



بررسی تجربیات معتادین در خصوص حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی به‌عنوان عوامل تسهیل‌کننده ترک اعتیاد: یک مطالعه کیفی

آیت‌اله فتحی^۱، بابک موسوی فر^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۳

چکیده

هدف: وابستگی و سوء مصرف مواد از مهم‌ترین مشکلات عصر حاضر است که گسترش جهانی پیدا کرده و عوارض آن شامل اختلالات روانی، جسمانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی، و اجتماعی همه مرزهای فرهنگی و اجتماعی را درمی‌نوردد و سلامت بشر را مورد تهدید قرار می‌دهد. با توجه به تأثیرگذاری عوامل اجتماعی در فرایند ترک اعتیاد، هدف پژوهش حاضر بررسی تجربیات معتادین در خصوص حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی به‌عنوان عوامل تسهیل‌کننده ترک اعتیاد می‌باشد. **روش:** این پژوهش به‌صورت کیفی و با استفاده از مصاحبه‌های نیمه عمیق بر روی ۱۷ نفر از معتادین در حال ترک شهر تبریز انجام گرفت و نتایج این مصاحبه‌ها با استفاده از رویکرد پدیدارشناسی و روش کولیزی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل حاکی از به دست آمدن سه مضمون اصلی انتظارات از جامعه، انتظارات از خانواده و علل اجتماعی عود در اعتیاد و نه مضمون فرعی شامل؛ نیاز به اشتغال، نگرش نسبت به افراد معتاد، حمایت عاطفی، بی‌اعتمادی به جامعه، آگاهی بخشی به جامعه، حمایت عاطفی خانواده، نگرش منفی خانواده نسبت به اعتیاد، دوستان ناباب و مشکلات خانوادگی بود. **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان‌دهنده این نکته می‌باشد که در عرصه اجتماعی افراد معتاد نیازمند حمایت‌های مادی، عاطفی و اجتماعی اعضای جامعه و خانواده می‌باشند و بایستی نگرش افراد جامعه را نسبت به اعتیاد و افراد معتاد تغییر داد.

کلید واژه‌ها: اعتیاد، درمان، نیازهای اجتماعی، حمایت عاطفی

۱. نویسنده مسئول: استادیار پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی ناجا، تبریز، ایران، پست الکترونیک: a.fathi64@gmail.com

۲. کارشناس روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران
 * این مقاله با حمایت مالی شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر آذربایجان شرقی انجام گرفته است

مقدمه

وابستگی و سوء مصرف مواد، از مهم‌ترین مشکلات عصر حاضر است که گسترش جهانی پیدا کرده است و گزارش سالانه سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵ نشان می‌دهد که در دنیا حدود ۲۰۰ میلیون نفر معتاد به مواد افیونی وجود دارد و هر روز به شمار قربانیان مصرف‌کنندگان مواد افزوده می‌شود، با توجه به اعلام آمار مدیرکل تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۱ تعداد یک میلیون و ۳۲۵ هزار ایران به مصرف مواد مخدر اعتیاد دارند (صادقی، کاظمی و حسینی، ۱۳۹۲) و عوارض آن (اختلالات روانی، جسمانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی) همه مرزهای فرهنگی و اجتماعی را درمی‌نوردد و سلامت بشر را مورد تهدید قرار می‌دهد (تمپلتون، زوهادی و ولمان، ۲۰۰۷).

سوء مصرف مواد و وابستگی به آن آسیب‌های جدی اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و بهداشتی بر جوامع وارد می‌سازد که از آن جمله می‌توان به مواردی همچون بیماری‌های جسمانی و آلودگی محیطی، ایدز و بیماری‌های روانی-اجتماعی همچون ازدیاد جرائم مرتبط با اعتیاد مثل سرقت، قتل، خودسوزی، بیکاری، خشونت خانوادگی، کودک‌آزاری، افزایش آمار طلاق و افت تحصیلی فرزندان که والدین معتاد دارند اشاره نمود (وست، ۲۰۰۸). اعتیاد به مواد مخدر بیماری روانی عودکننده و مضمنی است که با اختلالات انگیزشی شدید و از دست دادن تسلط رفتاری همراه است (دالاس، دیوید، و جولی، ۲۰۱۰) و عوامل مختلف اجتماعی چون عوامل خانواده، تربیتی و آموزشی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، روانی، طبیعی یا فیزیکی می‌تواند در ایجاد اعتیاد مؤثر باشد (اورنگ، ۱۳۶۷).

یکی از جنبه‌های مهم اعتیاد که طی تلاش‌های بازدارنده مشخص شده بازگشت به مصرف مواد مخدر پس از دوره‌ای از قطع مصرف آن است. به همین دلیل برخی از متخصصان از لفظ «اختلال مزمن و عودکننده» برای توصیف اعتیاد استفاده می‌کنند (چینگ، هانگ،

1. Templeton, Zohhadi, & Vellman
2. West
3. Dallas, David, & Julie

لیائو و چان یو^۱، ۲۰۰۷). اکنون این سؤال مطرح است که چرا با وجود اراده بر ترک اعتیاد و موفقیت آمیز بودن ترک اعتیاد چرا بازگشت و عود در اعتیاد وجود دارد. برخی با رویکرد فشارهای ساختاری آن را نتیجه ادامه شرایطی در جامعه می‌دانند که باعث ارتکاب اولیه اعتیاد شده و بعد از ترک اعتیاد و خروج از آن هنوز ادامه دارد و به عواملی مانند فقر، بیکاری، بی‌نظمی یا آشفتگی اجتماعی و امثال آن اشاره می‌کنند.

در کشور ما اهمیت اختلالات سوء مصرف مواد پس از سوانح و حوادث، بیماری‌های قلبی و عروقی و افسردگی در رده چهارم طبقه‌بندی بیماری‌ها قرار دارد. بار وابستگی به مواد ناشی از مرگ‌ومیر، انتقال HIV و هپاتیت سی، هزینه‌های مراقبت سلامت، هزینه‌های قضایی، انتظامی و هزینه‌های کم آشکارتر مثل ازهم گسیختگی خانواده و از دست رفتن توانایی مولد بودن است. وابستگی به مواد و سوء مصرف مواد غیرقانونی با مشکلات تندرستی، فقر، خشونت، رفتار مجرمانه و طرد اجتماعی همراه است. عباسی و محمدخانی (۲۰۱۶) نیز نحوه ارتباط با همسر، سبک‌های فرزندپروری و آشفتگی‌های خانوادگی را از عوامل مرتبط با درگیر شدن فرد در فرایند اعتیاد ذکر کرده‌اند. در طول سالیان اخیر مدل زیستی-روانی-اجتماعی وابستگی به مواد را مشکلی چندوجهی دانسته که نیاز به تخصص در رشته‌های مختلف دارد. تلاش برای درمان و پیشگیری سوء مصرف مواد از طریق اعمال مجازات سخت گیرانه مصرف کنندگان مواد موفق نخواهد بود، زیرا این رویکردها تغییرات عصب‌شناختی را که سوء مصرف مواد بر روی مسیرهای عصبی انگیزش ایجاد می‌کنند در نظر نمی‌گیرند. هدف درمان اعتیاد این است که فرد بتواند مصرف مواد خود را قطع نموده، به سبک زندگی عاری از مواد بازگشته و کارکرد خود را در خانواده، محل کار و اجتماع به دست آورد. اعتیاد قابل درمان است ولی درمان آن ساده نیست و ضرورت توجه به جنبه‌های فردی، اجتماعی و زیستی را به صورت هم‌زمان می‌طلبد (نوروزی، صابری و کیلانی‌فر، ۱۳۹۳).

یک پاسخ مبتنی بر اجتماع به مصرف مواد و وابستگی مواد می‌تواند از تغییرات رفتاری حمایت نموده و تغییرات رفتاری را در اجتماع تشویق نماید. چنین پاسخی می‌تواند در اثر

تغییر پارادایم از عرضه خدمات دستوری به عرضه خدمات مشارکتی ایجاد گردد که برای آن مداخله فعال ذی‌نفعان محلی (سازمان‌های دولتی و غیردولتی، بخش خصوصی، رهبران اجتماعی و ...)، اعضاء اجتماع (خانواده‌ها) و جمعیت‌های هدف موردنیاز تا احساس تعلق و شبکه‌هایی از خدمات مراقبت سلامت مبتنی بر اجتماع ایجاد گردد. در این راستا توجه به اجزاء زیر ضروری می‌باشد.

مشارکت فعال بیمار و خانواده بیمار: موجب ارتقاء احساس تعلق و مسئولیت‌پذیری، تغییر در رفتار فرد و ارتقاء کیفیت و استفاده از خدمات سلامت است؛ مداخلات معطوف به اجتماع: می‌تواند حمایت اجتماع را برای افرادی که مشکلات مصرف مواد دارند افزایش و دیدگاه حمایت‌کننده عمومی و سیاست‌های بهداشتی را ارتقاء دهد. اطلاع‌رسانی و توانمندسازی اجتماع می‌تواند به کاهش تبعیض و طرد اجتماعی کمک نماید. انگ‌زدایی از افراد مبتلا در بهبود دسترسی به درمان و بازگشت مجدد به جامعه نقش اساسی دارد؛ پیوندها: ایجاد پیوند میان خدمات درمان وابستگی به مواد و خدمات بیمارستان مثل بخش‌های اورژانس، بخش‌های عفونی و داخلی و خدمات اجتماعی تخصصی مثل اسکان، آموزش شغلی و کاربایی نقش کلیدی دارد؛ سازمان‌های غیردولتی: می‌توانند نقش قابل توجهی در تأمین خدمات برای بیماران وابستگی به مواد هماهنگ با نظام سلامت عمومی بازی کنند. آن‌ها می‌توانند خصوصاً در فرایند ارتقاء درمان و تسهیل بازتوانی و بازگشت مجدد به اجتماع کمک‌کننده باشند (اصول درمان وابستگی به مواد، ۲۰۰۹).

در نظریه فشار، رابرت آگینو معتقد است سه منشا کلی فشار وجود دارد: ۱- عدم موفقیت در دستیابی به اهداف با ارزش از نظر اجتماع - وقوع حوادث بزرگ و تأثیرگذار از نظر اجتماعی، مثلاً از دست دادن نزدیکان، طلاق پدر و مادر، اخراج از شغل یا اخراج از مدرسه. ۲- تجربه وقوع حوادث منفی از نظر ارزش‌های اجتماعی که این شامل تجربیاتی مانند سوءاستفاده جنسی از کودکان، قربانی شدن در یک واقعه جنایی، تنبیه‌های لفظی یا جسمانی می‌باشد. آگینو معتقد است این فشارها تمایل به کژ رفتاری را در فرد ایجاد می‌کند (ممتاز، ۱۳۸۱).

نی (۱۹۸۵) نیز به عنوان اولین نظریه پرداز کنترل اجتماعی، بر رابطه خانواده و بزهکاری متمرکز شده و رابطه معناداری را میان متغیرهای خانوادگی مانند روابط والدین-فرزند به وسیله شاخص هایی چون پذیرش و فرزندان از طرف والدین، روش های برخورد والدین با فرزندان و تنبیه را اندازه گیری نموده است (احمدی، ۱۳۸۴). نای معتقد است که خانواده ای که پر از تشنج و اختلاف باشد می تواند نقش مهمی را در کج رفتاری نوجوانان بازی کند. پس یک خانواده از هم پاشیده کم اهمیت تر از خانواده ای است که در آن تشنج و اختلاف باشد در چنین خانواده هایی نوجوانان با جامعه و خانواده رفتار هم نوا نخواهند داشت (ممتاز، ۱۳۸۱). نای معتقد است خانواده از طریق چهار عامل باعث تقویت پیوند اجتماعی می گردد. نای معتقد است که خانواده دارای تأثیرات زیر است: ۱- نظارت درونی، ۲- نظارت غیرمستقیم، ۳- نظارت مستقیم، ۴- ارضای نیازها.

با توجه به اینکه در درمان اعتیاد نیز از روش های مختلفی همچون درمان نگهدارنده با متادون و بوپره نورفین و شیره تریاک، درمان سم زدایی با متادون و بوپره نورفین، سم زدایی فوق سریع (UROD)، درمان بستری طولانی مدت، درمان اقامتی در کمپ، کنگره شصت، درمان اجتماع مدار و انجمن معتادان گمنام استفاده می شود، ولی به زعم اکثر درمانگران اعتیاد این روش های درمانی زمانی کارایی خواهد داشت که فرد بتواند به آغوش خانواده و جامعه باز گردد؛ بنابراین هم در فرایند درمان و هم در بعد از درمان می توان مسائل و مشکلات اجتماعی افراد شناسایی و از این چالش ها، فرصت ها را ساخت. با توجه به تأثیر گذاری عوامل اجتماعی بر فرایند درمان (عرفانیان، اسماعیلی و صالح پور، ۱۳۸۴، سوتر^۱، ۲۰۰۵، بهروان و میرانوری، ۱۳۸۹، کاکرهام^۲، ۲۰۰۷) این پژوهش باهدف بررسی تجربیات معتادین در خصوص حمایت های اجتماعی و خانوادگی به عنوان عوامل تسهیل کننده ترک اعتیاد انجام شد.

1. Suter

2. Cockerham

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

این مطالعه به روش پژوهش کیفی با رویکرد پدیدارشناسی که هدف آن درک ساختار اصلی پدیده‌های تجربه‌شده انسانی از طریق تجزیه و تحلیل توضیحات شفاهی شرکت‌کنندگان می‌باشد انجام شده است. پدیدارشناسی هم یک رویکرد در پژوهش کیفی و هم یک رویکرد در مواجهه با دنیای پیرامون است. شایان ذکر است در راستای جنبش پدیدارشناسی بر اساس دیدگاه‌های فلسفی، روش‌شناسی‌های مختلفی برای جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها مطرح شده است (داولینگ^۱، ۲۰۰۷). با عنایت به اینکه پدیده عوامل اجتماعی مرتبط با صیانت از افراد معتادین بهبودیافته یک پدیده وابسته به فرهنگ است؛ در این مطالعه از رویکرد پدیدارشناسی تفسیری بنر^۲ (۱۹۹۴) استفاده شده است.

نمونه‌گیری مطالعات پدیدارشناسی به صورت هدفمند و انتخابی صورت می‌گیرد. پژوهشگر می‌بایست افرادی را که در زمینه خاص اطلاعات دارند تعیین و انتخاب کند. فرایند گزینش نمونه‌ها ادامه پیدا می‌کند تا هنگامی که در جریان کسب اطلاعات هیچ داده جدیدی پدیدار نشود و به عبارتی داده‌ها به اشباع^۳ می‌رسند. در این پژوهش نیز مشارکت‌کنندگان به صورت نمونه‌گیری هدفمند از میان معتادین بهبودیافته شهر تبریز انتخاب گردیدند.

روش جمع‌آوری داده‌ها به صورت مصاحبه بدون ساختار و بر اساس سؤال اصلی پژوهش بود. مصاحبه با اجازه مشارکت‌کنندگان ضبط می‌شد (در فرایند مصاحبه تعدادی از معتادین بهبودیافته اظهار می‌کردند که بدون ضبط صدا آرامش بیشتری دارند و به همین دلیل تعدادی از مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر روی کاغذ پیاده می‌شدند). پس از اتمام مصاحبه بلافاصله متن‌های مصاحبه پیاده می‌شدند.

در این مطالعه نیز همان‌گونه که از ماهیت بررسی‌های کیفی برمی‌آید، جمع‌آوری داده‌ها و نمونه‌گیری تا رسیدن به حد اشباع بر روی ۱۷ معتاد بهبودیافته شهر تبریز انجام گرفت. همچنین روش‌های جمع‌آوری داده‌ها عبارت بودند از: مصاحبه بدون ساختار و عمیق

1. Dowling
2. Benner

3. Saturation

همراه با گمانه‌زنی کلامی و غیر کلامی. مصاحبه با هر کدام از شرکت کنندگان در یک نوبت بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه صورت گرفت. در طول مصاحبه پژوهشگر از تکنیک‌های متعدد به منظور دستیابی به اطلاعات بیشتر و خالص تر بهره می گرفت. ایجاد محیط آرام، ارائه بازخورد به شرکت کنندگان، درخواست توضیح بیشتر، ارائه سؤال مجدد، گمانه‌زنی و استفاده از زبان غیر کلامی نمونه‌هایی از این موارد بودند. مصاحبه کننده علاوه بر یادداشت مصاحبه‌ها در مواردی که مصاحبه‌شونده اجازه می داد اقدام به ضبط مصاحبه‌ها می کرد. برای به دست آوردن روایی و اعتبار اطلاعات به دست آمده از روش این‌همانی^۱ استفاده شد. به این صورت که مصاحبه‌ها بعد از پیاده‌سازی و مضمون‌بندی در اختیار معتادین بهبودیافته قرار گرفت تا تعیین نمایند که آیا توصیفات منعکس کننده تجربیات آن‌ها هست یا خیر. با توجه به ماهیت پدیده مورد مطالعه روش هفت مرحله‌ای کولیزی^۲ (۱۹۹۹) برای تجزیه و تحلیل داده‌ها انتخاب شد.

یافته‌ها

داده‌های به دست آمده با استفاده از روش کولیزی تحلیل شدند و مراحل به شرح ذیل اجرا شدند: ۱- ابتدا مصاحبه‌ها به صورت کلی مطالعه شدند تا درک کلی به دست آمد؛ ۲- عبارات مهم استخراج شدند؛ ۳- عبارات مهم بر اساس موضوع مرتب شدند؛ ۴- معانی تدوین شده به صورت مضمون‌ها یا تم‌ها سازمان‌دهی شدند؛ ۵- برای هر یک از مضامین یا تم‌ها توصیفی نوشته شدند؛ ۶- مضامین اصلی ساختار بندی شدند؛ ۷- سرانجام برای اعتبار بخشی، شرکت کنندگان نتایج آنالیز ارزشیابی شد که آیا یافته‌های حاضر مشابه تجربیاتی است که آنان داشته‌اند؟

شایان ذکر است که تمامی اظهارات مصاحبه‌شوندگان ذکر نشده است و فقط نمونه‌هایی از آن‌ها اشاره شده است.

مضمون اصلی ۱ (انتظارات از جامعه): بدون شک درمان اعتیاد و جلوگیری از عدم عود در معتادین بهبودیافته امری تک‌بعدی نیست و هم در حوزه درمان و هم در حوزه صیانت و

1. credibility

2. Colaizzi

حمایت از معتادین بهبودیافته توجه به جنبه‌های زیستی، فردی و اجتماعی امری ضروری می‌نماید. بر اساس مطالعات انجام گرفته چنانچه جامعه حمایت‌کننده نباشد و پارادایم حاکم بر جامعه نسبت به افراد معتاد مثبت نباشد، افراد بهبودیافته بیشتر احتمال دارد که به مصرف دوباره اعتیاد گرایش پیدا کنند.

مضمون فرعی ۱ (نیاز به اشتغال): بر اساس مصاحبه‌های انجام گرفته از اکثر معتادین بهبودیافته اشتغال از جهات مختلفی می‌تواند فرایند درمان را تسهیل و فرایند عود را به تعویق بیناندازد. اشتغال می‌تواند علاوه بر تأمین نیازهای مالی افراد، به افراد احساس عزت نفس و اعتماد به نفس داده و موجبات درگیری افراد در زندگی و مسائل اجتماعی را فراهم آورد، موضوعی که یک اصل مهم در فرایند درمان و حمایت‌های اجتماعی از بهبودیافتگان است. یکی از معتادین بهبودیافته در این راستا اظهار داشت که «با توجه به اینکه اعتیاد موقعیت‌های اجتماعی را از ما گرفته از نهادهای دولتی انتظار ارائه وام و ایجاد شغل را داریم». یا یکی دیگر از معتادین در این راستا اظهار داشت که «انتظار داریم وام یا تسهیلاتی برای اشتغال ما در نظر بگیرند چون در جاهای دیگر به ما کار نمی‌دهند».

مضمون فرعی ۲ (نگرش نسبت به افراد معتاد): واضح است که همه افراد در جامعه بر اساس نگرش‌ها و پیش‌فرض‌های خود رفتار می‌کنند. به نظر می‌رسد در حال حاضر نگرش نسبت به پدیده اعتیاد در جامعه تعدیل شده ولی با توجه به مصاحبه‌های انجام گرفته از معتادین بهبودیافته به نظر می‌رسد نگرش نسبت به معتادین هنوز تغییر پیدا نکرده است و نیازمند تغییر پارادایم حاکم بر جامعه از طریق برنامه‌های اطلاع‌رسانی و آموزش‌ها می‌باشد. در همین راستا یکی از نمونه‌های مورد مطالعه اظهار داشت «در جامعه به ما به‌عنوان افراد خلاف کار نگاه می‌کنند و انتظار داریم به ما به چشم بیمار نگاه کنند». یا یکی دیگر از افراد نمونه اظهار می‌دارد که «در جامعه نسبت به افراد معتاد و حتی افرادی که اعتیاد را ترک کرده‌اند اعتماد وجود ندارد و افراد جامعه بیشتر طرد کننده هستند».

مضمون فرعی ۳ (حمایت عاطفی): یکی از بحث‌های روانی مهم در اعتیاد فقدان روابط خانوادگی و روابط اجتماعی در معتادین می‌باشد. فقدان روابط به دو علت در افراد اتفاق می‌افتد. اول به خاطر اینکه با بیشتر شدن تحمل دارویی در افراد تغییراتی در شکل ظاهری

افراد و به تبع آن در خودانگاره افراد اتفاق میافتد و رفته رفته فرد معتاد سعی می کند از دیگران دوری کند و دوم به خاطر دیدگاه افراد جامعه نسبت به افراد معتاد مبنی بر اینکه افراد معتاد افراد خلاف کاری هستند و باید از آن‌ها دوری جست. مؤید بحث اظهارات معتادین بهبودیافته می باشد که برای نمونه یکی از آن‌ها اظهار داشت «مردم نسبت به ما رفتار خوبی داشته باشند و ما را برای ترک اعتیاد تشویق کنند». یا یکی دیگر از آن‌ها اظهار داشت «دوست داریم افراد جامعه نسبت به ما پذیرش داشته باشند و نگرش بد نسبت به ما نداشته باشند».

مضمون فرعی ۴ (بی‌اعتمادی به جامعه): بعضی از مواقع فرایند و پارادایم حاکم بر جامعه در شرایطی پیش می رود که افراد معتاد علاوه بر این که حمایت‌های عاطفی از جامعه دریافت نمی کنند، پس خوراند منفی نیز دریافت می کنند و با استفاده از شرطی سازی این عاطفه منفی و پس خوراند منفی را به همه جامعه گسترش می دهند. در همین راستا یکی از افراد نمونه اظهار داشت «از جامعه انتظار خاصی نداریم و افراد جامعه ما را به حال خود بگذارند». یا یکی دیگر از نمونه‌های مورد پژوهش اظهار می دارد که «انتظار خاصی از جامعه ندارم چون با کارهای خودمان جامعه را هم اذیت کرده‌ام».

مضمون فرعی ۵ (آگاهی بخشی به جامعه): در فرایند اجتماعی کردن درمان اعتیاد و صیانت اجتماعی از افراد بهبودیافته، سازمان‌ها و ارگان‌های دولتی و غیردولتی نقش تعیین کننده‌ای در حمایت‌های مادی، اجتماعی و آگاهی بخشی دارند. با توجه به مصاحبه‌های انجام شده با معتادین ترک کرده اکثر مشکلات افراد بعد از ترک اعتیاد مربوط به شغل، پذیرش اجتماعی، نگرش افراد جامعه به آن‌ها، مشکلات خانوادگی، طرد شدن از خانواده و عدم همکاری و همدردی افراد خانواده با آن‌ها مربوط می شود که سازمان‌ها و ارگانهای مرتبط می توانند کمک زیادی در رابطه با رفع این مشکلات نمایند. نمونه‌های مورد پژوهش اظهار می کردند که آگاهی بخشی به جامعه و مخصوصاً خانواده‌ها در خصوص اعتیاد و ویژگی‌های افراد معتاد می تواند کمک زیادی به درمان افراد معتاد داشته باشد برای مثال یکی از نمونه‌های مورد پژوهش اظهار می کرد که «از طریق ساخت فیلم در خصوص فرایند درمان و نیازهای افراد معتاد می توان نگرش افراد جامعه را تغییر داد».

مضمون اصلی ۲ (انتظارات از خانواده): خانواده به‌عنوان مهم‌ترین نهاد اجتماعی که فرد در آن فعالیت می‌کند و تأثیر به‌سزایی در انحرافات اجتماعی افراد از قبیل اعتیاد دارد. اختلافات و آشفتگی‌های خانوادگی همان‌طور که زمینه را برای گرایش به اعتیاد فراهم می‌آورند، زمینه را برای درمان اعتیاد و حمایت از افراد بهبودیافته را فراهم آورند. افراد معتاد در فرایند درمان از یک‌طرف انتظار حمایت از خانواده را دارند و از سوی دیگر یک احساس گناه نسبت به خانواده خود دارند که موجبات رنجش آن‌ها را فراهم آورده‌اند.

مضمون فرعی ۱ (حمایت عاطفی خانواده): حمایت عاطفی خانواده می‌تواند یک الگوی درونی مطلوب در فرد معتاد ایجاد کند تا در فرایند درمان به فرد کمک کند. اکثر افراد معتاد در زندگی خود یک خلأ عاطفی احساس می‌کنند که برای پرکردن این خلأ عاطفی روی به اعتیاد می‌آورند. حال اگر فرد با این خلأ عاطفی که بیشتر متوجه فقدان توجه خانواده یا طرد از سوی خانواده می‌باشد، درگیر فرایند درمان بشود طبیعی است که احتمال موفقیت‌آمیز بودن درمان کمتر خواهد شد و احتمال عود نیز بیشتر خواهد شد. در این راستا یکی از نمونه‌های مورد مطالعه بیان داشت «انتظار دارم که اعضای خانواده مخصوصاً همسر من با من با محبت برخورد کند و از من حمایت کند تا این دوران سپری شود». یکی دیگر از اعضای نمونه اظهار داشت «دوست دارم همسر من خوب برخورد کند و طرز رفتار با من را یاد بگیرد تا اختلاف‌ها در خانواده کمتر بشود». همچنین یکی دیگر از افراد نمونه در این راستا اظهار داشت «طرز برخورد همسر و همچنین رفتارهای فرزندان انگیزه‌ام را برای درمان و ترک اعتیاد زیاد می‌کنند». یکی دیگر از اعضای نمونه اظهار داشت «در بدترین شرایط که همه من را تنها گذاشتند همسر من مرا ترک نکرد و این کار هیچ‌وقت از یادم نمی‌رود و انگیزه‌ام را برای ترک زیاد می‌کند».

مضمون فرعی ۲ (نگرش منفی خانواده نسبت به اعتیاد): زمانی که نگرش اعضای خانواده نسبت به عضوی از خانواده تغییر کند، مطمئناً رفتارشان نیز همسو با نگرش‌های آن‌ها تغییر پیدا خواهد کرد. زمانی که فرد احساس کند که نگرش اعضای خانواده نسبت به او تغییر پیدا کرده و رفتارهای آن‌ها نیز با وی بد شده است و وی را سرزنش می‌کنند؛ سعی می‌کند تا از خانواده دور باشد و همین دوری از خانواده فرایند درمان را دشوار خواهد کرد و

احتمال عود اعتیاد را بیشتر خواهد کرد. در این راستا یکی از اعضای نمونه مورد پژوهش اظهار داشت «خانواده‌ام همیشه من را سرزنش می‌کنند ولی کاری از من ساخته نیست و نمی‌توانم با آن‌ها ارتباط برقرار کنم»، یا یکی دیگر از اعضای نمونه مورد مطالعه بیان داشت «به من به عنوان یک بیمار نگاه کنند و همدلی و همدردی با من داشته باشند».

مضمون اصلی ۳ (علل اجتماعی عود در اعتیاد): زمانی که فرد بنا به دلایلی اقدام به ترک اعتیاد می‌کند و بعداً دوباره به اعتیاد بر می‌گردد، مطمئناً علت‌های فردی و اجتماعی نیز علاوه بر مسائل زیستی و عصب‌شناختی دارد که بررسی آن می‌تواند بر فرایند درمان و حمایت‌های بعدی از معتادین برای عدم عود اعتیاد مؤثر باشد. در این پژوهش اکثر نمونه‌های مورد مطالعه پژوهش بر موقعیت‌های موجود در محیط اجتماعی مانند دوستان ناباب و عوامل خانوادگی تأکید داشتند.

مضمون فرعی ۱ (دوستان ناباب): اکثر نمونه‌های مورد پژوهش در مصاحبه‌های خود اظهار کرده‌اند که دوستان ناباب علت تحریک دوباره برای بازگشت به اعتیاد بوده‌اند که در کنار این عوامل مشکلات اقتصادی، روحی و خانوادگی نیز تأثیرگذار بوده‌اند. برای مثال یکی از نمونه‌های مورد پژوهش بیان داشت «زمانی که مسائل روحی و روانی مساعد نباشد و مسائل خانوادگی نیز در کنار آن قرار گیرد و دوستان ناباب نیز وجود داشته باشند فرد معتاد برای بازگشت مجدد تحریک می‌شود».

مضمون فرعی ۲ (مشکلات خانوادگی): به عقیده اکثر مصاحبه‌شوندگان معضلات و مشکلات خانوادگی یکی از عوامل اصلی در عود اعتیاد می‌باشد. خانواده اصلی‌ترین مآمن افراد پس از ترک می‌باشد. چرا که بعد از ترک اعتیاد فرد موقعیت اجتماعی مناسبی نداشته و اصلی‌ترین امید فرد متوجه خانواده وی می‌باشد. زمانی که خانواده طردکننده باشد فرد به دنبال فعالیت آرام‌بخش برای التیام آلام روحی می‌گردد و با توجه به خط سیری که اعتیاد بر ذهن فرد گذاشته دوباره به مصرف مواد و دریافت همان آرامش و لذت قبلی تحریک می‌شود. در این راستا یکی از نمونه‌ها مورد پژوهش که تجربه عود نیز داشت اظهار کرد «خانواده با به وجود آوردن اختلافات خانوادگی اصلی‌ترین مقصر در بازگشت به اعتیاد بوده‌اند».

بحث و نتیجه‌گیری

اعتیاد مهم‌ترین آسیب اجتماعی است که ریشه در عوامل اجتماعی و روانی دارد و بر روان فرد و نیز بر جامعه اثر می‌گذارد. به عبارت دیگر رابطه سه‌جانبه‌ای است بین فرد، اعتیاد و جامعه. در تبیین اینکه چرا مردم به مواد وابسته می‌شوند، رویکردهای مختلفی مطرح شده است. اولین رویکرد معطوف به اثرات عصبی-زیست‌شناختی است و وابستگی دارویی را از لحاظ زیست‌شناختی تبیین می‌کند. رویکرد دوم روان‌شناختی است و تبیین آن حول الگوهای رفتاری و تفاوت‌های فردی متمرکز است. رویکرد نهای رویکرد اجتماعی-فرهنگی است و تبیین‌های آن متمرکز بر عوامل فرهنگی و محیطی است که احتمال وابستگی دارویی را افزایش می‌دهد. نظریه‌های جامعه‌شناختی به بررسی ساختارهای اجتماعی و رفتارهای اجتماعی می‌پردازند، بنابراین مصرف مواد را در یک بافت اجتماعی مطالعه می‌کنند. دیدگاه جامعه‌شناختی اغلب مصرف مواد را محصول وضعیت‌ها و روابط اجتماعی می‌داند که باعث ایجاد ناامیدی، ناکامی، محرومیت و احساس عمومی از خودبیگانگی در میان بخش‌های آسیب‌پذیر جمعیت می‌شوند (سهراب‌زاده، ۱۳۸۸). در این راستا پژوهش حاضر نیز در راستای اجتماعی کردن فرایند درمان و صیانت‌های اجتماعی از معتادین بهبودیافته انجام گرفت. بررسی مصاحبه‌های کیفی حاکی از وجود چند مضمون اصلی در مصاحبه‌ها بود. یک از مضامین اصلی انتظارات افراد معتاد از جامعه و افراد جامعه بود که این مضمون اصلی خود شامل چند مضمون فرعی شامل نیاز به اشتغال، نگرش نسبت به افراد معتاد، حمایت عاطفی، بی‌اعتمادی به جامعه و آگاهی بخشی به جامعه می‌باشد.

در این راستا امینی، امینی، افشار مقدم و ماهیار آذر (۱۳۷۹) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که از دیدگاه معتادان عامل بین فردی مرتبط با عود، معاشرت با دوستان معتاد و منحرف، مهم‌ترین عامل شغلی تأثیرگذار بی‌کاری و مهم‌ترین عامل اقتصادی فقر بود. مهم‌ترین عوامل خانوادگی مرتبط با عود برای افراد مجرد برخوردار نامناسب اعضای خانواده و برای افراد متأهل برخوردار بد همسر و فرزندان بود. همچنین شیری (۱۳۹۲) نیز در پژوهشی به این نتیجه رسید که افراد شاغل در مقایسه با افراد بیکار احتمال بازگشت به

مواد مخدر و عود اعتیاد کمتر است. همچنین افراد مجرد در مقایسه با افراد متأهل به احتمال بیشتری عود در اعتیاد دارند. در عوامل اقتصادی نیز مهم‌ترین عامل عود اعتیاد از دیدگاه معتادان فقر عنوان شده است. فقر به عنوان عامل مهم به وجود آورنده انحرافات در جامعه مطرح است. بهروان و میرانوری (۱۳۸۹) نیز برچسب‌های اجتماعی، سن، احساس تبعیض و نگرش مثبت به اعتیاد، رضایت اجتماعی، تعلق به خانواده و موفقیت در اهداف زندگی را از مؤلفه‌های اجتماعی تأثیرگذار بر دفعات بازگشت به اعتیاد برشمرده‌اند. همچنین در پژوهشی که برای بررسی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد انجام شد رحیمی موقر، ملایری خواه لنگرودی، دلبرپور احمدی و امین اسماعیلی (۱۳۹۰) به این نتیجه رسیدند که بیشتر زنان انگ اجتماعی، تحقیر و طرد شدن از خانواده و جامعه و فقر شدید را به عنوان اساسی‌ترین مشکل خود بیان کردند. بیش از یک‌چهارم آن‌ها بی‌خانمان بودند و بیش از نیمی از آن‌ها سوءاستفاده فیزیکی و جنسی را تجربه کرده بودند. کمبود پزشک زن، مشاوره‌ها و آموزش‌های بهداشتی، محیط نامن و شرایط نامناسب بهداشتی و رفاهی مهم‌ترین محدودیت‌ها بود. همچنین کمبود خدمات روانی-اجتماعی از جمله پناهگاه جهت نگهداری زنان معتاد، اشتغال‌زایی و نگهداری و حمایت از فرزندان از عوامل و نیازهای مؤثر در راستای ترک اعتیاد بودند.

یکی دیگر از مضامین اصلی به دست آمده انتظارات از خانواده می‌باشد که چند مضمون فرعی شامل حمایت عاطفی خانواده و نگرش منفی خانواده نسبت به اعتیاد را نیز در برمی‌گیرد. عباسی و محمدخانی (۲۰۱۶) نیز ارتباطات و آشفتگی‌های خانوادگی را از عوامل مؤثر بر درگیر شدن فرد در اعتیاد می‌دانند. خانواده به طرق مختلف نقش اساسی در گرایش یا عدم گرایش فرزندان به سمت مواد مخدر دارند (بنن، بهاری، اولشتاین، مک کین، گولدشتین، کاولری و لاورنس^۱، ۲۰۱۲). در همین زمینه خادیمان و قناعتیان (۱۳۸۷) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که گسستگی روابط زن و شوهری، از هم گسستگی خانواده پدر و مادری، نابسامانی روابط بین زوجین، در دسترس بودن مواد مخدر و اعتیاد

1. Bannon, Beharie, Olshtain-Mann, McKay, Goldstein, Cavaleri, & Lawrence

اعضای خانواده از عوامل مؤثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر بوده است. همچنین ناستی‌زایی (۱۳۸۶) نیز در پژوهشی که در راستای بررسی عوامل خانوادگی عود اعتیاد از دیدگاه معتادان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد شهرستان زاهدان به این نتیجه رسیدند که شیوه کنترل نامناسب خانواده (سخت‌گیری یا سهل‌گیری نسبت به اعمال و رفتار فرزند در حال ترک)، اعمال تبعیض خصوصاً مقایسه فرزندان، وجود مشاجره‌های خانوادگی، کم‌توجهی خانواده به مسائل دینی و عدم پذیرش فرد در حال ترک در جمع خانواده در عود اعتیاد نقش دارد. بر اثر اعتیاد عناصر اصلی خانواده دچار تنش و اضطراب می‌شوند و برای درمان بایستی ابتدا به کاهش تنش‌های موجود در خانواده پرداخت و تا زمانی که از شدت این تنش‌ها کاسته نشود هیچ‌گونه اقدامی برای درمان میسر نخواهد بود (کیربی، دوغوش، بنیشک، و هارینگتون^۱، ۲۰۰۵)، بنابراین بایستی با فراهم آوردن حمایت‌های خانوادگی، سلامت خانوادگی و سازگاری خانوادگی را بهبود بخشید تا روند درمان برای فرد مصرف‌کننده مواد تسهیل گردد (کوپلو، ریچارد، و تمپلتون^۲، ۲۰۰۵).

یکی از مفاهیمی که هم در بحث اجتماع و هم در بحث خانواده و انتظار افراد معتاد بهبود یافته مطرح است نگرش منفی افراد اجتماع و اعضای خانواده نسبت به این افراد و در حالت کلی به اعتیاد می‌باشد که این نگرش می‌تواند ناشی از برچسب‌زنی باشد. در زمینه نظری فرایند برچسب‌زنی می‌تواند آثار منفی خاص خود را داشته باشد، بدیهی است شخصی که برچسب خورده است نقشی را به خود پذیرد که در آن برچسب به او نسبت داده می‌شود. به بیان دیگر اگر بر شخصی رسماً انگ معتاد وارد آید، این امر ممکن است موجب شود که به شکل مناسب آن برچسب رفتار کند (وایت، ۱۳۸۳). فردی که معتاد شده است پس از ترک اعتیاد، به علت برچسب «معتاد»، نه می‌تواند شغلی بیابد، بلکه چون فردی منحرف تعریف می‌شود، مانند یک مجرم و بزه‌کار با وی رفتار می‌شود و مقبولیت اجتماعی خود را نیز از دست می‌دهد، در نتیجه بسیار محتمل است که مجدداً مرتکب

1. Kirby, Dugush, Benishek, & Harrington
2. Copello, Richard, & Templeton

اعتیاد و یا انحرافات دیگری بشود (احمدی، ۱۳۸۴) که این نکته با یافته‌های آنه^۱، (۲۰۰۸)، الشیخ^۲ (۲۰۰۸) و کرچنر^۳ (۲۰۰۸) همسو می‌باشد.

یکی دیگر از مضامین اصلی به دست آمده در پژوهش علل اجتماعی در عود اعتیاد می‌باشد که شامل چند مضمون فرعی دوستان ناباب و مشکلات خانوادگی می‌باشد. طیبی، ابوالقاسمی و محمودعلیلو (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی با عنوان مقایسه حمایت و محرومیت اجتماعی در معتادان به مواد مخدر و داروهای روان گردان و افراد بهنجار به این نتایج دست یافتند که معتادان به داروهای روان گردان در مقایسه با معتادان به مواد مخدر و افراد بهنجار و معتادان به مواد مخدر در مقایسه با افراد بهنجار از حمایت اجتماعی کمتری برخوردارند و از محرومیت‌های اجتماعی چندگانه رنج می‌برند. تحلیل رگرسیون چندمتغیری نیز نشان داد که حمایت اجتماعی پایین، محرومیت اجتماعی معتادان را پیش‌بینی می‌کند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که محرومیت اجتماعی از عوامل خطرزا برای سوء مصرف مواد می‌باشد.

به طور کلی یکی از دلایل بازگشت به مواد مخدر عدم پذیرش معتادان از سوی جامعه و ادامه انزوای آنان و احساس طردشدگی و کنایه‌های اطرافیان می‌باشد (احمدوند، ۱۳۷۷؛ کلر^۴، ۱۹۹۷). درگیری افراد مهم زندگی فرد در فرایند درمان و بازترانی وی منجر به شکل‌گیری یک شبکه حمایتی می‌شود که نقش آن‌ها نیز در پیشگیری از عود اعتیاد توسط پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است (لوینسون، رویز، میلمان، و لنگرود^۵، ۱۹۹۷؛ کلر، ۱۹۹۷).

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که عوامل اجتماعی و اعضای اجتماع از قبیل خانواده افراد معتاد، اعضای عادی اجتماع، ارگان‌های دولتی و غیردولتی و خیرین جامعه می‌توانند هم از لحاظ مادی و هم از لحاظ مسائل روحی و روانی در درمان و صیانت از معتادین بهبودیافته و خانواده آنان کمک کنند و در این راستا پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود. برای معتادین در حال ترک و سم‌زدایی بیمه‌های درمانی صادر شود، چراکه به‌زعم اکثر معتادین بیمه‌های درمانی می‌تواند در کم کردن استرس‌های ناشی از درمان کمک کند؛

1. Anne
2. Elsheikh
3. Kirchner

4. Keller
5. Levinson , Ruiz , Millman , Langrod

افراد در کمپ‌ها ۳۵۰ هزار تومان برای درمان هزینه صرف می‌کنند که همه این افراد بضاعت مالی مناسبی ندارند و توان پرداخت آن را ندارند. همچنین برای داروهایی از جمله متادون و غیره مبلغ ۴ هزار تومان روزانه صرف می‌کنند که با توجه به اینکه شغلی ندارند سلامت روانی موجود افراد را از بین می‌برد و به همین خاطر تمایل چندانی برای ادامه ندارند. شاید به علت همین عدم توان پرداخت معتادین باشد که بعضی از آن‌ها بدون اینکه فرایند درمان‌شان کامل باشد کمپ‌ها را ترک می‌کنند، و چه بسا یکی از عوامل موفقیت در کنترل سوء مصرف در انجمن معتادان گمنام این مسئله می‌باشد که به جای داروهای فوق سعی می‌کنند از شربت تریاک که شیوه‌ی بسیار کارآمدتر است استفاده می‌کنند؛ در خصوص آگاهی بخشی به جامعه در مورد فرایند درمان و صیانت‌های اجتماعی از معتادین و خانواده آن‌ها صداوسیما می‌تواند فعالیت‌های گسترده‌ای انجام دهد. یکی از این موارد ساختن کلیپ‌هایی با محتوای فرایند، مشخصات و ویژگی‌های درمان از قبیل نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی افراد باشد تا هم افراد جامعه و هم اعضای خانواده نسبت به این نیازهای آگاهی داشته باشند. بدیهی است که زمانی که این آگاهی‌ها بالا باشد افراد و اعضای خانواده و جامعه براساس این شناخت‌ها و آگاهی‌ها عمل می‌کنند؛ ایجاد شبکه‌های مجازی در راستای آموزش‌های لازم برای پیشگیری، درمان و صیانت‌های اجتماعی؛ ایجاد دوره‌های بازآموزی و مشاوره در زمینه اعتیاد برای فرد معتاد و خانواده فرد معتاد؛ فراهم کردن زمینه‌های مشارکت‌دهی خانواده افراد معتاد در فعالیت‌های فرهنگی و آموزشی.

منابع

- احمدوند، محمدعلی (۱۳۷۷). *اعتیاد (سبب‌شناسی و درمان آن)*. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
- احمدی خراسانی، نوشین (۱۳۷۷). *جنس دوم (مجموعه مقالات)*، مقاله زن و مواد مخدر در ایران. جلد چهارم، تهران، چاپ غزال.
- احمدی، حبیب (۱۳۸۴). *جامعه‌شناسی انحرافات*. تهران، نشر سمت.
- اصول درمان وابستگی به مواد* (۲۰۰۹). ترجمه علیرضا نوروزی (۱۳۹۰). سازمان جهانی سلامت، نیویورک.
- امینی، کوروش؛ امینی، داریوش؛ افشار مقدم، فاطمه؛ و آذر، ماهیار (۱۳۷۹). بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی زنجان*، ۴۵، ۴۷-۴۱.

اورنگ، جميله (۱۳۶۷). پژوهش در باره اعتياد، تهران: سازمان چاپ و انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامي.

بهروان، حسين؛ و ميرانوري، سيدعليرضا (۱۳۸۹). تحليل جامعه‌شناختي بازگشت مجدد معتادان به اعتياد در مرکز اجتماع مدار (TC) شهر مشهد. مجله بررسي مسائل اجتماعي ايران، (۱)، ۷۸-۴۵.
چيرلو، استفانو؛ بریتی، روبرتو؛ و مازا، روبرتو (۱۳۷۹). اعتياد به مواد مخدر در آينه روابط خانوادگي، ترجمه سعيد پيرمرادي، اصفهان، انتشارات همام.

خادميان، طليعه؛ و قناعتیان، زهرا (۱۳۸۷). بررسي عوامل اجتماعي مؤثر بر اعتياد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروري و کاهش آسیب زنان شهر تهران (مراکز تولد دوباره، خانه خورشيد). پژوهش نامه علوم اجتماعي، ۲(۴)، ۸۵-۵۹.

رحيمي موقر، آفرين؛ ملاپري خواه لنگرودي، زهرا؛ دلبرپور احمدی، شهناز؛ و امين اسماعيلي، معصومه (۱۳۹۰). بررسي کيفي نيازهاي زنان براي درمان اعتياد. مجله روان‌پزشکي و روان‌شناسي باليني ايران، ۱۷(۲)، ۱۲۵-۱۱۶.

سهراب‌زاده، مهران (۱۳۸۸). گزارش راهبردي پيشگيري و کنترل پديده اعتياد و ارائه راهکارها: با مديريت رويکرد شهري. کميته مبارزه با مواد مخدر. دبیرخانه مجمع تشخيص مصلحت نظام.
شاملو، سعيد (۱۳۷۶). آسیب شناسي رواني، تهران، انتشارات رشد، چاپ چهارم.

شيري، محمد (۱۳۹۲). بررسي عوامل اجتماعي جمعيتي مؤثر بر بازگشت به مصرف مواد مخدر. فصلنامه دانش انتظامي شرق تهران، (۱)، ۸۰-۶۳.

صادقي، مصطفي؛ کاظمي، محمود؛ حسني، جعفر. (۱۳۹۲). ارتباط خودکارآمدی، هوش هیجانی و راهبردهای مقابله با استرس با استعداد سوء مصرف در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان.

طیبي، کلتوم؛ ابوالقاسمی، عباس؛ و محمودعلیلو، مجید (۱۳۹۱). مقایسه حمایت و محرومیت اجتماعي در معتادان به مواد مخدر و داروهای روان گردان و افراد بهنجار. دانش و پژوهش در روانشناسي کاربردي، ۱۳(۲)، ۶۲-۵۴.

عرفانيان تقوایی، مجیدرضا؛ اسماعيلي، حبيب اله؛ و صالح پور، حميد (۱۳۸۴). بررسي کمي و کيفي رضایت زناشویی معتادان و همسران آن‌ها در مراجعه کنندگان به کلينیک درمان و ترک اعتياد. فصلنامه اصول بهداشت رواني ۷(۲۸)، ۱۲۱-۱۱۵.

ممتاز، فريده (۱۳۸۱). انحرافات اجتماعي؛ نظريه‌ها و دیدگاه‌ها. تهران، نشر شرکت سهامی انتشار، چاپ اول.

ناستی‌زایی، ناصر (۱۳۸۶). بررسي عوامل خانوادگي عود اعتياد از دیدگاه معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتياد شهرستان زاهدان. فصلنامه پژوهشي دانشکده بهداشت يزد، (۲)، ۲۴-۱۷.

نوروزي، عليرضا؛ صابري زفرقندی، محمدباقر؛ و گيلاني پور، مهسا (۱۳۹۳). راهنمای درمان بستري سوء مصرف مواد، انتشارات سپید برگ.

وایت، راب (۱۳۸۳). جرم و جرم‌شناسی، قم، پژوهشکده حوزه و دانشگاه.

- Abasi, I.; Mohammadkhani, P. (2016). Family Risk Factors among Women with Addiction-Related Problems: An Integrative Review. *International Journal of High Risk Behavior and Addiction*, 5(2), 270-75.
- Anne, W. (2008). *Effects of Length of Time in Treatment and Criminal Classification Level on Recidivism Following Residential Treatment Programs for Drug Offenders*, Thesis submitted to the faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science in Sociology.
- Bannon, J.W.M.; Beharie, N.; Olshtain-Mann, O.; McKay, M.M.; Goldstein, L.; Cavaleri, M.A.; Lawrence, R. (2012). Youth substance use in a context of family homelessness. *Children and Youth Services Review*, 34(1), 1-7.
- Benner, P. (1994). *Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring and Ethics in Health and Illness*. Thousand Oaks: Sage publications. Boston: Williams & Wilkins.
- Cho, T.CH; Hong, J.L.; Fu-Cun, Y. (2007). A Study on Factors Affecting the Abstention of Drug Abuse in Private Rehabilitation Institutes in Taiwan- Operation Dawn Taiwan as an Example, *Flinders Journal of Law Reform*, 5(3), 1-22.
- Cockerham, W.C. (2007). *Social Causes of Health and Disease*, Cambridge, Polity Press.
- Colaizzi, P. (1999). *Psychological research as the phenomenologist views it*. In R.S. Valle, & M. King (eds), *Existential phenomenological alternatives for psychology*, Oxford University Press, New York.
- Copello, A.; Richard D.; Templeton L. (2005). Family intervention in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and alcohol review*, 24(8), 369 -85.
- Dallas, T.X.; David, W.; & Julie, K. (2010). Staley Behavioral Neuroscience of Drug Addiction. *Biosocieties*, 39, 22-6.
- Dowling, M. (2007). From Husserl to van manen: A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (1), 131-42, DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2005.11.026.
- Elsheikh, S. (2008). Factors Affecting Long-term Abstinence from Substances Use. *International Journal of Mental Health and Addiction* 6(3), 306-15.
- Keller, D.S.; Galanter, M.; Weinberg, S. (1997). Validation of scale for network therapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23(4), 115-27.
- Kirby, C.; Dugush, K.; Benishek, L.; Harrington, V. (2005). The significant other checklist: measuring the problems experienced by family members of drug users. *Addictive behaviors*, 30(10), 29-47.
- Kirchner, V. (2008). *Relapse Dynamics during Smoking Cessation: Recurrent Abstinence Violation Effects and Lapse-Relapse Progression*. University of Wyoming, Department of Psychology in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy" University of Pittsburgh.
- Levinson, J.H.; Ruiz, P.; Millman, R.B.; Langrod, J.G. (1997). *Substance Abuse (A Comprehensive Text Book)*, 3th ed.
- Suter, L. (2005). *The role of religion in predicting recidivism: considering element of social networking, social capital and social learning theory*. Thesis for degree of Doctor of Philosophy in College of Bowling Green State University.
- Templeton, L.; Zohhadi, S.; Vellman, R. (2007). Working with family members in specialist drug and alcohol services: findings from a feasibility study drugs: education, prevention and policy. *Journal of Addiction*, 14(2), 15-23.
- West, R. (2008). *Theory of Addiction*, Blackwell publishing, oxford.