‌ها متفاوت است. حقوق مدنی نیز در پاره‌ای موارد پاسخ‌های ویژه‌ای را برای جرم اعتیاد به مواد مخدر در نظر گرفته است. این پاسخ‌ها به صورت عمده در جهت محروم کردن فرد معتاد از برخی حقوق مدنی است (مانند محرومیت از حق حضانت طفل^{۲۵۹}). همچنین در قانون حمایت از کودکان بی سرپرست و بدسرپرست مصوب ۱۳۹۲ به موجب

^{۲۵۹}. موانع اعمال حق حضانت در مواد ۱۱۷۰ و ۱۱۷۳ قانون مدنی مقرر شده است. ماده ۱۱۷۳ عدم مواظبت یا انحطاط اخلاقی پدر و مادر را در صورتی که سبب در معرض خطر قرار گرفتن صحت جسمانی و یا تربیت اخلاقی طفل شود از موانع اعمال حق حضانت ذکر کرده است. تا سال ۱۳۷۸ مصادیق عدم مواظبت و یا انحطاط اخلاقی والدین مشخص نبود و این امر بر عهده دادرس دادگاه بود تا با بررسی وضعیت اخلاقی والدین در این مورد تصمیم گیری کند. اما در تاریخ آبان ۱۳۷۸ مجلس شورای اسلامی طی ماده واحده‌ای ماده ۱۱۷۳ را اصلاح کرد. در این اصلاحیه پنج مورد از مصادیق عدم مواظبت یا انحطاط اخلاقی والدین ذکر شده است. مورد اول از این مصادیق عبارت است از "اعتیاد زیان آور به الکل، مواد مخدر و قمار.

ماده ۶ یکی از شرایط زوجین متقاضی سرپرستی عدم اعتیاد به مواد مخدر و روان گردان و الکل مرقوم گردیده است.

معاذت قضایی

تامین حقوق همه جانبه افراد و ایجاد امنیت قضایی عادلانه برای همه از جمله اهدافی است که در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران مورد تاکید قرار گرفته است. منشور حقوق شهروندی مصوب ۱۳۹۵ نیز به اهمیت این موضوع اشاره نموده و در ماده ۵۶ اعلام می کند حق همه شهروندان است که به منظور دادخواهی آزادانه و با سهولت به مراجع صالح و بی طرف قضایی، انتظامی، اداری و نظارتی دسترسی داشته باشند و هیچ کس را نمی توان از این حق محروم کرد. مصرف کنندگان مواد مخدر یا افراد در حال بهبودی نیز مانند سایر شهروندان از این حق برخوردارند؛ اما با توجه به شرایط خاصی که در آن هستند ممکن است در مسیر مطالبه این حق با چالش هایی روبه رو شوند.

ناتوانی در پرداخت هزینه ها، عدم آگاهی از قوانین و مقررات، مواجهه با انگ و برچسب های نامطلوب در مراجع مختلف و غیره از جمله مشکل های پیش روی این افراد است. این مشکل ها ممکن است آن ها را از طرح دعوی و یا پیگیری های مربوطه منصرف کند.

معاذت قضایی، از جمله ساز و کارهایی است که برای پاسخ به این نیاز از جانب قانون گذار پیش بینی شده است. مقصود از معاضدت قضایی مساعدت و یاری رساندن به کسانی است که به واسطه عدم کفایت دارایی یا عدم دسترسی به مال خود قدرت پرداخت هزینه دادرسی و حق الوکاله را نداشته و در نتیجه نمی توانند به مراجع قضایی رفته و حق خود را بگیرند.

در اجرای ماده ۱۰ اصلاحی قانون تشکیل دادگاه های عمومی و انقلاب مصوب ۱۳۸۱ و ماده ۴۲ آیین نامه اجرایی آن در دادگستری ها و مجتمع های قضایی اداره ارشاد و معاضدت قضایی زیر نظر روسای حوزه های قضایی تشکیل شده است.

از اهداف تشکیل اداره های ارشاد و معاضدت می توان به توانمند ساختن مراجعان به دادگستری، راهنمایی و ارشاد مراجعان در راستای اقامه دعوا و پیگیری آن و همچنین بهره گیری از وکلای معاضدتی برای مراجعان بی بضاعت و امکان وکالت اتفاقی اشاره نمود.

حق دفاع و حق انتخاب وکیل و دسترسی به وکیل مدافع در نظام حقوقی ایران در قانون اساسی، قوانین موضوعه، رویه های قضایی و دکترین حقوقی به شکل های گوناگون به رسمیت شناخته شده است. این حق علاوه بر انعکاس در اسناد حقوق بین الملل بشر، حقوق بشردوستانه بین المللی، نظام دادرسی عادلانه و دادگستری شایسته در قانون اساسی و قوانین عام و خاص نیز مورد توجه قانون گذار قرار گرفته است.

بنابراین دسترسی به وکیل و انتخاب وکیل مدافع در تمام دعاوی اعم از کیفری و حقوقی و در تمام مراحل دادگاه‌ها، حق اصحاب دعا و از زمره حقوق شهروندی آن‌ها نیز است. نه تنها ممانعت از اعمال این حق بلکه عدم حمایت در اعمال آن یا ایجاد هر گونه مانع و محدودیتی نسبت بدان و سلب این حقوق قانونی و بشری نیز مخالف قانون اساسی است.

در قانون آیین دادرسی دادگاه‌های عمومی و انقلاب در امور مدنی (قانون آیین دادرسی مدنی)، مصوب ۱۳۷۹ نیز در موارد متعددی به موضوع حق انتخاب وکیل، وکالت و مقررات مربوط به وکلای دادگستری اشاره شده و باب دوم آن به موضوع "وکالت در دعاوی" اختصاص دارد.

با توجه به مواد ۲۴، ۲۵ و ۳۱ قانون وکالت مصوب ۱۳۵۱ و اصلاح‌ها و الحاقات بعدی آن و مقررات فصل دوم از نظام‌نامه قانون وکالت مصوب ۱۳۱۶ و آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۰ صندوق حمایت از وکلا مصوب ۱۳۷۴ ریاست قوه قضاییه و سایر مقررات مربوط به معاضدت قضایی و ماده ۳۲ قانون اصلاح پارهای از قوانین دادگستری مصوب ۱۳۵۶ کانون‌های وکلای دادگستری و هیات اجرایی ماده ۲ آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۸۷ برنامه سوم توسعه مکلف به تامین وکیل معاضدتی برای اشخاص بی‌بضاعت یا کسانی هستند که قادر به تادیه حق الوکاله در موقع انتخاب وکیل نیستند. وکلای دادگستری وفق ماده ۲۳ قانون وکالت مصوب ۲۵ بهمن ۱۳۱۵ و مشاورین حقوقی برابر ملاک تبصره ۲ ماده ۲۱ آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۸۷ مکلفند همه ساله در سه پرونده به عنوان معاضدت قبول وکالت نمایند.

بنابراین قانون برای حفظ و صیانت از حقوق شهروندی و اجرای اصل ۳۵ قانون اساسی حق داشتن وکیل رایگان را برای کسانی که استحقاق آن را دارند به رسمیت شناخته است. از طرفی طبق قانون در بعضی از پرونده‌های کیفری حضور وکیل در کنار متهم الزامی است از جمله جرایم قتل، آدم‌ربایی، مواد مخدر و غیره که مجازات ارتکاب این جرم‌ها قصاص، اعدام، رجم و حبس ابد است. بنابراین در پرونده‌های فوق چنانچه متهم به دلیل عدم بضاعت مالی وکیل معرفی نکند دادگاه ملزم است برای متهم وکیل تسخیری معرفی کند. حق الوکاله وکیل فوق توسط قوه قضاییه پرداخت خواهد شد. رسیدگی به پرونده‌های مذکور بدون حضور وکیل رسمیت نخواهد داشت.

بنابراین چنانچه فردی تمکن مالی نداشته باشد می‌تواند از دو مرجع زیر تقاضای وکیل رایگان و معاضدتی نماید:

۱- مرکز امور مشاوران قوه قضاییه

۲- کانون وکلای دادگستری

متقاضی وکیل رایگان و معاضدتى با مراجعه به هر يك از مراجع فوق و ارايه درخواست كتبى تقاضاى وکیل معاضدتى و رایگان می‌کند. چنانچه پس از بررسی مستندات وی مستحق استفاده از وکیل معاضدتى شناخته شود همکاری‌های لازم با او صورت خواهد گرفت.

حق دسترسى به وکیل و آگاهی متهم نسبت به حق دفاع به صراحت در قانون آیین دادرسی کیفرى به رسمیت شناخته شده است. برابر ماده ۵ این قانون "متهم باید در اسرع وقت از موضوع و ادله اتهام انتسابی آگاه و از حق دسترسى به وکیل و سایر حقوق دفاعی مذکور در این قانون بهره‌مند شود". این حق، تنها محدود به "حق دسترسى به وکیل" نبوده بلکه شامل "حق اطلاع و آگاهی از موضوع و ادله انتسابی به همراه سایر حقوق دفاعی مذکور در این قانون" است. در همین ارتباط ماده ۶ این قانون مقرر می‌دارد که "متهم، بزه دیده، شاهد و سایر افراد ذی‌ربط باید از حقوق خود در فرایند دادرسی آگاه شده و ساز و کارهای رعایت و تضمین این حقوق باید فراهم شود".

علاوه بر این به دستور مقرر در ماده ۷ آیین دادرسی کیفرى "در تمام مراحل دادرسی کیفرى، رعایت حقوق شهروندی مقرر در "قانون احترام به آزادی‌های مشروع و حفظ حقوق شهروندی" مصوب ۱۳۸۳/۲/۱۵ از سوی تمام مقامات قضایی، ضابطان دادگستری و سایر اشخاصی که در فرایند دادرسی مداخله دارند، الزامی است".

از این رو نه تنها رعایت حق مزبور و حقوق شهروندی مقرر نسبت به متهم در تمام مراحل دادرسی کیفرى از سوی تمام مقامات قضایی، ضابطان دادگستری و سایر اشخاص مربوط به فرایند دادرسی ضروری و الزامی است بلکه فراهم آوردن ساز و کارهای رعایت و تضمین حقوق متهم در این ارتباط یک "حق" و یک "تکلیف و الزام قانونی" است و نه "امتیاز قابل سلب و تفسیر شخصی" از سوی دست‌اندرکاران قضایی و انتظامی مربوطه. عدم رعایت این امر مستوجب مسئولیت قانونی و انتظامی مقرر در قوانین مربوطه خواهد بود.

بهتر است برای ارایه و یا پیگیری هر دادخواست و شکواییه‌ای حتماً از مشاوره وکیل یا مشاور مورد تایید استفاده شود تا از مراجعه بی‌دلیل به محاکم یا دادرها جلوگیری شود. مشاوره حقوقی تلفنی رایگان ۲۴ ساعته قوه قضاییه از طریق تماس با شماره ۱۲۹ و ۰۹۶۹۹ در موارد فوری می‌تواند در این زمینه مفید بوده و راهنمایی لازم جهت مراجعه به دفاترهای خدمات قضایی جهت ثبت دادخواست/شکواییه یا سایر مراجع صالح را ارایه دهد.

معافیت از هزینه‌های دادرسی

بسیاری از افراد زمانی که می‌خواهند برای دادخواهی اقدام کنند با هزینه دادرسی مواجه می‌شوند که امکان پرداخت آن را ندارند. قانون برای احقاق حق کسانی که توان پرداخت این هزینه‌ها را ندارند امکان اقدام برای اعسار از هزینه دادرسی را قرار داده است. به هر حال مطرح کردن دعاوی حقوقی

نیاز به پرداخت هزینه دادرسی دارد. این هزینه به صورت ابطال تمبر دادرسی به دادخواست صورت می‌گیرد. در مواردی که خواهان توانایی پرداخت این هزینه را نداشته باشد می‌تواند با درخواست اعسار موقت از تادیه هزینه دادرسی، دعوی خود را چه در مرحله بدوی، وخواهی، تجدیدنظر و غیره تقدیم مرجع قضایی کند. خواهان برای اثبات نداشتن توانایی مالی باید ادله خود را ابراز کند.

در آیین دادرسی مدنی: در خصوص هزینه‌های دادرسی، با توجه به ماده ۵۰۳ قانون آیین دادرسی مدنی که به ماده ۳ قانون وصول برخی از درآمدهای دولت و مصرف آن در موارد معین مصوب ۱۳۷۳ و اصلاح‌های بعدی آن ارجاع شده است نحوه محاسبه هزینه دادرسی در انواع دعاوی، درخواست‌ها و مراجع مختلف حسب قانون مزبور با اعمال اصلاحات قانون بودجه ۱۳۹۶ صورت می‌گیرد که در دعاوی مالی و غیرمالی متفاوت است.

اشخاصی که تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی هستند به موجب تبصره ماده ۵ قانون حمایت خانواده مصوب ۱۳۹۱ از پرداخت هزینه دادرسی معافند. همین حکم به موجب قانون الحاق تبصره‌ای به ماده ۵۰۵ قانون آیین دادرسی مدنی مصوب ۱۳۹۴ به سایر دعاوی این اشخاص -یعنی اشخاص تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و تحت پوشش بهزیستی- تسری پیدا کرده است.

رسیدگی شورای حل اختلاف به دعاوی مشمول ماده ۸ قانون شورای حل اختلاف که با تراضی دو طرف برای صلح و سازش در کلیه امور مدنی، حقوقی، جرایم قابل گذشت و جنبه خصوصی جرایم غیرقابل گذشت است نیازی به پرداخت هزینه دادرسی ندارد.

متن زیر به عنوان تبصره به ماده (۵۰۵) قانون آیین دادرسی دادگاه‌های عمومی و انقلاب (در امور مدنی) مصوب ۱۳۷۹/۱/۲۱ اضافه شده است:

تبصره - افراد تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و مددجویان مستمری‌بگیر سازمان بهزیستی کشور با ارایه کارت مددجویی و تاییدیه رسمی مراجع مزبور از پرداخت هزینه دادرسی معاف هستند.

به موجب ماده ۵۰۴ قانون آیین دادرسی مدنی معسر از هزینه دادرسی کسی است که به واسطه نبود کفایت دارایی یا دسترسی نداشتن به مال خود به طور موقت قادر به تادیه آن نیست. در متن ماده تصریح شده متقاضی اعسار باید بتواند دلایل قابل اثباتی را به دادگاه ارایه دهد؛ علاوه بر تنظیم استشهادیه کتبی و امضای شهود چنانچه دادگاه حضور شهود را در جلسه دادرسی لازم بداند به مدعی اعسار اعلام می‌کند تا در روز رسیدگی شهود را حاضر کند.

در آیین دادرسی کیفری: طبق قسمت اخیر ماده ۳۰۱ قانون آیین دادرسی کیفری هرگاه مدعی خصوصی متمکن نبوده و استطاعت تادیه هزینه دادرسی را نداشته و از دادگاه تقاضای معافیت نماید،

دادگاه می‌تواند پس از اظهار نظر رییس حوزه قضایی و یا معاون وی در این خصوص مدعی را از تادیه هزینه دادرسی برای موضوع مورد ادعا به طور موقت معاف نماید. تاخیر رسیدگی به امر جزایی به علت عدم تادیه هزینه‌ی دادرسی از سوی مدعی خصوصی جایز نیست و احراز عدم تمکن با نظر دادگاه است.

ممکن است عدم تمکن مدعی خصوصی در مرحله تجدید نظر باشد؛ در این صورت دادگاه صادر کننده رای بدوی به این ادعا رسیدگی می‌کند (ماده ۲۴۳ قانون آیین دادرسی کیفری).

در این قسمت با حکم ماده ۳۰۱ اخیر الذکر، تشخیص دادگاه عمومی در تعیین عدم تمکن مالی مدعی خصوصی ملاک عمل خواهد بود. بنا به تجویز ماده مذکور، دیگر لزومی به تقدیم دادخواست اعسار نیست و به جای آن تقاضای معافیت از پرداخت هزینه دادرسی باید به عمل بیاید. ضمن این که رد این تقاضا توسط دادگاه، قابل تجدید نظر نیست.

خلاصه و نتیجه‌گیری

حق دفاع، حق انتخاب وکیل و دسترسی به وکیل مدافع در نظام حقوقی ایران در قانون اساسی، قوانین موضوعه و رویه‌های قضایی به ترتیبی که گذشت به اشکال گوناگون به رسمیت شناخته شده است. این حق در قانون اساسی به طور مطلق و بدون هرگونه قید و محدودیتی مقرر شده و دادگاه‌ها نیز مکلف به پذیرش وکیل منتخب مردم و اصحاب دعوای به تجویز مقرر در اصل سی و پنجم آن و فراهم آوردن ساز و کار انتخاب وکیل از سوی افراد فاقد توانایی در راستای حق معاضدت قضایی و حقوقی شده‌اند. بنابراین در صورتی که مرکزی به صورت رسمی و تخصصی در زمینه ارایه خدمات به افراد دارای سومصرف یا در حال بهبودی فعال است می‌تواند کتبا درخواست انعقاد تفاهم‌نامه با اداره معاضدت کانون وکلا و یا مرکز وکلا قوه قضاییه را نیز ارایه نماید. با بهره‌گیری از مشاوره حقوقی امکان معافیت از پرداخت هزینه‌های دادرسی و معاضدت قضایی نیز برای مراجعان فراهم خواهد بود.

درباره نویسندگان: ضحی امیری کارشناس ارشد حقوق کیفری و جرم‌شناسی از دانشگاه تربیت مدرس، پژوهشگر و فعال اجتماعی در حوزه آسیب‌های اجتماعی است. او از سال ۹۰ فعالیت خود را با تمرکز بر مطالعه‌های جرم‌شناختی در زمینه اعتیاد زنان و فعالیت‌های داوطلبانه در زمینه حقوق زنان و کودکان در معرض آسیب در تهران آغاز کرده است.

منابع

اکبری، عباسعلی (۱۳۹۳). جستاری در آسیب‌شناسی سیاست جنایی حاکم بر جرایم مواد مخدر. فصل - نامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱(۲)، ۹۷.

رحمدل، منصور (۱۳۸۲). اعتیاد و سومصرف مواد مخدر در ایران: جرم‌زدایی یا جرم‌انگاری. فصل‌نامه رفاه/اجتماعی، ۹.

Stevenson, R. (1994). *Winning the war on Drugs: To Legalize or not?* Bournemouth, Dorset Britain: Bourne Press.

اصول حمایت‌طلبی برای افراد در حال بهبودی

آزاده بهرامجی

شما پس از مطالعه این فصل شما قادر خواهید بود تا:

- حمایت‌طلبی^{۳۶۰} در حوزه بهبودی از اعتیاد را توضیح دهید؛
- اهمیت و تاثیر حمایت‌طلبی در حوزه توانمندسازی افرادی در حال بهبودی را بیان کنید؛
- اصول حمایت‌طلبی موفق را ذکر کنید؛
- گام‌های اصلی برای انجام حمایت‌طلبی موفق را بیان کنید؛ و
- چالش‌های جنبش حمایت‌طلبی را در حوزه بهبودی از اعتیاد ذکر کنید.

پرسش‌های کلیدی: حمایت‌طلبی یعنی چه و اهمیت آن در حوزه توانمندسازی افراد در حال بهبودی چیست؟ اصول حمایت‌طلبی موفق چه بوده و چه گام‌هایی باید برای انجام آن برداشته شود؟ چالش‌های اصلی بر سر راه حمایت‌طلبی موفق در حوزه بهبودی از اعتیاد چه هستند؟

واژگان کلیدی: حمایت‌طلبی، بهبودی و جنبش اجتماعی.

مقدمه

عموم مردم جامعه و حتی بعضی از سیاست‌گذاران حوزه اعتیاد بر این باورند که فرد سومصرف‌کننده مواد فقط با دریافت مداخله‌های درمانی (مانند حضور در مراکز اقامتی میان مدت ترک اعتیاد (کمپ‌های ترک اعتیاد) قادر خواهد بود تا بر مشکل اعتیاد خود فایق آمده و با خروج از چرخه درمان همچنان بهبودی خود را حفظ کرده و زندگی خوب و موفقی را پس از ترک مواد تجربه کند. اگرچه در برنامه‌های درمانی مختلف افرادی بوده‌اند که چنین تجربه موفقی را از سر گذرانده‌اند اما واقعیت این است که روند درمان اعتیاد و حفظ و ارتقا بهبودی افراد موضوعی بسیار پیچیده بوده و ابعاد گوناگونی دارد. بهبودی از اعتیاد با اتمام برنامه درمانی محقق نمی‌شود. حفظ و ارتقا بهبودی نبرد سختی است که با ورود مجدد فرد به جامعه شدت می‌گیرد. فرد در حال بهبودی برای حفظ پاکی خود نیازمند حمایت خانواده، بخش‌های مختلف جامعه و نهادهای مردمی و دولتی است. فعالان مدنی این حوزه باید از طریق حمایت‌طلبی به افزایش آگاهی مردم جامعه و مسئولان پرداخته و در راستای تصویب سیاست‌ها، قوانین و اجرای مداخله‌هایی متمرکز بر دوران پس از ترخیص از مراکز درمانی تلاش کنند

تا از این طریق به حفظ و ارتقا افراد در حال بهبودی و توانمندسازی آن‌ها به صورت نظام‌مندی کمک شود.

در حال حاضر بسیاری از مداخله‌هایی که در حوزه بهبودی از اعتیاد طراحی و اجرا می‌شوند نیازمند اصلاح دیدگاه سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان کلیدی و ایجاد تغییر در مداخله‌ها و الویت‌های درمانی هستند. بهبودی پایدار بدون بازنگری در نظام ارایه خدمات بهداشتی- درمانی- حمایتی ممکن نخواهد بود.

کشور ما نیازمند اصلاح سیاست‌های مرتبط با مساله سلامت و بهبودی از اعتیاد، ایجاد محیط‌ها و اجتماع‌های حامی و تقویت مداخله بخش‌های مختلف جامعه و مشارکت دادن آن‌ها در برنامه‌های مربوط به ارتقا بهبودی و توانمندسازی است. متأسفانه تا کنون در سیاست‌های درمانی کشور به مساله حمایت‌طلبی و دخیل کردن مردم و نهادهای تاثیرگذار در حیطه بهبودی و دوران پس از درمان توجه کمی شده است. در حال حاضر بخش قابل توجهی از مداخله‌های مرتبط با حل معضل اعتیاد بر ارایه خدمات درمانی کوتاه مدت متمرکز بوده و توجه کمی به دوران پس از قطع مصرف مواد و ارتقا بهباشی افراد در حال بهبودی دارند. از طرفی هم توافقی جمعی در مورد بهترین و موثرترین شیوه درمان اعتیاد در بین سیاست‌گذاران، مسئولان و نهادهای خدمات‌رسان وجود ندارد. این امر خود باعث ایجاد اختلاف و انشقاق در بین افراد تاثیرگذار در این حوزه شده است.

عصر حاضر زمان پذیرفتن تکررگرایی در فرهنگ درمان و بهبودیست. اگر ما به دنبال کاهش معضل اعتیاد در کشورمان هستیم چاره‌ای جز کنار گذاشتن اختلاف‌ها و بالا بردن تحمل خود برای شنیدن آرا و رویکردهای متفاوت و یا مخالف در حوزه درمان و روند بهبودی نداریم. ما نباید خود را فقط به حضور در جمع کسانی که با آن‌ها در مورد رویکرد درمانی و بهبودی هم نظر هستیم محدود کنیم. کاهش معضل اعتیاد در جامعه نیازمند اجرای راهبردهای مشارکت‌محور است. ما باید یک صدا در کنار کسانی قرار بگیریم که علی‌رغم اختلاف در رویکردهای درمانی و حمایتی در نهایت هدف مشترکی را با ما دنبال می‌کنند. ما باید چتر خود را به حدی باز کنیم تا همه افرادی که در تلاش برای حل معضل اعتیاد و کمک به توانمندسازی افراد در حال بهبودی هستند در زیر آن جا شوند تا در نهایت در این مسیر به بلوغ و اتحاد در تکرر^{۲۶۱} برسیم. ما نمی‌توانیم همچون سربازانی مستقلی باشیم که در میدان جنگ به تنهایی به مصاف دشمن می‌روند؛ ما برای حل معضل اعتیاد باید همچون ارتشی منسجم عملکرده و با تجمع منابع و انرژی خود اعتیاد را در کشورمان شکست دهیم.

هم اکنون در نقاط مختلف دنیا جنبش‌های حمایت‌طلبانه مختلفی در حیطه بهبودی از اعتیاد در حال شکل‌گیری، رشد و فعالیت هستند. اعضا این جنبش‌های مردمی و مدنی را اغلب افراد در حال بهبودی و اعضا خانواده‌های آن‌ها تشکیل می‌دهند. هدف این افراد تاباندن نور امید در زندگی

^{۲۶۱} unity in diversity

کسانیست که از سومصرف مواد در رنجند. این جنبش‌ها برای تغییر سیاست‌های ناکارآمد در تلاش بوده و بر این باورند که تنها سیاست‌گذاران، نیروهای متخصص و تیم‌های خدمات‌رسان در حوزه اعتیاد نمی‌توانند به بهبودی افراد درگیر با معضل سومصرف مواد کمک کنند. از دید آن‌ها رسیدن به بهبودی پایدار نیازمند مشارکت همه مردم جامعه و علی‌الخصوص افرادیست که با پوست و گوشت و استخوان خود این معضل را در زندگیشان تجربه کرده‌اند.

حمایت‌طلبی در قرن حاضر در تلاش برای شکستن چرخه معیوب میان نسلی اعتیاد و گسترش آن از نسلی به نسل‌های بعدیست. برای تحقق این هدف لازم است که از علم و تجربه افراد درگیر با این معضل و خانواده‌های آن‌ها استفاده کرد تا بتوان به کمک قدرت جمعی، سیاست‌گذاران را به سمت تصویب قوانین و اجرای مداخله‌های کارآمد و موثر ترغیب نمود.

حمایت‌طلبی

حمایت‌طلبی به اقدام‌های هدفمندی اشاره دارد که در تلاش برای تغییر سیاست‌های فعلی و یا رفتار و برخوردهایی است که گروه خاصی از مردم جامعه را به شکلی منفی متاثر ساخته و یا می‌سازد. در مدل جامع نظام‌مند آموزش و ارتقا سلامت عمومی حمایت‌طلبی به مجموعه‌ای از راهبردها، برنامه‌ها و فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که در تلاش برای اصلاح سیاست‌های جاری جامعه در جهت اجرای موثر برنامه‌های سلامت مورد نظر در اجتماع هستند.

حمایت‌طلبی رویکردی گسترده بوده و شامل برنامه‌ها و تاکتیک‌های متعددی می‌شود. حمایت‌طلبی در حوزه اعتیاد جنبشی اجتماعی است که اغلب توسط افراد در حال بهبودی، نهادهای مدنی، بخش‌های درمانی و سازمان‌های فعال در این حوزه به پیش رانده می‌شود. هدف این جنبش تغییر رویکرد عموم مردم جامعه، متخصصین و سیاست‌گذاران نسبت به روند بهبودی از اعتیاد و اصلاح سیاست‌ها و برنامه‌هایی است که بر بهبودی از اعتیاد به خصوص در دوران پس از درمان (ترخیص از مراکز درمانی) تمرکز دارند.

محور اصلی حمایت‌طلبی در حوزه بهبودی از اعتیاد تاثیرگذاری بر افراد کلیدی و سیاست‌گذار و جلب حمایت آن‌ها برای اصلاح سیاست‌های مربوط به حوزه اعتیاد و تمرکز کافی بر روند بهبودی علاوه بر درمان است. حمایت‌طلبی در تلاش است تا با جلب حمایت سازمان‌های دواتی و غیردواتی، سیاست‌گذاران، فعالان حوزه اعتیاد و مردم جامعه نسبت به تغییر، ارتقا و بهبود سیاست‌های موجود در پاسخ به معضل اعتیاد اقدام کند. در نتیجه چنین اقدامی قانون‌های مربوط به حوزه اعتیاد اصلاح شده، بودجه‌های موجود به شیوه موثرتری به بخش‌های مختلف درمانی و حمایتی تخصیص یافته و اجرای سیاست‌های ناکارآمد در حوزه سلامت در کشور متوقف می‌شوند.

برنامه‌های حمایت طلبانه‌ای که در راستای بهبودی از اعتیاد فعالیت می‌کنند برای شکستن چرخه اعتیاد بین نسلی، حذف اطلاعات غلط، جایگزینی باورهای نادرست با دانش صحیح، مبارزه با انکار، جلب همدلی بخش‌های مختلف جامعه و ایجاد امید در بین افراد درگیر با این معضل در تلاشند.

اهمیت حمایت‌طلبی

حمایت‌طلبی باعث می‌شود تا موانع و مشکل‌های موجود بر سر راه بهبودی افراد، در معرض افکار عمومی مردم جامعه و در دستور کار سیاست‌گذاران قرار گرفته و بسیجی اجتماعی و ملی برای انجام مداخله‌های موثر در راستای رسیدن به بهبودی پایدار شکل گیرد. در نتیجه به راه افتادن و ثمربخشی چنین جنبش‌هایی کیفیت زندگی افراد در حال بهبودی، اعضا خانواده آن‌ها و مردم جامعه ارتقا یافته و منابع موجود به بهترین شکل ممکن به حل معضل اعتیاد اختصاص می‌یابند. حمایت‌طلبی باعث می‌شود تا:

- با انگ و تبعیض موجود در جامعه نسبت به سومصرف مواد و فرد در حال بهبودی مبارزه شود؛
- سیاست‌های کلان حوزه سلامت توجه بیش‌تری را به روند بهبودی معطوف کرده و تنها بر روی درمان اعتیاد متمرکز نباشد؛
- میزان بودجه موجود برای انجام مداخله‌های پس از درمان افزایش یابد؛
- میزان دسترسی به نهادهای درمانی و مراکز ارایه دهنده خدمات در دوران بهبودی و پس از آن افزایش یابند؛
- سیاست‌های مجازات‌کننده و تادیبی تغییر کرده و پاسخ نظام قضایی به معضل اعتیاد اصلاح شود؛ و
- برنامه‌های درمان کوتاه مدت به سمت برنامه‌هایی متمرکز بر مدیریت بهبودی حرکت کنند.

اصول حمایت‌طلبی موفق

درگیر کردن مردم اجتماع، نهادهای قانون‌گذار و سیاست‌گذاران برای دادن پاسخی موثر به معضل اعتیاد و تمرکز بر روند بهبودی کار چندان راحتی نیست. بسیار ساده‌اندیشانه است که فکر کنیم آوردن مردم و چنین نهادهایی به میدان کاری سهل و آسان خواهد بود. برای بسیج کردن و به میدان آوردن گروه‌های فوق در قدم اول نیاز به افزایش آگاهی همه مردم اجتماع است. به یاد داشته باشید که قانون‌گذاران و سیاست‌گذاران نیز عضوی از مردم جامعه هستند و جایگاه شغلی آن‌ها الزاماً متضمن اشراف کامل ایشان به ابعاد مختلف درمان و بهبودی از اعتیاد نیست. رعایت موارد بیان شده در ادامه موفقیت جنبش‌های حمایت‌طلبی را افزایش خواهد داد.

تعیین نهادهایی مشخص: یکی از موانع مهم بر سر راه حمایت‌طلبی کارآمد، نبود نهادهایی مشخص در کشور است که به صورت متمرکز فقط بر روی حیطه حمایت‌طلبی کار کنند. در حال حاضر نهادهای درگیر با معضل اعتیاد و بخش‌های درمانی علاوه بر انجام مداخله‌های پزشکی و خدمات رسانی به افراد در حال بهبودی و خانواده‌های آن‌ها بخشی از وقت و منابع خود را نیز صرف انجام مداخله‌های حمایت‌طلبانه می‌کنند. این مساله باعث می‌شود که حمایت‌طلبی آن‌ها نتایج مطلوب را در پی نداشته باشد زیرا زمان، سرمایه انسانی و بودجه کافی به آن اختصاص نمی‌یابد. این شکل از مداخله‌ها اغلب فاقد نظام و استراتژی مشخص و برنامه‌ریزی شده بوده و کارایی لازم را ندارند.

وجود نهادهایی که فقط انجام مداخله‌های حمایت‌طلبانه را در دستور کار خود داشته باشند موفقیت‌های چشم‌گیری را به همراه خواهد داشت. البته در جوامعی که امکان تاسیس نهادهای مدنی مختص به حمایت‌طلبی در آن‌ها وجود ندارد، نهادهای درمانی و حمایتی باید حمایت‌طلبی را به عنوان بخشی از فعالیت‌های خود مد نظر داشته و همواره میزان و کیفیت مداخله‌ها و سطح مشارکت مراجعانشان را در این جنبش ارزیابی نموده و آن‌ها را بهبود بخشند.

مشارکت با نهادهای دیگر: به محض شروع جنبش حمایت‌طلبی نهادهای فعال در این حوزه باید همه افراد، سازمان‌ها و نهادهایی که می‌توانند به آن‌ها در رسیدن به هدفشان کمک کنند را به گرد خود جمع کرده و از مشارکشان بهره بگیرند. ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شهرداری، سازمان‌های مردم‌نهاد، مراکزهای درمانی، افراد در حال بهبودی و خانواده‌های آن‌ها و دیگر نهادها و افراد کلیدی باید در جلو بردن این جنبش از همان ابتدای کار با هم متحد و همدل شوند. این همکاری‌ها ممکن است رسمی، غیررسمی، دایمی و یا موقت باشند. این همکاری‌ها منجر به افزایش سطح حمایت، تجمع منابع مالی و انسانی و ایجاد نظام رهبری کارآمدی در پیش بردن برنامه‌ها و مداخله‌های حمایت‌طلبانه خواهد شد.

بسیج مردمی: همانطور که در فصل‌های قبلی بیان شد اعتیاد معضلی است که شالوده خانواده و اجتماع را تخریب می‌کند. بنابراین لازم است تا تمرکز حمایت‌طلبی بر روی ایجاد حمایت‌های درمانی و سازنده از سوی اعضا خانواده و مردم اجتماع نیز بوده و تمرکز مداخله‌ها فقط بر روی فرد مصرف‌کننده و حقوق او معطوف نشود. هم خانواده و هم اعضا اجتماع باید سهم خود را در روند بهبودی افراد درگیر با معضل اعتیاد پذیرفته و در ارایه خدمات بهتر به کمک نهادهای درمانی و مسئولان این حوزه بیایند.

برای بسیج کردن و به صحنه آوردن مردم اجتماع ما باید تصویر جدیدی از اعتیاد را ارایه کنیم. تا زمانی که مردم بر این باور باشند که معضل سومصرف مواد به سان بیماری است که فقط باعث تخریب خود فرد سومصرف‌کننده شده و با همت خود او نیز قابل درمان است دیگر برای حل این

معضل به میدان نخواهند آمد. هیچ فردی نمی‌تواند مسیر بهبودی را به تنهایی طی کند؛ بدون حمایت اعضا خانواده و مردم اجتماع حل پایدار این معضل تقریباً غیرممکن است.

بسیح مردمی باعث خواهد شد تا توجه رهبران جامعه به اهمیت روند بهبودی جلب شود. این همت جمعی مسئولان را برای تصویب سیاست‌های کارآمد و اختصاص بودجه کافی ملزم می‌کند. بسیح مردمی همچنین باعث می‌شود تا بازخورد درستی از نیازها و احساس‌های مردم جامعه به سیاست‌گذاران و قانون‌گذاران داده شود.

یکی از گروه‌های کلیدی در این بسیح مردمی افراد درگیر با معضل اعتیاد، افراد در حال بهبودی و خانواده‌های آن‌ها هستند. برای به صحنه کشاندن این افراد در قدم اول لازم است که با شرم و انگ و برچسبی که بر علیه آن‌ها در اجتماع وجود دارد مقابله شود. البته در این نبرد قرار نیست که افراد به جنگ یکدیگر بروند. هدف این مبارزه تغییر باورهای فرهنگی است که سومصرف مواد و افراد درگیر با معضل اعتیاد را قضاوت و محکوم می‌کنند.

تغییر چهره بهبودی: رسانه‌ها برای گسترش پیام بهبودی عمدتاً به نشان دادن و معرفی افرادی می‌پردازند که موفق به قطع مصرف مواد شده‌اند. برای انجام حمایت‌طلبی موفق نیاز است که توجه از قطع مصرف مواد بر روی موفقیت‌های پس از قطع مصرف و تغییرهای اساسی شکل گرفته در روند بهبودی افراد متمرکز شود. رسانه‌ها برای انتقال موفق پیام بهبودی باید افراد مختلف و با گذشته‌های متفاوت را به تصویر کشیده و نشان دهند که این افراد چگونه موفق شده‌اند که زندگیشان را پس از ترک به معنای واقعی و در ابعاد مختلفی تغییر دهند. البته این به معنی اجتناب از به نمایش درآوردن داستان زندگی افرادی نیست که به تازگی موفق به ترک مواد شده‌اند. مشکل زمانی به وجود می‌آید که استفاده بیش از حد از این افراد باعث انتقال پیام نادرستی می‌شود که بهبودی را با فقط با قطع مصرف مواد مرتبط می‌داند.

تدوین پیام‌های شفاف و علمی: دسترسی داشتن به اطلاعات درست و تحلیل صحیح آن‌ها باعث می‌شود تا افراد دخیل در روند حمایت‌طلبی بتوانند پیام‌های واضح و درستی را از بهبودی و روند طولانی آن در اختیار جامعه قرار دهند. این پیام‌ها باید بر پایه مستندات علمی، بسیار شفاف و به دور از ابهام باشند و از کلی‌گویی پرهیز کنند. پیام‌های جنبش حمایت‌طلبی باید در سطح محلی، کشوری و حتی بین‌المللی منتقل شوند.

گام‌های حمایت‌طلبی

برای انجام حمایت‌طلبی موفق علاوه بر رعایت اصول بیان شده باید مراحل زیر به ترتیب طی شده و انجام آن‌ها به صورت مستمر در دستورالعمل کاری سازمان‌های مسئول قرار گیرد:

- ارزیابی صحیح و پیوسته مشکل‌ها و معضل‌های موجود در مسیر بهبودی و داشتن درک درستی از تغییرهای مورد نیاز،
- داشتن دسترسی به آخرین اخبار مربوط به حوزه درمان، بهبودی و قوانین وضع شده،
- آموزش مردم جامعه، سیاست‌گذاران و خدمات‌رسانان این حوزه در مورد شیوع اعتیاد، تاثیرهای منفی آن بر کل جامعه و چالش‌های موجود بر سر راه بهبودی و توانمندسازی،
- ایجاد بستری برای یادگیری مشارکتی و کمک به رهبران جنبش حمایت‌طلبی برای گسترش دانش، توسعه تخصص و یافتن بهترین مداخله‌های مربوط به حوزه بهبودی،
- ایجاد و گسترش منابع انسانی و مالی از طریق جذب کمک‌های بشردوستانه،
- گسترش فرهنگ فعالیت و حمایت‌های داوطلبانه در جوامع در راستای به عمل آمدن حمایت‌های اجتماعی و ارایه خدمات مورد نیاز افراد در حال بهبودی،
- ایجاد جوامع بهبودی^{۲۶۲} در جهت امید دادن به افراد درگیر با معضل سومصرف مواد و خانواده‌های آن‌ها،
- برقراری ارتباط نزدیک کاری با سیاست‌گذاران این حوزه، و
- بسیج همه‌جانبه رسانه‌ها برای پوشش دادن این جنبش و پیام‌های آن.

حضور در نشست‌ها، کنفرانس‌ها و مجامع مرتبط در سطوح محلی، ملی و بین‌المللی، برگزاری جشنواره‌ها، ترتیب دادن انواع راه‌پیمایی و فستیوال‌ها و فعالیت در فضای مجازی از جمله راهکارهای خوب برای آموزش و جلب توجه مردم و مسئولان به نیازهای حوزه بهبودی است.

چالش‌های سد راه حمایت‌طلبی

اگرچه حمایت‌طلبی از افراد در حال بهبودی و نیازهای آن‌ها امری ضروری است اما انجام آن کار چندان راحتی نبوده و چالش‌های مهمی بر سر راه رسیدن به موفقیت در این مسیر قرار دارد. بعضی از مهم‌ترین این چالش‌ها عبارتند از:

نبود/اطلاعات علمی کافی: بیش‌تر تحقیق‌ها و مطالعه‌های صورت گرفته در حوزه اعتیاد بر درمان این بیماری تمرکز دارند. متأسفانه در ایران مطالعه‌های کمی در زمینه نیازهای افراد در سال‌های پس از قطع مصرف و در روند بهبودی وجود دارد. از این رو جنبش حمایت‌طلبی بیش‌تر بر پایه تجربه‌های فردی افراد در حال بهبودی و نهادهای خدمات‌رسان به آن‌ها پیش می‌رود. موفقیت این جنبش به انجام مطالعه‌های قابل قبول علمی و استفاده از دستاوردهای آن‌ها وابسته است.

^{۲۶۲} جوامع بهبودی متشکل از افراد در حال بهبودی، اعضا خانواده، دوستان پاک (و یا بدون سابقه مصرف) و افراد دخیل و فعال در حوزه درمان و بهبودی است. حضور این افراد در این جوامع باعث می‌شود تا صدای جمعی آن‌ها بلندتر شده و راحت‌تر به گوش افراد تصمیم‌گیرنده برسد. این جوامع بستری را نیز برای ارایه حمایت‌های اجتماعی فراهم می‌آورند.

انگ و برچسب: در ایران انگ و برچسب زیادی بر علیه فرد سومصرف کننده مواد و حتی خانواده او وجود دارد. این انگ و برچسب چنان در عمق باورهای مردم ریشه دوانده که کاهش و حذف آن امری بسیار دشوار است. این انگ و برچسب حتی در کلمه‌هایی که افراد متخصص در اشاره به فرد سومصرف کننده مواد، اعتیاد و مشکل‌های ناشی از آن استفاده می‌کنند نیز دیده می‌شود. علاوه بر افزایش آگاهی مردم یکی از راه‌های مبارزه با انگ و برچسب استفاده از زبان و کلمه‌هایی تخصصی است که در برخورد با معضل اعتیاد عاری از هرگونه قضاوت و انگی باشند. نیاز است تا فعالان این حوزه به ابداع کلمه‌هایی با بار معنایی خنثی پرداخته و استفاده از آن‌ها را در جامعه رواج دهند.

مشکل‌های درون گروهی: قبل از این که جنبش بهبودی بخواهد با انگ و برچسب موجود در جامعه مبارزه کند باید در ابتدا با تاثیر مخرب انگ و برچسب در درون سیستم خود به مقابله بپردازد. جنبش‌های موفق نیازمند پذیرش همه اعضا اجتماع و شکل‌دهی مهارت‌هایی همچون ارتباط موثر، حل اختلاف، بخشش، توافق بر سر عدم توافق و پذیرش اختلاف‌های فرهنگی و اعتقادی در بین اعضا خود و در فرهنگ جنبش هستند. جنبش بهبودی در راستای کمک به افرادی شکل می‌گیرد که در زمره آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماع هستند. این جنبش باید در وهله اول توانایی دخیل کردن این افراد و پذیرش آن‌ها را در خود داشته باشد. جنبش زمانی موفق خواهد بود که صدای همه افراد در حال بهبودی را از هر گذشته و شرایطی فریاد زده و به همه اجازه دهد تا در حد توان و ظرفیت خود در آن شرکت کنند. افراد از تمامی سنین و با هر جنسیت، نژاد، مذهب و سابقه مصرفی باید در این حرکت حضور یابند.

کنترل گرای: رهبرانی که آغاز کننده جنبش‌های اجتماعی بوده، افرادی که در مراحل اولیه جنبش به آن پیوسته و کسانی که نقش‌های کلیدی را در پیش بردن آن به عهده داشته‌اند اغلب نسبت به جنبش احساس مالکیت دارند. آن‌ها به دلیل احساس تعلق شدید و کنترل گرایی به افراد جدید و تازه نفس جنبش اجازه مشارکت و تصاحب نقش‌های اصلی را نمی‌دهند. برای موفقیت جنبش باید نظامی برای جایگزینی رهبران، تصمیم‌گیری مشارکتی و اعطا پست‌های کلیدی به افراد تازه وارد توانمند وجود داشته باشد.

پیروزی زود هنگام: بسیاری از جنبش‌ها با دیدن اولین واکنش مثبت مردم و گرفتن بازخوردهای مثبت اولیه مداخله‌های خود را موفق ارزیابی کرده و به کار خود پایان می‌دهند. این امر به خصوص در جنبش‌های مربوط به مبارزه با انگ و تبعیض نمود زیادی دارد. زمانی که رسانه‌ها در سطحی گسترده به مبارزه با انگ، برچسب و تبعیض بر علیه گروه خاصی از افراد می‌پردازند مردم جامعه به صورت موقتی و اغلب سطحی به پیام آن‌ها پاسخ مثبت می‌دهند. این نوع پاسخ مثبت مردم به جنبش به معنی نهادینه شدن پیام تبلیغ شده در وجود آن‌ها نیست. وقوع بسیاری از تغییرها در باور مردم زمان‌بر بوده و نیازمند پایداری و تکرار است. جنبش‌ها با گرفتن بازخوردهای مثبت اولیه نباید به کار خود

پایان دهند. آن‌ها باید با پشتکار و تا زمان نهادینه شدن پیام جنبششان در فکر، منش و رفتار گروه هدف خود به کارشان ادامه دهند.

تقابل اهداف با شیوه کار: عدم تطابق شیوه و راه‌های حمایت‌طلبی با مأموریت و ارزش‌های بنیادین جنبش باعث سقوط و شکست مداخله‌ها و برنامه‌های حمایت‌طلبی می‌شود. راه‌ها و ابزارهای که برای حمایت‌طلبی استفاده می‌شوند باید با مأموریت جنبش و ارزش‌های آن همراستا بوده و در ارزش‌های بهبودی (شامل صداقت، سادگی، فروتنی، قدردانی و خدمت‌رسانی) ریشه داشته باشند.

وابستگی مالی: نهادهای مالی حامی جنبش‌های حمایت‌طلبی اغلب اهداف خود را به رهبران این جنبش‌ها تحمیل می‌کنند. وابستگی به نهادهای مالی که بودجه‌های کلانی را در اختیار جنبش بهبودی قرار می‌دهند، می‌تواند باعث منحرف شدن این جنبش از اهداف خود شود. هرچه جنبش‌ها با هزینه‌های کمتر و کمک‌های مردمی بیش‌تر گسترش پیدا کنند احتمال بروز فساد در آن‌ها و فاصله گرفتن از اهدافشان در آینده کم‌تر خواهد بود. همچنین توسعه گام‌به‌گام جنبش متضمن پایداری آن نیز خواهد بود. جنبش‌هایی که به یک‌باره و با پولی هنگفت در سطح جامعه شروع می‌شوند اغلب با قطع منابع مالی متوقف شده و اثرگذاری خود را از دست می‌دهند.

رهبران جنبش حمایت‌طلبی باید قبل از قبول کمک‌های مالی دقت کنند که این کمک از طریق چه نهادی و با چه هدفی به آن‌ها داده می‌شود. قطعاً پول هنگفت می‌تواند جنبش را در مراحل اولیه خود به خوبی به جلو ببرد اما با گذشت زمان و اعمال فشار از جانب حامیان مالی برای پیروی از اهداف آن‌ها جنبش بعد از گذشت مدت زمانی به زمین خواهد خورد. جنبش‌هایی در دنیا موفق بوده‌اند که صدای عموم مردم جامعه را بلند کرده و نیازهای آن‌ها را فریاد زده‌اند و نه صدا و نیازهای حامیان مالی خود را.

مخاصمه: وقتی جنبش‌ها در جامعه گسترش پیدا کرده و اثرگذار می‌شوند اغلب با مخاصمه نهادهایی روبه‌رو می‌شوند که منفعتشان در اثر گسترش و تاثیرگذاری جنبش به خطر افتاده است. این مساله واقعیتی غیرقابل انکار بوده و در همه جنبش‌های مردمی دیده می‌شود. اعضا جنبش بهبودی باید از ابتدای کار، خود را برای رویارویی با این گونه مقابله‌ها آماده کرده و در هنگام مواجهه با رفتارهای خصمانه مخالفان خود دلسرد نشوند. گروه‌هایی که به احتمال زیاد در برابر جنبش حمایت‌طلبی در حیطه بهبودی مقاومت خواهند کرد عبارتند از:

رسانه‌ها: رسانه‌ها در عین حال که مهم‌ترین نقش را در پیشبرد اهداف جنبش دارند می‌توانند مانند چاقوی دولبه عمل کرده و به محض شکست جنبش و یا پدیدار شدن نقطه ضعفی در آن به جای حامی به منتقد آن تبدیل شوند. همچنین رسانه‌ها ممکن است با تبلیغ کردن موضوع‌هایی که در تضاد با اهداف جنبش است فعالیت‌های حمایت‌طلبانه جنبش را با شکست روبه‌رو کرده و مخاطبان را در مسیر مخالف اهداف جنبش بهبودی پیش ببرند.

نهادهای درمانی: نهادهای درمانی که بودجه‌های کلانی را از دولت دریافت می‌کنند ممکن است با گسترش جنبش بهبودی احساس خطر کنند. این نهادها مایل به از دست دادن بودجه درمانی خود و اختصاص بخشی از آن به حمایت‌های پس از دوران درمان نبوده و به احتمال زیاد با پرداخته شدن به دوران پس از قطع مصرف و صرف بودجه‌های دولتی در این راستا به مخالفت خواهند پرداخت. این نهادها همچنین نگرانند که مبدا با قدرت گرفتن جامعه افراد در حال بهبودی کیفیت و اثرگذاری خدمات و مداخله‌های درمانی آن‌ها را به چالش کشیده شده، به آن‌ها برای اعمال تغییرهایی اساسی در نظام درمانیشان فشار وارد آمده و در نهایت منافعشان به خطر بیافتد.

سوداگران/مواد: بدون شک افراد تولیدکننده و توزیع‌کننده مواد دست روی دست گذاشته و با شکل‌گیری جنبشی که بر ارتقا بهبودی افراد تکیه دارد مخالفت خواهند کرد. قطع مصرف دایمی به معنی درخطر افتادن کسب و کار این افراد و گروه‌ها است. لذا جای تعجب نیست اگر که آن‌ها از قدرت خود بر علیه این جنبش استفاده کنند.

کلید واژه‌های موفقیت

افراد و نهادهایی که از شکل‌گیری جنبش بهبودی متضرر می‌شوند ممکن است در صدد بدنام کردن و ضربه زدن به آن بربیایند. جنبش بهبودی برای مقابله با مخالفان خود و حفظ خوشنامیش باید به رعایت جدی موارد زیر بپردازد:

شفافیت مالی: رهبران جنبش باید از لحاظ مالی بسیار شفاف عمل کرده و با انجام حسابرسی‌های مستقل سالیانه و انتشار نتایج آن‌ها اعضا و مردم را از عملکرد درست مالی خود مطمئن سازند.

پیروی از اصول اخلاقی: جنبش باید برای خود اصول و دستورالعمل‌های اخلاقی را تدوین کرده و در تمام مراحل حمایت‌طلبی به آن‌ها پایبند باشد. این اصول باید برای همه مخاطبان و اعضا جنبش به صورت شفاف بیان شده و بر رعایت آن تاکید شود.

زندگی شخصی سالم: اعضا جنبش باید در زندگی شخصی خود نیز پایبند به اصول اخلاقی و رعایت عرف‌های اجتماعی باشند تا اجازه بدنام شدن این حرکت اجتماعی را به مخالفان خود ندهند.

خلاصه و نتیجه‌گیری

برنامه‌های حوزه بهبودی و سلامت بدون ایجاد تغییر در سیاست‌های عمومی جامعه و اصلاح دیدگاه تصمیم‌گیرندگان (نمایندگان مجلس، سیاست‌گذاران و نهادهای دولتی)، مردم جامعه، نهادهای مدنی، مراکز درمانی و گروه‌های حمایتی موفقیت‌های لازم را در پی نخواهند داشت. موفقیت جنبش بهبودی نیازمند هماهنگی و همدلی سازمان‌های دولتی، نهادهای غیردولتی و مردم و جلب حمایت همه‌جانبه آن‌ها است. جنبش حمایت‌طلبی بهبودی در تلاش است تا منافع افراد در حال بهبودی، جوامع بهبودی و نهادهای فعال در این روند را به بهترین شکل ممکن تامین کند.

افراد در حال بهبودی نیازمند کسانی هستند که به پا خواسته و نیازهای آن‌ها را برای باقی ماندن در روند بهبودی و حفظ پاکی فریاد بزنند تا از این طریق درک مردم جامعه، قانون‌گذاران و سیاست‌گذاران از بیماری اعتیاد تغییر کرده و روند بهبودی به عنوان بخشی بنیادین در روند درمان مدنظر مسئولان و افراد کلیدی قرار گیرد.

جنبش حمایت‌طلبی زمانی موفق خواهد بود که افراد در حال بهبودی، اعضا خانواده آن‌ها، درمانگران، اعضا تیم درمان، گروه‌های خدمات‌رسان، سیاست‌گذاران، قانون‌گذاران، جوامع مدنی و کلیه افرادی که از معضل اعتیاد متاثر شده‌اند به آن پیوسته و جنبش را از حرکتی محلی و بومی به خیزشی ملی تبدیل نمایند. این جنبش با بیان نیازها و دغدغه‌های افراد در حال بهبودی و جلب مشارکت افراد کلیدی و تصمیم‌گیرنده قادر به تغییر سیاست‌های کلان، شکل دهی نهادهای حمایتی (در حوزه بهبودی) و ایجاد جوامع محلی حامی خواهد بود. جنبش حمایت‌طلبی بهبودی با جلب توجه و حمایت همه‌جانبه دست اندرکاران و حتی مخالفین و رقبای خود می‌تواند با تاثیرگذاری بر سیاست‌های مرتبط با حوزه بهبودی میزان موفقیت و اثربخشی برنامه‌های نظام سلامت را افزایش دهد.

درباره نویسنده: آزاد بهرامجی دانشجوی دکتری مطالعات بین فرهنگی و دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد رشته توسعه از دانشگاه ایسترن کالج استرالیا است. او از سال ۱۳۸۶ به عنوان فعال توسعه اجتماعی و کارشناس توانمندسازی اقشار آسیب‌پذیر در نهادهای داخلی و سازمان‌های مردم نهاد بین‌المللی مشغول به فعالیت است. ایشان تالیف نه کتاب در زمینه توانمندسازی را در کارنامه کاری خود دارد.

منابع

Polcin, D., L. (2014). Addiction science advocacy: Mobilizing political support to influence public policy. *The International Journal of Drug Policy*. 25(2), 329-331.

Ezell, M. (2001). *Advocacy in human services*. Belmont, CA: Wadsworth.

White, W., L. (2009). *The mobilization of community resources to support long-term addiction recovery*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(2), 146-158.

تاثیر انگ و برچسب بر عود مجدد افراد در حال بهبودی

لیلا ارشد

شما پس از مطالعه این فصل شما قادر خواهید بود تا:

- انگ^{۲۶۳} و تبعیض^{۲۶۴} را تعریف کنید؛
- تاثیر انگ، برچسب^{۲۶۵} و تبعیض بر عود مجدد (لغزش) را بیان کنید؛ و
- راهکارهای مبارزه با انگ و برچسب را برشمارید.

پرسش‌های کلیدی: معنی انگ و تبعیض چیست؟ انگ و تبعیض چگونه باعث لغزش و عود مجدد در افراد در حال بهبودی می‌شود؟

واژگان کلیدی: انگ، برچسب و تبعیض.

مقدمه

یکی از مشکل‌هایی که سومصرف‌کنندگان مواد و افراد در حال بهبودی با آن روبه‌رو هستند مواجهه با انگ و تبعیض است که از سوی سیاست‌گذاران، خانواده و مردم جامعه بر آن‌ها اعمال می‌شود. میزان تاثیرگذاری انگ و برچسب بر روان و زندگی افراد در حال بهبودی و تبعیضی که از پی آن صورت می‌گیرد چنان زیاد است که می‌تواند به عنوان مانعی جدی در مسیر ماندگاری در پاکی و بهبودی عمل کرده و افراد را به سمت سومصرف مجدد مواد سوق دهد.

نتایج مطالعه‌های بسیاری بیانگر اهمیت مقابله با انگ و تبعیض بوده و نشان می‌دهند که برای کمک به ارتقا بهباشی افراد در حال بهبودی باید با انگ و تبعیض مقابله کرد. انگ و تبعیض اغلب ریشه در فقدان اطلاعات، درک و تجربه محدود و یا ترس از ناشناخته‌ها دارند.

گسترش انگ و تبعیض نسبت به افراد در حال بهبودی و سرزنش ناشی از آن مانعی مهم در تدوین برنامه‌های درمانی و بازتوانی مناسب است. انگ و تبعیض مانع صورت گرفتن گفت‌وگویی باز درباره مسائل مرتبط با حوزه اعتیاد و سومصرف مواد شده و از تدوین و اجرای برنامه‌هایی موثر جلوگیری می‌کند.

^{۲۶۳} stigma

^{۲۶۴} discrimination

^{۲۶۵} label

انگ و تبعیض

انگ که به شکل‌های مختلف در تمام جوامع وجود دارد سازه‌ای اجتماعی بوده و اغلب مرتبط با بحث کنترل اجتماعی و قدرت در جامعه است. انگ صفتی ناخوشایند یا بی‌اعتبار کننده است که به فرد یا گروهی نسبت داده شده و نتیجه آن تنزل موقعیت فرد یا گروهی در نگاه جامعه است. انگ ممکن است ناشی از داشتن نقصی جسمانی (مانند ریختن دندان‌ها در افراد در حال بهبودی) و یا ناشی از وجود نگرشی منفی به رفتارهای گروهی خاص (مانند سومصرف کنندگان و یا تن فروشان) باشد.

مصادیق انگ به دو دسته "انگ احساس شده" و "انگ تجربه شده" تقسیم می‌شوند. "انگ احساس شده" نشانگر انتظاراتی مردم انگ‌خورده از برخورد دیگران با آن‌ها است. انگ احساس شده را می‌توان انگ زدن به خود یا ترس از انگ توصیف کرد که فرآیندی روانی و درونی برای فرد انگ‌خورده است. این انگ اغلب باعث می‌شود که او خصوصیت انگ‌زای خود را پنهان کرده تا خود را از تبعات دردناک تبعیض ناشی از آن دور نگه دارد. برای مثال انگ احساس شده از ابتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز می‌تواند فرد در معرض خطر را از انجام آزمایش باز دارد. بدین شکل فرد با اجتناب از دادن آزمایش و با عدم آگاهی از وضعیت سلامتی خود از مواجهه با تبعیض اجتماعی ناشی از نتیجه مثبت آزمایش دوری می‌کند.

انگ تجربه شده توصیف می‌کند که چگونه فردی انگ‌خورده اعمال تبعیض آمیزی بر علیه خود را تجربه می‌کند. انگ تجربه شده این اعمال را از دید فرد قربانی انگ به تصویر می‌کشد. برای مثال در انگ تجربه شده فرد انگ‌خورده با افشا شدن وضعیت اچ‌آی‌وی و یا اعتیادش از مدرسه یا دانشگاه اخراج شده و یا شغل و مسکن خود را از دست می‌دهد. این انگ احساس و واکنش فرد در برابر محروم شدن از حقوق اولیه‌اش را به خاطر مشکلی که دارد به تصویر می‌کشد.

گسترش انگ و برچسب در جامعه تبعیض را در پی خود به همراه می‌آورد. تبعیض، داشتن نگرشی منفی یا انجام رفتار یا اقدامی خاص است که فرد یا گروهی را از دیگران متمایز می‌کند. تبعیض معمولاً به شکل برخوردی ناجوانمردانه یا ناعادلانه و تنها به خاطر تعلق یا گمان تعلق افراد به گروهی خاص صورت می‌گیرد. اقدام‌های تبعیض آمیز حتی ممکن است به شکل تصویب قوانینی رسمی باشند که باعث سلب حقوق و اعمال آزارها بر علیه بعضی از افراد یا جمعیت‌ها می‌شود.

رفتارهای تبعیض آمیز معمولاً بر اساس برخی کلیشه‌های غیرمنطقی صورت گرفته و فرد قربانی را دچار محدودیت و انزوا می‌کنند. تبعیض باعث از بین رفتن احساس تعلق و دلبستگی به جامعه می‌شود. افرادی که مورد تبعیض قرار می‌گیرند در پاسخ به طرد شدگی و تحقیری که متحمل می‌شوند عمدتاً دست به اقدام‌های نامناسب و نادرستی زده که می‌توانند منجر به آسیب رسانی به خود و دیگران شوند.

انگ و تبعیض در کنار هم چرخه معیوبی را شکل می‌دهند. انگ موجب پیش‌داوری و یا بروز نگرش‌هایی منفی می‌شود که به شکل رفتارهای تبعیض آمیز تبلور پیدا می‌کنند. این رفتارها خود باعث قوت گرفتن و تقویت انگ موجود می‌شوند. بدین ترتیب انگ و تبعیض یکدیگر را تقویت و تشدید می‌کنند.

تاثیر انگ و برچسب بر روی افراد در حال بهبودی

بسیاری از افراد در حال بهبودی که قربانی انگ و تبعیض بوده ممکن است دست به اقدام‌های نامناسبی زده و مشکل‌های خود و جامعه را افزایش دهند. این افراد با نشان دادن واکنش‌های منفی به مساله انگ و تبعیض هم صدمه روانی بیش‌تری دیده و هم بر مشکل‌هایشان می‌افزایند؛ برای مثال مصرف‌کنندگانی که به عمد و به دلیل ترس از این که مورد انگ قرار بگیرند از طرح مشکل سومصرف یا لغزش خود و کمک گرفتن برای تشخیص و درمان دوری می‌کنند به مرور دچار ناهنجارهای بیش‌تری می‌شوند.

افراد در حال بهبودی به دلیل سابقه اعتیاد خود و یا بیماری‌های مرتبط با آن اعتماد اعضا خانواده و عموم مردم جامعه را از دست داده و از دید آن‌ها فاقد ارزش تلقی می‌شوند. از آن جایی که واکنش‌های انسان‌ها نتیجه کنش‌های دیگران است زمانی که دیگران با کنش‌هایشان انگ کجرو بودن را به فرد در حال بهبودی می‌زنند او را به سمت گرفتن نقش کجرو سوق می‌دهند. انگ‌هایی که به افراد در حال بهبودی زده می‌شود می‌تواند در لغزش و عود مجدد آن‌ها نقشی اساسی داشته باشد. فرد در حال بهبودی هنگامی که با انگ مجرم، خطاکار، بیمار روانی، بزه‌کار، معتاد، بی‌اخلاق و غیره مواجه می‌شود اغلب با برآوردن انتظاراتی که از این انگ‌ها می‌رود به آن‌ها پاسخ می‌دهد. فشارهای مذکور با ناتوانی در ایجاد پیوندهای بین فردی جدید و سالم تشدید می‌شود زیرا کسی نمی‌خواهد با فردی بزه‌کار، تن فروش، دارای اختلال‌های روانی و یا معتاد کنش متقابل داشته باشد.

انگ و برچسب می‌تواند تاثیرهای مخرب غیرقابل بازگشتی در سامان‌دهی زندگی فرد در حال بهبودی باشد. فرد در حال بهبودی علی‌رغم سال‌های زیادی که درگیر بیماری اعتیاد بوده هنوز قادر است مجموعه‌ای از نقش‌ها و وضعیت‌های متعارف را حفظ و مراعات کند. ولی هنگامی که برچسب منحرف، بزه‌کار، بیمار روانی و غیره به او می‌خورد او از فرصت اشتغال محروم شده و یا به دلیل رانده شدن از سوی مردم عادی حتی از حرفه‌ای که دارد دور می‌ماند. افراد در حال بهبودی دارای سوابقه برای همیشه نام مجرم را با خود یدک کشیده و به همین خاطر از تجربه فرصت‌های رشد و ترقی باز می‌مانند.

طرد شدگی و انزوای ناشی از انگ و تبعیض موجود بر علیه افراد در حال بهبودی آن‌ها را به طرف ارتباط مجدد با افراد مصرف‌کننده می‌کشاند. این امر باعث می‌شود که آن‌ها در ادامه زندگی خود با

افرادی در تعامل باشند که دارای سرنوشتی یکسان و وضعیتی مشابه او هستند. ناامیدی و دلسردی از پذیرش مجدد در جامعه فرد را به سمت گرفتن حمایت عاطفی از این گروه‌ها سوق داده و تصویر فرد منحرفی را که او از خود دارد در ذهن وی مستحکم می‌کند. این امر باعث مصرف مجدد فرد می‌شود.

پاسخ به انگ و برچسب

عوامل مختلفی در ایجاد انگ و تبعیض بر علیه افراد سومصرف‌کننده افراد در حال بهبودی در جامعه نقش دارند. یکی از عوامل مهم اجتماعی سهیم در ایجاد انگ و تبعیض، فقدان دانش عمومی در مورد بیماری اعتیاد و فرایند بهبودی است. افزایش سطح آگاهی مردم، کادر درمان و سیاست‌گذاران حوزه اعتیاد می‌تواند اعتیاد را که برای سال‌های طولانی تابویی اجتماعی بوده و در جامعه سبب ایجاد انگ و تبعیض شده است را به بیماری قابل پذیرش و درمان شونده تبدیل کرده و مشارکت همگان را برای پاسخ به آن جلب کند.

پیش‌دآوری‌های مردم جامعه باعث دشواری غلبه بر انگ و تبعیض مرتبط با اعتیاد و اچ‌آی‌وی/ایدز می‌شود. متأسفانه چون بسیاری از افراد اچ‌آی‌وی مثبت اغلب سومصرف‌کننده مواد بوده‌اند افراد در حال بهبودی با انگ مرکب و چندگانه‌ای در اجتماع روبه‌رو می‌شوند. مبارزه با تاثیرهای مخرب این انگ مرکب در راستای ایجاد پیش‌دآوری‌های جدید و رفع پیش‌دآوری‌های قدیمی در جامعه کار بسیار دشواری است. روند انگ‌زدایی از افراد در حال بهبودی زمان‌بر بوده و نیاز به آموزش، آگاه‌سازی و تکیه بر حمایت همدردان (همتایان) و پشتیبانی روانی آنان از یکدیگر دارد. این ادعا با مقایسه موفقیت افراد در حال بهبودی در دهه ۷۰ با دهه ۸۰ و ۹۰ قابل اثبات است. در دهه ۸۰ حدود ۵۰۰ نفر از افراد مصرف‌کننده موفق به ترک مواد و حفظ بهبودی خود شده بودند در حالی که آمار دهه حاضر به مراتب بیش‌تر از دهه‌های قبل است.

مطالعه‌ها نشان داده است افراد مصرف‌کننده یا در حال بهبودی که با انگ و تبعیض رشد و زندگی می‌کنند اغلب این انگ‌ها را درونی کرده و دچار ناامیدی از آینده و اندوه می‌شوند. لذا از نهادهای مدنی و متخصصان این حوزه انتظار می‌رود که یاور افراد در حال بهبودی بوده و برای بهبود زندگی آن‌ها و درمانشان تلاش کنند. رایزنی و مطالبه‌گری برای تدوین قوانین حمایتی در چنین مواردی بسیار اثربخش است. می‌توان با افزایش آگاهی و اطلاع‌رسانی مناسب سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مردم جامعه را نسبت به این گونه مسایل آگاه کرده و به بهبود شرایط امیدوار بود.

خلاصه و نتیجه گیری

بالا بردن تاثیرگذاری برنامه‌های درمانی نیازمند تغییر نگرش و باورهای گروه هدف، کادر درمانی، مردم جامعه و حتی سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان حوزه سلامت و اعتیاد است. اگر دیگران تغییر افراد در حال بهبودی را باور کنند آن‌ها نیز خود را باور کرده، رفتارشان را تغییر داده و برای حفظ پاکیشان تلاش خواهند کرد. تا زمانی که درمانگران، سیاست‌گذاران و مردم جامعه بر این باور باشند که افراد در حال بهبودی منفعل بوده و توانایی تصمیم‌گیری آگاهانه و مناسب و احترام به هنجارهای جامعه را ندارند نتیجه همه مداخله‌ها و برنامه‌های درمانی به شکست انجامیده و احتمال باقی ماندن فرد بهبود یافته در پاکی خود بسیار پایین خواهد بود.

بنابراین پذیرش بدون انگ و تبعیض افراد در حال بهبودی، ایجاد شرایطی برای حق‌طلبی و مذاکره شفاف و روشن در مورد نقش و جایگاه امروزی افراد در حال بهبودی می‌تواند به جلب اعتماد آن‌ها کمک کرده، شرایطشان را بهبود بخشیده و مانع لغزش و عود اعتیاد آن‌ها شود.

درباره نویسندگان: لیلا ارشد مددکار اجتماعی با بیش از چهل سال فعالیت حرفه‌ای در حوزه زنان و کودکان آسیب‌پذیر است. او موسس و مدیرعامل موسسه زنان سرزمین خورشید، موسس اولین خط تلفنی کودک، نوجوان و خانواده (صدای یارا) و سرپرست دوره کارورزی دانشجویان مددکاری در دانشگاه‌های علامه طباطبائی، علوم بهزیستی و توانبخشی و آزاد اسلامی است.

منابع

بازادغام اجتماعی افراد در حال بهبودی

آزاده بهرامجی

شما پس از مطالعه این فصل شما قادر خواهید بود تا:

- بازادغام اجتماعی^{۲۶۶} و اهمیت آن در روند بهبودی را بیان کنید؛
- تاثیر سومصرف مواد بر انزوای اجتماعی^{۲۶۷} را بیان کنید؛ و
- راهکارهای بازادغام اجتماعی پایدار را بیان کنید.

پرسش‌های کلیدی: بازادغام اجتماعی به چه معنی است؟ چگونه سومصرف مواد منجر به انزوای اجتماعی می‌شود؟ نقش بازادغام اجتماعی در بهبودی پایدار افراد در حال بهبودی چیست؟ چگونه می‌توان به بازادغام اجتماعی افراد در حال بهبودی کمک کرد؟

واژگان کلیدی: بازادغام اجتماعی، انزوای اجتماعی، انگ، تبعیض، برچسب و شیوع اجتماعی^{۲۶۸}.

مقدمه

در گذشته نظریه‌های مربوط به درمان اعتیاد عمدتاً بر روی فاکتورهای فردی همچون عوامل بیولوژیکی، نظام شناختی-رفتاری و خصوصیت‌های فردی تمرکز داشتند. مطالعه‌های گسترده‌ای که به تازگی به انجام رسیده گویای نقش بسیار کلیدی فاکتورهای اجتماعی در قطع سومصرف، حفظ پاکی و ارتقا بهبودی افراد هستند. در حال حاضر مداخله‌هایی که در کشور ایران در راستای پاسخگویی به معضل سومصرف مواد صورت می‌گیرند عمدتاً بر روی جنبه‌های دارویی و درمان جسمانی- روانی سومصرف مواد متمرکز بوده و به ندرت به جنبه‌های اجتماعی دخیل در شکل‌گیری و رفع این معضل می‌پردازند. این در حالی است که هم‌اکنون در دنیا توجه‌ها از سمت مداخله‌های دارویی- درمانی به سوی بهبودی پایدار و بازادغام اجتماعی معطوف شده‌اند.

محققان حوزه اعتیاد بر این باورند که درمان اعتیاد و رسیدن به بهبودی پایدار بدون تمرکز بر بازادغام اجتماعی افراد در حال بهبودی و کمک به بازگشت آن‌ها به اجتماع مقدور نخواهد بود. بهبودی پایدار روندی است که بر اساس زمینه و بستری که فرد در حال بهبودی در آن قرار دارد شکل گرفته و از لحاظ اجتماعی قوام می‌یابد.

^{۲۶۶} social reintegration

^{۲۶۷} social isolation

^{۲۶۸} social contagion

بهبودی پایدار نیازمند ایجاد تغییر در هویت اجتماعی افراد است. بهبودی، روندی اجتماعی است که باعث تغییر هویت اجتماعی افراد شده و هویت آن‌ها را از "فرد مصرف‌کننده" و منزوی به "فرد در حال بهبودی" تغییر می‌دهد. این روند اجتماعی با مرتبط کردن افراد با همتایان و گروه‌های بهبودی نوعی احساس تعلق را در آن‌ها به وجود می‌آورد. افراد در حال بهبودی به کمک همتایان و اعضا شبکه‌های اجتماعی حامی خود تصویر جدیدی از هویت اجتماعی خود را پیدا می‌کنند. این افراد و گروه‌ها فرد در حال بهبودی را به سمت تغییر دادن هویت اجتماعی خود هدایت کرده و فرصت‌هایی را برای یادگیری از اجتماع و پذیرش کنترل اجتماع بر خود به وجود می‌آورند. حمایت‌های دریافت شده از این افراد و گروه‌ها فرد را در برابر لغزش و عود مجدد محافظت می‌کند.

بازادغام اجتماعی نیازمند وجود و در دسترس بودن شبکه‌های اجتماعی حمایتگر و الگوهای موفق بهبودی است. هر چه میزان انگ و برچسب بر علیه فرد در حال بهبودی در اجتماع بیش‌تر باشد دسترسی به این شبکه‌های حمایتی دشوارتر خواهد بود. برای ایجاد ساختارهای حمایتی و بازادغام موفق اجتماعی لازم است تا جامعه پذیرش خود را برای درآغوش گرفتن همه افراد با فرهنگ‌ها، باورها و گذشته‌های مختلف افزایش داده و از به حاشیه راندن افراد در حال بهبودی پرهیزد تا در وهله اول خودش با تبعات منفی حذف و به گوشه راندن اعضا خود روبه‌رو نشود. اگر افراد در حال بهبودی در جامعه بازادغام نشوند همیشه این خطر وجود دارد که در چرخه معیوب انزوای اجتماعی، ارتکاب جرایم، انجام رفتارهای ضداجتماعی و طردشدگی اجتماعی باقی مانده و جامعه را نیز از این موضوع متاثر کنند (Volkow, Baler & Goldstein, 2011).

سومصرف مواد و انزوای اجتماعی

انزوای اجتماعی به معنی ناتوانی فرد یا گروهی از افراد برای داشتن مشارکت فعال در جامعه از لحاظ اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی است. سومصرف مواد باعث ایجاد اختلال در عملکرد سیستم کنترل رفتار در مغز می‌شود. عملکرد صحیح این سیستم برای بازادغام مناسب اجتماعی و تطابق با نظام‌های اجتماعی پیچیده ضروری است. تاثیر مخرب سومصرف مواد بر سیستم شناختی باعث از بین رفتن مهارت‌های اجتماعی پایه‌ای در فرد شده و در عملکرد مطلوب او در جامعه و زندگی ایجاد اختلال می‌کند. با تضعیف سیستم شناختی، فرد مصرف‌کننده توانایی هدف‌گذاری، تعقیب اهداف و حفظ انگیزه‌های خود را از دست داده و نمی‌تواند برای شروع فعالیتی جدید اقدام کند.

با شدت گرفتن سومصرف مواد و افزایش میزان تاثیر مخرب مواد بر مغز مهارت‌های اجتماعی افراد کم شده، پیوندهای فرد مصرف‌کننده با اعضا خانواده و دوستان غیرمصرف‌کننده خود سست گشته، عملکرد فرد در محیط‌های آموزشی (مانند مدرسه) و محیط کار کاهش پیدا کرده و به تدریج روند طبیعی جامعه‌پذیری و اجتماعی شدن فرد مختل شده و فرد مصرف‌کننده به سوی انزوا از جامعه کشیده می‌شود.

با قطع مصرف مواد آسیب‌های وارد آمده به مغز و نظام شناختی-رفتاری فرد به یک‌باره ترمیم نمی‌شوند. بهبود آسیب‌های وارد شده به مغز و سیستم شناختی روندی زمان‌بر بوده و نیازمند صبوری و حمایت افراد خانواده و اعضا اجتماع و جامعه است زیرا افراد در حال بهبودی عمدتاً در فازهای اولیه بهبودی توانایی تطبیق خود با اجتماع و انتظاراتی آن را نداشته و در روابط اجتماعی خود بسیار ضعیف عمل می‌کنند. شاید از همین رو است که بسیاری از مردم بر این باورند که فرد متأثر از اعتیاد اکنون بروز انواع مشکل‌ها بوده و به هر جایی که قدم بگذارد انواع و اقسام دردسرها را نیز با خود به همراه می‌برد. افرادی که شناخت درستی از نحوه تأثیرگذاری مواد بر مغز و سیستم‌های شناختی آن نداشته اغلب افراد مصرف‌کننده و در حال بهبودی را به تمایل عمدی برای بهره‌نگرفتن از کمک‌های پیشنهادی، مقاومت در برابر تغییر، بی‌انگیزگی و ناامیدی متهم می‌کنند.

جامعه یکی از عوامل اصلی انزوای اجتماعی افراد در حال بهبودی است. متأسفانه جامعه ناآشنا با بیماری اعتیاد و روند بهبودی تمایل زیادی به فاصله گرفتن از فرد مصرف‌کننده و در حال بهبودی دارد. جامعه با اعمال انگ و تبعیض مانع از دسترسی افراد در حال بهبودی به منابع موجود در اجتماع شده و موانعی را بر سر راه تحصیل، استخدام و بازادغام اجتماعی آن‌ها ایجاد می‌کند. انگ و تبعیض‌هایی که از سوی اعضا خانواده و مردم اجتماع بر علیه افراد در حال بهبودی اعمال می‌شوند در نهایت منجر به انزوای اجتماعی آن‌ها می‌شوند. این انزوای اجتماعی عامل دشوارتر شدن شرایط زندگی فرد در حال بهبودی بوده و باعث می‌شود که او مجدداً به سمت سومصرف مواد گرایش پیدا کند. فرد رانده شده از اجتماع به تدریج به سمت حمایت و پذیرشی که از دوستان مصرف‌کننده خود دریافت می‌کرده کشیده می‌شود. البته اگرچه سومصرف مواد احتمال ابتلا به انزوای اجتماعی را بالا می‌برد اما واقعیت این است که انزوای اجتماعی نیز خود عامل ابتلا و تشدید مصرف بوده و این دو عامل به صورت دایره‌وار بر هم تأثیر متقابل^{۲۶۹} دارند.

بازادغام اجتماعی

بازادغام اجتماعی پایدار یکی از شاخصه‌های بهبودی از سومصرف مواد است. هر فعالیتی در راستای اجتناب و از بین بردن انزوای افراد در حال بهبودی اقدامی مرتبط با بازادغام اجتماعی خوانده می‌شود. بازادغام اجتماعی به بررسی جایگاه فرد در جامعه و ارتباط او با نهادهای مختلف اجتماع پرداخته و در تلاش برای افزایش سرمایه‌های فردی، اجتماعی، اقتصادی و سازمانی فرد در حال بهبودی است. هدف اصلی مداخله‌هایی که منجر به بازادغام اجتماعی پایدار در افراد در حال بهبودی می‌شوند آرایه کمک و نظارتی است که آن‌ها برای اجتناب از سومصرف مجدد مواد، بازادغام مجدد موفق در جامعه و مقابله با عود نیاز دارند. البته این اقدام‌ها الزاماً مرتبط با سومصرف مواد نبوده و می‌توانند به نیازهای دیگر افراد در حال بهبودی (مانند سرپناه، تحصیلات، آموزش‌های فنی و حرفه‌ای، استخدام، بازسازی

^{۲۶۹} circular causality

شبکه‌های فردی و اجتماعی و کاهش انگ و برچسب) پاسخ بدهند. این فعالیت‌ها می‌توانند توسط افراد، گروه‌ها و نهادهای مختلفی همچون خود افراد در حال بهبودی، اعضا خانواده آن‌ها، متخصصین حیطه درمان و مردم جامعه صورت گرفته و در بسترهای متفاوتی مانند مراکز درمانی، زندان‌ها، محیط‌های کار، سرای محله‌ها و یا فرهنگسراها اعمال شده و از راهکارهای متفاوتی بهره بگیرند.

رابطه بین بازادغام اجتماعی و بهبودی از اعتیاد به فهم ما از اعتیاد به مواد، درمان، بازتوانی، توانمندسازی و نتایج حاصل از آن‌ها بستگی دارد. هدف بازادغام اجتماعی محدود به درمان اعتیاد، کنترل، کاهش و قطع مصرف مواد نیست. بازادغام اجتماعی در گام‌های اول درمان از لغزش فرد در حال بهبودی جلوگیری کرده و به مرور به او کمک می‌کند تا بهبودیش را به صورت طولانی مدت حفظ نموده و بهیاشی خود را ارتقا دهد. در شرایط ایده‌آل بازادغام اجتماعی باید به عنوان بخشی از روند درمان، بازتوانی و توانمندسازی دیده شود. تا زمانی که هدف از درمان اعتیاد تنها قطع مصرف مواد باشد بازادغام اجتماعی به عنوان مداخله‌ای جانبی تلقی شده و محدود به فعالیت‌هایی مختصری پس از اتمام دوره درمان خواهد بود.

در دنیای امروز بازادغام اجتماعی و درمان سومصرف مواد دو عنصر درهم آمیخته و غیرقابل تفکیک تلقی می‌شوند که باید به صورت همزمان مورد توجه قرار گیرند و نمی‌توان به صورت مستقل به آن‌ها پاسخ داد (UNODC, 2008; EMCDDA, 2010). درمان اعتیاد در محیطی ایزوله و خارج از بستر اجتماع تقریباً امری غیر ممکن است. ارتقا مداخله‌های درمانی، پیشگیری از لغزش و عود، بهبودی و توانمندسازی نیازمند توجه به بستری است که سومصرف و مداخله‌های درمانی در آن به وقوع می‌پیوندند. نتایج تحقیق‌های بسیاری نشان داده اند که پذیرش، درمان و مرخص کردن فرد سومصرف کننده از مراکز درمانی منجر به مدیریت پایدار بهبودی در او نشده و فقط نرخ بالای عود و مراجعه مجدد به مراکز درمانی را در پی خواهد داشت.

نظریه‌های نوین بر این باورند که بهبودی از سومصرف مواد و الکل به صورت نوعی "شیوع اجتماعی" قابل تعریف است که در آن دو فاکتور "کنترل اجتماعی"^{۳۷۰} و "یادگیری اجتماعی"^{۳۷۱} ایفای نقش می‌کنند. نظریه شیوع اجتماعی بر این باور است که شبکه‌های اجتماعی می‌توانند رفتارهای اجتماعی مطلوب و مورد پسند اجتماع را از طریق آموزش به اعضا خود گسترش دهند؛ البته به شرطی که این شبکه و گروه‌ها به راحتی در جامعه قابل شناسایی بوده و عضویت در آن‌ها برای افراد در حال بهبودی جذابیت لازم را داشته باشد.

در روند شیوع اجتماعی افراد با مشاهده و تقلید از دیگران یاد می‌گیرند که چگونه مراحل اولیه درمان را از سر بگذرانند. آن‌ها سپس به کمک هم‌تایان و حمایت گروه‌های بهبودی و مردم جامعه برای

^{۳۷۰} social control

^{۳۷۱} social learning

بازگشت به اجتماع تشویق و حمایت می‌شوند. افراد در حال بهبودی با عضویت در گروه‌ها و شبکه‌های حمایت کننده به درک جدیدی از هویت فردی و جمعی خود رسیده و برای حفظ هویت جمعی و باقی ماندن در گروه به پیروی از ارزش‌ها و عرف‌های رفتار اجتماعی گروه می‌پردازند. از این رو می‌توان بهبودی را سفری خواند که در بستر اجتماع اتفاق افتاده و از آن تاثیر می‌پذیرد.

افراد در حال بهبودی برای بازادغام پایدار در جامعه نیازمند دریافت حمایت‌های اجتماعی هستند. حمایت اجتماعی به مقابله با عواملی می‌پردازد که در وهله اول عامل گرایش فرد به سمت سومصرف مواد بوده‌اند (مانند شرم، پنهان کاری و انزوا). در راستای حمایت اجتماعی افراد در حال بهبودی از خدمات زیر بهره‌مند می‌شوند:

- ارایه اطلاعات کاربردی: مانند معرفی کردن افراد در حال بهبودی به گروه‌هایی مانند معتادین گمنام، الکلی‌های گمنام و کنگره ۶۰، بیان تجربه روند بهبودی دیگران و آموزش راه‌های غلبه بر ولع مصرف؛
- فراهم کردن امکان دسترسی به منابع مورد نیاز: مانند پیدا کردن سرپناهی مناسب برای اقامت، قرض دادن یک دست کت و شلوار برای انجام مصاحبه‌ای کاری و یا ثبت نام فرد در کلاس‌های حرفه آموزی؛
- ارایه کمک‌های عملی: مانند همراهی کردن فرد در جلسه‌های درمانی، مراقبت کوتاه مدت از فرزندان افراد در حال بهبودی و کمک کردن به آن‌ها برای پیدا کردن خانه‌ای اجاره‌ای؛ و
- ارایه حمایت‌های عاطفی: مانند دلگرمی دادن، تشویق کردن و کمک به حل مسایل مختلف زندگی.

ارایه این کمک‌ها به افراد در حال بهبودی باعث ایجاد احساس تعلق و امنیت در آن‌ها شده، از استرس و احساس تنهایی و انزوایشان کاسته، به زندگیشان هدف و معنی داده، در آن‌ها ایجاد امید کرده و با انگ و برچسبی که بر علیه فرد در حال بهبودی وجود دارد به مقابله می‌پردازد. در نتیجه این حمایت‌ها افراد در حال بهبودی به شیوه موثرتری می‌توانند از پاکی و بهبودی خود مراقبت کنند. با گذشت زمان و قوی‌تر شدن افراد در بهبودی خود آن‌ها نیز شروع به خدمت‌رسانی در بین اعضا شبکه اجتماعی خود خواهند کرد.

رویکردهای بازادغام اجتماعی می‌توانند در حیطه‌های بازتوانی شغلی، درمان سومصرف مواد، مداخله‌های قضایی و کیفری، مسکن و سرپناه، تحصیلات و حرفه‌آموزی، استخدام، سیاست‌گذاری عمومی و حمایت‌طلبی طبقه‌بندی شوند. متأسفانه هنوز در دنیا تحقیق‌های کافی برای ارایه راه حلی موفق در جهت بازادغام اجتماعی پایدار افراد در حال بهبودی وجود ندارد اما یافته‌های به دست آمده از مطالعه‌هایی که بر روی بازادغام اجتماعی افراد در حال بهبودی صورت گرفته نشان می‌دهند که:

- ارتقا سرمایه‌های فردی، اجتماعی، اقتصادی و سازمانی باید در بازادغام اجتماعی مورد توجه قرار بگیرند. رویکرد بازادغام اجتماعی باید جامع بوده و تمام موانعی که به صورت نظامند مانع بازادغام افراد در حال بهبودی در جامعه می‌شوند را هدف قرار دهد؛
- بازادغام اجتماعی باید به یکی از مولفه‌های موفقیت درمان و توانمندسازی تبدیل شده و قطع سومصرف مواد نباید نشانگر موفقیت برنامه‌های درمانی و یا بهبودی باشد. اگرچه حفظ بهبودی و کنترل سومصرف مواد جز هدف‌های اصلی برنامه‌های درمانی هستند اما اگر فرد در حال بهبودی در بازادغام اجتماعی خود شکست بخورد ممکن است لغزش کرده و به سمت مصرف مجدد مواد روی بیاورد. در نتیجه تمام تلاش‌های تیم خدمات‌رسان بی‌حاصل خواهد بود؛
- انجام مداخله‌های درمانی صرف به هیچ وجه منجر به بازادغام اجتماعی افراد در حال بهبودی نمی‌شود. مداخله‌های درمانی اعتیاد توانایی پاسخ دادن به انزوای اجتماعی افراد در حال بهبودی را ندارد؛ به خصوص این که تعدادی از این افراد در دوران قبل از اعتیاد خود نیز به حاشیه رانده شده بوده و مشکل‌هایی جدی بر سر راه بازادغام اجتماعی آن‌ها وجود داشته بوده است. بازادغام اجتماعی نیازمند وجود بسترهای حمایت‌کننده است. سیاست‌گذاران باید بودجه‌هایی را به انجام مداخله‌های مناسب در راستای بازادغام اجتماعی اختصاص دهند زیرا بدون بازادغام اجتماعی پایدار همیشه خطر بازگشت به چرخه مصرف در زندگی فرد در حال بهبودی وجود دارد؛
- مداخله‌های مربوط به بازادغام اجتماعی باید از فازهای اولیه درمان آغاز شده و بر اساس نیازهای فرد در حال بهبودی خدمات حمایتی که او برای بازگشت به اجتماع احتیاج دارد باید در اختیارش قرار گیرند؛ و
- لازم است تا دسترسی افراد در حال بهبودی به نهادها و سازمان‌های فعال در حوزه بازادغام اجتماعی افزایش پیدا کند (مانند مکان‌هایی که سرپناه‌های ارزان را در اختیار افراد در حال بهبودی قرار می‌دهند).

راهکارهای بازادغام اجتماعی

همانطور که پیش‌تر بیان کردیم بازادغام اجتماعی یکی از شاخصه‌های بهبودی پایدار از سومصرف مواد است. بعضی از مهم‌ترین چالش‌های سد راه بازادغام اجتماعی مناسب افراد در حال بهبودی عبارتند از:

- در سطح فردی: عدم مجهز بودن فرد به مهارت‌های تخصصی، سطح پایین سواد، نداشتن سابقه کاری، سوسابقه، بیماری‌های روانی و جسمی مزمن، نداشتن سرپناه مناسب، نداشتن مهارت‌های بین فردی، عدم اعتماد به نفس، زندگی آشفته، مشکل‌های گسترده خانوادگی و سطح پایین انتظار از خود و زندگی.

- در سطح ساختاری: نیاز به حضور هر روزه در مراکزهای درمانی، ساعت‌های نامناسب کاری مراکزهای درمانی (که درست مصادف با ساعت کاری فرد در حال بهبودی هستند)، نبود هماهنگی‌های بین سازمانی، انگ و برچسب از سوی جامعه، عدم دسترسی به خدمات اجتماعی و بازار کار رقابتی شدید.

افراد در حال بهبودی برای بازادغام اجتماعی پایدار نیاز دارند تا به مهارت‌ها و فرصت‌هایی مجهز شوند که کارایی اجتماعی آن‌ها را ارتقا می‌دهند. برای آماده کردن فرد در حال بهبودی جهت بازادغام اجتماعی لازم است تا عواملی که فرد در حال بهبودی را در گذشته به سوی مصرف مواد و انزوا از جامعه کشیده مورد توجه قرار گیرند. پرداختن جامع به نیازهای جسمانی، روانی و اجتماعی فرد باید از بدو شروع درمان آغاز شده و بر اهمیت مداخله‌های همه‌جانبه و مستمر برای کمک به فرد در حال بهبودی در دوران درمان و پس از آن تأکید شود. آماده‌سازی فرد در حال بهبودی برای بازگشت به اجتماع باید روند بسیار ملایمی داشته و مداخله‌های مربوط به بازادغام مجدد باید به گونه‌ای طرح‌ریزی شوند که فرد در حال بهبودی پس از خروج از مراکزهای درمانی بتواند آموخته‌ها و مهارت‌های کسب شده را با کم‌ترین میزان مواجهه با چالش به کار برد.

همانطور که پیش‌تر بیان شد هیچ نسخه ثابتی برای بازادغام اجتماعی موفق افراد در حال بهبودی وجود ندارد زیرا تفاوت‌های فردی و تنوع جوامع تعیین کننده سطح بازادغام اجتماعی مطلوب برای هر فردی است. راهکارهای بازادغام باید تحت تأثیر قوانین و عرف‌های هر جامعه و منابع موجود در آن طراحی شوند. برای طرح‌ریزی راهکارهای موفق بهتر است که:

- مداخله‌ها با جلب مشارکت نهادهای مختلف حمایت جامع و کاملی را از فرد در حال بهبودی به عمل بیاورند؛
- مداخله‌ها با مشارکت فرد در حال بهبودی، اعضا اجتماع و اعضا شبکه‌های حمایتی او تدوین شوند تا همه و علی‌الخصوص اجتماع هدف نسبت به آن احساس مالکیت داشته باشند؛
- مداخله‌ها بر پایه اطلاعات علمی و مستند بنا شوند و از استراتژی‌هایی استفاده کنند که در راستای برقراری ارتباطی سالم بین فرد در حال بهبودی و اجتماع باشد؛
- مداخله‌ها بر اساس سن، جنسیت، نیازها، فرهنگ و چالش‌های سد راه بازادغام هر فرد برای او به طور جداگانه‌ای طراحی شوند؛
- مداخله‌ها به محض شروع درمان آغاز شده و تا دوران پس از ترخیص از مراکز درمانی نیز ادامه یابند؛
- مداخله‌ها افراد در حال بهبودی را در برابر تصمیم‌ها و انتخاب‌هایشان مسئول بدانند؛ و
- مداخله‌ها پیوسته مورد پایش و ارزیابی قرار گیرند تا در صورت نیاز بتوان در آن تغییرهای لازم را اعمال نمود.

اقدام‌هایی که مسیر ورود فرد در حال بهبودی به اجتماع را فراهم می‌کنند عبارتند از:

ارزیابی وضعیت موجود: برای تدوین مداخله‌های مورد نیاز در راستای بازادغام اجتماعی، تیم‌های خدمات‌رسان در ابتدا باید تصویر درستی از شبکه حمایتی که فرد بهبودی به آن دسترسی دارد داشته باشند. آن‌ها باید بدانند که:

- آیا شبکه اجتماعی فرد با او مانند موجودی ارزشمند و دارای ارج و قرب رفتار می‌کند؟
- آیا فرد احساس می‌کند در گروهی که به آن تعلق دارد مورد احترام است؟
- آیا فرد به گروه‌های اجتماعی که در آن عضو است احساس تعلق، وابستگی و تعهد می‌کند؟
- آیا اعضا اجتماع فرد در حال بهبودی نسبت به هم احساس تعهد می‌کنند؟
- آیا در تصمیم‌گیری‌های گروهی نظر فرد در حال بهبودی مانند نظر دیگر اعضا اجتماع لحاظ می‌شود؟
- آیا فرد در حال بهبودی به اعضا اجتماع خود کمک می‌کند؟ آیا این کمک کردن باعث ارتقا احساس همبستگی، توانمندی و بهبازی او می‌شود؟
- آیا اعضا اجتماع برنامه‌های شاد و تفریحی را با حضور فرد در حال بهبودی ترتیب می‌دهند؟

و

- آیا فرد مطمئن است که در صورت نیاز، اعضا اجتماع به حمایت از او خواهند پرداخت؟
- پاسخ منفی به پرسش‌های بالا نشان‌دهنده شبکه حمایتی ضعیف فرد در حال بهبودی است. در چنین شرایطی تیم خدمات‌رسان باید به کمک فرد در حال بهبودی برای ایجاد شبکه ارتباطی جدیدی و یا بهبود شبکه اجتماعی فعلی او برنامه‌ریزی کند. اگر رفتار اعضا اجتماع فرد در حال بهبودی سرد و از روی اجبار باشد بهتر است که فرد در حال بهبودی از آن اجتماع خارج شده و به کمک تیم خدمات‌رسان به شناسایی گروه‌ها و اجتماع‌های حامی دیگری بپردازد.

توانمندسازی: برای صورت پذیرفتن بازادغام اجتماعی لازم است تا افراد در حال بهبودی به مهارت‌هایی همچون برقراری تعادل در بین زندگی کاری و شخصی، داشتن زندگی معنادار، مدیریت استرس، مدیریت مواجهه با ناکامی و راه‌های غلبه بر چالش‌های زندگی مجهز باشند. افرادی که در دام اعتیاد گرفتار می‌آیند یا در دوران قبل از مصرف خود به مهارت‌های زندگی مجهز نبوده‌اند و یا سال‌ها تجربه سومصرف مواد توسط آن‌ها باعث شده است که مهارت‌های اولیه زندگی که برای بازگشتشان به اجتماع مورد نیاز است در ایشان از بین برود.

یادگیری مجدد مهارت‌های زندگی فردی و اجتماعی و نهادینه شدن آن‌ها در افراد در حال بهبودی روندی زمان‌بر است. افرادی که در فازهای اولیه بهبودی هستند تا زمانی که از حمایت تیم خدمات‌رسان برخوردار بوده می‌توانند بر چالش‌های زندگی فردی و اجتماعی خود غلبه کنند. اما به

محض اتمام دوره درمان و ورود این افراد به اجتماع آن‌ها دچار مشکل و بحران شده و نمی‌توانند درست تصمیم‌گیری کرده و رفتارهای مقبولی را از خود نشان دهند.

مراحل اولیه بازادغام اجتماعی برای فرد در حال بهبودی پراسترس و سرشار از چالش‌های جدید است. او باید در زندگی تصمیم‌های مختلفی را گرفته و بهای انتخاب‌هایش را نیز پرداخت کند. این در حالی است که در مراحل اولیه بهبودی فرد در انجام انتخاب‌های درست مشکل داشته و به سختی می‌تواند برای آینده خود برنامه‌ریزی کرده و تبعات تصمیم‌ها و انتخاب‌هایش را در طولانی مدت ارزیابی کند. همچنین او در اجتماع با دینامیک‌هایی روبه‌رو می‌شود که با آن‌ها ناآشناست. چنین فردی به احتمال زیاد در موقعیت‌هایی قرار خواهد گرفت که نحوه رفتار و واکنش نشان دادن به آن‌ها را نمی‌داند.

استرس ناشی از بازگشت به اجتماع و انتظاراتی که اجتماع از فرد در حال بهبودی دارد می‌تواند او را به سمت مصرف مجدد مواد سوق دهد؛ از این رو لازم است تا مداخله‌های مربوط به بازادغام اجتماعی افراد در حال بهبودی را با انتخاب‌ها و چالش‌هایی آشنا سازند که ایشان بعد از ورود مجدد به اجتماع با آن‌ها روبه‌رو خواهند شد. تیم درمان باید فضایی را برای صحبت در مورد نگرانی‌ها و دغدغه‌هایی فراهم آورد که فرد در حال بهبودی در زندگی روزانه خود و در بستر جدیدی که در آن قرار می‌گیرد با آن‌ها مواجه است. در روند توانمندسازی لازم است تا به افراد در حال بهبودی تمام ابعاد زندگی جدیدی که آغاز کرده‌اند را آموزش داد، روند انتخاب و تصمیم‌گیری را بارها با آن‌ها تمرین کرد و به آن‌ها آموخت که اجتماع توقع دیدن چه رفتارهایی را از ایشان دارد. در این آموزش‌ها قوانین از پیش تعیین شده اجتماع باید با جزئیات بیان شده و با افراد در حال بهبودی تمرین شوند.

در روند توانمندسازی تیم خدمات‌رسان باید به ارزیابی خطرهای و چالش‌هایی پیردازد که فرد در حال بهبودی با آن مواجه خواهد شد. لازم است تا تیم خدمات‌رسان رفتارهای مناسب برای پاسخ دادن به خطرهای و چالش‌ها را با فرد در حال بهبودی تمرین کند. برگزاری جلسه‌های آموزشی گروهی فرصت خوبی را برای یادگیری از اشتباه‌ها و تجزیه و تحلیل تجربه‌های خود و دیگران فراهم می‌آورد. افراد در این جلسه‌های گروهی می‌توانند بدون ترس از قضاوت شدن چالش‌های خود (از جمله چالش‌های اخلاقی‌شان) را مطرح کرده و در مورد حیطه‌هایی که انتخاب‌های آن‌ها در تضاد با ارزش‌های جامعه است، صحبت کنند.

جلسه‌های توانمندسازی به افراد در حال بهبودی می‌آموزد که قرارگیری در محیط‌ها و شرایطی چالش‌زا غیر قابل اجتناب بوده و آن‌ها باید برای رویارویی و نشان دادن واکنش‌های صحیح به این موقعیت‌ها آماده و مجهز باشند. آموزش تکنیک‌های "تصمیم‌گیری اخلاقی"^{۳۷۲} یکی از مباحث آموزشی مهم در بحث توانمندسازی و در راستای بازادغام اجتماعی پایدار است. صحبت‌هایی که در

مورد مباحث اخلاقی در جلسه‌های گروهی بیان می‌شوند این فرصت را به تیم درمان و گروه‌های بهبودی می‌دهند تا در مورد چالش‌های افراد در حال بهبودی با اعضا اجتماع صحبت کرده و برای پاسخ دادن به آن‌ها به صورت گروهی چاره‌ای بیندیشند. افراد در صورت دریافت این آموزش‌ها پس از اتمام درمان و روند توانمندسازی قادر خواهند بود تا در مورد مشکل‌ها و بحران‌هایی که با آن‌ها روبه‌رو می‌شوند به صورت شفاف صحبت کرده و با تکیه بر رفتارهای اخلاقی، انتخاب‌های درستی را در زندگی خود صورت دهند. افراد در حال بهبودی تا یادگیری مجدد این مهارت‌ها و نهادینه کردن آن‌ها در خود نیازمند بهره‌گیری از حمایت اجتماع، شبکه‌های بهبودی، اعضا گروه‌های همسان و همتایان خود هستند.

آموزش و مشارکت دادن اعضا/ اجتماع: جامعه در صورت آموزش دیدن می‌تواند نقشی کلیدی را در حمایت از افراد در حال بهبودی و اعضا خانواده‌های آن‌ها بازی کرده و فرصت بازگشت مجدد افراد در حال بهبودی را به درون خود بدهد. افرادی که دچار انزوای اجتماعی هستند در مواردی به جز گروه دوستان سومصرف کننده خود به هیچ منبع حمایتی دیگری دسترسی ندارد. از این رو آن‌ها هویت خود را حول اعتیاد و دوستان سومصرف کننده خود تعریف می‌کنند.

جامعه حامی به افراد در حال بهبودی کمک می‌کند تا به بازتعریف هویت خود پرداخته و با گرفتن هویت "فرد در حال بهبودی" بتوانند خودکارآمدی و عزت نفسشان را افزایش داده و خود را با عرف‌های رفتاری مطلوب در اجتماع هماهنگ سازند. اعضا اجتماع با حمایت از فرد در حال بهبودی و اعمال کنترل اجتماعی به او کمک می‌کنند تا پاکی خود را حفظ کرده، بهبودی خود را ارتقا داده، هویت جدیدی را به خود گرفته، با کنار گذاشتن هویت کهنه خود به عنوان فردی مصرف کننده تعداد لغزش‌های کم‌تری را تجربه کرده و از ابتلا به عود مجدد محفوظ بماند.

انگ‌زدایی: جامعه در عین حال که توانایی کمک به افراد در حال بهبودی و بازادغام اجتماعی آن‌ها را دارد می‌تواند با داشتن نگرش و باورهای نادرست مانع از وقوع تاثیرهای مثبت قطع مصرف در زندگی افراد در حال بهبودی شود. انگ، تبعیض و انزوای اجتماعی مانعی جدی بر سر راه بهبودی و زیست‌پذیری و رشد^{۲۳۳} افراد در حال بهبودی است. جامعه‌ای که با فرد در حال بهبودی با انگ و تبعیض رفتار می‌کند علاوه بر به عمل نیاوردن حمایت‌های اجتماعی لازم از او دسترسی وی را به منابع موجود در جامعه را نیز محدود می‌کند.

در جامعه ما انگ و برچسب شدیدی بر علیه افراد مصرف کننده و افراد دارای سابقه سومصرف مواد وجود دارد. عموماً مردم اجتماع به سختی می‌توانند بین فرد در حال بهبودی و فرد مصرف‌کننده مواد تمایز قایل شوند. به بیان دیگر مردم باور ندارند که فرد در حال بهبودی حقیقتاً از معضل سومصرف مواد شفا یافته است. شاید دلیل این مساله مشکل‌های درمان نشده روانی و جسمانی ناشی از دوران

مصرف در فرد در حال بهبودی است که بلافاصله با قطع مصرف و شروع پاک‌ی او برطرف نمی‌شوند. این مشکل‌ها می‌توانند باعث استمرار انگ و برچسب از سوی مردم، انزوای اجتماعی خودخواسته فرد و گرفتن هویت فردی مجرم و مطرود در افراد در حال بهبودی شود. این افراد به دلیل دسترسی نداشتن به حمایت و سرمایه‌های اجتماعی به دامان افراد مصرف‌کننده مطرود در اجتماع بازگشت کرده و یک‌بار دیگر به جای هویت "فرد در حال بهبودی" هویت "فرد مصرف‌کننده" را به خود می‌گیرند.

رسیدن به اجتماعی حامی نیازمند آموزش اعضا اجتماع و مقابله با انگ و تبعیض موجود در آن است. اعضا اجتماع باید متوجه انگ، تبعیض و شرمسازسازی فرد در حال بهبودی در فرهنگ و رفتارهای خود بوده و با ارتقا دانششان حاضر به تغییر باورها و افکار خود در مورد اعتیاد، ماهیت آن و روند بهبودی شوند. آموزش مردم اجتماع علاوه بر ارتقا دانش نیازمند تغییر دادن نگرش آن‌ها به اعتیاد و فرد در حال بهبودی نیز است. تجربه نشان داده که هر چه ارتباط بین جوامع حامی، درمانی و بازتوانی و اعضا اجتماع بیش‌تر باشد مبارزه با انگ و تبعیض، ایجاد سرمایه بهبودی و افزایش دسترسی به منابع موجود در اجتماع راحت‌تر به وقوع می‌پیوندد.

آموزش تیم خدمات‌رسان و مداخله‌گر: علاوه بر فرد و مردم اجتماع، تیم خدمات‌رسان که بر روی بهبودی و بازادغام اجتماعی افراد در حال بهبودی کار می‌کند نیز نیاز به آموزش دارد. گروه‌های خدمات‌رسان باید از قوانین و ارزش‌های حاکم بر اجتماع فرد در حال بهبودی آگاه بوده و بتوانند از طریق روندی مشارکتی و برگزاری برنامه‌های آموزشی گوناگون این قوانین و ارزش‌ها را به مخاطبان خود منتقل کرده و در آن‌ها نهادینه کنند.

تیم خدمات‌رسان باید در قدم اول اصول غیرقابل تغییر را به افراد در حال بهبودی آموزش دهد. این اصول در همه جا و تحت هر شرایطی باید رعایت شده و تخطی از آن‌ها به هیچ عنوان جایز نیست. بعضی از این اصول عبارتند از عدم سومصرف مواد، قمار نکردن، نداشتن رابطه جنسی با اعضا گروه همسان و حامی، نداشتن رفتارهای پرخاشگرانه و تهدیدآمیز و اجتناب از ارتکاب دزدی و جرایم.

در قدم بعدی تیم خدمات‌رسان باید به افراد در حال بهبودی بیاموزد که چگونه در بسترها و شرایط گوناگون به پیروی از این قوانین بپردازند. گاهی وقت‌ها لازم است تا افراد بر حسب شرایطی خاص رفتارهای متفاوتی را از خود نشان بدهند. این رفتارها نباید ناقض قوانین حاکم بر اجتماع و اصول بهبودی باشند. افراد در حال بهبودی می‌توانند به کمک همفکری اعضا گروه‌های همسان، کادر درمان، تیم خدمات‌رسان، مردم اجتماع و اعضا شبکه حمایتی خود رفتارهای قابل قبولی را در پاسخ به شرایط موجود از خود نشان دهند.

عضویت در گروه‌های اجتماعی و بهبودی: عضویت در گروه‌های مختلف نه تنها باعث افزایش دسترسی فرد در حال بهبودی به حمایت‌های اجتماعی می‌شود بلکه تاثیرهای مثبتی بر سلامت و بهباشی آن‌ها نیز دارد. عضویت در گروه عینکی بر چشم افراد در حال بهبودی می‌گذارد تا آن‌ها با لنز

جدیدی به تماشا و درک دنیای اطراف خود پردازند. این عضویت در مدیریت روزانه زندگی و غلبه بر چالش‌های آن نیز به افراد در حال بهبودی کمک شایانی می‌کند.

دلیل پیوستن افراد در حال بهبودی به گروه‌های حامی این است که این گروه‌ها به راستی منابع حمایتی اثرگذاری در روند بهبودی افراد هستند. فرد در حال بهبودی با باقی ماندن در این گروه‌ها ارزش‌های بهبودی گروه را در خود نهادینه کرده و از این طریق به عضوی دایم از گروه تبدیل می‌شود. به مرور زمان و با قوت گرفتن افراد در مسیر بهبودی، آن‌ها می‌توانند به دیگر افراد منزوی از اجتماع برای بازگشت به جامعه و طی کردن مسیر بهبودی کمک کنند.

سرپناه: یکی از عناصر کلیدی مهم در فرایند بازادغام اجتماعی پایدار افراد در حال بهبودی دسترسی داشتن به سرپناه و مسکن مناسب است. قطع سومصرف، دسترسی به آموزش و داشتن اشتغالی پایدار بدون داشتن سرپناه مناسب مقدور نخواهد بود. دلایل عدم دسترسی افراد در حال بهبودی به مسکن مناسب مختلف بوده و می‌تواند ناشی از ابتلا افراد به بیماری‌های جسمی و روحی، فقر و بی‌پولی، بدنامی ناشی از داشتن رفتارهای مجرمانه در گذشته، سوسابقه، مشکل‌های ارتباطی، مشکل‌های خانوادگی و عدم توانایی مدیریت زندگی مستقل بعد از اتمام درمان باشد.

اشتغال: اشتغال یکی از عوامل مهم برای خروج فرد در حال بهبودی از پيله انزوای و بازگشت به اجتماع است. اشتغال علاوه بر تامین نیازهای مالی باعث حضور فرد در حال بهبودی در شبکه‌ای اجتماعی شده و دسترسی او را به حقوقی پایه‌ای مانند بیمه و خدمات درمانی میسر می‌سازد (Waddell & Burton, 2006). اشتغال باعث ایجاد تعامل و همکاری در بین افراد در حال بهبودی و اعضا جامعه شده، اعتماد به نفس و عزت نفس فرد در حال بهبودی را افزایش داده، با افزایش مهارت‌های شغلی در فرد احساس موفقیت ایجاد کرده و با ارتقا مسئولیت‌پذیری فرد باعث می‌شود که او نقش مفیدی را در اجتماع بازی کند.

مطالعه‌های مختلف نشان داده‌اند که اشتغال باعث بهبودی سلامت جسمی و بهزیستی افراد شده و از خطر لغزش و عود می‌کاهد. نداشتن هویت سالم، رخوت و فشارهای روان‌شناختی ناشی از بیکاری می‌تواند فرد را به سمت مصرف مجدد مواد سوق دهند. افراد در حال بهبودی با داشتن اشتغال زندگیشان نظم و برنامه می‌گیرد. این ساختاریافتگی می‌تواند مانع از گرایش آن‌ها به سومصرف مجدد مواد شود.

مداخله‌هایی که در راستای بازادغام اجتماعی افراد در حال بهبودی هستند باید قابلیت اشتغال آن‌ها را افزایش داده و به ایشان کمک کنند تا علاوه بر پیدا کردن کار بتوانند اشتغال خود را نیز حفظ کرده و یا در صورت لزوم کار بهتری را برای خود پیدا کنند. برنامه‌هایی که رویکرد اشتغال‌پذیری افراد را مد نظر داشته باید بر روی افزایش دانش، ارتقا تخصص و تغییر نگرش افراد در حال بهبودی سرمایه

گذاری کرده تا آن‌ها بتوانند در رقابت تنگاتنگ بازار کار صندلی‌های خالی موجود را راحت‌تر تصاحب کنند (Hillage & Pollard, 1998).

برنامه‌های توانمندسازی شغلی افراد باید بر اساس شرایط فردی و اجتماعی زندگی آن‌ها طراحی شوند؛ برای مثال کم‌توانی (معلولیت)، وظیفه نگهداری از فرزندان، سرپرستی والدین و نداشتن سرپناه می‌تواند فرصت‌های شغلی افراد را محدود کنند. حمایت‌طلبی باید به عنوان بخشی از مداخله‌های توانمندسازی شغلی افراد در حال بهبودی دیده شود تا دسترسی افراد به درمان، سرپناه، آموزش، حرفه‌آموزی و رفاه اجتماعی شرایط لازم برای اشتغال آن‌ها را فراهم آورد.

آموزش: آموزش عنصر کلیدی دیگری در ارتقا شرایط اجتماعی و اقتصادی افراد در حال بهبودی است. سطح آموزش مورد نیاز برای بازادغام اجتماعی افراد در حال بهبودی می‌تواند از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت باشد. برای مثال در اجتماعی اتمام تحصیلات متوسطه حداقل آموزش مورد نیاز برای ورود فرد به جامعه و داشتن اشتغال است در حالی که در اجتماع دیگری ممکن است فقط توانایی خواندن و نوشتن برای ورود فرد به اجتماع و یافتن شغلی قابل قبول کافی باشد.

انجام فعالیت‌های داوطلبانه: افراد در حال بهبودی برای کسب مقبولیت اجتماعی و ارتقا سلامت روانشان بهتر است که بخشی از زمان‌های آزاد خود را به انجام فعالیت‌های داوطلبانه و خدمت به اجتماع بپردازند. به عهده گرفتن نقش راهنما یا حمایت از افراد در حال بهبودی دیگری که نیاز به کمک داشته می‌تواند اعتماد به نفس فرد را افزایش داده و به او کمک کند تا بخشی از کمکی که در زمان احتیاج از جامعه دریافت کرده است را به آن بازگرداند. در ارتباط بودن با جامعه و انجام فعالیت‌های داوطلبانه باعث افزایش عزت نفس افراد، ارتقا مقبولیت اجتماعی آن‌ها و تشریک مساعی در بین افراد اجتماع می‌شود.

خلاصه و نتیجه‌گیری

گسترش مراکز درمانی اعتیاد در سطح کشور در دهه گذشته باعث شده است تا افراد زیادی تحت درمان‌های دارویی و مداخله‌های غیردارویی برای ترک اعتیادشان قرار بگیرند. در برنامه‌های درمانی موجود در کشور توجه بیش‌تر بر روی بخش درمان سومصرف مواد متمرکز بوده و لازم است تا بازادغام اجتماعی که یکی از مهم‌ترین عوامل در رسیدن به بهبودی پایدار است در دستور کار برنامه‌ها و مداخله‌های درمانی قرار گیرد.

اعتیاد بر جنبه‌های وسیعی از زندگی فرد مصرف‌کننده از جمله خانواده، روابط اجتماعی، سرپناه، تحصیلات و اشتغال تاثیرگذار بوده و می‌تواند منجر به انزوا اجتماعی افراد شود. رسیدن به بهبودی پایدار کار راحتی نبوده و نیازمند حمایت و مشارکت اعضا اجتماع است. وجود گروه‌های همسان حامی،

تقسیم عادلانه منابع موجود در اجتماع و ایجاد شبکه‌های اجتماعی که بر علیه انگ و تبعیض موجود در اجتماع مبارزه می‌کنند لازمه داشتن جامعه‌ای دوستدار بهبودی است.

انجام برنامه‌های موثر در راستای بازادغام اجتماعی افراد در حال بهبودی باعث ارتقا شبکه اجتماعی افراد و بازادغام بهتر آن‌ها در اجتماع شده، موانع موجود بر سر راه ورود افراد در حال بهبودی به اجتماع را از بین برده، سرمایه‌های اجتماعی افراد در حال بهبودی را افزایش داده و با آشنا کردن مردم جامعه با بیماری اعتیاد و روند بهبودی بستر لازم برای بازادغام مجدد آن‌ها را در اجتماع فراهم می‌آورد.

جامعه با ارایه مسکن مناسب، فراهم کردن امکان اشتغال و کمک به برقراری پیوند مجدد با اعضا خانواده و اجتماع می‌تواند اشتیاق خود را برای کمک به بازگشت فرد در حال بهبودی نشان دهد. هرچه جامعه نقش خود را در کمک به بازادغام فرد در حال بهبودی بهتر بازی کند، افراد راحت‌تر می‌توانند هویت فرد در حال بهبودی را به خود گرفته و در این هویت جدید بیش‌تر فرو بروند. با قوت یافتن هویت "فرد در حال بهبودی" در وجود افراد آن‌ها به تدریج جایگاه خود را در اجتماع و جامعه پیدا کرده، از روند عادی زندگی به دور از مصرف مواد پیروی کرده و با لغزش‌ها و عود کم‌تری در مسیر بهبودیشان روبه‌رو می‌شوند.

درباره نویسندگان: آزاد بهرامجی دانشجوی دکترای مطالعات بین فرهنگی و دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد رشته توسعه از دانشگاه ایسترن کالج استرالیا است. او از سال ۱۳۸۶ به عنوان فعال توسعه اجتماعی و کارشناس توانمندسازی اقشار آسیب‌پذیر در نهادهای داخلی و سازمان‌های مردم نهاد بین‌المللی مشغول به فعالیت است. ایشان تالیف نه کتاب در زمینه توانمندسازی را در کارنامه کاری خود دارد.

منابع

Best, D., Bird, K., & Hunton, L. (2015). Recovery as a social phenomenon: What is the role of the community in supporting and enabling recovery? In: N. Ronel, Natti & D. Segev, (Eds.) *Positive criminology. Routledge frontiers of criminal justice* (23). Routledge, 194-207.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2010). *Annual report 2010: The state of the drugs problem in Europe*. Lisbon: Author.

Dingle, G., A., Cruwys, T., & Frings, D. (2015). Social identities as pathways. *Frontier in psychology*, 6(1795).

Hillage, J., & Pollard, E. (1998). Employability: Developing a framework for policy analysis. *Research Report RR85*. Department for Education and Employment, London.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). *Introductory handbook on the prevention of recidivism and the social reintegration of offenders*. Vienna: Author.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2008). *Drug dependence treatment: Sustained recovery management*. Vienna: Author.

Volkow, N. D., Baler, R. D., & Goldstein, R. Z. (2011). Addiction: pulling at the neural threads of social behaviors. *Neuron*, 69(4), 599–602. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2011.01.027>

Waddell, G. & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and wellbeing?* London, United Kingdom: The Stationery Office.

**Empowering People in
Recovery from Addiction
Key Concepts and Implementation
Considerations for Policymakers,
Service Providers
and Civil Society Activists**