

تجارب مردان معتاد به شیشه از مسیر درمان و بهبودی

عباس خزایی^۱، حسن رفیعی^۲، معصومه دژمان^۳، دکتر بهمن بهمنی^۴

^۱ کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۲ استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

^۳ استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۴ استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

نشانی نویسنده مسؤول: تهران، اوین، بلوار دانشجو، خ کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مشاوره، عباس خزایی

E-mail: akhzaei1361@yahoo.com

وصول: ۹۱/۴/۲۴، اصلاح: ۹۱/۸/۹، پذیرش: ۹۱/۱۰/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: درک و شناسایی تجارب افراد معتاد به شیشه در جریان ترک، می‌تواند شناخت ارزشمندی از چگونگی تجربه یک روش درمانی و تأثیرات آن بر بیماران فراهم آورد. هدف این مطالعه شناسایی تجارب مردان معتاد به شیشه در جریان درمان با روش «تولد دوباره» بوده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه، با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوا انجام گرفت. مکان انجام مطالعه مرکز باز توانی وردیج کرج بود. برای جمع‌آوری اطلاعات، از مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته و مشاهده در عرصه استفاده شد. برای نمونه‌گیری از روش‌های هدفمند و گلوله برفی در کنار هم استفاده شد و تا اشباع داده‌ها که تعداد واحدهای پژوهش به ۱۵ نفر رسید ادامه یافت.

یافته‌ها: نتایج مطالعه بیانگر آن است که تجارب معتادان از مسیر درمان و بهبودی بر ۳ گام اصلی شامل هفته اول حضور در مرکز، مشارکت در برنامه‌های مرکز و بهبودی قابل تقسیم است.

نتیجه‌گیری: با توجه به مقولات استخراج شده از مطالعه به نظر می‌رسد برنامه‌های درمانی مرکز مبتنی بر نیازهای شرکت‌کنندگان بوده و آن‌ها این درمان را مثبت و موفق ارزیابی نمودند.

واژه‌های کلیدی: تجارب، شیشه، تولد دوباره، تحلیل محتوا، مسیر درمان و بهبودی.

مقدمه

جنبه‌های اجتماعی و اقتصادی جامعه نیز اثرات زیان‌آور و غیرقابل جبرانی وارد می‌سازد (۱). هم‌اکنون در بین انواع اعتیاد، اعتیاد به مت‌آمفتامین شیشه برجسته شده و به یک مشکل اساسی تبدیل شده است. اعتیاد به مت‌آمفتامین مهم‌ترین چالش پیش روی نظام خدمات درمانی سوءمصرف مواد کشور است. قیمت این ماده در حال کاهش، مصرف آن رو به افزایش و زمینه‌های اجتماعی -

اعتیاد (addiction) پدیده‌ای است که از زمان‌های دور در جوامع بشری وجود داشته است. در حال حاضر نیز با وجود پیشرفت‌های علمی و افزایش غیرقابل تردید سطح شعور و آگاهی مردم، همچنان در حال گسترش می‌باشد و هر ساله افراد زیادی را به کام خود می‌کشد. اعتیاد علاوه بر تهدید سلامت جسم و روان افراد، بر

زیستی موجود برای تقویت بازار مصرف آن فراهم است (۲). دفتر سازمان ملل متحد در مورد مواد مخدر و جرم و جنایت، تخمین زده ۳۰ میلیون نفر مصرف‌کننده‌ی آمفتامین و مشتقات دیگر آن مثل مت‌آمفتامین در سراسر جهان وجود داشته باشد (۳). در کشور ما هم بنا بر تحقیق کمیته مبارزه با مواد مخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام، مصرف کراک و شیشه که در سال ۱۳۸۴ بین «معتادان» تقریباً صفر بوده، در سال ۱۳۸۶ به ۲۵/۷ و ۳/۷ درصد رسیده است. قیمت هر کیلو ماده محرک شیشه در سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۲ حدود ۱۵۰ تا ۱۸۰ میلیون تومان بوده که در سال ۱۳۸۵ به ۹۰ تا ۱۰۰ میلیون تومان رسیده و در سال ۱۳۸۸ نیز به ۸ تا ۹ میلیون تومان کاهش یافته است. (۴) روند دستگیری‌های پلیس، حاکی از شیب تند مصرف و قاچاق شیشه در کشور دارد، به طوری که آمار دستگیری‌ها در حوزه ماده محرک شیشه در سال ۱۳۸۸، ۲۲ هزار نفر، در سال ۱۳۸۹، ۵۵ هزار و ۴۸۱ نفر و در دو ماهه‌ی اول سال ۱۳۹۰، ۱۴ هزار و ۶۳۱ نفر در رابطه با خرید، فروش و توزیع مواد محرک شیشه دستگیر شده‌اند و میزان دستگیری‌ها در حوزه مواد محرک صنعتی در این مدت در مقایسه با مدت مشابه سال گذشته ۹۰ درصد افزایش را نشان می‌دهد (۵).

مصرف طولانی‌مدت ماده‌ی محرک شیشه اثرات مخربی همچون اعتیاد، بیماری‌های سایکوتیک از قبیل: پارانوئیا، توهمات، فعالیت حرکتی تکراری، از دست دادن حافظه، رفتار خشن و پرخاشگرانه، به هم ریختگی خلق، از بین رفتن دندان‌ها و از دست دادن وزن بر مصرف‌کنندگان به جا می‌گذارد (۶).

درمان این نوع از سوء مصرف و وابستگی به مواد، بسیار دشوار است. در همین ارتباط راوسون و همکاران (۲۰۰۲) اظهار داشتند، عدم آمادگی کارکنان درگیر در درمان، پی‌گیری ضعیف درمان توسط بیماران، میزان بالای انصراف از درمان، پارانوئای شدید، عودهای زیاد، موارد فراوان روان‌پریشی، بی‌قراری مداوم و شدت ولع

مصرف، فقدان احساس لذت، از جمله موارد چالش برانگیز درمان مصرف‌کنندگان مواد محرک نسبت به سایر مواد اعتیادآور است (۷). پدیده‌ی اعتیاد به شیشه، در دنیا جدید است و درمان قطعی برای آن وجود ندارد. مدل‌های متفاوتی برای درمان وجود دارد، مانند مدل‌های شناختی-رفتاری، ماتریکس، مدیریت مشروط و ... که متأسفانه این درمان‌ها تنها در طول درمان اولیه موفق بوده‌اند. بعضی مطالعات بیانگر آن است که درمان دارویی مستقلی برای مصرف‌کنندگان شیشه وجود ندارد و در مدیریت درمان بیشتر بر روی مداخلات روانی-اجتماعی و درمان شناختی-رفتاری تأکید می‌شود (۸). در کشور ما هم، اکثر کمپ‌ها همان روش‌های درمانی را که برای مصرف‌کنندگان مواد افیونی استفاده می‌شود به کار می‌گیرند. جمعیتی که (تولد دوباره) نامیده شده، برای درمان افرادی که دچار سوء مصرف مواد محرک هستند، به صورت جداگانه برنامه‌ی درمانی ویژه‌ای دارد. در زمان انجام مطالعه، این برنامه به صورت آزمایشی، در یکی از کانون‌های تحت نظر جمعیت در حال اجرا بود، اما بررسی تجربی بر روی این روش صورت نگرفته بود تا تجارب افرادی که با آن درمان می‌شوند کشف و شناسایی شود. از طرف دیگر شناخت علمی و درستی از این روش در دست نبود. در این خصوص، اختیاری (۱۳۸۸) بر این باور است که سوء مصرف مت‌آمفتامین در ایران دارای ویژگی‌هایی است که یافتن جواب سؤالات در مورد درمان را از طریق مطالعه پژوهش‌های غربی با مشکلات فراوانی همراه خواهد ساخت. این ویژگی‌ها، نیازهای بومی پژوهش در این حوزه را تبیین می‌نمایند و برای دو مدل اعتیاد، شامل سوء مصرف مت‌آمفتامین همراه با وابستگی به هرویین کریستال شده در کشور و سوء مصرف مت‌آمفتامین در بیماران تحت درمان نگره‌دارنده با متادون اهمیت بیشتری قائل است (۲). علت اصلی انجام این پژوهش، پاسخ مناسب به این سؤالات بوده است: معتادانی که با این مدل درمانی تحت درمان

قرار می‌گیرند، قسمت‌های مختلف آن را چگونه تجربه می‌کنند؟ آیا این مدل را متناسب با نیازهای خود ارزیابی می‌کنند؟ دستیابی به جواب این سؤالات، به بالا بردن کیفیت خدمات انسانی و طراحی مدل‌های متناسب با نیازهای بومی ایرانی کمک خواهد کرد. در این حوزه، خلأ دانش وجود دارد و اغلب اقدامات درمانی به صورت آزمون و خطاست. از آنجایی که، شناسایی تجارب زیسته‌ی انسانی با کمک تحقیق کیفی بهتر امکان پذیر است، در این مطالعه نیز از این روش استفاده شد. هدف این مطالعه، بررسی یکی از مدل‌های موجود در کشورمان با استفاده از تجربیات مردان معتاد به شیشه در شش ماهه دوم سال یکهزار و سیصد و نود در مرکز خیریه وردیج کرج بوده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش کیفی و با رویکرد تحلیل محتوا انجام شده است. روش تحلیل محتوا، روش تحقیقی است که در سال‌های اخیر استفاده وسیعی در حوزه سلامت داشته است (۹). چون هدف مطالعه، ارائه توصیفی دقیق از وضعیت موجود در مرکز بازتوانی بود، از روش تحلیل محتوا استفاده شد. محیط مورد مطالعه، یکی از کمپ‌های ترک اعتیاد جمعیت تولد دوباره در مرکز بازتوانی مواد محرک وردیج کرج بوده است. دلیل انتخاب، انحصاری بودن این مرکز در خصوص خدمات ترک اعتیاد به شیشه در ایران است که منحصراً مردان معتاد به مواد محرک در این مرکز پذیرش می‌شوند. به دلیل عدم وجود مرکز بازتوانی مختص زنان معتاد به شیشه، در زمان انجام مطالعه، جامعه پژوهش به مردان محدود شد. در این مطالعه مشارکت‌کنندگان بر اساس نمونه‌گیری ترکیبی هدفمند و گلوله برفی، انتخاب شدند. منظور از هدفمند، انتخاب از افراد در دوره‌های مختلف درمان و توانایی بیان خوب داشتن، بوده است. دلیل استفاده از نمونه‌گیری گلوله برفی، عدم شناخت کافی از

افراد نمونه، دستیابی به حداکثر تنوع و جلوگیری از هرگونه سوگیری در انتخاب واحدهای پژوهش بود. برای انتخاب واحدهای پژوهش، ابتدا از بین افراد در حال درمان، با استفاده از مشخصات پرونده‌ای، افرادی که اطلاعات غنی‌تری داشتند (سابقه عودهای زیاد و سطح تحصیلی دیپلم به بالا) جهت شرکت در مطالعه انتخاب شدند. پس از مصاحبه بیوگرافی نفر اول که دارای ۹ بار سابقه ترک بوده و مجدداً دچار عود شده بود و دارای مدرک لیسانس بود، انتخاب شد و نفر بعدی با راهنمایی وی و نفرات بعدی با استفاده از روش نمونه‌گیری گلوله برفی، انتخاب و برای مصاحبه دعوت شدند. بدین گونه که، از هر فرد درخواست می‌گردید که فردی که مثلاً دچار پرخاشگری بوده و یا فردی که در دوره خاصی از درمان قرار دارد و ... را معرفی نماید.

انتخاب واحدهای پژوهش از میان افرادی بود که مصرف آن‌ها ماده شیشه بوده و در زمان مطالعه در حال سپری کردن فرآیند درمان در کمپ بودند. در (جدول ۱-۱) مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر ذکر شده است. روش غالب برای جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته و یادداشت‌های در عرصه بود. در این مرکز حدود ۷۰-۶۵ نفر مددجو حضور داشتند. با توجه به هدف مطالعه، بعد از ۱۵ مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته توسط نویسنده، حجم نمونه به اشباع رسید. هر مصاحبه بین ۶۰-۴۵ دقیقه به طول انجامید. تمام مصاحبه‌ها در سالن‌های مرکز بازتوانی که عاری از سر و صدا و عوامل مزاحم دیگر بود، انجام شد. برای شناسایی تجارب واحدهای پژوهش، مصاحبه‌گر (نویسنده اول مقاله)، ابتدا از سؤالات کلی شروع نمود: تجارب، احساسات و برداشت‌های شما از درمان با روش تولد دوباره از زمان ورود به مرکز باز توانی وردیج تا کنون چگونه بوده است؟ در جریان مطالعه نیز، سؤالات دیگر متناسب با اهداف تحقیق و پاسخ‌های واحدهای پژوهش، مورد بررسی قرار گرفت. به‌طور مثال سؤالاتی

همچون: تجارب شما از شرکت در برنامه‌های مرکز چگونه بود؟ یا تجارب شما از جلسات توجیهی فرد/خانواده چگونه بود؟ مطرح گردید.

آنالیز داده‌ها

مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط و سپس کلمه به کلمه تایپ، مرور، کدگذاری و بلافاصله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت کدگذاری اولیه، از کلمات خود واحدهای پژوهش و کدهای دلالت‌کننده استفاده شد. واحدهای معنی از گفته‌های آن‌ها در قالب کدهای اولیه از مصاحبه‌ها استخراج گردید. کدها چندین بار بازخوانی شدند، کدهایی که بر اساس تشابه و تناسب بیان‌کننده‌ی موضوع واحدی بودند، در یک دسته یا طبقه قرار گرفتند. طبقه‌بندی با اطلاق کدهای جداگانه، مرور مکرر و ادغام کدهای مشابه انجام یافت. بدین ترتیب کدگذاری سطح دوم و یا طبقه‌بندی داده‌ها شکل گرفت. در مرحله بعد طبقات با هم مقایسه شدند و طبقاتی که از نظر خصوصیات مشابه بودند با یکدیگر تلفیق و طبقات وسیع‌تری را تشکیل دادند، درنهایت درون‌مایه‌ها نمایان گردید (۱۰).

کسب رضایت آگاهانه، حفظ بی‌نامی، محرمانه بودن اطلاعات و برخورداری از حق کناره‌گیری از پژوهش در زمان دلخواه، از جمله ملاحظات اخلاقی لحاظ شده در مطالعه بود.

در طول مطالعه برای اعتماد داده‌ها روش‌های خاصی مورد استفاده قرار گرفت. مقبولیت داده‌ها با مرور دست نوشته‌ها توسط واحدهای پژوهش، تعامل طولانی مدت محقق و تماس و ارتباط محقق با واحدهای پژوهش از یک طرف به جلب اعتماد واحدهای پژوهش و از طرف دیگر به درک تجارب آن‌ها توسط پژوهشگر کمک کرد و سبب شد اعتبار داده‌ها بیشتر شود. قابلیت تأیید با رعایت بی‌طرفی محققان، توافق اعضا روی کدها و درون‌مایه‌ها، همچنین بررسی متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج

شده، توسط ۲ نفر از اعضای هیأت علمی مورد تأیید قرار گرفت و تأییدپذیری یافته‌ها مشخص شد. اطمینان یا ثبات یافته‌ها با نسخه‌نویسی در اسرع وقت، استفاده از نظرات همکاران و مطالعه مجدد کل داده‌ها فراهم گردید، همچنین از طریق رایانه نقل قول‌های مستقیم و مثال‌ها، تبیین غنی داده‌ها امکان‌پذیر گردید.

یافته‌ها

نتایج مطالعه بیانگر آن است که تجربیات افراد شرکت‌کننده در این مطالعه از مسیر درمان و بهبودی، مشتمل بر سه گام اصلی؛ هفته اول حضور در مرکز، مشارکت در برنامه‌های مرکز و بهبودی بوده است.

گام اول؛ هفته اول حضور در مرکز

در هفته اول و هنگام ورود به مرکز بازتوانی، بیماران در سالن سم‌زدایی نگره‌داری می‌شدند و مداخله‌ی درمانی مشخصی انجام نمی‌شد، اما اظهارات ۲ نفر از مشارکت‌کنندگان از نحوه‌ی برخورد با مسأله عود و مراجعه‌ی مجدد به این مرکز بیانگر تجربه حالات مختلفی است که ذکر آن‌ها برای درک بهتر روند درمان مفید خواهد بود. واکنش به لغزش توسط هم‌تایان معتادین و کارکنان مرکز به دو صورت بی‌توجهی و سرزنش بوده، که موجب احساس پشیمانی و فشار روانی در فرد می‌شد. واحدهای پژوهش (۲ و ۳) از کسانی بودند که قبلاً برای ترک مواد محرک به همین مرکز مراجعه کرده بودند، ولی قبل از پایان دوره‌های درمانی با اصرار خود از درمان خارج شده و بعد از مدتی با لغزش و عود به مرکز بازگشته بودند و پس از بازگشت، هم‌دوره‌ای‌های سابق آن‌ها و کارکنان مرکز با بی‌توجهی و سرزنش به لغزش آن‌ها واکنش نشان داده بودند. واحد پژوهش (۲): «دیگه هیچ کی به من احترام نمی‌داشت ... هیچ کی برا من ارزشی قائل نمی‌شد». واحد پژوهش (۳): «بعضی از هم‌دردا حال آدمو بد می‌کنن، می‌گن این آش و لاشه رفت زد، باز اومد». در هنگام مواجهه با این واکنش، این دو

مشارکت‌کننده به دو صورت تحت تأثیر قرار می‌گرفتند، یا پشیمان شده و افسوس می‌خوردند و یا تحت فشار روانی قرار گرفته و بسیار ناراحت می‌شدند. واحد پژوهش (۳): «دوباره اوادم اینجا و نتونستم از تجربه دیگران استفاده کنم و پاک بمونم، خیلی منو عذاب می‌ده و به حال خودم افسوس می‌خورم». واحد پژوهش (۲): «آدم عذاب می‌دادن وقتی می‌دیدمشون، همه با هم اومده بودیم، اونا شده بودن دور سوم، چهارم من دوباره از صفر شروع کردم، این برام خیلی سخت بود».

گام دوم: مشارکت در برنامه‌های مرکز

برنامه‌های مرکز شامل گروه‌های کاری/ اشتغال به کار- جلسات گروه درمانی/ کلاس‌ها و جلسات توجیهی فرد و خانواده بوده است. از هفته دوم بعد از سم‌زدایی، افراد به طور همزمان در این برنامه‌ها شرکت می‌کردند و روزهای پنج‌شنبه، روز ملاقات فرد و خانواده بود و آن‌ها قبل از ملاقات، در جلسات توجیهی مرکز شرکت می‌کردند. شرکت در هر کدام از این برنامه‌ها باعث ایجاد تجارب خاصی برای مشارکت‌کنندگان شده بود: گروه‌های کاری/ اشتغال به کار: این گروه‌ها که گروه خدمات، آشپزخانه، فرهنگی و ... نامیده شده بودند، هر کدام مسئولیت خاصی داشته، مثلاً گروه خدمات، کارهایی مثل نظافت محیط و شستن دست‌شویی‌ها و ... را بر عهده داشتند و تجارب مختلفی را در بیماران ایجاد می‌کردند: شکستن غرور کاذب، نظم و مسئولیت‌پذیری، تقویت قوای شناختی، ارزیابی مستمر، امکان ارتقاء به سطح بالاتر. شکستن غرور کاذب: بسیاری از مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که با انجام کارهای خدماتی مانند جمع کردن آشغال و ... غرور کاذب آن‌ها شکسته شده است. این عمل هر چند برای آن‌ها بسیار سخت و دشوار بوده اما غرور بیش از حد آن‌ها را در هم شکسته است و البته آن را سازنده خواندند. واحد پژوهش (۱): «در گروه خدمات شروع به کار کردم. سخت بود. غرورم شکسته شد و اون منیت کاذبم شکسته شد و خوب شد برام».

نظم و مسئولیت‌پذیری: علاوه بر این، شرکت‌کنندگان ذکر نمودند که با شرکت در گروه‌ها نظم و مسئولیت‌پذیری کسب کرده بودند. این افراد معمولاً از جمله کسانی بودند که کارهای خود را به خوبی انجام نمی‌داده و دچار نوعی تنبلی و بی‌مسئولیتی بودند. واحد پژوهش (۱): «به من یاد دادن وقتی داری کاری انجام می‌دی به نحو احسن انجام بده، در هر خدمت یا وظیفه‌ای که بهت می‌دن سعی کن بهترین باشی».

تقویت قوای شناختی: شرکت‌کنندگان با شرکت در این گروه‌ها به ویژه گروه فرهنگی یاد می‌گرفتند که چگونه قوای ذهنی خود را بازیابی کرده و با نوشتن برنامه‌های روزانه خود و خواندن کتاب و مجلات موجود، ذهنشان را درگیر و حافظه خود را تقویت کنند، در نتیجه فراموشی آن‌ها کمتر شده بود. واحد پژوهش (۱): «خواندن کتاب، روزنامه، مجله، و ثبت احساسات، نوشتن گزارش، اینا به من کمک کرد فراموشیم کم بشه». واحد پژوهش (۶): «کار برام خوبه و جلوی فکرای بیهودمو می‌گیره». ارزیابی مستمر: مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که به طور مداوم و از جنبه‌های مختلف مورد ارزیابی قرار می‌گرفتند؛ نظم و مسئولیت‌پذیری، اخلاق و رفتار و ... و این موضوع آن‌ها را به تلاش بیشتر برای بهتر بودن وادار می‌کرده است. واحد پژوهش (۵): «هفته به هفته توسط تیم درمان ارزشیابی می‌شیم و ارتقاء پیدا می‌کنیم». وضعیت گروه‌ها به گونه‌ای بود که فرد با انجام درست و مطابق اصول خواسته شده وظایفش می‌توانست به گروه‌های بالاتر ارتقا یابد و این امکان ارتقا باعث می‌شد که احساس کنند مطابق ارزیابی انجام شده با آن‌ها رفتار می‌شود و مورد قضاوت قرار می‌گیرند. واحد پژوهش (۴): «هر چقدر فرد کاراشو خوب انجام بده، پیشرفت می‌کنه و درجه می‌گیره». این ارزیابی اگر باعث می‌شد فرد به گروه بالاتر ارتقا یابد، موجب می‌شد فرد احساس مثبت پیدا کرده و خوشحال شود. چنانچه پیشرفت نمی‌کردند و در همان گروه باقی می‌ماندند تلاش می‌کردند تا وضعیت خود را

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش

واحد پژوهش	سن	تحصیلات	وضعیت تأهل	شغل	محل سکونت	تعداد افراد خانوار	مدت اقامت	دوره اقامت	جمع دوره‌ها
۱	۳۳	لیسانس	طلاق	بی‌کار	تهران	۵	هفته هفتم	دوره سوم	دوره اول
۲	۲۱	فوق دیپلم	مجرد	بی‌کار	کرج	۴	هفته نهم	دوره چهارم	۵
۳	۲۷	دیپلم	مجرد	بی‌کار	تهران	۴	هفته اول	دوره اول	دوره دوم
۴	۲۳	زیر دیپلم	مجرد	آهنگر	کرج	۲	هفته هشتم	دوره سوم	۳
۵	۳۸	دیپلم	طلاق	بی‌کار	شهر ری	۴	هفته چهارم	دوره دوم	دوره سوم
۶	۲۳	سیکل	مجرد	بی‌کار	تهران	۵	هفته ششم	دوره دوم	۳
۷	۲۹	دیپلم	متأهل	بی‌کار	تهران	۲	هفته دوم	دوره اول	دوره چهارم
۸	۴۱	بی سواد	متأهل	خیاط	اسلامشهر	۴	هفته دوم	دوره اول	۴
۹	۳۶	دیپلم	مجرد	آزاد	تهران	۳	هفته پنجم	دوره دوم	
۱۰	۲۶	دیپلم	مجرد	فروشنده	تهران	۴	هفته سوم	دوره اول	
۱۱	۴۷	دیپلم	مجرد	بی‌کار	ورامین	۱	هفته نهم	دوره چهارم	
۱۲	۲۳	دیپلم	مجرد	بی‌کار	تهران	۵	هفته دوم	دوره اول	
۱۳	۲۸	سیکل	مجرد	بی‌کار	ورامین	۶	هفته یازدهم	دوره چهارم	
۱۴	۳۹	لیسانس	طلاق	بی‌کار	تهران	۲	هفته یازدهم	دوره چهارم	
۱۵	۴۰	سیکل	متأهل	آزاد	تهران	۳	هفته هشتم	دوره سوم	

که احساسات و افکار خود را بیان کرده، از احساسات منفی خود خالی شوند و به نوعی احساس آرامش دست یابند. هم‌چنین توانایی ابراز وجود و مشارکت در جلسات (که در آن‌ها ضعیف بوده) تقویت شده و توانستند سؤالات خود را بپرسند و نظرات خود را بدون ترس بیان کنند. واحد پژوهش (۴): «با فهم جبابایی که می‌سازیم و درک درست اونا دچار لغزش نمی‌شیم.» واحد پژوهش (۹): «تا حالا نشده بود من سوالی برام پیش بیاد و بپرسم، سوال پیش اومده، ولی من نمی‌پرسیدم، ولی این جا اولین چیزی که میاد تو مخم سریع می‌پرسم و جوابمو می‌گیرم.» جلسات توجیهی فرد و خانواده: هر هفته روزهای پنج شنبه، جلسات توجیهی فرد و خانواده برگزار و سپس خانواده و بیماران با هم ملاقات می‌کردند. این جلسات توجیهی بدین صورت بود که توسط مددیاران، هم به فرد و هم به خانواده، آموزش داده می‌شد که چگونه با همدیگر برخورد و رفتار کنند و حضور در این جلسات باعث ایجاد تجربیات مثبتی از قبیل: بهبود رابطه فرد و خانواده، تغییر نگرش فرد به خانواده، و اصلاح رفتار خانواده شده بود. بعد از حضور در جلسات، رابطه‌ی معمولاً ناخوشایند بین فرد معتاد و خانواده وی، به صورت قابل توجهی بهبود یافته، بیشتر همدیگر را دوست داشته و نگرش منفی دو طرف به همدیگر تغییر کرده و

بهبود بخشیده و این وضعیت را تغییر دهند. واحد پژوهش (۱۴): «بعد از ۲ هفته که اومدم آشپزخونه، این ارتقاء درجه برام خیلی خوشحال کننده بود و انگار اولین بار بود که به پیشرفتی توی زندگیم حاصل می‌شد.» واحد پژوهش (۱۵): «و اگه می‌رفتم به گروه پایین‌تر، می‌گفتم چرا من دارم می‌رم به گروه پایین‌تر! خیلی تو روحیم تأثیر می‌داشت و سعی می‌کردم بهتر بشم.»

جلسات گروه‌درمانی/کلاس‌ها: حضور در این جلسات باعث افزایش آگاهی شرکت‌کنندگان به دو شکل شناخت مواد مصرفی و عوارض آن و شناخت عوامل لغزش/افکار منفی و راه‌های مقابله با این مشکلات شده بود. آن‌ها اظهار داشتند که، بعد از شرکت در کلاس‌ها فهمیدند که ماده‌ی شیشه چیست و چه اثرات مخربی بر آن‌ها داشته، عواملی که زمینه ساز لغزش و عود آن‌ها شده، چه چیزی بوده و چه راه‌هایی را هنگام روبرو شدن با آن‌ها باید به کار بگیرند. واحد پژوهش (۲): «دارم علم پیدا می‌کنم و دارم می‌فهمم که بابا، من چه موادی رو داشتم مصرف می‌کردم، امروز تو کلاس با من می‌گن که نصف مغز یعنی قسمت پیشونیت داره از بین می‌ره.» واحد پژوهش (۱۳): «با خودم آشنا شدم، این که بیماریم چیه و از چه راه‌هایی وارد می‌شه و باید چه جور باهاش مقابله کنم.» علاوه بر موارد بالا، یاد گرفته بودند

بحث

نتایج مطالعه حاضر در مورد تجارب زیسته‌ی مردان معتاد به شیشه از مسیر درمان و بهبودی نشان داد که بیماران با حضور در مرکز بازتوانی و شرکت در برنامه‌های مختلف مرکز، رفته‌رفته با کسب آگاهی، در مسیر بهبودی قرار گرفته و به سمت تغییرات مثبت حرکت می‌کردند. تجربیات ۲ نفر از شرکت‌کنندگان از نحوه‌ی واکنش به عودشان، بیانگر آن است که سرزنش شده و مورد بی‌توجهی قرار گرفته بودند که این واکنش‌ها باعث ایجاد احساس پشیمانی و فشار روانی در این افراد شده بود. در این رابطه مارلات، ۱۹۸۵ نقل از بهاری، گروسی (۱۳۸۸) معتقد است که عود یا بازگشت رفتارهای اعتیادی در معتادان نسبتاً رایج است. حدود ۲۰ تا ۸۰ درصد از معتادان ظرف یک سال اول درمان اعتیاد دچار عود می‌شوند؛ و البته نباید عود را پایان کار و شکست کامل درمان تلقی کرد. همچنین بهاری، گروسی نقل از راجرز و میلین (۱۳۸۲) می‌نویسند: اشتباهات رایج خانواده‌ها در برخورد با عود عبارتست از: ۱. صریح نبودن در حرف زدن. ۲. برخورد فردی با معتاد نه به شکل یک جبهه متحد. ۳. تسلیم زودهنگام خانواده در مواجهه با مقاومت بیمار (۱۱). در حالی که هم‌تایان معتادین و کارکنان، اشتباهات رایج مورد اشاره را تکرار نکرده و با عود هم‌تایان خود با عنایت به مطالب فوق برخورد مناسب یعنی صراحت داشته‌اند و بعد از عود دوستان خود، آن‌ها را نقد کرده و مورد سرزنش قرار داده بودند و به صورت یک جبهه متحد، همگی به آن‌ها بی‌توجهی کرده و مثل گذشته به آن‌ها احترام نگذاشته بودند، که شرکت‌کنندگان در تحقیق این تجربه و واکنش را در عین دردناکی مفید و کمک‌کننده توصیف کردند.

اما دیگر گام مسیر درمان و بهبودی، شرکت در برنامه‌های مرکز بود. بخشی از این برنامه‌ها گروه‌های کاری بودند. بنا بر اظهارات شرکت‌کنندگان انجام این کارها که معمولاً به صورت گروهی انجام می‌شدند، که

یاد گرفته بودند به شکل دیگری هم، قضایا را ببینند و تنها جنبه منفی را در نظر نگیرند. همچنین خانواده دست از کنترل وسواس گونه خود برداشته بودند و به جای آن به فرد اعتماد کرده بودند که باعث ایجاد اثرات مثبتی بر رابطه بین فرد و خانواده شده بود. واحد پژوهش (۵): «خانوادم بیشتر پذیرای من شدن، بهشون احساس نزدیکی می‌کنم.» واحد پژوهش (۷): «ارتباطم با خانوادم در اینجا خیلی بهتر شده.» واحد پژوهش (۹): «احساس می‌کنم خانوادم علاقتشون به من زیاد شده و کنترلشون کم شده، الان خیلی قشنگ درکم می‌کنن، شاید مث یه هم‌درد منو می‌فهمن.»

گام سوم: بهبودی

رفته‌رفته در جریان درمان و مخصوصاً هفته‌های پایانی، افراد حاضر در مطالعه حالاتی را توصیف کردند که می‌توان آن‌ها را گام بهبودی نامید. آن‌ها به مرور زمان به این باور می‌رسیدند که اعتیاد به ماده شیشه قابل درمان است و می‌توان با به کارگیری آموزش و استفاده از تجارب افراد موفق در این زمینه و همچنین ایمان به خدا پاک ماند. ناامیدی اولیه آن‌ها از بین رفته، امیدوار شده و احساسات آن‌ها به نوعی ثبات رسیده بود و هر لحظه تغییر نمی‌کرد. آن‌ها در مراحل اولیه تجربه حالاتی مثل غمگینی و یا شادی لحظه‌ای را تجربه کرده بودند، ولی این حالات در آن‌ها تغییر کرده و به نوعی ثبات رسیده بودند و همچنین با ماندن در درمان و تلاش برای پاک ماندن و ترک این ماده و انجام وظایف خواسته شده، به احساس مهم رضایت از خود دست می‌یافتند. واحد پژوهش (۱): «من در طی یه ماهی که اینجا بودم رضایت داشتم ولی احساس رضایت درونی نداشتم، الان یه ۲ هفته‌ایه که احساس رضایت خاصی از خودم دارم، اون ناامیدی تبدیل به امیدواری شده.» واحد پژوهش (۲): «الآن دیگه احساساتم خیلی بالا و پایین نمی‌شه، خیلی آرامم و اگه یاد گذشتم می‌افتم دیگه گریه‌ام در نیامد و پنداشو می‌گیرم.»

ویژگی‌های خاصی مثل شکستن غرور کاذب، نظم و مسئولیت‌پذیری، تقویت قوای شناختی و ... را در آن‌ها ایجاد می‌نمود. برای مثال شرکت در گروه فرهنگی که وظیفه آن نوشتن جلسات روزانه، برنامه‌های مرکز و گردآوری مطالب درباره اعتیاد به شیشه بود، به آن‌ها کمک می‌کرد مشکل فراموشی خود را که در اثر مصرف ماده شیشه به آن دچار شده بودند کم کرده و حافظه خود را با خواندن و نوشتن تقویت کنند. برای ایجاد ویژگی‌های ذکر شده در شرکت‌کنندگان، عملکرد آن‌ها در گروه‌ها ارزیابی مستمر می‌شد و ارتقاء و پیشرفت به سطح بالاتر مبتنی بر قضاوت تیم درمان در مورد نحوه عملکرد شرکت‌کنندگان بود، که در تمام گروه‌ها بررسی و اعمال می‌شد. یعنی با تشویق و تنبیه مشروط، قصد ایجاد رفتار جدید در آن‌ها داشتند. تحقیقات زیادی هستند که کارآمدی استفاده از تقویت را برای ایجاد رفتاری خاص در درمان معتادان نشان داده‌اند (۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵). بنابراین می‌توان گفت که دریافت تقویت مثبت/منفی، باعث ایجاد رفتارهای مثبت در شرکت‌کنندگان شده بود و این امر با بخش‌هایی از مدل‌های درمانی موفق دنیا در زمینه اعتیاد به شیشه یعنی ماتریکس و مدیریت مشروط هم سویی دارد.

تجربه دیگر شرکت‌کنندگان از برنامه‌های مرکز مربوط به کلاس‌ها/جلسات گروه درمانی مرکز وردیج بود که باعث بالا بردن مهارت‌های شرکت‌کنندگان مثل ابراز وجود/افزایش عزت نفس و تخلیه احساسات شده و همچنین موجب افزایش آگاهی از مواد مصرفی، شناخت عوامل لغزش/افکار منفی شده و راه‌های مقابله صحیح با این مشکلات را یاد گرفته بودند. در این رابطه نتایج مطالعه جی و ساتن (۱۹۹۴) که با هدف سنجش اثربخشی جلسات معتادان گمنام بر اضطراب و عزت نفس معتادان انجام شد نشان داد، آن‌هایی که شرکت در جلسات را به مدت بیشتری ادامه دادند نسبت به گروه شاهد که در جلسات شرکت نکرده بودند، اضطراب کمتر و افزایش عزت نفس را گزارش کردند (۱۶). همچنین مطالعه‌ای

دیگر که با استفاده از متاآنالیز بر روی بیش از ۵۰ مطالعه مرتبط با معتادان الکلی انجام شد، نشان داد آن دسته از افرادی که: ۱. یک حامی از اعضای انجمن داشتند ۲. برنامه‌های دوازده قدمی را کار کردند ۳. یک جلسه را رهبری کردند ۴. از اعضای دیگر انجمن حمایت کردند، متعادل‌تر از دیگران بودند (۱۷). علاوه بر این، در مطالعه‌ای دیگر که بر روی ۲۵۳ مرد آمریکایی - آفریقایی انجام شد نشان داد، افرادی که در جلسات معتادان گمنام شرکت کرده بودند در ۶ مسئله (اشغال، الکل، مواد، منطق، روان و خانواده) نسبت به آمریکایی - آفریقایی‌هایی که در جلسات شرکت نکرده بودند، پیشرفت معنی‌داری داشته‌اند (۱۸). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که، حضور در جلسات همتایان باعث افزایش مهارت و بهتر شدن عملکرد افراد می‌شود.

تجربه دیگر شرکت‌کنندگان مربوط به حضور در جلسات توجیهی فرد- خانواده مرکز بود، که به آن‌ها و خانواده‌شان آموزش می‌دادند که به چه شکلی با همدیگر تعامل کنند. این جلسات موجب بهبود رابطه فرد و خانواده، تغییر نگرش فرد، خانواده و اصلاح رفتار خانواده و فرد شده بود. در این رابطه لتیر و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای اثربخشی روش ترکیب درمان شناختی- رفتاری و خانواده در جوانان سوء مصرف کننده مواد را با برنامه آموزش صدمات مواد مخدر مقایسه کرده‌اند. نتایج مطالعه نشان داد، گروه مداخله که در برنامه ترکیبی درمان شناختی- رفتاری و خانواده شرکت کرده بودند سطوح بالایی از حل مشکلات منطقی، افزایش مهارت‌ها، سطوح پایین مشکل، کنترل و شاخص‌های مناسب و نرمال را نسبت به گروه شاهد نشان دادند (۱۹). در نهایت می‌توان چنین نتیجه گرفت که، در درمان مؤثر و موفق باید حضور خانواده به عنوان قسمتی از درمان مورد توجه ویژه قرار گیرد.

تجربه دیگری که مشارکت کنندگان بیان کردند، حالاتی است که بعد از گذشتن مدتی از شروع درمان و

مرحله مدل فرانظری تغییر آمده است درمان، گام‌های اولیه را با موفقیت برداشته و به آخرین مرحله تغییر دست یافته است.

با توجه به مقولات استخراج شده از مطالعه، به نظر می‌رسد برنامه‌های درمانی مرکز مبتنی بر نیازهای شرکت‌کنندگان بوده و آن‌ها این درمان را مثبت و موفق ارزیابی نمودند.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره به شماره ۲۰۲ - ۳۰۰۰ می‌باشد. بدین وسیله از مسئولین محترم دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که اجرای این طرح را مورد حمایت قرار داده‌اند و کارکنان محترم کمپ وردیج و جمعیت خیریه «تولد دوباره» که امکان انجام این پژوهش را فراهم ساختند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

عمدتاً در هفته‌های پایانی به آن می‌رسیدند، یعنی امیدواری، رضایت از خود، ثبات خلقی و باور به درمان پذیری، که به عنوان گام بهبودی تلقی شد. در این باره، مدل فرانظری تغییر، چند مرحله را برای تغییر طراحی نموده است. مراحل پیش از قصد، قصد، عزم، اقدام، ابقاء. همچنین، فرآیندهای تغییر را شناختی/ تجربیاتی (توازن در تصمیم‌گیری) و رفتاری (خودکارآمدی/ وسوسه) می‌داند و صاحب نظران این مدل بر این باورند که در مرحله ماندن در ترک/ ابقاء، فرد معتاد به تلاش برای جلوگیری از اعتیاد ادامه می‌دهد و می‌کوشد تا موفقیت‌هایی را که در درمان داشته است، تثبیت کند (۱۱). با عنایت به مطالب فوق، به نظر می‌رسد که شرکت‌کنندگان به سمت مرحله ابقاء حرکت کرده که زیرطبقات امیدواری و رضایت از خود با خودکارآمدی و زیرطبقات ثبات خلقی / و باور به درمان پذیری با توازن در تصمیم‌گیری شباهت دارند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت با توجه به شباهت مقولات ذکر شده با آنچه در

References

1. Narenjiha H, Nouri R, Akbarian M, Azizabadi M, Mirzamani M. The Experience of Lifetime Non-fatal Overdose of Drugs in Iranian Substance Abusers. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010;15(4):327-33.
2. Ekhtiari, H. Future Horizons of Biological Treatments in Methamphetamine Dependence in Iran, quarterly journal of addiction, 2009; 9:49.
3. Maxwell JC. Emerging research on methamphetamine, The University of Texas at Austin, Austin, Texas, USA. *Current Opinion in Psychiatry*. 2005; 18:235-42.
4. <http://maslahat.ir>. access: 06/05/2011.
5. <http://news.police.ir>. access: 10/05/2011.
6. National Institute on Drug Abuse . methamphetamine abuse and addiction. NIH, The Science of Drug Abuse and Addiction. 2006; 06-4210:1-8.
7. Richard A. Rawson, Rachel Gonzales, Paul Brethen, (2002). Treatment of methamphetamine use disorders: an update. *Journal of Substance Abuse Treatment* .2002;23:145- 50.
8. Brian R McAovy. Methamphetamine-what primary care practitioners need to know. *Journal of primary health care*, 2009;1(3):170-6.
9. Hsieh HF, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis, *qualitative health research*. 2005;15(9): 1277-88.
10. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24(2): 105-12.
11. Bahari F, Garooci C. *Addiction: Counseling and Treatment (Guide For Behavior Change among addicts)*, Danjeh pub. Iran, 2009.
12. Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK. Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51(7): 568-76.
13. Iguchi MY, Belding MA, Morral AR, Lamb RJ, Husband SD. Reinforcing operants other than abstinence in drug abuse treatment: an effective alternative for reducing drug use." *J Consult Clin Psychol*. 1997; 65(3) :

- 421-8.
14. Petry NM, Martin B, Cooney JL, Kranzler HR. Give them prizes, and they will come: contingency management for treatment of alcohol dependence. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(2) : 250-7.
 15. Rawson RA, McCann MJM, Flammino F, Shoptaw S, Miotto K, Reiber CH, Ling W. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction*. 2006; 101(2) : 267-74.
 16. Christo G, Sutton S. Anxiety and Self-Esteem as a Function of Abstinence Time Among Recovering Addicts Attending Narcotics Anonymous. *British Journal of Clinical Psychology*. 1994; 33(2): 198-200.
 17. Emrick C D, Tonigan JS. Alcoholics Anonymous: What is Currently Known? In *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and Alternatives*. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies. 1993:41-75.
 18. Humpherys K, Mavis BE, Stoffelmayr BE. Are twelve step programs appropriate for disenfranchised groups? Evidence from a study of posttreatment mutual help involvement. *Prevention in Human Services* . 1994; 11(1):165-79.
 19. Latimer W, William K, DZurilla T, Nichols M. Integrated Family and Cognitive-Behavioral Therapy for adolescent abusers: a Stage I efficacy study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2003;71(3): 303-17.

The experiences of some addicted men to meth through the treatment and recovery tunnel

Abbas khazaei ., MSc

MSc in counseling, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, iran

Hasan rafiei

Assistant Professor of University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran

Masoumeh Dejman

Assistant Professor, social determinant of health research center, University of Social Welfare & Rehabilitation , Tehran, Iran

Bahman bahmani ., Phd

Assistant Professor, counseling department, University of Social Welfare & Rehabilitation , Tehran, Iran

Received:14/07/2012, Revised:30/10/2012, Accepted:17/12/2012

Corresponding author:

Abbas khazaei, Counseling
educational department, University
of Social Welfare and
Rehabilitation sciences,
Koodakyar Alley, Daneshjoo Blv,
Evin, Tehran, Iran
E-mail: akhazaei1361@yahoo.com

Abstract

Background: Understand and identifying of the experiences of meth addicted persons while withdrawal, could provide a worthwhile apprehension of how being experienced of the method of treatment and its effect on patients. The purpose of this research was to explore the experiences of meth addicted persons during treatment by the "rebirth" method.

Methodology: This study was accomplished by qualitative approach and content analysis method. Verdigs rehabilitation center, one of the subsets of Charitable Societies of rebirth locating in Karajs Vardavard, was the place this study accomplished. Data collection has done through deep semi-structured interview and field's observation. Sampling methods were a mixture of purposive and snowballing that continued until data saturation reached to 15 in number.

Findings: Results of the study, through the treatment and recovery tunnel imply that the experiences of participants, is dividable to three main steps including: the first week presence in rehabilitation center, participating in programs and recovery.

Conclusion: It seems that the treatment programs of the center, considering extracted categories of this study, was relied on participants needs and participants described the treatment positive and successful.

Key words: *Experiences, Crystal meth, Rebirth, Content analysis, Treatment and recovery tunnel.*