

بررسی اثربخشی روشهای گوناگون معالجه اعتیاد از دید معتادان^۱

دکتر طاهره میرساردو^۲، مستوره صداقت^۳

چکیده

اعتیاد به مواد مخدر یکی از بزرگترین معضلاتی است که بشریت را تهدید می‌کند. عمق این فاجعه، ضرورت مطالعه و تبیین این معضل را از جنبه‌های مختلف اجتناب‌ناپذیر می‌کند. ازین رو، علی‌رغم مطالعات متعددی که طی سه دهه گذشته در این رابطه در ایران صورت گرفته، مشاهده می‌شود که اعتیاد به صورت یک مشکل اجتماعی و فردی همچنان پابرجاست. در مطالعه حاضر از منظری دیگر به مسأله اعتیاد پرداخته شده و سؤال اصلی ما این است که در بین شیوه‌های متنوع ترک اعتیاد، کدام شیوه از توان بالاتری برای بازگرداندن سلامت به معتادان برخوردار است؟ جامعه‌آماری معتادان در حال ترک، مکان مطالعه شهر تهران و زمان مطالعه پاییز ۱۳۸۹ بود. متغیرهای مورد بررسی جنس، سن، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، ساختار خانواده، نوع مواد مصرفی، میزان مصرف مواد در روز، سالهای استفاده از مواد، دفعات ترک مواد و نوع روابط بین فردی معتاد و دیگران به عنوان متغیرهای مستقل و میزان اثربخشی روش یا روشهای ترک اعتیاد به عنوان متغیر وابسته، به روش پیمایش به بررسی نهاده شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و مصاحبه بود، برای تعیین اعتبار ابزار از اعتبار صوری و برای تعیین میزان پایایی داده‌ها از روش صور موازی استفاده شد. نتایج مطالعه نشان داد که اکثر معتادان مرد، جوان و دارای تحصیلات غیر دانشگاهی یا بیسواد بودند. بین شغل، درآمد، میزان مواد مصرفی و شیوه ترک اعتیاد رابطه معنی‌دار وجود داشت. ارتباط خوب با خانواده، پزشک معالج، مددکار از فاکتورهای مهم در میزان عدم بازگشت افراد مورد مطالعه به سمت مواد، بعد از ترک بود. بهترین روش ترک از نظر آنها در وهله اول سم زدایی با متادون و سپس تداوم معالجه با مشاوره و حمایت خانواده ذکر شده است. آنها همچنین معتقد بودند که روش شرکت در جلسات ان‌ای و خانواده‌درمانی در درجه دوم و درمان در کمپ زیر نظر پزشک و مددکار و روانشناس نیز از بهترین روشهای ترک اعتیادند.

واژگان کلیدی: ترک اعتیاد، اعتیاد، مسأله اجتماعی، سم زدایی با متادون، انجمن معتادان گمنام

^۱ مقاله حاضر برگرفته از نتایج طرح پژوهشی است که در سال ۱۳۸۹ با حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار در شهر تهران انجام

گرفت. صحت مطالب برعهده نویسنده اصلی است

^۲ عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار mirsardoo_t@yahoo.com

^۳ دانشجوی دکتری، دانشگاه دولتی باکو، آذربایجان.

مقدمه

اگرچه استفاده از مواد مخدر به عنوان دارو یا کسب لذت قدمتی دیرینه در تاریخ بشریت دارد اما اعتیاد یکی از مسائل مهم و حاد اجتماعی امروز جوامع است که میزان آن در سطح جهان رو به افزایش می‌باشد. فراوانی مواد مخدر در برخی از مناطق جهان و دسترسی آسان به آن می‌تواند یکی از علل اصلی روآوری به سوی مواد مخدر باشد. حس کنجکاوی، دوستی با افراد معتاد، زندگی در محله‌های آلوده، بیکاری و نبود اوقات فراغت مناسب، اعتیاد اعضای خانواده، آشفته‌گی‌های روانی، تزلزل خانواده و تنش در بین اعضای خانواده همه می‌تواند عاملی برای سوق افراد، خصوصاً جوانان و نوجوانان به سمت مواد مخدر باشد. اعتیاد به مواد مخدر پیامدهای بسیار مخربی برای فرد و جامعه دارد. اگر نگاهی به آمارهای مجرمان معتاد در زندانها بیندازیم، مشاهده می‌کنیم که تأمین پول برای خرید مواد مخدر مهمترین انگیزه ارتکاب اکثر جرائم می‌باشد. اگر سری به دادگاههای خانواده بزنیم، مشاهده می‌کنیم که اکثر طلاقها به دلیل اعتیاد همسر یا عوامل نشأت گرفته از آن است. علی‌رغم افزایش مراکز ترک اعتیاد دولتی و خصوصی همچنان آمار مصرف کنندگان مواد مخدر بالاست و این مراکز کمتر موفق به بازگرداندن سلامت معتادان هستند. تمامی معتادان علی‌رغم لذت حاصل از مواد مخدر ترجیح می‌دهند برای همیشه مواد مخدر را کنار گذاشته و به زندگی عادی بازگردند.

بیان مسأله

امروزه در هیچ جای جهان جامعه‌ای را نمی‌یابیم که مصون از انواع آسیبهای اجتماعی باشد. اعتیاد و سوءاستفاده افراد از مواد مخدر از جمله مسائل اجتماعی است که بشریت را در معرض خطر جدی قرار داده و غالب کشورهای جهان به نحوی از انحاء با این معضل اجتماعی مواجه هستند. این معضل افراد زیادی را آلوده کرده و با شتاب چشمگیری در حال پیشروی است. در این پیشروی مرزهای سن، جنس، شغل و طبقه را در هم شکسته و از آنها قربانی می‌گیرد. تجارت غیرقانونی مواد مخدر ۴۰۰ میلیون دلار از تجارت جهانی را تشکیل می‌دهد که میزان این تجارت بالاتر از تجارت صنایع آهن و فولاد جهانی است (Saxena 1995). برطبق گزارش UN، ۲/۸٪ از جمعیت ایران به هروئین یا تریاک معتاد بوده‌اند. این میزان در لائوس ۱/۲٪، در تاجیکستان ۲٪ و در پاکستان ۱/۷٪ می‌باشد. در برخی از مناطق ایران ۴ تا ۶ درصد جمعیت معتاد به تریاک هستند. برطبق آمارهای رسمی ۱/۲ میلیون معتاد و ۸۰۰ هزار استفاده‌کننده گاه و بیگاه (اتفاقی) در

جمعیت ایران وجود دارد. استانهای خراسان، سیستان و بلوچستان و کرمان بیش از سایر استانها از سوءاستفاده از مواد مخدر متأثر هستند (Purohit 1998).

گزارش های منتشر شده از سوی دفتر پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی از وجود بیش از ۲ میلیون معتاد در کشور حکایت دارد که سالانه ۸ درصد نیز به این جمعیت افزوده می شود. از این رقم، یک میلیون و ۲۰۰ هزار نفر وابسته به مواد مخدر و ۸۰۰ هزار نفر، معتاد تفننی هستند. مدیرکل دفتر پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی نیز با اعلام اضافه شدن سالانه ۹۰ هزار نفر به جمع معتادان کشور، بر این آمار صحنه می گذارد و از درمان ۹ هزار و ۵۱۷ معتاد در مراکز درمان اعتیاد در سال گذشته خبر می دهد. این ارقام به طور معمول از طریق مراجعه معتادان به مراکز ترک اعتیاد به دست می آید، در حالی که با رشد قارچ گونه مراکز غیرمجاز ترک اعتیاد در کشور، صحت آمارهای مختلف اعتیاد در کشور به تدریج رنگ می بازد (رفیع پور ۱۳۸۷). با توجه به بالا بودن نرخ اعتیاد در اکثر کشورها، مبارزه با مواد مخدر، پیشگیری و معالجه معتادان از اولویتهای تمامی دولتهاست. در کنار انواع برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی در زمینه پیشگیری از سوق اعضای جامعه به سوی مواد مخدر، شاهد انواع روشهای معالجه معتادان نیز می باشیم. نگاهی به آگهی های تبلیغاتی در رابطه با انواع داروها و انواع روشهای ترک اعتیاد، از یک سو حاکی از گسترش میزان این معضل اجتماعی و از سوی دیگر نشان دهنده ضعف کارآمدی روشی خاص در معالجه این بیماران است. ترک اعتیاد برخلاف باور عمومی که شامل یک مرحله سم زدایی است، که اگر از مصرف مواد توسط فرد معتاد به مدت ۲ هفته جلوگیری شود، ترک کرده است، یک پروسه طولانی مدت است. مرحله سم زدایی مقدمه ای برای باقی ماندن در ترک است، در مرحله بعد است که فرد به طور مکرر وسوسه می شود تا دوباره مصرف کند.

عملکرد کمپ های ترک اعتیاد نشان می دهد، معتادانی که در این مراکز ترک می کنند بعد از گذشت چند روز و یا حداکثر چند ماه دوباره به اعتیاد و این بار در فازهای خطرناکتری روی می آورند. رها سازی معتادان در جامعه بدون حمایت از طرف خانواده ها و دولت زمینه را برای وقوع بسیاری از جرایم و ناهنجاری های اجتماعی و همچنین آلودگی بیشتر جوانان و نوجوانان فراهم می کند. در حال حاضر ۵۱ مرکز دولتی ترک اعتیاد، ۴۵۷ مرکز سرپایی خصوصی و ۲۶ مرکز بستری خصوصی در کشور فعال هستند. درمان تنها ۲۸ هزار معتاد در بخش دولتی، ۱۵ هزار نفر در بخش خصوصی، ۶ هزار و ۵۰۰ نفر در مراکز بستری و دو هزار نفر در مراکز TC، نبود بازدهی مناسب

در مراکز ترک اعتیاد را نشانه رفته است (Alemi&Naraghi2004). طبق آماری که دفتر اعتیاد سازمان بهزیستی ارائه داده است، هر فرد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد به طور متوسط ۳ بار سابقه ترک دارد که حدود ۷ درصد آن ها بیش از ۶ بار اقدام به ترک کرده اند. مدیرکل امور درمان و بازپروری ستاد مبارزه با مواد مخدر معتقد است ۷۰ درصد معتادان ترک کرده، به چرخه اعتیاد بازمی گردند. در بهترین حالت طبق آمار بین المللی ۸۸ درصد از معتادان ترک کرده دوباره به چرخه اعتیاد بازمی گردند (Kattimani and Sharma 2006). درمان اعتیاد نسبی بوده و شامل روش های دارویی، روانشناختی و مددکاری می باشد. اگرچه شیوه های متعدد ترک اعتیاد تبلیغ و توسط بسیاری از معتادان تجربه می شود باز شاهد نرخ بالای اعتیاد هستیم. این امر حاکی از آن است که در کنار توجه به شیوه ترک اعتیاد باید به سایر متغیرهای تأثیرگذار فردی و اجتماعی در درمان معتادان توجه شود. با توجه به موارد فوق سؤال اساسی در این پژوهش این است که با توجه به متغیرهای تأثیرگذار فردی و اجتماعی، کدام یک از شیوه های ترک اعتیاد اثربخشی بیشتری در درمان معتادان دارد؟

اهمیت و ضرورت انجام تحقیق

اعتیاد به مواد مخدر یکی از شایعترین آسیبهای اجتماعی جهان معاصر و از جمله ایران است. مصرف مواد مخدر با توجه به آمار و ارقام موجود به ویژه از سوی نسل جوان به حدیست که بی اعتنا بودن به این معضل اجتماعی به یقین آسیبهای جبران ناپذیر و پیامدهای مخربی دارد. امروزه مسئله مواد مخدر شکل مخاطره آمیز و کاملاً پیچیده ای به خود گرفته و در عین حال گسترش جهانی یافته است. اعتیاد به مواد مخدر علاوه بر زیانهای جدی و خطرناک جسمی از قبیل ابتلا به بیماریهای عفونی واگیردار همچون ایدز، هپاتیت و سل، عوارض و مشکلات عدیده اجتماعی و اقتصادی از قبیل افزایش جرمهای مرتبط با مواد مخدر همچون جنایت و سرقت، فقر و تکدی گری و هدر رفتن سرمایه های کلان مادی کشورها را نیز بدنبال داشته است. کشور ما دارای جمعیتی جوان است. بیش از ۵۰٪ جمعیت کشور در سنین زیر ۲۰ سال، ۶۲٪ از این جمعیت در شهرها ساکن اند و از هر چهار ایرانی یک نفر در معرض مهاجرت قرار دارد (سالنامه آماری ایران ۱۳۸۵). موقعیت استراتژیک ایران و قرار گرفتن آن در کنار کشورهایی همچون افغانستان و پاکستان که جزو تولید کنندگان عمده مخدر هستند و عبور مواد مخدر از مرزهای ایران به سوی اروپا، از

کشور ما یک مسیر مناسب جهت قاچاق مواد مخدر فراهم ساخته که رشد فزاینده بازار مصرف داخلی را نیز به همراه داشته است.

اعتیاد به مواد مخدر معضلی چند بعدی است و پیامدهای زیر را به همراه دارد: افزایش روز افزون آمار طلاق، بزهکاری، افزایش معتادان زندانی به عنوان مجرم، بیکاری و سایر آسیبهای اجتماعی ناشی از اعتیاد، عرضه نسل جدید مواد مخدر به اشکال مختلف، دسترسی آسان و ارزان مواد، کاهش سن اعتیاد، افزایش تعداد دختران و زنان معتاد، افزایش معتادان تحصیلکرده، افزایش روز افزون آمار بیمارهای ایدز و هیپاتیت، تغییر الگوی مصرف از کشیدن و خوردن به تزریق، وجود ارتباطات ناسالم در خانواده و جامعه و تبدیل شدن خرید و فروش مواد مخدر بعنوان یک شغل و امرار معاش. "در ایران به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر ایرانی ۲۶۰ نفر در زندان به سر میبرند و به عبارت دقیق تر به ازای هر ۴۰۰ نفر ایرانی یک نفر در زندان مییاشد. در ۲۰ سال گذشته قریب ۱/۵۳/۸۳۶ کیلوگرم انواع مواد مخدر کشف و ضبط گردیده است در این سالها نزدیک به ۳۸۱۸۱۲ نفر قاچاقچی و ۶۹۹۵۵۷ نفر معتاد شناسایی و دستگیر شده اند قریب ۲۵۶۵۲ نفر معتاد از سال ۶۲ لغایت ۷۷ در مراکز باز پروری کشور پذیرش شده اند که این تنها بخشی از آمارهای واقعی نشان دهنده وضعیت بغرنج و نگران کننده از انسانهای این جامعه است که به ورطه اعتیاد کشیده شده اند (Vick 2005). اعتیاد به عنوان یک آسیب و معضل اجتماعی بهداشتی اقتصادی و فرهنگی با پیچیدگیهای خاص خود حاکمیت ملی، امنیت و استقلال کشور ما را تحت تاثیر قرار داده است. آمارها نشانگر رشد روز افزون معتادین در جامعه و اینکه قشر جوان جامعه بیشتر در معرض آسیب و آماج اعتیاد می باشند، است. هزینه اجتماعی و اقتصادی اعتیاد برای خانواده و جامعه به حدیست که براساس تحقیقات اکثر جرائم، ناشی از مصرف مواد مخدر یا در رابطه با آنهاست. "براساس اظهار نظر دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۷۹، ۳۰۰ هزار نفر در ارتباط با مواد مخدر دستگیر شده اند. بر همین اساس، از ۱۶۲ هزار زندانی موجود در زندانهای کشور ۹۳۵۰۰ نفر مربوط به جرائم اعتیاد و مواد مخدر است" (رفیع پور ۱۳۸۷).

فرد معتاد با مصرف مواد مخدر جسم خویش را در معرض انواع امراض قرار می دهد و ضربات مهلکی بر شخصیت و روان خود وارد می سازد. بنیان خانواده متزلزل شده و طلاق از مهمترین پیامدهای آن است. اعتیاد، جوانان را که نیروهای خلاق و پرتوان جامعه هستند از گردونه فعالیت اجتماعی و اقتصادی مولد و سازنده خارج می کند و در این راستا هزینه سنگینی بر اقتصاد کشور

وارد می‌آورد. بین مصرف مواد مخدر و افزایش بزهکاری نیز می‌تواند رابطه وجود داشته باشد. در تحقیقی که در سال ۱۹۹۸ در سوئیس روی فاحشه‌ها انجام گرفت نشان داد ۳۰ تا ۵۰ درصد آنها از مواد مخدر و داروهای اعتیاد آور استفاده کرده‌اند (Medec 1998). به طور معمول هرگاه معتاد به مواد نیاز شدید پیدا کند و پول کافی نداشته باشد به سوی آلودگی و فساد سوق داده می‌شود. در این حالت، گاه فرد معتاد زن و فرزندان خود را در معرض فروش و فساد قرار می‌دهد تا بتواند هزینه مصرف مواد مخدر را به دست آورد. هزینه اقتصادی مقابله با این معضل اجتماعی توسط دولتها نیز بسیار بالاست. هزینه مصرف مواد مخدر که هدر دادن بخش عظیمی از سرمایه مادی و قدرت اقتصادی هر کشور است، بسیار قابل توجه می‌باشد. از دست دادن سرمایه انسانی از مهمترین زیانهای استفاده از مواد مخدر برای جوامع درگیر آن است. افرادی که می‌توانند نیرو و توان خود را در جهت عمران و پیشرفت کشور به کار گیرند و درسازندگی آن سهمی باشند، با سوءاستفاده از مواد مخدر هرز رفته و یا از بین می‌روند. ازدست دادن نیروهای انتظامی و امنیتی در مقابله با قاچاق مواد مخدر از دیگر زیانهای استفاده از مواد مخدر و رواج آن در جامعه است. مصرف نادرست مواد مخدر توسط معتادان وعدم رعایت مسائل بهداشتی توسط آنها و استفاده از سرنگهای مشترک و آلوده، می‌تواند منشاء بروز انواع بیماریهای مسری مثل ایدز، سل، هپاتیت و مانند آن در بین آنان، اعضای خانواده آنها و درکل جامعه باشد. فراهم نمودن امکان درمان معتادان توسط دولت و خود معتادان از دیگر مواردیست که هزینه بسیار بالایی را به همراه دارد. غالب معتادان به دفعات متعدد اقدام به ترک کرده و هزینه زیادی را بر خانواده و دولت وارد کرده‌اند و باز در دام اعتیاد گرفتار مانده‌اند. شیوه‌های ترک ناکامل یا غیرعلمی از دیگر معضلاتیست که جامعه با آن مواجه است. عده‌ای سود جو با تبلیغات وسیع سعی در جذب معتادان برای ترک هستند که این گروه از مراکز، نه تنها کمکی به معتاد در ترک اعتیاد نمی‌کنند بلکه او را با مشکلات جدی تر جسمانی و روانی نیز مواجه می‌نمایند.

با توجه به پیامدهای اعتیاد و با توجه به اینکه اعتیاد به مواد مخدر از معضلاتی است که با شتاب چشمگیری در حال پیشروی است و در این پیشروی مرزهای سن، جنس، شغل و طبقه را در هم شکسته و از تمامی گروهها قربانی می‌گیرد، عدم توجه به مسأله درمان معتادان می‌تواند هزینه هنگفتی به همراه داشته باشد. از آنجا که مبارزه پلیسی، دستگیر و زندانی کردن افراد مرتبط با این پدیده نتوانسته از میزان تقاضای آن بکاهد و هرروزه بر انواع مواد مخدر جدید افزوده شده،

بنابراین، در وهله اول پیشگیری و سپس معالجه معتادان دارای اهمیت است. با توجه به انواع روشهای دارویی و غیردارویی درمان اعتیاد و درعین حال نرخ بالای اعتیاد در کشور می توان نتیجه گرفت که تمامی روشهای تبلیغ شده از کارآمدی لازم برخوردار نیستند. بنابراین، ارزیابی هر یک از این روشهای ترک اعتیاد از دید افراد در حال ترک و یا درمان شده که اکثر روشهای ترک را تجربه کرده اند، کمک می کند تا نقاط ضعف این روشها مشخص شده و پیشنهادهای برای رفع نقائص آنها ارائه شود و در صورت امکان با توجه به نتایج شیوه های ترکیبی پیشنهاد گردد.

اهداف تحقیق

هدف اصلی این تحقیق شناخت میزان تأثیر روشهای ترک اعتیاد بر عدم بازگشت به مواد مخدر از دید افراد مورد بررسی بود. در کنار این هدف، اهداف فرعی نیز وجود داشت، که به دنبال شناخت رابطه متغیرهایی چون سن، جنس، شغل، تحصیلات، درآمد، وضع تأهل، ساختار خانواده، طول دوره اعتیاد، نوع مواد مصرفی، میزان مصرف روزانه مواد، ارتباطات بین فردی، ویژگیهای روانشناختی (به عنوان متغیرهای مستقل) و نگرش فرد نسبت به میزان تأثیر روشهای ترک اعتیاد) متغیر وابسته) بود.

مطالعات پیشین

در این بخش مطالعات داخلی و خارجی مرتبط با موضوع مورد مطالعه مورد بحث و بررسی قرار گرفته اند. این مطالعات عمدتاً آزمایشگاهی^۴ و هر یک تنها یکی از روشهای ترک اعتیاد را مورد بررسی قرار داده بود.

برخی از این مطالعات تأثیر رابطه اعضای خانواده، رابطه پزشک معالج و مددکار و رابطه جامعه با فرد تحت معالجه را بررسی کرده اند. نتایج این تحقیقات نشان داده است که معتادانی که ارتباط قوی با اعضای خانواده و خویشاوندان دارند، اعتماد بیشتری به حمایت اطرافیان دارند، از حمایت مالی و روانی خانواده در حین ترک و پس از آن برخوردارند، کمتر احتمال دارد مجدداً به سمت مواد مخدر سوق داده شوند. همچنین معتادان در حین ترک و بعد از ترک اگر توسط اعضای جامعه جذب شوند و مورد احترام قرار گیرند، به حمایت اجتماعی، تأمین شغل و درآمد بعد از ترک اعتماد داشته باشند، کمتر احتمال دارد مجدداً به سمت مواد مخدر کشیده شوند (قربانی و فاتحی ۱۳۸۲، سموعی ۱۳۷۸، ستاد مبارزه با مواد مخدر ۱۳۸۴، فیض زاده و همکاران ۱۳۸۳).

برخی مطالعات تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی و مهارت‌های سهیم شدن بیماران در درمان را به بررسی نهاده‌اند. نتایج این مطالعات حاکی از آن است که ترک اعتیاد در مرحله اول با سم زدایی از بدن معتاد آغاز می‌شود و حداکثر طی سه روز می‌توان بدن معتاد را از سمی که عامل وابستگی جسمی فرد به مواد مخدر است، پاک کرد. اما مسئله مهم در عدم بازگشت مجدد به مواد اقداماتی چون برقراری رابطه نزدیک میان بیمار و مراکز درمانی، سهیم شدن آنان در امر درمان، اصلاح سبک زندگی بیمار، آموزش فراگیری مهارت‌های زندگی و بازگشت به محیط‌های شغلی، کسب درآمد و آموزش شناختی-رفتاری زوجین است که بیش از دارو در درمان فرد و افسردگی وی مؤثر است (ترکی و همکاران ۱۳۸۵، مگری ۱۳۸۶، قادری ۱۳۸۵).

بسیاری از مطالعات نیز روی درمان پزشکی و دارویی معتادان متمرکز شده‌اند. در این مطالعات مداخله گره‌های مؤثر بر ترک مواد مخدر و اثرات همزمان عوامل متعدد دخالت‌کننده، اثرات دوره ای مداخله گره‌های اجتماعی روی بازگشت به مواد مخدر بررسی شده‌اند. نتایج نشان داده که اثر متادون بیش از مداخله گره‌های اجتماعی است و رابطه مثبتی بین طول دوره استفاده از متادون و بازگشت مجدد به مواد است (مرکز تحقیقات دانشگاه کرمان ۱۳۸۶، نارنجی‌ها و همکاران ۱۳۸۶، آنکلین ۱۹۹۱، هسر و همکاران ۱۹۹۵، توماسلو ۱۹۹۱).

تعدادی از مطالعات نیز روی تأثیر خدمات بهداشت روانی و روش‌های درمان اجتماعی و گروه درمانی بر معالجه اعتیاد کار کرده‌اند. نتایج این گروه مطالعات نشان داد بیمارانی که در کنار معالجات پزشکی برای درمان اعتیاد در استفاده از روش‌های محیط درمانی اجتماعی نیز علاقه و همکاری نشان داده‌اند در مقایسه با کسانی که همکاری نداشته یا کمتر همکاری کرده‌اند در درمان اعتیاد موفق‌تر بوده‌اند. همچنین، (طارمیان ۱۳۸۵، کی تودسن و همکاران ۲۰۰۷، جو و همکاران ۱۹۹۷، چن ۲۰۰۶، مرکز تحقیقات توکیو ۲۰۰۸، یاماگوچی ۱۹۹۵، باتوین ۱۹۸۳).

تحقیق حاضر از منظری دیگر به مسأله توجه کرده است. در این پژوهش نظر افراد مورد بررسی که احتمالاً بسیاری از آنها بیش از یک با ترک کرده و شیوه‌های گوناگون ترک اعتیاد را تجربه کرده و ناموفق بوده‌اند به بررسی نهاده شده است. از آنجا که این افراد در حین ترک می‌باشند بنابراین، روش ترک فعلی آنها نیز ارزیابی خواهد شد.

نوع مطالعه، روش و نحوه اجرای تحقیق:

این پژوهش از نوع توصیفی و مقایسه‌ایست و در این مطالعه از دو روش اسنادی و میدانی استفاده شده است. مراکز ترک اعتیاد دولتی و خصوصی، جلسات انجمن معتادان گمنام و جلسات اعضای نشست ۶۰ میدان مطالعه بود و با اجرای پرسشنامه با مراجعه حضوری اطلاعات جمع‌آوری شد. برای سنجش اعتبار ابزار جمع‌آوری داده‌ها از اعتبار صوری استفاده شد. بدین ترتیب که در تعریف متغیرها و شاخصها از نظر سه استاد متبحر و متخصص در زمینه اعتیاد استفاده شد. برای سنجش پایایی از شیوه صورموازی استفاده و پرسشنامه روی ۱۰۰ نفر اجرا شد. ضریب همبستگی داده‌های دوشیوه ۰.۸۷۵ به دست آمد.

جامعه آماری، حجم نمونه، روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل سه بخش است:

- ۱- کلیه معتادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد در شهر تهران در هفته آخر مهرماه سال ۱۳۸۹، شامل درمانگاهها و بیمارستانهای تحت نظارت وزارت بهداشت و درمان (۱۰ مرکز) و مراکز درمانی رایگان شهر تهران (۳۲ مرکز) و کلینیکهای خصوصی ترک اعتیاد بود. نمونه مورد مطالعه شامل کلیه معتادان مراجعه‌کننده برای ترک در هفته آخر مهرماه به یک درمانگاه یا بیمارستان، ۳ مرکز درمانی و ۳ کلینیک خصوصی بود که این مراکز با توجه به در دست بودن لیست به روش تصدفی ساده انتخاب شدند.
- ۲- کلیه معتادان تهرانی که برای ترک اعتیاد در جلسات انجمن معتادان گمنام در هفته آخر مهرماه سال ۱۳۸۹ شرکت کردند. تعداد گروههای معتادان گمنام در تهران ۳۴۳ گروه و تعداد جلسات آنها ۱۷۱۲ جلسه در هفته بود.
- نمونه مورد مطالعه ۵ گروه برآورد شد که به منظور معرف بودن نمونه از هر منطقه تهران یک گروه انتخاب شد. با توجه به دسترسی به لیست گروهها این پنج گروه (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده‌اند و اطلاعات از اعضای این گروهها در هفته آخر مهرماه جمع‌آوری شد.
- ۳- کلیه معتادان تهرانی که برای ترک اعتیاد در جلسات نشست ۶۰ در هفته آخر مهرماه ۱۳۸۹ شرکت می‌کردند. نشست ۶۰ در تهران ۴ شعبه دارد که هر هفته جلسات هفتگی برگزار و اعضا در آنها شرکت می‌کنند. دو شعبه به طور تصادفی انتخاب شد و اعضای شرکت‌کننده در جلسات این دو شعبه در هفته آخر مهرماه به سئوالات پاسخ دادند.

محدودیت‌های پژوهش

مهمترین محدودیت پژوهش عدم دستیابی به داده‌ها و آمارهای مربوط به اعتیاد و معتادان بود. از آنجا که اکثر سایت‌های مربوط به اعتیاد و آمارها و تحقیقات راجع به آنها فیلتر شده بود بنابراین، آمارها و ارقام استفاده شده در این بخش کهنه می‌باشند. محدودیت دیگر، مشکل ورود به مراکز و گروه‌های ترک اعتیاد بود که می‌توان عدم تمایل معتادان به پاسخگویی را به دلیل بیماری، نفاقت یا علل دیگر به آن اضافه کرد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۹۲ فرد معتاد در حال ترک مورد بررسی قرار گرفت و انواع روش‌های ترک اعتیاد که تجربه کرده و در حال حاضر در حال درمان توسط آنها بودند، به بررسی نهاده شد. بیمارستانها، درمانگاهها و مراکز ترک اعتیاد دولتی و غیردولتی گروه‌های ان‌ای و گروه‌های شرکت‌کننده در جلسات نشست شصت در تهران میدان مطالعه بودند. این مطالعه در پاییز ۱۳۸۹ به روش پیمایش انجام شد. که بر اساس داده مردان بیش از زنان و متأهلها بیش از مجردها برای ترک اعتیاد به مراکز مختلف ترک اعتیاد مراجعه کرده‌اند. حدود ۸۰ درصد افراد مورد مطالعه دارای تحصیلات غیرآکادمیک و سه پنجم در بخش دولتی مشغول به کار بودند. ۹۸ درصد با تمایل خود اقدام به ترک مواد کرده و در زمان مطالعه عمدتاً در کلینیکها و مراکز درمانی تحت مداوا بودند. بیشترین میزان یعنی دوپنجم افراد مورد بررسی بیش از دوازده سال مواد مخدر مصرف کرده و اکثراً همه جور موادی را تجربه کرده بودند. حدود نیمی از افراد مورد مطالعه کمتر از سه گرم مواد مخدر در روز مصرف کرده و اکثر آنها یک تا سه بار اقدام به ترک مواد نموده‌اند. حدود یک سوم که بالا ترین میزان است، همه روش‌های ترک اعتیاد را تجربه کرده و موفق به ترک نبوده‌اند. اکثر آنها با پزشک معالج، مددکار و خانواده خود رابطه قوی‌ای داشتند و عمدتاً از اضطراب و استرس رنج می‌بردند.

در این بررسی ویژگیهای جمعیت شناختی افراد مورد بررسی را با طول دوره پاک بودن بعد از هر بار ترک در ارتباط قرار داده و داده‌ها در جدول دویعدی شماره ۱ آمده است. داده‌های مندرج در جدول حاکی از آنند که اکثر افراد مورد بررسی با ویژگیهای متفاوت اظهار کرده‌اند بعد از ترک مواد تنها کمتر از یکسال پاک بوده‌اند. براساس داده‌ها تنها ۱.۵ درصد زنان ۲ تا ۳ سال و یا ۵ تا ۶ سال بعد از ترک پاک بوده‌اند. در میان مردان نیز تنها یک درصد ۵ تا ۶ سال و ۰.۳ درصد

بررسی اثربخشی روشهای گوناگون معالجه اعتیاد از دید معتادان.....۱۷۵

بیش از شش سال پاک بوده اند. تنها ۰.۵ درصد متأهلها بیش از شش سال پاک بوده اند و هیچ یک از مجردها نتوانسته اند بیش از پنج سال پاک بمانند. ۰.۴ درصد افراد شاغل در بخش دولتی بیش از شش سال پاک بوه اند و هیچ یک از شاغلان در بخش خصوصی بیش از سه سال پاک نبوده اند. هیچ یک از افراد با درآمد بالای ۸۰۰ هزار تومان نتوانسته اند بیش از دو سال مجدداً به مواد مخدر روی نیاورند. هیچ یک از افراد غیر آکادمیک بیش از پنج سال و هیچ یک از افراد با تحصیلات دانشگاهی بیش از سه سال نتوانسته اند دوام آورده و به سمت مواد مخدر نروند. داده های مربوط به ساختار خانواده نشان می دهد افراد با ساختار خانوادگی کامل پراکنندگی بیشتری به لحاظ طول دوره کنترل خود و عدم کشش به سوی مواد مخدر نشان داده اند.

جدول شماره (۱) توزیع فراوانی داده ها برحسب نگرش افراد مورد مطالعه نسبت به روشهای ترک اعتیاد

نگرش نسبت به روشهای ترک اعتیاد	بسیار مؤثر	تأثیر زیاد	تأثیر متوسط	تأثیر کم	تأثیر بسیار کم	کل
بیمارستان زیر نظر پزشک	۱۸ ۴.۶٪		۴ ٪۱.۲	-	۳۷۰ ۹۱.۴٪	۳۹۲ ۱۰۰٪
درمان با متادون	۱۲۵ ٪۳۱.۹	۱۷ ٪۴.۳	-	۵ ٪۱.۱	۲۴۵ ٪۶۲.۷	۳۹۲ ۱۰۰٪
درمان در منزل زیر نظر پزشک	۷ ٪۱.۸	۲ ٪۰.۵	۳ ٪۰.۷	-	۳۸۰ ٪۹۷	۳۹۲ ۱۰۰٪
داروهای ترک اعتیاد و تبلیغ شده در ماهواره	۱۸ ٪۴.۶	۱ ٪۰.۳	-	۳ ٪۰.۸	۳۷۳ ٪۹۴.۲	۳۹۲ ۱۰۰٪
روش سنتی ترک اعتیاد بدون دارو و پزشک	۹ ٪۲.۳	۶ ٪۱.۵	۷ ٪۱.۸	-	۳۷۰ ٪۹۴.۴	۳۹۲ ۱۰۰٪
شرکت در جلسات نشست شصت	۴ ٪۱	۶ ٪۱.۵	-	۲ ٪۰.۵	۳۸۰ ٪۹۷	۳۹۲ ۱۰۰٪
شرکت در جلسات ان ای	۹۵ ٪۲۴.۲	۱۸ ٪۴.۶	۹ ٪۲.۲	-	۲۷۰ ٪۶۹.۲	۳۹۲ ۱۰۰٪
ترک در کمپ	۱۶ ٪۴.۱	۱۰ ٪۲.۶	۶ ٪۱.۵	-	۳۶۰ ٪۹۲	۳۹۲ ۱۰۰٪
متادون درمانی به همراه مشاوره فردی و خانواده درمانی	۲۷۹ ٪۷۱.۲	۵ ٪۱.۳	۱۸ ٪۴.۶	۸۵ ٪۲۱.۷	۵ ٪۱.۳	۳۹۲ ۱۰۰٪
شرکت در جلسات ان ای و خانواده درمانی	۲۵۰ ٪۶۳.۸	-	۱۷ ٪۴.۳	۱۲۵ ٪۳۰.۵	۷ ٪۱.۲	۳۹۲ ۱۰۰٪
درمان در کمپ زیر نظر پزشک و مددکار	۲۳۳ ٪۵۹.۳	-	۳۴ ٪۸.۶	۱۲۰ ٪۳۱.۵	۵ ٪۱.۲	۳۹۲ ۱۰۰٪

همانطور که داده‌های جدول شماره ۱ نشان می‌دهد در مطالعه حاضر روشهای ترک هم به صورت غیر ترکیبی و هم به صورت ترکیبی مورد سؤال واقع شده‌اند. برای اندازه‌گیری نظرات پاسخگویان از طیف پنج‌قسمتی لیکرت استفاده شده است. وقتی از افراد مورد مطالعه پرسیده شد اگر تنها یکی از روشهای ترک اعتیاد را قرار باشد انتخاب کنی کدام روش را ترجیح می‌دهی بالاترین میزان در وهله اول مربوط به کسانی بود که متادون درمانی را مؤثرترین شیوه مطرح کردند. حدود یک سوم پاسخگویان از این شیوه به عنوان بسیار مؤثرنام بردند. بعد از این شیوه درمان با شرکت در جلسات ان‌ای بالاترین میزان را به خود اختصاص داد. این شیوه نزد حدود یک چهارم افراد مورد بررسی به عنوان مؤثرترین روش ترک مطرح شده است. در میان این روشها درمان در منزل پایین‌ترین میزان را به لحاظ کارآمدی در درمان اعتیاد، به خود اختصاص داده بود. از پاسخگویان خواسته شد که از میان روشهای ترکیبی نیز بهترین شیوه ترک را روی طیف مشخص کنند. همانطور که داده‌ها نشان می‌دهند، سم زدایی با متادون به همراه مشاوره با روانشناس و استفاده از روش خانواده درمانی بالاترین میزان را در میان روشهای ترکیبی ترک اعتیاد به عنوان مؤثرترین روش، داشته است. این روش با ۷۱.۲ درصد (گزینه بسیار مؤثر) نشان داد که بالاترین تأثیر گذاری را در ترک اعتیاد نزد افراد مورد مطالعه داراست. بعد از این روش شرکت در جلسات ان‌ای به همراه خانواده درمانی بیشترین میزان داده‌های مربوطه را به خود اختصاص داده است (۶۳.۸٪). درمان در کمپ زیر نظر پزشک و مددکار سومین روش مؤثر از نظر افراد مورد مطالعه بود. این روش ۵۹.۳ درصد از نظرات پاسخگویان را به خود اختصاص داده است.

نتایج آزمون رابطه متغیرها

در این مطالعه علاوه بر شناخت نگرش افراد نسبت به شیوه‌های ترک اعتیاد مؤثر، رابطه بین متغیرهای مستقل و تأثیر آنها بر نگرش افراد نسبت به مؤثرترین روش ترک اعتیاد مورد آزمون و تحلیل رگرسیونی قرار گرفت. نتایج آزمونها نشان داد که:

- ۱- متغیر سن بر نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد مؤثر است. ضریب همبستگی این دو متغیر برابر با ۰.۳۴۵ است و گویای این است که در صورت ثابت نگاه داشتن سایر متغیرها متغیر سن به اندازه ۰.۳۴۵ در تغییر نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد مؤثر است. نتایج آزمون F نیز حاکی از وجود رابطه معنی‌دار بین این دو متغیر

است. با توجه به میزان معنی داری (Sig:0.000) همبستگی بین دو متغیر بالاست. میزان آزمون T با سطح معنی داری بالا (Sig:0.000) نشان دهنده همبستگی بالا میان دو متغیر سن و نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد است

۲- نتایج رگرسیون دو متغیره جنس و نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد نشان می دهد که متغیر جنس بر نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد دارای تأثیر کمی است. ضریب همبستگی این دو متغیر برابر با ۰.۱۹۴ است و گویای این است که دو متغیر دارای همبستگی اندک اند. البته نتایج آزمون F نیز حاکی از وجود رابطه معنی دار بین این دو متغیر است. میزان آزمون T با سطح معنی داری بالا (Sig:0.000) نشان دهنده رابطه میان دو متغیر جنس و نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد است.

۳- نتایج رگرسیون دو متغیره وضع تأهل و نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد نشان می دهد که متغیر وضع تأهل بر نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد دارای تأثیر کمی است. ضریب همبستگی این دو متغیر برابر با ۰.۳۳۰ است و گویای این است که دو متغیر دارای همبستگی اندک اند. البته نتایج آزمون F نیز حاکی از وجود رابطه معنی دار بین این دو متغیر است. میزان آزمون T با سطح معنی داری بالا (Sig:0.000) نشان دهنده رابطه میان دو متغیر وضع تأهل و نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد است.

۴- نتایج رگرسیون دو متغیره پایگاه طبقاتی (متغیرهای تحصیلات، شغل و درآمد اندازه گیری شده اند) و نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد نشان می دهد که متغیر پایگاه طبقاتی بر نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد مؤثر است. ضریب همبستگی این دو متغیر برابر با ۰.۳۶۹ است و گویای این است که در صورت ثابت نگاه داشتن سایر متغیرها متغیر پایگاه طبقاتی به اندازه ۰.۳۶۹ در تغییر نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد مؤثر است. نتایج آزمون F نیز حاکی از وجود رابطه معنی دار بین این دو متغیر است. با توجه به میزان معنی داری (Sig:0.000) همبستگی بین دو متغیر بالاست. میزان آزمون T با سطح معنی داری بالا (Sig:0.000) نشان دهنده همبستگی بالا میان دو متغیر پایگاه طبقاتی و نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد است. سطح معنی

داری دو متغیر درآمد و شغل نشان می‌دهد که این دو متغیر با متغیر وابسته رابطه معنی‌دار در سطح قوی دارد در حالی که بین سطح تحصیلات و متغیر وابسته رابطه معنی‌دار مشاهده نمی‌شود.

۵- نتایج رگرسیون دو متغیره طول مدت اعتیاد و نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد نشان می‌دهد که متغیر طول مدت اعتیاد بر نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد مؤثر است. ضریب همبستگی این دو متغیر برابر با ۰.۳۵۰ است و گویای این است که در صورت ثابت نگاه داشتن سایر متغیرها متغیر طول مدت اعتیاد به اندازه ۰.۳۵۰ در تغییر نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد مؤثر است. نتایج آزمون F نیز حاکی از وجود رابطه معنی‌دار بین این دو متغیر است. با توجه به میزان معنی‌داری (Sig:0.000) همبستگی بین دو متغیر بالاست. میزان آزمون T با سطح معنی‌داری بالا (Sig:0.000) نشان‌دهنده همبستگی بالا میان دو متغیر طول مدت اعتیاد و نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد است.

۶- نتایج رگرسیون دو متغیره دفعات ترک اعتیاد و نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد نشان می‌دهد که متغیر دفعات ترک اعتیاد بر نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد مؤثر است. ضریب همبستگی این دو متغیر برابر با ۰.۴۳۴ است و گویای این است که در صورت ثابت نگاه داشتن سایر متغیرها متغیر دفعات ترک اعتیاد به اندازه ۰.۴۳۴ در تغییر نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد مؤثر است. نتایج آزمون F نیز حاکی از وجود رابطه معنی‌دار بین این دو متغیر است. با توجه به میزان معنی‌داری (Sig:0.000) همبستگی بین دو متغیر بالاست. میزان آزمون T با سطح معنی‌داری بالا (Sig:0.000) نشان‌دهنده همبستگی بالا میان دو متغیر دفعات ترک اعتیاد و نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد است.

۷- نتایج رگرسیون دو متغیره روش ترک درحال حاضر و نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد نشان می‌دهد که متغیر روش ترک درحال حاضر بر نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد مؤثر است. ضریب همبستگی این دو متغیر برابر با ۰.۳۹۲ است و گویای این است که در صورت ثابت نگاه داشتن سایر متغیرها متغیر روش ترک درحال حاضر به اندازه ۰.۳۹۲ در تغییر نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد مؤثر است. نتایج آزمون F نیز حاکی از وجود رابطه معنی‌دار بین این دو متغیر است. با

توجه به میزان معنی داری (Sig:0.000) همبستگی بین دو متغیر بالاست. میزان آزمون T با سطح معنی داری بالا (Sig:0.000) نشان دهنده همبستگی بالا میان دو متغیر روش ترک در حال حاضر و نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد است.

۸- نتایج رگرسیون دو متغیره میزان تأثیرگذاری روشهای ترک اعتیاد برای فرد و نگرش وی مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد نشان می دهد که متغیر میزان تأثیرگذاری روشهای ترک اعتیاد برای فرد بر نگرش وی مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد مؤثر است. ضریب همبستگی این دو متغیر برابر با ۰.۶۷۳ است و گویای این است که در صورت ثابت نگاه داشتن سایر متغیرها میزان تأثیرگذاری روشهای ترک اعتیاد برای فرد به اندازه ۰.۶۷۳ در تغییر نگرش وی مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد مؤثر است. نتایج آزمون F نیز حاکی از وجود رابطه معنی دار بین این دو متغیر است. با توجه به میزان معنی داری (Sig:0.000) همبستگی بین دو متغیر بالاست. میزان آزمون T با سطح معنی داری بالا (Sig:0.000) نشان دهنده همبستگی بالا میان دو متغیر میزان تأثیرگذاری روشهای ترک اعتیاد برای فرد و نگرش وی مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد است.

۹- نتایج رگرسیون دو متغیره نوع مواد مصرفی و نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد نشان می دهد که متغیر نوع مواد مصرفی بر نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد مؤثر است. ضریب همبستگی این دو متغیر برابر با ۰.۴۰۷ است و گویای این است که در صورت ثابت نگاه داشتن سایر متغیرها، متغیر نوع مواد مصرفی به اندازه ۰.۴۰۷ در تغییر نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد مؤثر است. نتایج آزمون F نیز حاکی از وجود رابطه معنی دار بین این دو متغیر است. با توجه به میزان معنی داری (Sig:0.000) همبستگی بین دو متغیر بالاست. میزان آزمون T با سطح معنی داری بالا (Sig:0.000) نشان دهنده همبستگی بالا میان دو متغیر نوع مواد مصرفی و نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد است.

۱۰- نتایج رگرسیون دو متغیره ارتباطات معتادان و نگرش آنها در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد نشان می دهد که متغیر ارتباطات معتادان بر نگرش آنها مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد مؤثر است. ضریب همبستگی این دو متغیر برابر با ۰.۴۱۲ است و گویای این است که در صورت ثابت نگاه داشتن سایر متغیرها متغیر ارتباطات معتادان به اندازه ۰.۴۱۲ در

تغییر نگرش افراد مورد بررسی در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد مؤثر است. نتایج آزمون F نیز حاکی از وجود رابطه معنی دار بین این دو متغیر است. با توجه به میزان معنی داری (Sig:0.000) همبستگی بین دو متغیر بالاست. میزان آزمون T با سطح معنی داری بالا (Sig:0.000) نشان دهنده همبستگی بالا میان دو متغیر ارتباطات معتادان و نگرش آنها در مورد مؤثرترین شیوه ترک اعتیاد است. در میان انواع ارتباطات مورد بررسی ارتباط با پزشک معالج ($r = 0.393$) و مددکار اجتماعی ($r = 0.247$) دارای بالاترین همبستگی است و سایر انواع ارتباطات فاقد رابطه معنی دار با متغیر وابسته هستند.

بحث و نتیجه گیری

اعتیاد به مواد مخدر بیماری پیچیده ایست که با تمایل شدید و کنترل نشده به مصرف مواد مخدر حتی در زمانی که با پیامدهای موجه می شوند، همراه است. در حالی که اعتیاد به مواد مخدر با استفاده ارادی مواد مخدر آغاز می شود اما به مرور زمان فرد معتاد توان انتخاب را از دست داده و مصرف مواد مخدر برای وی به امری اجباری مبدل می شود. این رفتار منتج از اثرات مواد مخدر روی کارکردهای مغز است. اعتیاد بیماری مغزی است که بر مدارهای چندکانه مغز از جمله آنهایی که مرتبط با محرک و پاداش اند، یادگیری، حافظه و کنترل بازدارنده رفتار تأثیر می گذارد. چون سوء استفاده از مواد مخدر و اعتیاد دارای بسیاری از ابعاد است و بسیاری از جنبه های زندگی فردی را مختل می سازد، معالجه آن ساده نیست. برنامه های معالجه مؤثر نوعاً متشکل از بسیاری از اجزاء است و هر برنامه به جنبه خاصی از بیماری و پیامدهای آن پرداخته است. معالجه اعتیاد باید به توقف استفاده از مواد مخدر توسط فرد کمک کند و سبک زندگی آزاد از مواد مخدر را برای فرد ایجاد کرده و کارکرد مولد موفقیت آمیزی در خانواده، محل کار و جامعه داشته باشد. چون اعتیاد نوعاً بیماری مزمنی است مردم به سادگی نمی توانند استفاده از مواد را در مدت کوتاهی متوقف کنند و درمان شوند. اکثر بیماران نیازمند به مراقبت طولانی مدت برای دستیابی به هدف نهایی یعنی پرهیز مستمر از مواد مخدر و بازتوانی زندگی شان هستند. تحقیقات علمی از دهه ۱۹۷۰ نشان می دهند که معالجه می تواند به بیماران معتاد به مواد مخدر در توقف استفاده از مواد مخدر، اجتناب از برگشت و بازیابی زندگی شان کمک کند.

در مطالعه حاضر ۳۹۲ معتاد در حال ترک با پرسشنامه و مصاحبه مورد بررسی قرار گرفته و انواع روشهای ترک اعتیاد که تجربه کرده و در حال حاضر در حال درمان توسط آنها بودند، مطالعه

شد. بر اساس داده مردان بیش از زنان و متأهلها بیش از مجردها برای ترک اعتیاد به مراکز مختلف ترک اعتیاد مراجعه کرده اند. تقریباً تمامی افراد مورد مطالعه با تمایل خود اقدام به ترک مواد کرده و در زمان مطالعه عمدتاً در کلینیکها و مراکز درمانی تحت مداوا بودند. داروهای ترک اعتیاد تبلیغی در ماهواره ها فاقد اثرگذاری و گاه مضر اعلام شده اند. بیشترین میزان یعنی دوپنجم افراد مورد بررسی بیش از دوازده سال مواد مخدر مصرف کرده و اکثراً همه جور موادی را تجربه کرده بودند. در بین افیونها تریاک مهمترین ماده مصرفی بود. حدود یک سوم که بالا ترین میزان است، همه روشهای ترک اعتیاد را تجربه کرده و موفق به ترک نبوده اند. انتخاب روش ترک اعتیاد با توجه به شرایط مالی افراد بود و بدین ترتیب توان مالی آنها فاکتور بسیار مهمی در انتخاب شیوه ترک و اثر بخشی آن داشت. اکثر آنها با پزشک معالج، مددکار و خانواده خود رابطه قوی ای داشتند اما حمایت عاطفی خانواده و نحوه برخورد جامعه با این گروه آسیب پذیر در درمان آنها بسیار مؤثر مطرح شده است. نتایج روانشناختی مطالعه نشان داد که این افراد عمدتاً از اضطراب و استرس رنج می بردند. نتایج کلی حاصل از آزمون فرضیات نشان داد که:

۱- روشهای ترکیبی ترک اعتیاد مؤثرترین روشهاست.

داده های حاصل از مطالعه نشان داده اند که در وهله اول درمان با متادون به همراه مشاوره و خانواده درمانی مؤثرترین روش از نظر افراد مورد مطالعه است. اکثر پاسخگویان معتقد بودند که در صورتی که سم زدایی با متادون با مشاوره فردی زیر نظر روانشناس ادامه یابد و با خانواده درمانی دنبال شود کمتر احتمال دارد آنها به استفاده از مواد مخدر تمایل پیدا کنند. این نتیجه توسط یا ما کوچی و همکارانش (۱۹۹۵) نیز تأیید شده است. وی پیشنهاد می کرد که معتادان طولانی مدتی که نمی توانند بدون استفاده از متادون مقاومت کنند باید متادون را به طور مداوم استفاده کنند یا برنامه های معالجه باید استراتژیهای مداخله شدیدتری برای جلوگیری از بازگشت مجدد به مواد مخدر در طی و بعد از روش مداخله با متادون به کار گیرند.

مطالعه دیگری با عنوان معالجه متادون و نظارت قانونی توسط آنگلین و همکارانش در سال ۱۹۹۱ نشان داد اثر فردی استفاده از متادون و نظارت قانونی بهتر از شرایط بدون مداخله در بهبود استفاده از مواد و رفتار جنایی توسط معتادان به مواد بود. استفاده از متادون به تنهایی نشان دهنده طیف وسیعی از بهبود (به عنوان مثال در اشتغال) و اثرات وسیع تری از بهبود در مقایسه با استفاده صرف

از نظارت قانونی به تنهایی بود. اثر ترکیبی این دو شرایط مداخله به طور معنی داری بهتر از استفاده از متادون به تنهایی بود.

مطالعه دیگری توسط توماسلو در سال ۱۹۹۱ انجام شده است. در این مطالعه حفظ متادون در معالجه معتادان به مواد مخدر بررسی شده است. در مقاله حاصل از این مطالعه آمده است علی‌رغم مطالعات متعدد، رویکرد حفظ متادون غالباً با سوء فهم همراه است و غالباً به عنوان معالجه بدی برای اعتیاد به هروئین مطرح است. با استفاده از ۴۰ تا ۶۰ گرم متادون به صورت دهانی در هر روز، معتادان به هروئین قادرند درجه از ثبات در زندگیشان را به دست آورند که به آنها اجازه می‌دهد اهداف مولد را دنبال کنند و در عین حال رفتارهای خطرناک چون استفاده از سرنگهای مشترک و استفاده از مواد در خیابان را کاهش می‌دهد. معیارهای پذیرش اکید برای حفظ متادون، توجه به غذا و تنظیمات دارویی است و کسانی که امکان معالجه آنها با متادون نیست باید از سایر اشکال معالجه استفاده کنند. اوژانس معتادان گمنام یک توسعه دگرگرم کننده برای معتادان هروئینی است که در آن پرهیز از استفاده از مواد از طریق تنوعی از مواد مخدر جدید شیمیایی درمان کننده حاصل می‌شود.

آنها همچنین اعتقاد داشتند که در صورتی که شرکت در جلسات ان‌ای با مراقبتهای ویژه توسط خانواده همراه باشد می‌تواند بسیار اثر بخش باشد و با توجه به اینکه بدون دارو ترک اعتیاد صورت می‌گیرد طول دوره پاک بودن می‌تواند طولانی‌تر و یا برای همیشه باشد. پژوهش قربانی و فاتحی زاده در شهر اصفهان در سال ۱۳۸۲ نشان داد هر قدر افراد در حال ترک اعتماد بیشتری به حمایت اطرافیان، حمایت اجتماعی، تأمین شغل و درآمد بعد از ترک داشته باشند کمتر احتمال دارد مجدداً به سمت مواد مخدر کشیده شوند.

نتایج این تحقیق نشان داده‌اند در کنار روش ترک اعتیاد که بسیار مهم است حمایت کافی توسط اعضای خانواده نقش بسیار مهمی در درمان اعتیاد ایفا می‌کند. به طور کلی ارتباط محکمی میان این حمایت و نتیجه درمان وجود دارد. هر چه این حمایت بیشتر و جدی‌تر باشد، طول مدت درمان کوتاهتر شده، نتایج درمان به طور چشمگیری بهتر خواهد بود.

سومین روش ترکیبی مورد نظر پاسخگویان درمان در کمپ یا جامعه درمانی بود. در این روش بیمار برای مدتی مثلاً ۳ یا ۶ ماه در محلی زیر نظر پزشک، مددکار و روانشناس سم زدایی شده و فرایند درمان کامل می‌شود. وقتی از افراد مورد مطالعه در مورد این روش پرسیدیم حدود سه پنم

آنها معتقد بودند که این روش بسیار مؤثر است. در مقاله ای با عنوان مقایسه ادراک زندانی از دو برنامه معالجه اعتیاد توسط کلی در سال ۲۰۰۲ آمده است که علاوه بر درمان فیزیکی و محیط درمانی برنامه دیگری با عنوان خود تغییری شناختی نیز پیاده شد. مشارکت زندانیان در برنامه برای توفیق معالجه به روش محیط اجتماع درمانی بسیار مهم بود. در این مطالعه محقق ادراک زندانیان مورد معالجه را در مورد دو برنامه مورد بررسی و مقایسه قرار می دهد. نتایج مطالعه نشان داد بیمارانی که در کنار معالجات پزشکی برای درمان اعتیاد در استفاده از روشهای محیط درمانی اجتماعی نیز علاقه و همکاری نشان داده اند در مقایسه با کسانی که همکاری نداشته یا کمتر همکاری کرده اند در درمان اعتیاد موفق تر بوده اند. مطالعه ای با عنوان حمایت اجتماعی، برنامه روانی و بازتوانی معتادان توسط مک گی در سال ۲۰۰۰ نیز نشان داد که اجتماع درمانی در عدم بازشت معتادان به مواد بسیار مؤثر است.

۲- میزان استفاده از مواد مخدرو طول مدت اعتیاد مهمترین فاکتورهای تأثیر گذار بر طول مدت پاک بودن.

براساس نتایج حاصل از رگرسیون سه متغیره نوع مواد مخدر، میزان استفاده از مواد مخدر، طول مدت اعتیاد و میزان اثر گذاری روش ترک اعتیاد مشاهده شد که سه متغیر مستقل فوق بر متغیر روش ترک اعتیاد مؤثر تأثیر گذار بوده اند. ضریب همبستگی این متغیرها ۰.۴۸۲ است.

۳- شغل و درآمد از مهمترین عوامل تأثیر گذار بر روش ترک اعتیاد و میزان توفیق در ترک

نتایج رگرسیون چند متغیره شغل، درآمد، میزان استفاده از مواد مخدر و اثر بخشی روشهای ترک اعتیاد نشان می دهد که ضریب همبستگی این متغیرها ۰.۷۵۹ می باشد. این میزان گویای این است که در صورت ثابت نگاه داشتن سایر متغیرها این سه متغیر ۰.۷۵۹ واحد از متغیر وابسته را تبیین می کنند. نتایج مطالعه نشان داد که بین نوع مرکز انتخاب شده برای معالجه و نتیجه ترک رابطه معنی دار وجود دارد. همچنین بین هزینه ترک و استفاده از بیمه و تأثیر نتیجه درمان رابطه معنی دار وجود دارد. بین میزان دسترسی معتادان در حال ترک به خدمات بهداشت روانی و نتیجه درمان رابطه معنی دار وجود دارد.

۴- رابطه مستقیم ارتباط با خانواده، گروه، پزشک و مددکار و اثر بخشی بالای روش ترک

نتیجه رگرسیون دو متغیره ارتباط با پزشک و اثربخشی روش ترک نشان می‌دهد که در صورت ثابت نگاه داشتن سایر متغیرها متغیر ارتباط با پزشک ۰.۴۵۰ واحد از تغییرات متغیر اثربخشی روش ترک را تبیین می‌کند. داده‌های مربوط به همبستگی متغیرهای ارتباط با مددکار، ارتباط با پزشک و ارتباط با گروه و و خانواده اثربخشی روش ترک نشان می‌دهد که ضریب همبستگی این متغیرها بالاست. براساس داده‌ها ضریب همبستگی این متغیرها برابر با ۰.۵۴۱ است. این بدان معنی است که این سه متغیر با ثابت نگاه داشتن سایر متغیرها ۰.۴۵۱ واحد از تغیزات ثمر بخشی روش ترک را تبیین می‌کنند. در مطالعه‌ای که نارنجی‌ها و همکارانش زیر نظر دانشگاه علوم بهزیستی انجام داد نیز نشان داد حمایت کافی توسط اعضای خانواده نقش بسیار مهمی در درمان اعتیاد ایفا می‌کند. به طور کلی ارتباط محکمی میان این حمایت و نتیجه درمان وجود دارد. هر چه این حمایت بیشتر و جدی‌تر باشد، طول مدت درمان کوتاهتر شده، نتایج درمان به طور چشمگیری بهتر خواهد بود. ضمناً این حمایت نقشی بارز در پیش‌آگهی طولانی مدت درمان ایفا می‌کند و رابطه‌ای معکوس با عود اعتیاد دارد.

۵- مردان، جوانان و متأهلها بزرگترین قشر معتاد

نتایج حاصل از مطالعه نشان دادند که اکثر افراد مورد مطالعه مرد و در گروه سنی ۲۴ تا ۳۵ سال واقع شده و عمدتاً متأهل هستند.

۶- طولانی بودن دوره اعتیاد

داده‌ها همچنین نشان دادند اکثر افراد مورد مطالعه بیش از ۹۶ ماه بود که درگیر مواد مخدر بودند. هر قدر طول دوره اعتیاد بیشتر بود عدم توفیق در ترک اعتیاد توسط بیماران بیشتر و تعداد دفعات ترک ناموفق اعتیاد نیز بیشتر بود.

۷- تریاک و مواد صنعتی جدید پرطرفدارترین مواد

برای میانسالان تریاک مهمترین ماده مصرفی و برای جوانترها مواد مخدر صنعتی جدید پر مصرف ترین مواد بودند.

پیشنهادها

الف- استفاده از رویکردهای درمانی مؤثر

معالجات پزشکی و رفتار درمانی خصوصاً وقتی که ترکیب می‌شوند عناصر مهم یک فرایند درمان کلی هستند که غالباً با سم زدایی آغاز می‌شوند و با معالجه و ممانعت از برگشت مجدد ادامه می‌یابد. کاهش دردهای ناشی از ترک مواد مخدر می‌تواند در شروع معالجه مهم باشد و

ممانعت از روی آوری مجدد به مواد برای حفظ اثرات معالجه ضروریست. گاهی اوقات و همراه با سایر شرایط مزمن بازگشت مجدد به مصرف مواد می تواند نیازمند بازگشت به اجزاء قبلی معالجه باشد. تداوم مراقبت از جمله رژیمهای معالجه اعتیاد، به همه جنبه های زندگی فردی از جمله خدمات بهداشت پزشکی و روانی، برای توفیق فرد در حصول و حفظ یک زندگی آزاد از مواد مخدر می تواند تعیین کننده باشد.

ب - معالجات پزشکی

معالجات پزشکی می تواند برای کمک به جنبه های متفاوت فرایند معالجه به شرح زیرمورد استفاده قرار گیرد:

• کناره گیری از مصرف مواد مخدر

معالجات پزشکی به عوارض کناره گیری از مواد مخدر در طی سم زدایی کمک می کنند. با این حال به لحاظ پزشکی سم زدایی از اعتیاد به خودی خود درمان محسوب نمی شود - بلکه اولین مرحله در فرایند معالجه است. بیمارانی که با معالجات پزشکی ترک مواد مخدر را شروع می کنند اما معالجه دیگری دریافت نمی کنند الگوهای سوء استفاده از مواد مخدر مشابهی با کسانی که هرگز معالجه نشده اند نشان می دهند.

• معالجه

مراقبتهای پزشکی می تواند برای استقرار مجدد کارکردهای نرمال مغز ، ممانعت از بازگشت مجدد و تقلیل تمایل به مواد مخدر مورد استفاده قرار گیرند . در حال حاضر ، مراقبتهای پزشکی برای معتادان به مواد مخدر طبیعی (هروئین و مرفین) ، تنباکو (نیکوتین) ، اعتیاد به الکل و محرکهای اعتیاد وجود دارد. اکثر مردم با مسائل جدی اعتیاد، استفاده کنندگان چند ماده ای هستند (بیش از یک ماده مخدر مصرف می کنند) و نیاز به معالجه برای همه موادی هستند که سوء استفاده می کنند.

• کاهش تمایل به افیون ها

متادون و بوپرنورفین و برای بعضی از افراد نولترکسون معالجات پزشکی مؤثری برای معالجه معتادان افیونی هستند. در معالجه معتادان به هروئین و مرفین ، متادون و بوپرنورفین عوارض ترک اعتیاد و تمایل به مواد را کاهش می دهد. نولترکسون با بلوکه کردن اثرات هروئین یا سایر مواد مخدر طبیعی در قسمت های گیرنده عمل می کند و باید تنها در بیمارانی مورد استفاده قرار گیرد که

قبلا از این دارو استفاده کرده‌اند. به خاطر عوارض نولترکسون همچون سایر معالجات پزشکی به طور وسیعی مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. تمامی معالجات پزشکی در خلاص شدن بیماران از مطالبه مواد و رفتار جنایی مرتبط با آن به آنان کمک می‌کنند و برای معالجات رفتاری قابل قبول تر می‌شوند.

پ - معالجات رفتاری

معالجات رفتاری به بیماران درگیر در فرایند معالجه در تعدیل نگرشها و رفتارهای مرتبط با سوء استفاده از مواد کمک کرده و مهارت‌های بهداشت و سلامت زندگی آنها را افزایش می‌دهد. این معالجات همچنین می‌تواند تأثیر گذاری معالجات پزشکی را افزایش داده و به افراد کمک می‌کنند دوره معالجه را طولانی‌تر کنند. انواع معالجات رفتاری:

- **معالجات رفتاری بیماران سرپایی** در برگیرنده طیف وسیعی از برنامه‌ها برای بیمارانیست که در فواصل منظم به یک کلینیک مراجعه می‌کنند. اکثر برنامه‌ها همراه با مشاوره فردی یا گروهی در رابطه با مواد مخدر است. بعضی برنامه‌ها نیز اشکال دیگری از معالجات رفتاری زیر را ارائه می‌کنند:

- **درمان رفتاری-شناختی** که در صدد کمک به بیماران برای شناختن، اجتناب کردن و سروکار داشتن با موقعیتی است که در آن افراد بیمار عمدتاً مواد مخدر مصرف می‌کنند.
- **خانواده درمانی چند بعدی** که برای نوجوانان با مسائل سوء استفاده از مواد مخدر - و خانواده‌هایشان - مطرح شده است و به طیفی از عوامل مؤثر بر الگوهای سوء استفاده از مواد مخدر توسط آنان اشاره می‌کند برای بهبود کارکردهای کلی خانواده طراحی شده است.
- **مشوقهای انگیزشی** (مدیریت هماهنگی)، که از تقویت مثبت برای تشویق در پرهیز از مواد مخدر استفاده می‌کند.

ب- **برنامه‌های معالجات محلی** نیز می‌تواند بسیار مؤثر باشد به ویژه برای آن کسانی که مسائل حاد تری دارند.

ت- **اجتماعات درمانی** برنامه‌های تا حد زیاد ساخت یافته‌ای هستند که در آنها بیماران در یک محل عمدتاً برای ۶ تا ۱۲ ماه می‌مانند. اجتماعات درمانی اصولاً در استفاده از اجتماعات - کارکنان مرتبط با معالجه و کسانی که در بازتوانی فعالند - به عنوان یک کارگزار کلیدی تغییر بر نگرشها، ادراکات و رفتارهای مرتبط با استفاده از مواد مخدر، از سایر رویکردهای معالجه‌ای

متفاوت است. اجتماعات درمانی می تواند کسانی را شامل شود که تاریخچه نسبتاً طولانی ای از استفاده از مواد مخدر دارند ، در فعالیتهای جنایی جدی درگیرند و به طور جدی ای به کارکردهای اجتماعی لطمه می زنند. اجتماع درمانیها همچنین برای انطباق نیازهای زنانی که حامله اند یا دارای بچه هستند طراحی می شوند. کانون توجه اجتماع درمانی روی جامعه پذیرسازی مجدد بیماران برای یک زندگی آزاد از مواد مخدر و جرم است.

ث- تشویق بیماران به معالجه بیماریهای عفونی

نوعاً معالجه سوء استفاده از مواد مخدر متوجه برخی رفتارهای مرتبط با مواد است که افراد را در معرض خطر ابتلا به بیماریهای عفونی قرار می دهد. مشاوره هدفمند، خصوصاً متمرکز بر کاهش خطر بیماریهای عفونی می تواند به بیماران در کاهش بیشتر یا اجتناب از رفتارهای پرخطر مرتبط با مواد مخدر و سایر رفتارهای پرخطر کمک کند. مشاوره می تواند به کسانی که از قبل مبتلا به بیماری عفونی هستند در مدیریت بیماریشان نیز کمک کند. بعلاوه ، درگیر شدن در معالجه سوء استفاده از مواد مخدر می تواند تمایل به سایر معالجات پزشکی را تسهیل کند. بیماران می توانند به پذیرش آزمایش ایدز (و سایر بیماریهای عفونی) بی میل باشند، بنابراین ، ضرورت دارد فراهم آورندگان معالجه ، آزمایش ایدز را تشویق و حمایت کنند .

در کل باید در هر برنامه ریزی برای معتادان به مواد مخدر اصول زیر را مد نظر قرار داد:

۱- اعتیاد مسأله ای بغرنج است اما بیماری قابل معالجه ایست که بر کارکرد مغز و رفتار تأثیر می گذارد.

سوء استفاده از مواد مخدر ساختار و کارکرد مغز را تغییر می دهد و و منجر به تغییراتی می شود که فرد بعد از توقف استفاده از مواد مخدر برای طولانی مدت مقاوت می کند. این می تواند تبیین کننده این باشد که چرا سوءاستفاده کنندگان از مواد مخدر در معرض بازگشت به مصرف مواد حتی بعد از یک مدت طولانی پرهیز از مصرف مواد و علی رغم پیامدهای مخرب بالقوه هستند.

۲- هیچ معالجه منفردی برای همه مناسب نیست.

مجموعه معالجات مشابه، مداخلات و خدمات برای مسائل و نیازهای ویژه یک فرد ، برای توفیق نهایی او در بازگشت به کارکرد مولد در خانواده ، محیط کار و جامعه مهم است.

۳- امکانات مورد نیاز برای معالجه باید در دسترس باشد.

چون افراد معتاد به مواد مخدر ممکن است در رابطه با شروع معالجه مردد باشند امتیاز در دسترس بودن خدمات برای افرادی که در یک لحظه آماده معالجه اند مهم است. اگر معالجه بلافاصله در دسترس نباشد، بیماران بالقوه می‌توانند از ترک منصرف شوند. همانند سایر بیماریهای مزمن هرچه معالجات به موقع تر در فرایند بیماری ارائه شوند احتمال نتایج مثبت بیشتر است.

۴- معالجه مؤثر به نیازهای چند گانه فرد و نه صرفا سوء استفاده از مواد توجه دارد. برای مؤثر بودن، معالجه باید متوجه سوء استفاده از مواد مخدر توسط فرد و هر مسأله پزشکی، روانشناختی، اجتماعی، شغلی و قانونی باشد. این همچنین مهم است که معالجه متناسب با سن، جنسیت، قومیت و فرهنگ فرد باشد.

۵- ماندن در معالجه برای یک دوره زمانی مناسب مهم است.

دوره مناسب برای یک فرد به نوع و درجه مسائل و نیازهای او بستگی دارد. تحقیقات نشان می‌دهند که اکثر افراد معتاد نیازمند دست کم سه ماه معالجه برای کاهش معنی دار یا توقف استفاده از مواد مخدر دارند و بهترین نتیجه با دوره طولانی معالجه رخ می‌دهد. رهایی از اعتیاد به مواد مخدر فرایندی طولانی مدت است و به کرات نیازمند شیوه‌های چندگانه معالجه است. همانند سایر بیماریهای مزمن بازگشت به سوء استفاده از مواد مخدر می‌تواند صورت گیرد و نشانه این است که معالجه مجددا شروع شده یا منظم گردد. چون افراد غالبا معالجه را ناتمام رها می‌کنند برنامه‌ها باید شامل استراتژی‌هایی برای درگیر شدن و باقی ماندن بیماران در معالجه باشند.

۶- مشاوره - فردی یا گروهی - و درمانهای رفتاری دیگر عمومی ترین اشکال مورد استفاده در درمان سوء استفاده از مواد است.

رفتاردرمانیها کانونهای توجه متعددی دارند و می‌توانند بر انگیزش فرد به تغییر، فراهم آوردن انگیزه‌هایی برای پرهیز از مصرف مواد، ساختن مهارتهایی برای مقاومت در برابر استفاده از مواد مخدر، جایگزینی فعالیتهای مثبتی بر استفاده از مواد مخدر با فعالیتهای سازنده و مثبتی بر پاداش، بهبود مهارتهای حل مسأله و تسهیل مناسبات بین فردی بهتر متمرکز گردند. همچنین، مشارکت در گروه درمانی و برنامه‌های حمایتی سایر گروههای همالان در طی معالجه و تداوم آن می‌تواند به حفظ پاک بودن از مواد کمک کند.

۷- معالجات پزشکی عنصر مهمی برای بسیاری از بیماران است خصوصا زمانی که با مشاوره و سایر درمانهای رفتاری ترکیب شود.

به عنوان مثال متادون و بوپرنورفین در کمک به افراد معتاد به هروئین یا سایر مواد مخدر طبیعی، ثبات زندگیشان و کاهش استفاده غیر قانونی از مواد مخدر مؤثر باشد. نالتروکسن نیز داروی مؤثری برای بعضی افراد معتاد به مواد مخدر طبیعی و بعضی بیماران وابسته به الکل باشد. معالجه با متادون معمولا در مکانهای خاص مثل کلینیکها صورت می گیرد. این برنامه های معالجه خاص در دوز کافی برای ممانعت از روی آوری به مواد، بلوکه کردن اثرات استفاده غیرقانونی از مواد مخدر طبیعی و کاهش تمایل به افیون به کار گرفته می شود.

مؤثر ترین برنامه های حفظ فرد در برابر مواد با متادون در برگیرنده مشاوره فردی یا گروهی، مراجعه به خدمات پزشکی، روانشناختی و اجتماعی است. در مطالعه ای دوگروه، افرادی که تنها متادون دریافت کرده بودند و افرادی که با متادون مشاوره دریافت کرده بودند مقایسه شدند. افرادی که تنها متادون دریافت کرده بودند مقداری بهبود در کاهش استفاده از افیون نشان دادند در حالی که معالجه همراه با مشاوره بهبود معنی داری نشان داد. همچنین، اضافه شدن معالجات پزشکی، روان درمانی، خدمات شغلی و خانوادگی نتایج درمانی بیشتری نشان داد.

۸- یک طرح معالجه و خدمات فردی باید به طور مداوم برای اطمینان از اینکه این طرح نیازهای در حال تغییر فرد را پاسخ می دهد، ارزیابی و تعدیل شود.

یک بیمار در طی دوره معالجه و بازتوانی می تواند نیازمند ترکیبهای متنوعی از خدمات و معالجات ترکیبی باشد. یک بیمار علاوه بر مشاوره یا روان درمانی، ممکن است نیازمند دارو، خدمات پزشکی، خانواده درمانی، آموزش والدینی، نوتوانی شغلی، و یا خدمات اجتماعی، قانونی باشد. برای بسیاری از بیماران رویکرد مراقبت مداوم بهترین نتایج را فراهم می کند و شدت معالجه با توجه به نیازهای در حال تغییر بیمار متفاوت می شود.

۹- بسیاری از افراد معتاد علاوه بر اعتیاد مبتلا به سایر بی نظمی های روانی هستند.

چون سوء استفاده از مواد مخدر و اعتیاد - هردو بی نظمی روانی اند - غالبا هر دو با سایر بیماریهای روانی همراه می شوند، شرایط و وضعیت بیماران باید ارزیابی شود. و وقتی که این مسائل با یکدیگر پیش می آیند معالجه باید روی هر دو (یا همه) از جمله استفاده از داروها به طور مناسبی انجام شود.

۱۰- به لحاظ پزشکی دفع مسمومیت، تنها اولین مرحله معالجه اعتیاد است و به خودی خود برای تغییر طولانی مدت در سوء استفاده از مواد مخدر کافی نیست.

اگرچه به لحاظ پزشکی سم زدایی می‌تواند علائم فیزیکی حاد ترک مواد را به طور سالمی مدیریت کند و برای بعضی راه را برای معالجه طولانی مدت مؤثر اعتیاد هموار کند اما سم زدایی به تنهایی به ندرت برای کمک به افراد معتاد در دستیابی به پاک بودن طولانی مدت کافی است. بدین ترتیب، بیماران باید به تداوم معالجه مواد مخدر به دنبال سم زدایی تشویق شوند. افزایش انگیزشی و استراتژیهای مشوق در پذیرش آغازین بیمار می‌تواند الزامات معالجه را بهبود بخشد.

۱۱- ضرورتاً نباید معالجه برای مؤثر بودن داوطلبانه باشد.

ضمانتهای اجرایی یا فریبهای خانواده، زمینه‌های شغلی، و یا نظام قضایی جنایی می‌تواند به طور معنی داری دست به کار شدن برای معالجه، نرخهای حفاظت در برابر مواد مخدر و توفیق نهایی مداخله‌های معالجه مواد مخدر را افزایش دهد.

۱۲- استفاده از مواد مخدر در طی دوره معالجه باید به طور مداوم کنترل شده زیرا در طی دوره معالجه لغزش امکان پذیر است.

اطلاع بیمار در مورد کنترل استفاده او از مواد مخدر می‌تواند مشوق قوی‌ای برای بیماران باشد و به آنها کند تا در برابر وسوسه استفاده از مواد مخدر مقاومت کنند.

۱۳- برنامه‌های معالجه باید بیماران را به خاطر ابتلا به ایدز، هپاتیت بی، توبرکلوسیز و سایر بیماریهای عفونی مورد معاینه قرار داد. این امر به بیماران در تعدیل یا تغییر رفتارهایی که آنها را در معرض خطر تماس یا گسترش بیماریهای عفونی کمک می‌کند.

منابع فارسی:

۱. ترکی، عاطفه، فاتحی‌زاده، مریم و دصالحی، مهرداد. بررسی تأثیر آموزش شناختی- رفتاری زوجین در کاهش گرایش به مواد بیماران وابسته به مواد مخدر تریاکی در شهر اصفهان. خانواده پژوهی، ۱۳۸۵.
۲. رفیع پور، محمد جواد (۱۳۸۷). گزارشی از مراکز خصوصی و غیر مجاز درمان معتادان. هفته نامه پنجره، شماره صفر
۳. سالنامه آماری ایران، سرشماری ۲۰۰۶، مرکز آمار ایران.
۴. سموعی راحله. (۱۳۷۸). شیوه‌های مقابله با فشار روانی در معتادان و غیر معتادان و تعیین رابطه آن با عملکرد خانواده آنها. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، ۱۳۷۸.
۵. طارمیان، فرهاد (۱۳۸۵). سوء مصرف مواد مخدر در میان دانشجویان و اثر بخشی شیوه‌های ترک اعتیاد، وزارت درمان و آموزش پزشکی، تهران.
۶. فیض زاده، گلناز، میراب زاده. آرش. (۱۳۸۳): مطالعه دیگری با عنوان بررسی اثر بکلوفن در سم زدایی بیماران وابسته به تریاک در یک کارآزمایی بالینی با روش دو سوکور، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

۷. قادری دهکردی صغری. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر یک طرح آموزشی پیشگیری از اعتیاد بر روی نگرش و آگاهی نوجوانان مقطع راهنمایی شهر شهرکرد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان..
۸. قربانی، بیژن، فاتحی، مریم. (۱۳۸۴). بررسی اثر بخشی ایمن سازی روانی بر کاهش گرایش به مواد مخدر در دانش آموزان دوره متوسطه شهر اصفهان در سال تحصیلی. 1381-282 *نمایه پژوهشی سازمان آموزش و پرورش*.
۹. مرکز تحقیقات روانشناسی دانشگاه کرمان. (۱۳۸۶). نقش روابط مثبت درمانی در کمک به درمان اعتیاد، کرمان.
۱۰. مکرری، آذرخش. (۱۳۸۶). اصلاح سبک زندگی و ترک اعتیاد روی معتادان، تهران، دانشگاه علوم پزشکی.
۱۱. نارنجی ها، همایون. (۱۳۸۶). ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد در کشور در سال ۱۳۸۶، مؤسسه داریوش، تهران.
12. Alemi, A.A, M.M. Naraghi. (2004): The iceberg of opium addiction an epidemiological survey of opium addiction in a rural community. Volume 3, Issue 2: 107-112.
13. Botuin, G.J ,Schinke S.P, Epstein J.A, Diaz T. (1994): Effectiveness of culturally- focused and generic skills training. Approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority youth. *Journal of addictive Behaviors*, 8:116-127.
14. Chen, Gila. (2006). "Social Support, Spiritual Program, and Addiction Recovery", *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Vol. 44, No. 3, 369-394.
15. Fathi, Nazila (2008): Iran fights scourge of addiction in plain view, stressing treatment. *The New York Times*, June 2.
16. Hser, Yih-Ing, Anglin, M. Douglas, Chou, Chih-Ping.(1988). Evaluation of Drug Abuse Treatment: A Repeated Measures Design Assessing Methadone Maintenance, *Evaluation Review*, Vol. 12, No. 5, 547-570.
17. Joe, George W, Chastain, Robert L., & Simpson D. Dwayne (1997):" Reasons for Addiction Stages", Robert E. Krieger Publishing Company, Malabar, Florida, 1997.
18. Kattimani. Ray R1, S and Sharma H.K.(2006): Opium Abuse and Its Management: Global Scenario. Department of Mental Health and Substance Abuse: Management of Substance Abuse, world health organization.
19. Kelley, Laura (2002): Comparing Inmate Perceptions of Two Residential Substance Abuse Treatments, Programs, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Vol. 46, No. 6, 699-714.
20. Knudsen, Hannah. K, Ducharme, Lori. J. Roman, Paul. M (2007) .The Use of Antidepressant Medications in Substance Abuse Treatment: The Public-Private Distinction, Organizational Compatibility, and the Environment. *Journal of Health and Social Behavior* 2007, Vole 48 (June): 195–210.
21. McGee, Eileen M. 2000."Narcotics Anonymous and Nursing": *Journal of Holistic Nursing*. Vol. 18, No. 1, 11-26.
22. Medec, Jhan. 1998. " Prostitution & Addiction". *Journal of Applied Behavioral Science*, Vol. 27, No. 4, 515-531.

23. Purohit.D.R. (1998): Drug De-addiction-Camp Approach in South Asia Drug Demand Reduction Report, UNDCP Regional Office for South Asia; New Delhi.
24. Research Center of Tokyo University (2008): psychological tendency and druge abuse: Sciences Academic consequences of America Journal, Vol. 2, No. 6, 105-130.
25. Saxena S. (1995): Commentaries-Comments on Ganguly et al's paper "An ethnographic account of opium consumers of Rajasthan (India): socio-medical perspective". *Addiction*, 90, 13-21.
26. Tommasello, Anthony C. (1991). Methadone Maintenance in the Treatment of Narcotics Addiction *Journal of Pharmacy Practice* December 1991 4: 357-361, doi: ... *Pharmacy Practice* December 1991 vol. 4 no. 6 357-361
27. Vick, Karl. (2005): Opiates of the Iranian People: Despair Drives World's Highest Addiction Rate. *Washington Post Foreign Service*: A01.
28. Yamaguchi, Kazuo. Chen, Jane. Anglin, M. Douglas. 1995. "Effects of Interventions On Relapse To Narcotics Addiction: An Event-History Analysis", *the Journal of Applied Behavioral Science*, Vol. 19, No. 2, 123-140 (1995)
29. <http://forum.iransalamat.com>
30. <http://www.pezeshkan.org>
31. <http://www.aegis.com/news/bbc/2009>
32. <http://Mondediplo.com/2007/03/14>

Title: Study of Efficacy of Various Methods of Addiction Treatment from View of Addicts

Authers: Tahereh Mirsardoo⁵, Mastooreh sedaghat⁶

Abstract

Addiction to illegal substance is one of the biggest problems that threat humanity. Depth of this disaster makes studying and to explain of this problem inevitable. Despite of varied studies has been conducted in Iran during last three decads; still addiction is an individual and social problem. At the present research we looked at addiction from a different aspect. In this study the main question was: which method of addiction treatment is more efficient than the others? We studied Tehranian addicts in treatment in 2010. Sex, age, education, job, marital status, family structure, and kind of substance, amount of substance consumption, amount of daily used substance, years of using substance, frequency of addiction treatment and kind of interrelationship between addict and the others as independent variables and efficiency of method or methods of addiction treatment as dependent variable was examined by survey. The data gathering instrument was questionnaire and interview. We used formal validity for to define of validation of the instrument and used parallel forms method for to measure reliability. Results showed that: the most of addicts were male, young, illiterate or lack of academic education. There was a significant relation between job, income, amount of used substance and method of treatment. Factors such as: good relation to family, to medicine and social worker was very important for to prevent of relapse. For them, at the first time, the best method of treatment was methadone detoxification, then to continue the treatment by psychological consultation and family supporting. At the

⁵- Assistant professor in the Islamic Azad University Garmsar Branch

⁶-ph.d student in Baku State University

second time, they believed that to participate at anonymous addict sessions, family therapy, treating in the camp under the control of doctor, social worker and psychologist is one the best methods of treating.

Key words: relapse, addiction, social problem, methadone detoxification, anonymous addicts association.