

طراحی و آزمون الگوی توانمندسازی اجتماعی: زنان مصرف کننده مواد مخدر (محلۀ فوتبال اراک)

تاریخ پذیرش: 1398/02/01

تاریخ دریافت: 1397/11/25

عزت‌الله سام آرام¹، اکبر شریفیان²، فاطمه یزدانپور³

از صفحه 77 تا 96

چکیده

زمینه و هدف: توانمندسازی نوعی مصون‌سازی در برابر مشکلات روانی- اجتماعی است و کارکرد مثبت زندگی را افزایش می‌دهد و می‌تواند به وسیله فراهم نمودن افزایش مهارت‌های اجتماعی تقویت گردد. هدف پژوهش حاضر، طراحی و آزمون الگوی توانمندسازی اجتماعی زنان مصرف‌کننده مواد مخدر در محلۀ فوتبال اراک است.

روش‌شناسی: پژوهش حاضر به روش آزمایشی با دو گروه آزمایش و گواه و مداخله آموزش در گروه آزمایش برای انتخاب الگوی مداخله با بررسی الگوهای مختلف موجود در جهان «الگوی توانمندسازی» انتخاب و اجرا شد. به منظور توصیف و تحلیل داده‌ها از آمارهای توصیفی و استنباطی (آزمون یومن ویت-نی و آزمون تی) استفاده شده است. جامعه‌ی مورد پژوهش، زنان معتاد محلۀ فوتبال اراک است که برای آزمون، 120 نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای سنجش روایی پرسشنامه از اساتید گروه علم اطلاعات و دانش‌شناسی استفاده گردید و برای سنجش پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که از پایایی قابل قبولی 0/89 برخوردار بوده است.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از مقایسه دو گروه گواه و آزمایش نشان داد که انگیزه‌ی گرایش به مصرف مواد مخدر با 0/274 در گروه گواه تفاوت معناداری با گروه آزمایش دارد. بین دو گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌ی انگیزه‌ی گرایش به مصرف مواد مخدر تفاوت معناداری وجود دارد، تفاوت بین دو گروه به این صورت است که میانگین رتبه‌ی انگیزه‌ی گرایش به مصرف مواد مخدر در گروه گواه با میانگین (93/50) بیشتر از انگیزه‌ی گرایش به مصرف مواد مخدر در گروه آزمایش با میانگین (31/50) می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** نتایج حاضر نشان داد که الگوی توانمندسازی در جهت مثبت باعث کاهش انگیزه‌ی گروه آزمایش به گرایش مصرف مواد مخدر شده است. بنابراین با توجه به نتایج حاصل از این تحقیق می‌توان استدلال نمود که تمامی زنان معتاد نیاز به آموزش با الگوی توانمندسازی در خصوص انگیزه‌دهی به ترک مواد مخدر دارند، آنان نیاز دارند در این خصوص و طبق الگوی آزمایش شده در این تحقیق به آن‌ها آموزش داده شود و نیاز دارند بدانند که در جامعه می‌توانند مؤثر واقع شوند، نیاز دارند توانمند شوند و شیوه‌های توانمند شدن را یاد بگیرند، بعد از این همان‌گونه که نتایج نشان داد، آن‌ها با انگیزه به سمت ترک مواد مخدر رفته و قصد دارند بعد از ترک مواد، فردی مفید و بهتر از قبل باشند. در پایان می‌توان بیان نمود که نتایج این پژوهش می‌تواند اطلاعاتی را فراهم آورد که زمینه‌ساز برنامه‌ریزی بهتر مدیران جهت ایجاد فضاهای مناسب برای ترک اعتیاد و جلوگیری از بازگشت به اعتیاد باشد.

واژه‌های کلیدی: توانمندسازی، مواد مخدر، حاشیه‌نشینی، اعتیاد زنان.

1- دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی تهران (نویسنده مسئول)، رایانامه: E_samaram@yahoo.com

2- دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

3- دانشجوی دکتری رشته مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی تهران. رایانامه: yazdanpour919@yahoo.com

مقدمه

یکی از پدیده‌های رایج در کلان‌شهرها، وجود شیوه خاصی از زندگی اجتماعی موسوم به «حاشیه‌نشینی»¹ می‌باشد که در طول چند دهه اخیر شکل گرفته است. از سوی دیگر، این پدیده تبعات و پیامدهای بسیار زیادی در حوزه‌های سیاسی، اقتصادی، فرهنگی، زیست‌محیطی، امنیتی و بهداشتی داشته است که از جمله آنها می‌توان به مسائلی از قبیل افزایش فاصله اقتصادی و اجتماعی شهرنشینان و حاشیه‌نشینان، تداوم بی‌سوادی حاشیه‌نشینان به دلیل در دسترس نبودن مدرسه و افزایش مسائل بهداشتی و شیوع بیماری‌های مختلف به دلیل عدم رعایت بهداشت و نبودن درمانگاه، کمبود تجهیزات و تأسیسات شهری در این مکان‌ها و جاری بودن فاضلاب و آب‌های سطحی در کوچه‌ها، ضعف امنیت و فقدان کنترل اجتماعی در مناطق حاشیه‌نشین اشاره نمود.

حاشیه‌نشینان علاوه بر فقر مالی به لحاظ فرهنگی و مدنی نیز ویژگی‌ها و معضلاتی دارند که باعث عدم پذیرش آنان در جامعه بزرگ‌تر و تثبیت رفتار آنها در فرهنگ غالب هستند. محله فوتبال یکی از این سکونتگاه‌های غیررسمی در شهر اراک است که دچار معضلات و مشکلات بسیاری است، از جمله این مشکلات می‌توان ساخت‌وساز غیرمجاز، مشکلات زیربنایی برای دسترسی به شبکه خدماتی شهری، مشکلات زیست محیطی، اشتغال نامناسب، بیکاری، تنوع فرهنگی، عدم توانایی شهرداری‌ها برای ارائه خدمات مناسب در این مناطق، آلودگی محیط زیست، اثرات نامطلوب فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی این مناطق بر کل سیستم شهری را نام برد. گروه‌های اجتماعی آسیب‌پذیر از قبیل زنان، کودکان و سالمندان در چنین محیط‌هایی بیشتر در معرض صدمات اجتماعی و اقتصادی قرار می‌گیرند. استفاده از مواد مخدر، استعمال تفریحی و حتی خوگیری به آن، تاریخی طولانی دارد. نکته مهم این است که سهم زنان در آسیب‌های اجتماعی کاملاً برعکس برخورداری آنها از سایر جنبه‌های انسانی است. به عبارتی، زنان نخستین قربانیان بسیاری از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی هستند. در این میان، اعتیاد اگر نه اولین و عمده‌ترین، بلکه یکی از مهم‌ترین آنها می‌باشد. هر جا پای اعتیاد باز می‌شود در صدر نخستین آن زنان قرار دارند زیرا که بیشترین آسیب‌ها از اعتیاد پدر، برادر، فرزند، همسر و حتی دوست و همکار به آنها وارد می‌شود. با توجه به

1- Suburb settlement

این که زنان وظیفه مادری و تربیت نسل آینده را به عهده دارند، اعتیاد زنان در خانواده می تواند آسیب جدی به همسر و فرزندان و در نتیجه به جامعه وارد کند (ناصری پلنگرد و همکاران، 1392: 97). اهمیت این پژوهش در این است که توانمندسازی اجتماعی با محور قرار دادن مشارکت گروه های هدف (زنان مبتلا به اعتیاد) محلات حاشیه نشین در حل معضلات و مشکلات محلی و تأمین نیازهای ساکنین تأثیر بسزایی دارد.

بیان مسأله

اعتیاد از جمله مشکلات و چالش های اصلی کشور ما و بسیاری از جوامع در دهه های اخیر به شمار می رود. مصرف بی رویه مواد مخدر به ویژه در میان جوانان و نیز تغییر الگوها و شیوه مصرف مواد مخدر در کشورمان به عنوان یکی از نگرانی های اصلی در میان برنامه ریزان و خانواده ها تبدیل شده است. اعتیاد زنان به عنوان رکن اساسی زن در خانواده تأثیری فراتر از اعتیاد مردان بر خانواده و جامعه دارد و از آنجا که اعتیاد زنان با اصول و مبانی فرهنگی و دینی ما متناسب نمی باشد به آنان بیشتر انگ می زنند، به حاشیه رانده می شوند و برچسب می خورند، افراد جامعه هم نسبت به چنین زنانی نگرش های منفی مضاعف دارند. در این خصوص، آسیب های اجتماعی و اخلاقی در زنان معتاد را هم باید متذکر شد زیرا زنان معتاد در اکثر موارد نسبت به مردان مشابه خود آسیب پذیرتر می باشند، یعنی زنان بعد از شروع مصرف مواد زودتر از مردان مشکلات پزشکی، رفتاری، روانی و اجتماعی مرتبط با مصرف مواد پیدا نموده و سریعتر از مردان به مواد وابستگی پیدا می کنند. با توجه به این شرایط، توانمندسازی اجتماعی در راستای کاهش مسائل فوق اهمیت دارد که در صورت عدم توجه و اهمیت ندادن به این معضلات و مشکلات با مشکلاتی از جمله تشدید وضعیت اجتماعی نامناسب ساکنان، سبک زندگی ناپایدار در شهرها، عدم به وجود آمدن فرصت های اشتغال و درآمدزایی برای ساکنین، عدم ایمنی و امنیت در سطح محلّه و عدم تحقق بازآفرینی شهری ناپایدار در راستای احیاء و ارتقاء انسجام اجتماعی و غیره مواجه خواهیم بود و دور باطل تسلسل اعتیاد می تواند آثار جبران ناپذیری به دنبال داشته باشد. بنابراین هدف این پژوهش طراحی و آزمون الگوی توانمندسازی اجتماعی زنان مصرف کننده مواد مخدر در محلّه فوتبال اراک است.

به عبارتی دیگر در این پژوهش به دنبال بررسی این موضوع هستیم که با چه الگویی می‌توان زنان متأهل معتادی که در حاشیه شهر اراک (محل فوتبال) زندگی می‌کنند را با مشارکت خود آنها توانمند نمود تا میزان تمایل به ترک آنها افزایش پیدا کند؟

پیشینه پژوهش

شرق و همکاران (1390) در پژوهشی به بررسی عوامل مؤثر بر عود اعتیاد از دیدگاه معتادین مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان آذربایجان غربی در سال 1388 پرداختند که جامعه آماری آن کلیه معتادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد بودند و با روش مبتنی بر هدف، تعداد 228 معتاد که روی آوری مجدد داشته و دارای شرایط مورد پژوهش بودند، انتخاب شدند. بررسی یافته‌های پژوهش نشان داد که 32 درصد نمونه‌ها یک‌بار سابقه ترک اعتیاد داشتند و نیز دلیل روی آوری مجدد به اعتیاد اکثریت آنها (50/9 درصد) بیماری روانی بود.

علاءالدینی و همکاران (1390)، ارزیابی میزان تحقق طرح ساماندهی و توانمندسازی سکونتگاه‌های غیررسمی بندرعباس که توسط دولت و با همکاری بانک جهانی انجام شده است را متوسط بیان کرده و مهم‌ترین موانع و مشکلات طرح توانمندسازی سکونتگاه‌های غیررسمی بندرعباس از نظر محقق، به کم‌تجربگی دست‌اندرکاران طرح‌ها و محدودیت در استفاده از مشاوران بین‌المللی، ناتوانی در بکارگیری نیروی متخصص در زمینه مورد نظر که بخشی از این مشکل به دستمزد بالای این افراد و عدم تناسب آن با دستمزد معمول در نظام اداری ایران باز می‌گردد. همچنین فقدان پایش و ارزیابی لطماتی را به طرح وارد کرده است.

ناصری پلنگرد و همکاران (1392) در پژوهشی به بررسی عوامل مؤثر بر اعتیاد زنان پرداختند. هدف این پژوهش، تحلیل جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر اعتیاد زنان بود. حجم نمونه 100 نفر از زنان معتاد در کلینک ترک اعتیاد رویش اراک بود. روش این تحقیق پیمایشی بوده و داده‌های مورد نیاز جهت آزمون فرضیات از طریق پرسشنامه همراه با مصاحبه انجام گرفت. فرضیات از سه دیدگاه کلوارد و اهلین¹، ساترلند² و هیرشی³

1- Richard Cloward and Loyd Ohlin

2- Sutherland

3- Hershey

استنتاج شدند که متغیرهای مستقل عبارتند از: یادگیری اجتماعی، کنترل اجتماعی، گوشه‌گیری و انزوایی و متغیر وابسته مدت مصرف مواد و میزان مصرف مواد بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که c کندال و b کندال استنباطی مانند کنترل اجتماعی قوی‌تر، عدم همنشینی با افراد بزهکار، تعلق خاطر و وابستگی میان اعضاء خانواده، اعتقادات مذهبی، کاهش و قطع ارتباط با دوستان معتاد و مجرم، مشارکت در فعالیت‌های گروهی و همچنین کمک و یاری کردن افراد در رسیدن به اهداف و موفقیت و در اختیار گذاشتن منابع و وسایل مشروع در راه رسیدن به آنها می‌تواند منجر به کاهش اعتیاد در زنان شود.

قجاوند و همکاران (1393) در پژوهشی به اثربخشی مددکاری گروهی در توسعه مهارت‌های مقابله‌ای و پیشگیری از عود در افراد معتاد پرداختند. آنها تعداد 30 نفر از معتادانی که در مرکز خود معرف بهزیستی شهر تهران دوره سم‌زدایی را با موفقیت به پایان رسانده بودند، در دو گروه آزمایش (15 نفر) و گواه (15 نفر) قرار دادند و این افراد پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای کارور را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها روش‌های آمار توصیفی، آزمون خی‌دو و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر به کار برده شدند. نتایج نشان داد که درمان مددکاری گروهی به شیوه‌شناختی رفتاری در توسعه سبک‌های مقابله‌ای و پیشگیری از عود افراد معتاد مؤثر است.

آروالو و همکاران¹ (2008) در پژوهشی که تحت عنوان معنویات، احساس وابستگی و واکنش‌های کنار آمدن در زنانی که درمان‌های مرتبط با اعتیاد به مواد و الکل دریافت می‌کنند انجام دادند، هدف خود را بررسی نقش معنویات، احساس وابستگی و واکنش‌های کنار آمدن در ارتباط با استرس و علائم ضربه میان زنانی که درمان سوءمصرف مواد دریافت می‌کردند، عنوان کردند. داده‌های این پژوهش از مصاحبه با 393 زن در نقاط ماساچوست بدست آمد. مصاحبه‌ها از آوریل 2003 تا سپتامبر 2006 انجام گرفتند. نتایج این پژوهش نشان داد که استرس مشخصاً مرتبط با شدت اعتیاد به مواد مخدر و علائم ضربه روحی مرتبط با شدت اعتیاد به الکل بود. نتیجه‌گیری این تحقیق به این صورت بود که درمان‌های پیشرفته سوءمصرف مواد که باعث افزایش

معنویت، احساس تعلق و واکنش‌های تحمل‌کننده باشد می‌تواند به زنان معتاد کمک کند بهتر فشارهای ناشی از درمان و پس از آن را تحمل کنند.

هایت و همکاران¹ (2009) در پژوهشی تحت عنوان تجربه مادران از اعتیاد به متامفتامین که در مورد زنان روستایی ایالت‌های آمریکا انجام دادند و در آن 4 مادر سفیدپوست پس از بهبود و رهایی از اعتیاد متامفتامین، تجربیات گوناگون زندگی خود را در مصاحبه‌های بسیار دقیقی بازگو کردند. آنها تأثیر بیماری خود بر کودکان‌شان را بصورت فیزیکی و روانی به واسطه قرار گرفتن در معرض خشونت در خانه، سوءمصرف مواد مخدر توسط بزرگسالان و دیگر رفتارهای ضد اجتماعی و از دست دادن روابط مهم مطرح می‌کردند. آنها نگران بودند که ممکن است کودکان‌شان نیز معتاد شوند و همچنین ترک اعتیاد و بهبودی خود را تنها با حمایت بیرونی قابل توجهی ممکن دانسته و بدین شکل عوارض اجتماعی، روانی و فیزیکی بیماری خود را تحمل می‌کردند. بنابراین با توجه به نتایج مطالعات انجام شده تلاش گردیده است که تحقیق حاضر گامی مؤثر در جهت طراحی الگوی توانمندسازی اجتماعی زنان مصرف‌کننده مواد باشد.

مبانی نظری

به منظور پرداختن بیشتر به مسائل زنان حاشیه‌نشین که لازمه طرح‌های ساماندهی و توانمندسازی حاشیه‌نشینان است باید به جای مطالعه سنتی حاشیه‌نشینان، به صورت تخصصی بر نسل دوم مهاجران، زنان، کودکان و سایر گروه‌های خاص متمرکز شد. از سوی دیگر در اهداف هزاره سازمان ملل نیز بر بهبود وضعیت حاشیه‌نشینان به ویژه زنان و دختران در این مناطق تأکید شده و مسائلی مانند آموزش و اشتغال و بهداشت زنان حاشیه‌نشین به دولت‌ها توصیه شده است. بر این اساس در رابطه با بررسی نظری حاشیه‌نشینان در ادبیات علمی جهان مطالعات متعددی صورت گرفته است که نتیجه آن‌ها ارائه دیدگاه‌ها و رویکردهای نظری می‌باشد اما مجموعه نظریاتی که می‌توان پژوهش حاضر را به لحاظ طرح مساله در قالب آنها بررسی کرد، دو دسته‌اند که عبارتند از: اول، نظریه‌های بنیادگرا و دوم، دیدگاه‌های هدف‌گرا (راهبردی). بنابراین در بخش زیر به ارائه دیدگاه‌های مرتبط با حاشیه‌نشینان پرداخته شده است.

1- Haight

دیدگاه‌های حاشیه‌نشینی

الف - دیدگاه اقتصاد سیاسی فضا: در دیدگاه اقتصاد سیاسی فضا، شهرهای بزرگ کشورهای جهان سوم، بیانگر جلوه‌هایی از مجموعه ویژگی‌های متناقض هستند. این شهرها در مقایسه با دیگر مناطق کشور از امکانات بیشتری برخوردارند و بخش اعظم منابع ثروت و قدرت را در خود جمع‌آوری کرده‌اند. در عین حال انواع و اقسام فقر، نابسامانی و ناهنجاری را نیز در خود می‌پروراند (ساعی، 1378: 97) و همچنین در حلقه تسلط کشورهای ثروتمند نیز گرفتار شده‌اند (تودارو، 1382: 89-93). از طرفی هم در این گونه کشورها، غالباً قدرت سیاسی و اقتصادی با هم درآمیخته و در مناطق نسبتاً پیشرو متمرکز شده‌اند و باعث تشدید نابرابری در سطوح ملی، ناحیه‌ای و محلی می‌شوند (مهندسین مشاور DHV، 1371: 46). به عبارتی قطب‌های قدرت سیاسی، قطب‌های سرمایه و قدرت اقتصادی نیز هستند که محل آن‌ها در بزرگ‌ترین شهر، ناحیه و کشور است. از این رو انباشت سرمایه در شهر باعث جذب مهاجران از نقاط محروم به آن می‌شود. در شهر نیز از طریق پایین نگه داشتن سطح دستمزدها و افزایش تصاعدی قیمت‌ها (یزدانی بروجنی، 1382: 351) حلقه محرومیت را بر این قشر فاقد حامی تنگ‌تر کرده و بر شدت فقر آن‌ها افزوده شده و آن‌ها را به اسکان غیررسمی وادار می‌کند (حافظ‌نیا و قالیباف، 1380: 49).

ب- دیدگاه‌های هدف‌گرا: دیدگاه‌های هدف‌گرا (راهبردی) شامل مجموعه نگرش‌هایی می‌شوند که بیشتر به ارائه راه حل پرداخته‌اند. طرفداران این نوع نگرش، پدیده مذکور را فقط در قالب ساختاری آن در شهر، مورد بررسی قرار داده و راه حل آن را نیز در شهر می‌بینند. این دیدگاه می‌تواند در چارچوب نگرش توانمندسازی و بهسازی مشارکتی استفاده شود.

نگرش توانمندسازی و بهسازی مشارکتی

راهبرد توانمندسازی بر بسیج تمامی امکانات بالقوه و منابع و تمامی عوامل برای ایجاد مسکن و بهبود شرایط زندگی جوامع فقیر تأکید دارد و به مردم این فرصت را می‌دهد که شرایط خانه و محل زندگی خود را با توجه به اولویت‌ها و نیازهای خود بهبود بخشند، در واقع ارتقاءبخشی همراه با توانمندسازی اجتماعات محلی رهیافت

نوینی برای حل مسأله فقر شهری است که در آن دیگر مهندسی ساختمان و تنها تزریق منابع مالی راهگشا نمی‌باشد بلکه مهندسی اجتماعی با حمایت و تسهیل بخش عمومی، سازمان‌های غیردولتی محلی و مشارکت فعال مورد نظر است (هادیزاده بزاز، 1382: 37). همچنین در رابطه با مفهوم توانمندسازی بسیاری از متون اخیر به ویژه متون مرتبط با بانک جهانی بر مفهوم مقتدرسازی نیز اشاره دارند که به معنی عام به گسترش آزادی در عرصه انتخاب و عمل اشاره دارد. برای فقرا، این آزادی شدیداً از طریق فقدان قدرت و ضعف آنها (از جنبه سیاسی - مدنی) به ویژه در برقراری ارتباط با دولت و بازار محدود شده است. مقتدرسازی به مفهوم افزایش امکانات و دارایی‌های فقرا جهت مشارکت در مذاکره، اعمال نظر، کنترل و حفظ پیوند با نهادهای مسئولی است که در زندگی آنها تأثیرگذار می‌باشند. از سوی بانک جهانی عناصر کلیدی در مقتدرسازی، دسترسی به اطلاعات، مشارکت و درگیری، پاسخگویی و ظرفیت سازمان محلی تعریف شده است. از این دیدگاه با توجه به این که فقر چند بُعدی است، فقرا نیازمند سطحی از دارایی‌ها و امکانات در سطح فردی (بهداشت، آموزش، مسکن) و در سطح عمومی (توانایی ساماندهی) برای به راه انداختن «کارجمعی» جهت حل مشکلات خود می‌باشند (پاتر و ایونز، 1384: 231).

به واقع توانمندسازی تنها تغییر افراد نیست بلکه تغییر محیط، سیستم‌ها و سازمان‌ها را نیز در بر می‌گیرد. تغییرات فردی، می‌تواند تغییر در سیستم‌هایی که مانع انتخاب‌های سالم می‌شوند را نیز به دنبال داشته باشد. در بررسی که در زمینه تعاریف موجود انجام شده، ادبیات سلامت به صورت گسترده‌ای بر اندازه‌گیری جنبه‌های فردی توانمندسازی و مفاهیمی از قبیل خودکارآمدی و عزت نفس تأکید داشته است (والستین¹، 2002)، در حالی که توانمندسازی فردی و اجتماعی مفاهیم بهم پیوسته‌ای هستند و بسیار نمی‌توان بین این دو مرز مشخصی را ترسیم کرد.

توانمندسازی اجتماعی، اصطلاحی است که از تلاقی چندین رشته، روانشناسی اجتماعی، آموزش سلامت، سازماندهی اجتماعی و مددکاری اجتماعی وارد بحث سلامت شده است. توانمندسازی اجتماعی فرآیندی است که نیازمند اقدام مشارکتی همه شهروندان یک محله، به منظور دستیابی به کنترل و تأثیر بیشتر بر عوامل تعیین‌کننده

سلامت و کیفیت زندگی در آن محله است (سازمان جهانی بهداشت¹، 1998: 6). به طور خلاصه توانمندسازی اجتماعی با استمداد از استراتژی‌های مداخله‌ای و روابط قدرت سعی در به چالش کشیدن نابرابری‌های اجتماعی به وسیله فرآیندهای سیاسی و اجتماعی دارد (والسترین، 2006) تا از این راه مردم را برای کنترل بر تصمیماتی که بر زندگی و سلامتی آنها تأثیرگذار است، آماده نماید.

توانمندسازی اجتماعی در بحث سلامت اجتماعی هم می‌تواند به عنوان فرآیندی محسوب شود که نتیجه آن ارتقای سلامت اجتماعی جامعه است و هم می‌تواند به عنوان پیامد و نتیجه سلامت اجتماعی در جامعه مورد توجه قرار گیرد. هر چند بیشتر، به صورت یک فرآیند و زنجیره دیده می‌شود. به عنوان یک فرآیند، توانمندسازی اجتماعی می‌تواند به یکسری اقدامات اشاره داشته باشد که در سازماندهی اجتماعی و اقدام اجتماعی صحیح است. فرآیند توانمندسازی اجتماعی با توسعه گروه‌های کوچک آغاز می‌شود، سپس سازماندهی اجتماعات محلی و مشارکت را در پی خواهد داشت و نهایتاً این سازماندهی و مشارکت منجر به شکل‌گیری گروه‌های قدرتمندی می‌شود که قادر به اقدامات سیاسی و اجتماعی خواهند بود و بدین شکل بازتوزیع منابع و قدرت جامعه سبب تغییرات اجتماعی خواهد شد (لاوراک²، 2003: 106). هر یک از نقاط این زنجیره، پیشرفت به سمت هدف توانمندسازی اجتماعی را نشان می‌دهند. فهم این نکته حائز اهمیت است که این فرآیند لزوماً خطی نمی‌باشد. تنها بر تغییر افراد متکی نیست و تغییر محیط، سازمان‌ها و سیستم‌ها را نیز در بر می‌گیرد. توانمندسازی اجتماعی به عنوان یک زنجیره عبارت است از:

اقدام شخصی ----- توسعه گروه‌های کوچک ----- سازماندهی اجتماعات محلی
----- مشارکت ----- اقدامات سیاسی و اجتماعی (لاوراک، 2002: 48).

یکی از اهداف نهایی ارتقای سلامت، تغییر رفتارهای شخصی است، اما این نوع توانمندسازی بر دستیابی واقعی به قدرت برای تغییر شرایط و محیط زندگی، به عنوان عوامل تعیین‌کننده مهم سلامت به منظور حصول رفاه کامل دلالت ندارد. البته برای اینکه بتوان بیان نمود که سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد، علاوه بر تغییر شرایط

1- who

2- Laverack

و محیط زندگی، نیازمند تغییر در سطح فردی هم بوده زیرا افراد سالم قادر به برقراری ارتباط اجتماعی سالمی نیز هستند. در ایران تحقیقاتی که نشان‌دهنده موفقیت توانمندسازی در سلامت و بهزیستی اجتماعی باشد، انگشت شمارند. اگرچه شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد، استراتژی‌ها و برنامه‌های توانمندسازی، توانایی‌های افراد را در بهبود شاخص‌های سلامت ارتقاء می‌دهند. نهایتاً اینکه توانمندسازی را نمی‌توان به مردم اعطا کرد بلکه افراد و جوامع خودشان باید به آن دست یابند. کارگزاران حوزه سلامت و متخصصین از جمله مددکاران اجتماعی شرایطی را ایجاد می‌کنند که امکان توانمندشدن افراد و جامعه را فراهم نمایند. در جمع‌بندی موارد فوق باید بیان نمود که در توانمندسازی، مشارکت افراد و گروه‌های فقیر در جریان سیاست و تصمیم‌گیری در جامعه شهری ارگانیک است. مشارکتی که براساس گفتگوی دوجانبه شکل می‌گیرد و شهروند با کسب هویت از طریق این گفتگو به زیست‌گاه خود نیز هویت می‌بخشد و باعث ورود آن به حوزه عمومی¹ می‌شود.

نظریه‌های توانمندسازی زنان

سارا لانگه، یکی از نظریه‌پردازان در امور زنان می‌باشد که معتقد است برای توانمندسازی زنان باید پنج مرحله را که به ترتیب شامل رفاه، دسترسی، آگاهی، مشارکت و کنترل است، طی کرد. در مرحله رفاه، رفاه مادی زنان مانند تغذیه و درآمد بررسی می‌شود. در این مرحله از توانمندسازی، رفع تبعیض بین زنان و مردان مدنظر قرار می‌گیرد. در مرحله دسترسی، زنان باید به عوامل تولید (زمین، کار و سرمایه) کارهای مولد درآمد، خدمات آموزش‌های مهارت‌زا که استخدام و تولید را ممکن می‌سازد و حتی محصول و دسترنج خود دسترسی داشته باشند. در مرحله آگاهی، زنان باید تشخیص دهند که مشکلات آن‌ها ناشی از کمبودهای شخصی آنها نمی‌باشد، بلکه نشأت گرفته از نقش‌های جنسیتی مربوط به فرهنگ بوده و لذا قابل تغییر است. آگاهی در این مفهوم به معنای باور داشتن برابری است. در مرحله مشارکت، زنان در تمام برنامه‌های مربوط به خود شرکت می‌کنند. مشارکت آن‌ها باید با تعداد و شمار آن‌ها در جامعه متناسب باشد. در نهایت، برابری در کنترل به معنی توازن قدرت میان زنان و

1- Public sphere

مردان است (لانگه، 1372). آمارتیا سن¹ در کتاب توسعه به مثابه آزادی فصلی را به زنان اختصاص داده است، این فصل به نام نقش فاعلی زنان و تحولات اجتماعی، به اهمیت بهداشت و سلامتی زنان با نقش فاعلی آنان اشاره می‌کند و تأثیر این نقش را در حوزه‌هایی مانند میزان فاعلیت زنان بر باروری و تقویت بقای کودکان بررسی می‌کند. سن، این دو حوزه را نه تنها در جهت توانمندی زنان بلکه تأثیر آن را بر توسعه جوامع نیز مهم می‌شمارد.

سن، نقش فاعلی زنان را از فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی تا مشارکت‌های سیاسی قابل تعمیم می‌داند. وی فراگیری گسترده فاعلیت زنان را یکی از بخش‌های فراموش شده مطالعات توسعه می‌داند. سن اعتقاد بر این دارد که در عصر حاضر هیچ چیزی مهم‌تر از درک کافی از مشارکت‌های سیاسی، اقتصادی و اجتماعی زنان نیست، در واقع او توجه به این موضوع را بررسی جنبه مهم توسعه به مثابه آزادی می‌داند (سن، 1385: 27). برای چارچوب مفهومی از دیدگاه هدف‌گرا (راهبردی) و روش مددکاری جامعه‌ای «محلّه محور» با تأکید بر اصل مشارکت مددجو استفاده می‌شود.

1- در دیدگاه هدف‌گرا، توانمندسازی مشارکتی به عنوان راهکاری برای توزیع مناسب منابع اقتصادی و اجتماعی به صورت پایدار با تأکید بر بهبود زندگی افراد کم درآمد، فقیر و آسیب‌دیدگان اجتماعی به ویژه معتادان در جامعه هدف مطرح می‌شود. در روش‌شناسی، این دیدگاه اولویت‌بندی نیازهای اقشار آسیب‌پذیر که بر اساس ظرفیت‌های درونی و توسط خود آنها انجام شود و در عمل همه افراد نیازمند مشارکت دارند و تلاش می‌شود که هیچ گروه معین از نظر سیاسی و اجتماعی مجموعه گروه‌های جامعه هدف، تسلط مطلق نداشته باشد. در این دیدگاه، مشارکت اجتماعی از بُعد نظری به عنوان یک «ارزش اجتماعی» در جامعه هدف پذیرفته می‌شود و در عمل وسیله‌ای می‌شود برای رفع بسیاری از نیازهای اساسی و عمومی محلی. در این دیدگاه برای کاهش فقر و آسیب‌های اجتماعی در بین حاشیه‌نشینان به جای مهندسی فنی و تزریق مالی دولتی، از مهندسی اجتماعی با حمایت بخش عمومی و سازمان‌های

1- Amartya Sen

غیردولتی و محلی و مشارکت فعال ساکنان جامعه هدف از جمله آسیب‌دیدگان اجتماعی استفاده می‌شود.

2- در دیدگاه مددکاری جامعه‌ای محله محور نیز از دیدگاه «رشد و توسعه محلی»¹ استفاده می‌شود. توانمندسازی به عنوان امری ضروری جهت توانمند شدن افراد کم درآمدتر برای رسیدن به حقوق آنها از طریق دستیابی و کنترل بر منابع طبیعی سازمان‌های موجود و تغییر یافته تعریف می‌شود (آگراوال و گیسون²، 1997؛ لیچ و همکاران³، 1997). همچنین توانمندسازی به عنوان فرآیندی تعریف می‌شود که در آن افراد، گروه‌ها و سازمان‌ها بر مسائل و مشکلاتی که با آن مواجه هستند، کنترل پیدا کنند. بنابراین هدف توانمندسازی، کمک به افراد ضعیف است تا تلاش نمایند بر ضعف‌هایشان غلبه نموده و جنبه‌های مثبت زندگی‌شان را بهبود بخشیده، مهارت‌ها و توانایی‌هایشان را برای کنترل عاقلانه بر زندگی افزایش داده و آن را در عمل پیاده نمایند (مک وایرتر⁴، 1994). تحقیقات و تجارب مربوط به توانمندسازی نشان می‌دهد که یک فرآیند ویژه در این تغییر سهمیم است که مهم‌ترین آنها عبارتند از:

الف - نگرش‌ها، ارزش‌ها و باورها: به خصوص باورهای مربوط به خود کارآمدی، خود ارزشی و احساس کنترل که بر فرآیند توانمندسازی اثرگذار است.

ب- اعتباریابی از طریق تجارب مشارکتی: در این تجربه، فرد و دیگران در یک تجربه سهمیم می‌شوند که به کاهش خودسرزنی منتهی می‌شود.

فرایندهای توانمندسازی اغلب با آموزش و ظرفیت‌سازی همراه هستند. به عبارت دیگر، ایجاد ظرفیت و آموزش ابزارهایی برای توانمندتر شدن افراد هستند. برای مثال در یک برنامه کارآفرینی اجتماعی که با هدف توانمندسازی اقتصادی زنان در حال اجرا می‌باشد، شامل مجموعه‌ای از اقدامات آموزشی و ظرفیت‌سازی از جمله مهارت‌های شغلی یا مهارت‌های ارتباطی است. از طریق این آموزش‌ها (اقدامات و فعالیت‌های

1- Local development and growth

2- Agrawal & Gibson

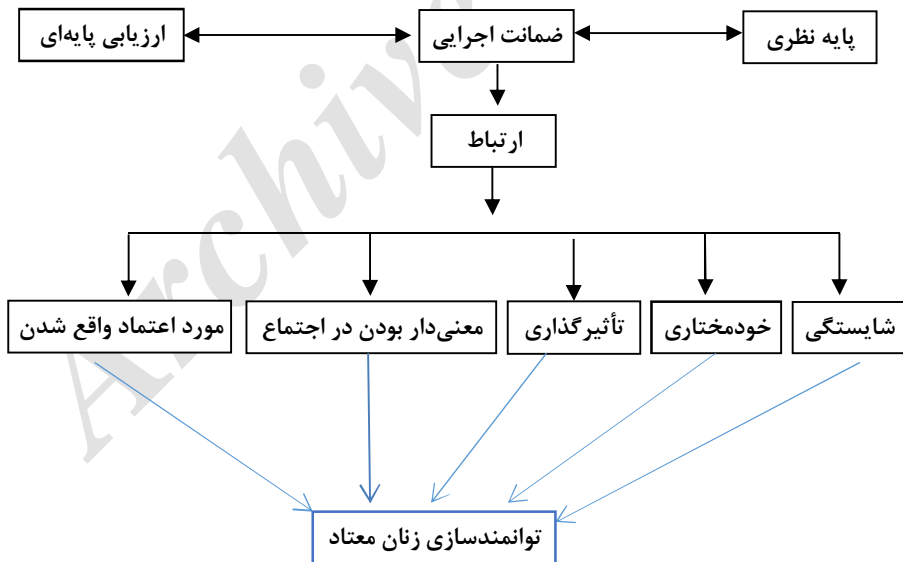
3- Leach

4- Mc Whirter

توانمندسازی) سطح توانایی افراد افزایش پیدا می‌کند (توان افزایشی یا توانمندسازی). فرایند توانمندسازی با اقدامات و فعالیت‌هایی شروع می‌شود که در طول فرایند می‌تواند منجر به افزایش سطح مشخصی از توانمندی افراد شود. فرایندها و تئوری‌های توانمندسازی همیشه شامل اقدام و نتیجه هستند. به طوری که اقدامات و فعالیت‌ها و ساختارها فرایند توانمندسازی را شکل می‌دهند یا آغاز می‌کنند و نتیجه این اقدامات منجر به سطحی از توانمندسازی می‌شود. اما هیچ استاندارد یکسان و دقیقی برای اندازه‌گیری توانمندسازی وجود ندارد.

مدل مفهومی پژوهش

توانمندسازی در عمل از کار مددکاری اجتماعی و مشاوره توانبخشی و سایر زمینه‌ها همچون بهداشت، رشد اجتماعی و روانشناسی اجتماعی منتج شده است. به عنوان یک الگوی عملی، آن شامل ارزش پایه‌ای، انجام مداخله‌ها، نظریه‌ای که راهنمای عمل است، راهنمایی‌هایی برای ارتباط مددجو - مددکار و چارچوبی برای سازمان‌دهی فعالیت‌های یاری بخش می‌باشد. شکل 1 این عناصر و ارتباط بین آنها را نشان می‌دهد



شکل 1- الگوی توانمندسازی زنان معتاد

روش پژوهش

روش مورد استفاده در این پژوهش از نوع آزمایش می‌باشد. در این پژوهش از روش آزمایشی «طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروهی» استفاده شده است. ابزار مورد استفاده پرسشنامه محقق ساخته برای اندازه‌گیری متغیر وابسته (میزان اعتیاد و دیگر متغیرهای مربوط به آن) است. متغیرهای مرتبط با اعتیاد در این پژوهش در دو مرحله قبل و بعد از مداخله توانمندسازی مقایسه شدند. از دیگر ابزارهای مورد مطالعه، مصاحبه عمیق با جمعی از صاحب‌نظران در حوزه اعتیاد برای طراحی الگوی توانمندسازی زنان مصرف‌کننده مواد می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، زنان متأهل معتاد به مواد مخدر ساکن در منطقه فوتبال شهر اراک بودند که 930 نفر برآورد شدند.

به منظور انتخاب نمونه مورد آزمایش و طرح مداخله از بین افراد جامعه آماری به طور تصادفی سیستماتیک تعداد 62 نفر گروه آزمایش و 62 نفر گروه گواه، جمعاً 124 نفر که در سایر مشخصات مانند سن، سواد، شغل و ... در هر دو گروه آزمایش و گواه حتی الامکان تشابه را دارا بودند، انتخاب شدند و سپس مصاحبه اولیه و توجیه برنامه توانمندسازی، تاریخ مشخصی را برای آغاز طرح مداخله یعنی انجام پیش‌آزمون¹ برای هر دو گروه تعیین نمود. در تاریخ مشخصی پیش‌آزمون برای تمام 124 نفر افراد نمونه انجام شد. 10 نفر از آنها غایب بودند که از ذخیره‌ها استفاده شد. پس از آن 124 نفر به دو گروه 62 نفری با شرایط نسبتاً برابر تقسیم شدند. پس از آزمون اولیه، جزئیات برنامه توانمندسازی برای گروه آزمایش تعریف شد که از جمله آن‌ها می‌توان به جلسات، بازدیدها، زمان‌های مشارکت در طرح اشاره نمود اما گروه گواه تا 6 ماه به حال خود رها شدند. بر اساس الگوی تعیین شده، مداخله به مدت شش ماه انجام شد و سپس هر دو گروه وارد مرحله «پس‌آزمون²» شدند. در زمان مشخص شده، پس‌آزمون انجام شد و مجدداً آزمون ثانویه برای کل 124 نفر انجام شد که عوامل و متغیرهای مداخله‌گر دیگری هم مورد توجه قرار گرفتند.

1- Pretest
2- Posttest

یافته‌های پژوهش

سوال 1- آیا دو گروه آزمایش و گواه در انگیزه‌ی گرایش به مصرف موادمخدر با هم تفاوت معناداری دارند؟

جدول 1- آزمون یو من - وایت نی برای مقایسه‌ی دو گروه آزمون و گواه (پیش آزمون)

| انگیزه | گروه ها | تعداد | میانگین رتبه | نمره آزمون یو من - وایت نی | نمره آزمون ویلکاکسون | نمره Z | سطح معناداری |
|---------------|-------------|-------|--------------|----------------------------|----------------------|--------|--------------|
| گرایش به مصرف | گروه آزمایش | 62 | 66 | | | | |
| | گروه گواه | 62 | 59 | 1705/0 | 3685/0 | -1/094 | 0/274 |
| مواد مخدر | جمع | 124 | | | | | |

H_0 = بین دو گروه تفاوت وجود ندارد.

H_1 = تفاوت بین دو گروه تفاوت وجود دارد.

با توجه به یافته‌های جداول 1 مقدار آماره‌ی $(0/274)$ و مقایسه‌ی آن با میزان خطای مجاز $0/05$ در سطح اطمینان 95 درصد، بزرگ‌تر از $0/05$ می‌باشد، پس فرض صفر تأیید می‌شود و تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیر انگیزه گرایش به مصرف موادمخدر وجود ندارد. همچنین با توجه به میانگین رتبه‌ای بین دو گروه اختلاف معناداری بین میانگین دو گروه وجود ندارد و انگیزه دو گروه برای ترک اعتیاد به طور تقریبی یکسان می‌باشد.

سوال 2- آیا بعد از کاربرد الگوی توانمندسازی انگیزه‌ی گرایش به مصرف مواد مخدر در دو گروه گواه و آزمایش تفاوت معناداری دارند؟

جدول 2- آزمون یو من - وایت نی برای مقایسه‌ی دو گروه آزمون و گواه (پس آزمون)

| انگیزه | گروه ها | تعداد | میانگین رتبه | نمره آزمون یو من - وایت نی | نمره آزمون ویلکاکسون | نمره Z | سطح معناداری |
|-------------------------|-------------|-------|--------------|----------------------------|----------------------|--------|--------------|
| گرایش به مصرف مواد مخدر | گروه آزمایش | 62 | 93/50 | | | | |
| | گروه گواه | 62 | 31/50 | 0/000 | 1953/0 | -9/632 | 0/000 |
| | جمع | 124 | | | | | |

با توجه به یافته‌های جدول 2 نمره‌ی (sig=0/000) و مقایسه‌ی آن با میزان خطای مجاز 0/05 در سطح اطمینان 95 درصد کمتر از 0/05 می‌باشد. بین دو گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌ی انگیزه‌ی گرایش به مصرف موادمخدر تفاوت معناداری وجود دارد. تفاوت بین دو گروه به این صورت است که میانگین رتبه‌ی انگیزه‌ی گرایش به مصرف مواد مخدر در گروه گواه با میانگین (93/50) بیشتر از انگیزه‌ی گرایش به مصرف مواد مخدر در گروه آزمایش با میانگین (31/50) می‌باشد. بنابراین نتایج حاصل از مقایسه دو گروه گواه و آزمایش نشان داد که انگیزه‌ی گرایش به مصرف موادمخدر در گروه گواه تفاوت معناداری با گروه آزمایش دارد. قبل از انجام مداخلات توانمندسازی با توجه به یافته‌های پژوهش تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند.

در پاسخ به این سوال، فرایند کار به صورت جدول 2 می‌باشد:

جدول 3- مداخله در طرح آزمایشی

| نتیجه میانگین گرایش به مواد مخدر | آزمون دوم | مداخله مدل توانمندسازی | آزمون اول | گروه ها |
|--|-----------|---------------------------|-------------|-------------|
| 31/50 | + | + | + | گروه آزمایش |
| 93/50 | + | - | + | گروه گواه |
| 62 | نوع دوم | T | آزمون آماری | آمار |

با توجه به نتایج جدول 3 یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی این امر می‌باشند که جلسات الگوی توانمندسازی مورد نظر برای ترک اعتیاد در بانوان نتایج مثبت در برداشته و باعث افزایش گرایش زنان به ترک اعتیاد شده است. با توجه به یافته‌های پژوهش گروه آزمون و گروه گواه قبل از انجام مداخلات به طور تقریباً یکسانی گرایش به ترک اعتیاد داشتند، اما بعد از انجام مداخلات و جلسات مربوط به الگوی توانمندسازی انگیزه گرایش به ترک اعتیاد در گروه آزمایش زنان معتاد دوبرابر گروه گواه زنان معتاد می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش و آزمون‌های آماری، چنان بر می‌آید که این الگو توانسته است زنان معتاد را به عدم گرایش ترک اعتیاد تشویق کند و آنان با داشتن انگیزه به این کار روی می‌آورند زیرا اجبار جامعه و اجبار به ترک اعتیاد این افراد فقط

باعث گریز آنان از جامعه شده و ترک آنان را بصورت مقطعی فراهم می‌کند، از یافته‌های پژوهش چنان بر می‌آید که انجام آزمایشات و پیاده‌سازی الگو بر روی زنان مورد نظر باعث شده تا آنان به خواسته‌ی خود رسیده و از روی دانش به ترک اعتیاد روی آورند. در این الگو، زنان با قابلیت‌های فردی آشنا شده و به آنان آموزش داده شد که در مواقع بحرانی و سخت روی آوردن به موادمخدر تنها راهکار موجود نیست، خوشبختانه بعد از انجام آزمایش و اتمام تمامی مراحل شاهد این بوده که زنان معتاد با انگیزه به ترک اعتیاد گرایش یافتند. در نتیجه افراد جامعه اگر سواد کافی و لازم از اوان کودکی در خصوص مضرات اعتیاد داشته باشند، خانواده‌هایی داشته باشند که صدمات مصرف موادمخدر را به آن‌ها گوشزد کند و انگیزه‌ای برای آینده داشته باشند از قابلیت‌های فردی خود آگاه باشند، گرایشی به سمت اعتیاد و مصرف موادمخدر نخواهند داشت چرا که رویکرد آموزشی هم به لحاظ پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر و هم توانمندسازی افراد در نحوه عمل و رفتار در موقعیت تنش‌زا مؤثر می‌باشد. در واقع توانمندسازی به ایجاد تغییراتی در زمینه خود - مدیریتی گفته می‌شود و شامل تغییرات مثبتی است در بهزیستی روانی - اجتماعی افراد (عزت نفس و خودباوری)، پیشرفت روابط اجتماعی معنی‌دار (دوستی، حمایت‌های رسمی و غیررسمی) و ترغیب برای تجارب مثبت از طریق تفریح، کار یا رشته تحصیلی. افراد از طریق ارتباط با افراد حمایت‌کننده و تجربه موفقیت و پذیرش در جوانب مختلف زندگی، احساس خودباوری مثبت بیشتری خواهند داشت. رویکرد توانمندسازی، معتقد به بیمار بودن مددجویان نبوده بلکه آنها را انسان‌هایی دارای ظرفیت و استعداد بالقوه و بالفعل می‌داند که می‌بایست رشد و توسعه یابند و مددکاران، درمان‌گران اجتماعی نیستند بلکه یکی از منابع جامعه جهت رشد و توسعه ظرفیت‌ها و توانایی‌های مددجویان معرفی می‌شوند. به عبارتی دیگر مددکاران اجتماعی، مددجویان را توانمند نمی‌کنند بلکه به افراد کمک می‌کنند تا بتوانند خودشان را توانمند نمایند. نتایج این پژوهش در امتداد با نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط ناستی‌زایی و همکاران (1389)، علاءالدینی و همکاران (1390)، ناصری پلنگرد و همکاران (1392) و قجاوند و همکاران (1393) می‌باشد. در پژوهش حاضر سعی بر آن بوده تا الگوی تدوین شده برای توانمندسازی زنان براساس نظریه سارا لانگه دارای ابعاد جدید و روان‌شناسانه‌ای می‌باشد که با در نظر گرفتن تمامی جوانب باعث افزایش

گرایش به ترک اعتیاد زنان شد و اگر این الگو در سراسر کمپ‌های ترک اعتیاد اجرا شود حتماً نتایج آن مثبت خواهد بود.

پیشنهادها

- تلاش در جهت تغییر نگرش افراد جامعه نسبت به اعتیاد زنان و دختران که آن را یک سوءرفتار اخلاقی تلقی نکنند، بلکه اعتیاد زنان نیز در جامعه به عنوان یک بیماری نگریسته شود تا با درمان این مشکل اجتماع و خانواده از پیامدها و عوارض ناگوار، مهلک و جبران‌ناپذیر آن در امان باشند؛
- با توجه به روند صعودی اعتیاد در زنان، مراکز ترک اعتیاد ویژه بانوان خصوصاً مراکز ترک اعتیاد مادر - کودک در مراکز استان‌ها تأسیس گردد؛
- لزوم توجه به تفاوت‌های جنسیتی در برنامه‌های پیشگیرانه، با توجه به تفاوت‌های جنسیتی زنان و مردان بایستی برنامه‌های پیشگیرانه در ابعاد مختلف برای دو جنس با توجه به ویژگی‌های آنها طراحی و اجرا شود؛
- بالا بردن میزان مشارکت زنان در فعالیتهای گروهی از جمله ورزش و کلاس‌های آموزش گروهی، همچنین توزیع عادلانه امکانات به ویژه در مناطق کمتر توسعه‌یافته شهری که می‌تواند از شیوع این بیماری تا حدی جلوگیری کند؛
- مطالعات چند رشته‌ای در زمینه علل اعتیاد زنان به تفکیک گروه‌های سنی در این زمینه صورت گیرد و زمینه توانمندسازی فردی آنها فراهم گردد؛
- ضرورت توجه ویژه به آموزش مهارت‌های زندگی و مهارت‌های اجتماعی در پروسه درمان در مراکز ترک اعتیاد بانوان.

تقدیر و تشکر

در پایان بر خود لازم می‌دانم از کارکنان مرکز بهداشت و سازمان بهزیستی استان مرکزی که در جلسات برای پیاده‌سازی الگوی توانمندسازی شرکت کردند نهایت قدردانی و سپاس را داشته باشم.

منابع

- حافظ‌نیا، محمدرضا و قالیباف، محمدباقر (1380). راهبرد توزیع قضایی قدرت سیاسی در ایران از طریق توسعه نهادهای محلی. فصلنامه تحقیقات جغرافیایی، 16 (2)، صص 39-61.
- خادیمیان، طلحیه و قناعتیان، زهرا (1387). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد زنان به مواد مخدر مراکز بازپروری و کاهش آسیب زنان شهر تهران. پژوهشنامه علوم اجتماعی، سال دوم، شماره 4، صص 59-86.
- تودارو، مایکل (1382). توسعه اقتصادی در جهان سوم. ترجمه غلامعلی قرجاری، تهران: کوهنار.
- ساعی، احمد (1378). مسائل سیاسی - اقتصادی جهان سوم. تهران: انتشارات سمت.
- سن، آمارتیا (1385). توسعه به مثابه آزادی. ترجمه وحید محمودی، تهران: انتشارات دانشکده مدیریت دانشگاه تهران.
- شرق، علی؛ شکیبی، علی؛ نیساری، رقیه و آلیلو، لیلا (1390). بررسی عوامل مؤثر بر عود اعتیاد از دیدگاه معتادین مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان آذربایجان غربی. مجله پزشکی ارومیه، 22 (22)، صص 129-136.
- شریعت‌زاده، محمدعلی (1382). ساختارهای مورد نیاز جهت مهار و سازمان‌دهی حاشیه‌نشینی در ایران. مجموعه مقالات حاشیه‌نشینی و اسکان غیررسمی، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- شکبیا، زهره (1390). بررسی عوامل و اثرات مؤثر بر حاشیه‌نشینی در شهرستان اندیمشک. فصلنامه دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر.
- علاءالدینی، پویا؛ پورشاد مهدیه، مصطفی و جلالی موسوی، آزاده (1390). ارتقای وضعیت اهالی سکونتگاه‌های غیررسمی ایران (مطالعه موردی: بندرعباس). فصلنامه رفاه اجتماعی، 11 (41)، صص 62-99.
- قجاوند، کاظم؛ قجاوند، قاسم و قجاوند، زهرا (1393). اثربخشی مددکاری گروهی در توسعه مهارت‌های مقابل‌های و پیشگیری از عود در افراد معتاد. پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، شماره 2، صص 25-35.
- لانگه، سارا (1372). معیارهایی برای توانمندسازی زنان. تهران: دانشگاه تهران.
- مهندسان مشاور DHV هلند (1371). رهنمودهایی برای برنامه‌ریزی مراکز روستایی. ترجمه ابوطالب متایی و دیگران، مرکز تحقیقات و بررسی مسائل روستایی.
- ناصری پلنگرد، سهیلا؛ محمدی، فریبا؛ دوله، معصومه و ناصری، محبوبه (1392). عوامل مؤثر بر اعتیاد زنان. فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ، 5 (16)، صص 83-94.

- ناستی‌زایی، ناصر؛ هزاره مقدم، مهدیه و ملازهی، اسما (1389). عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، صص 169-174
- یزدانی بروجنی، فردین (1382). بررسی خصوصیات ساختاری حاشیه‌نشینی در تهران. دانشگاه علوم بهزیستی.
- Laverack,G.(2003) . Building capable communities : Experiences in a rural Fijian context . Health Promotion International , 18(2), 99-106.

Archive of SID