

مبانی نظری و تجربی پژوهش

۱- سلامت

از آنجا که سلامت مهم ترین و مناقشه برانگیزترین مفهوم این تحقیق است، بررسی اجمالی فضای مفهومی موجود در مورد آن اهمیت زیادی دارد، به طور کلی تعاریف متعددی از مفهوم سلامت نزد محققان و اندیشمندان رشته های پزشکی، بهداشت و جامعه شناسی وجود دارد. این مسئله نشان می دهد هیچ شیوه ساده و آسانی برای ارائه تعریف از مفهوم سلامت وجود نداشته و دستیابی به تعریفی که مورد قبول همگان باشد، بر راحتی میسر نیست.

سلامت بی تردید مهم ترین جنبه از مسائل حیات انسان به شمار می رود که از دوران قدیم ذهن اندیشمندان را به خود مشغول کرده است. کسانی نظیر افلاطون که سلامت را به عنوان

«هماهنگی میان عملکردهای بدن» و افرادی نظیر جالینوسی که در مقابل سلامت، بیماری را به عنوان «برهم خوردن تعادل» فرض کرده اند جزء متقدمینی هستند که به تعریف این مفهوم

پرداخته اند. همچنین در طول ۳۰ سال گذشته تعداد زیادی از تحقیقات مربوط به سلامت تعاریف متعددی از آن ارائه کرده اند. به عنوان نمونه در منابعی نظیر مرکز ملی سلامتی آمریکا،

۱۹۶۴؛ بیلوک، ۱۹۷۱؛ برسلو، ۱۹۷۲؛ الینسون، ۱۹۷۴؛ بالینسکی و برگر، ۱۹۷۵؛ کاپلان، ۱۹۷۶؛ ساکت، ۱۹۷۷؛ سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۷۹؛ ویر، ۱۹۸۱؛ هیدی و دیگران، ۱۹۸۵ و ...

تعاریف گوناگونی از مفهوم سلامت به چشم از می خورد (Blaxter, 1998:2) که سعی خواهد شد تعاریفی که نزدیکی بیشتری با اهداف تحقیق حاضر دارند مورد اشاره قرار گیرند.

به طور کلی در تعاریف پزشکی، سلامت معادل عدم وجود بیماری فرض می شود. بنابراین در حوزه دانش پزشکی به جای ارائه تعریف از سلامت عموماً به ارائه تعریف بیماری بسنده

می‌شود. یکی از این تعاریف که مبتنی بر پزشکی جدید است بیماری را به عنوان «انحراف متغیرهای بیولوژیک قابل اندازه‌گیری از حد عادی یا وجود اشکال آسیب شناختی طبقه‌بندی و تعریف شده تلقی می‌نماید» (Ibid:3).

دانش دیگری که به ارائه تعریف از سلامت پرداخته است، جامعه‌شناسی پزشکی است. تعاریف جامعه‌شناختی از سلامت ضمن مدنظر قرار دادن عوامل بیولوژیک، بر عوامل اجتماعی، فرهنگی و روانی نیز تأکید دارند. به عنوان مثال منوچهر محسنی معتقد است سلامت از صفات بسیار متنوعی شکل می‌گیرد که عبارتند از: آمادگی برای کار، تغذیه خوب، احساس شادابی و فقدان هرگونه غم و رنج (محسنی، ۱۳۷۶:۴۵).

همچنین سازمان بهداشت جهانی تحت تاثیر تعاریف جامعه‌شناختی سلامت را «حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی می‌داند و نه فقط فقدان بیماری و نقص عضو» (همان: ۴۵). بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت را می‌بایست با توجه به عواملی نظیر سن، جنس، جامعه و منطقه زیست و در قالب حدود هنجاری مورد بررسی قرار داد.

۲- بیماری

برای تکمیل بحث تعاریف سلامت، ضرورت دارد به مفهوم مقابل آن یعنی بیماری نیز پرداخته شود. تعریف بیماری نیز همانند سلامت به سادگی امکان پذیر نیست و برحسب نوع جامعه، مراحل توسعه و مسائل فرهنگی، تعاریف متفاوتی از آن ارائه شده است.

بیماری را در غالب موارد «انحراف از حالت سلامت» تعریف کرده‌اند. به اعتقاد اغلب مردم بیماری حالتی است که تحت تاثیر آن سلامتی انسان به مخاطره می‌افتد از نظر محیط شناسان بیماری پدیده‌ای است ناشی از ناتوانی ارگانیسم در ارائه پاسخ همساز به محیط (محسنی،

(۵۶:۱۳۷۶)، در حالی که در انگاره سنتی پزشکی بیماری ضایعه‌ای است در درون بدن انسان

که دو نوع شاخص پدید می‌آورد. اول حالتهایی احساسی که بیمار به آن دچار می‌شود و به او

هشدار می‌دهد که وضع روبراه نیست که به آنها نشانه‌ها (symptoms) گفته می‌شود و دوم

نشان‌گرهایی که بیان‌کننده وجود ضایعه آسیب‌شناسانه نهفته‌ای هستند که توسط پزشک

تشخیص داده می‌شوند و به آنها علائم (signs) اطلاق می‌شود (آمسترانگ، ۱۳۷۲: ۲۷).

به طور کلی انواع تعاریف موجود درباره بیماری را می‌توان به شرح زیر طبقه‌بندی کرد:

۱- تغییر در ساختمان عضو و خارج شدن آن از حالت طبیعی.

۲- تغییر در وظایف طبیعی جسم و روان.

۳- پیدایش حالت‌هایی که موجب رنج افراد گردد.

۴- عدم تعادل روانی و اجتماعی (محسنی، ۱۳۷۶: ۵۷).

ج - اعتیاد

اعتیاد (Addiction) واژه‌ای است قدیمی که امروزه به دلیل کاستی‌های آن از اصطلاح

«وابستگی به مواد» استفاده می‌شود و وابستگی سندروم بالینی با تظاهرات رفتاری، شناختی و

فیزیولوژیک است که باعث می‌شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد. که برای

تشخیص این وابستگی، حداقل وجود ۳ نشانه اول از ۵ مورد زیر لازم است:

۱- افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی لازم برای دستیابی به علائم مصرف آن

۲- پیدایش علائم ترک در صورت عدم مصرف یا کاهش مقدار مصرف

۳- تمایل دائم و تلاش‌های ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده

۴- مختل شدن فعالیت‌های اجتماعی، شغلی و ...

۵- تداوم مصرف ماده علی‌رغم آگاهی از عوارض آن.

از طرف دیگر برای تشخیص تخت تاثیر مواد بودن در ادبیات موجود ۲ معیار عمده وجود

دارد که عبارتند از :

۱- بروز علائم قابل برگشت و اختصاصی مصرف ماده.

۲- بروز رفتارهای نامتناسب یا تغییرات روانی به دلیل تاثیر ماده بر دستگاه عصبی مرکزی

و - ترک مواد

ترک حالتی از محرومیت (withdrawal) مصرف مواد است که در اثر آن نشانه‌های زیر

وجود می‌آیند.

۱- بروز سندروم خاص، بر اثر قطع یا کاهش مصرف ماده‌ای خاص

۲- بروز علائم کاملاً ناراحت کننده و اختلال در کارکرد اجتماعی و شغلی بر اثر سندروم فوق.

۵- درمان

به مجموعه روش‌هایی کچه گفته می‌شود که با هدف دست یابی به شیوه زندگی بدون مواد،

کمک به افزایش عملکرد در جنبه‌های مختلف زندگی و پیشگیری از تکرار مصرف (عود)

انجام می‌شوند... درمان اعتیاد معمولاً با محرومیت (قطع یا کاهش مصرف مواد)، استفاده از

دارو و روش‌های اجتماعی نظیر سخنرانی‌های آموزنده، جلسات مشاوره گروهی، ایجاد

ارتباط با دوستان غیرمعتاد و کمک گرفتن از خانووده همراه است از اهداف فرعی شیوه‌های

درمانی می‌توان به افزایش انگیزه برای ترک و کمک برای باقی ماندن در ترک نیز اشاره نمود

و- عود

عود به چند حالت مختلف از برگشت به سوء مصرف مواد گفته می‌شود که عبارتند از:

۱- بازگشت ناگهانی به مصرف موادی که قبلاً مصرف می شده اس.

۲- فرآیندی که سرانجام به مصرف مجدد مواد منجر خواهد شد.

۳- افزایش مصرف مواد، نسبت به مقداری که قبلاً مصرف می شده است.

معمولاً برگشت به سوء مصرف مواد تحت تأثیر عواملی نظیر افراد (دوستان و آشنایان معتاد) ،
اماکن و اشیاء تحریک حواس پنج گانه، تجدید خاطرات، افکار و عواطف، اختلالات روانی و

سایر بیماری ها و روبروشدن با موقعیت های ناگوار صورت می پذیرد.

ز- پیشگیری

پیشگیری (prevention) به کارگیری اقداماتی است که منجر به کاهش ابتلای افراد به اعتیاد
می شود. در واقع پیشگیری موجب کاهش عواملی می شود که افراد را در معرض خطر قرار

می دهند و افزایش عواملی که افراد را از مصرف مواد حفظ می کند. مهم ترین شیوه های

پیشگیری عبارتند از:

۱- آگاه کردن افراد از خطرات و مضرات مواد مخدر

۲- تقویت فعالیت های جایگزینی

۳- افزایش مهارت های زندگی بویژه مهارت های حل مشکل

۴- ارتقای فرهنگی

۳- مروری بر ادبیات تحقیق

الف - نگاهی بر ادبیات مربوط به سلامت

رابطه میان شرایط حیاتی و از آن جمله شرایط اجتماعی و وضع سلامتی و بیماری انسان از دیرباز مورد علاقه بشر بوده است. همین تشخیص ارتباط بین مجموعه عوامل اجتماعی با سطح بهداشت و سلامتی، در نهایت منجر به تشکیل شاخه خاصی در جامعه شناسی به نام جامعه‌شناسی پزشکی شده است.

روند کلی تحول اجتماعی - معیشتی در آغاز قرون جدید، دورانی را به وجود آورد که در آن، مسائل متفاوتی در جریان صنعتی شدن کشورها طرح گردید؛ واحدهای تولیدی کارخانه‌ای، جای کارگاه‌های تک نفری یا کارگاه‌هایی با جمع بسیار محدود را گرفت و بهداشت جمعی کارگران که شرط لازم تداوم تولید کارخانه‌ای است، توجه دست‌اندرکاران اجتماعی را به مراتب بیش از پیش به سلامتی و بیماری اکثریت جامعه جلب کرد. در این دوره سرمایه‌داران نوپا عموماً این فهم را یافته بودند که واحد تولیدی برای بازدهی قابل اطمینان تولیدی و اقتصادی الزاماً باید حداقل‌های بهداشتی را تأمین کنند تا کارگران و کارمندان بتوانند ارائه‌دهنده خدمات قابل انتظار در عرصه تولید باشند. از تبعات این رویکرد افزایش توجه به مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر بهداشت، سلامتی، بیماری، و رشد بررسی‌ها در زمینه ارتباط میان آن‌ها (رشد مطالعات اجتماعی در باب مسائل پزشکی) بود.

یکی از شخصیت‌های برجسته در این گونه مطالعات در قرن بیستم، آلفرد گروتیان آلمانی است که در کتاب معروف خود به این نتیجه رسید که بسیاری از امراض مهم اجتماعی مشخصاً مزمن هستند و بسیاری از آن‌ها قابل پیشگیری و یا حداقل کنترل پذیرند.

در دهه‌های اول قرن بیستم، تحقیقات اجتماعی در پزشکی به آن درجه از گستردگی و عمق رسیده بود که بتواند مرزهای ملی کشورهای خاستگاه و بویژه آلمان را پشت سر بگذارد. نقش گروتیان در این گسترش بسیار اساسی است. در هر حال این گونه مطالعات در کشورهای مختلف اروپای غربی و شرقی و شوروی (سابق) مطرح شد و رشد کرد.

اما در کشورهای انگلوساکسون ابراز علاقه به پزشکی اجتماعی و مطالعات مربوط به آن، پدیده نسبتاً جدیدی است. ملاحظات و پارامترهای اجتماعی در این کشورها بیشتر تحت پوشش جامعه‌شناسی پزشکی طرح شده و مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در نتیجه شاید تا حدودی قریب به واقعیت باشد که اروپا را مهد طب اجتماعی، و به طور کلی کشورهای انگلوساکسون - رامهد جامعه‌شناسی پزشکی بدانیم. اما فرق اساسی بین پزشکی اجتماعی و جامعه‌شناسی پزشکی به طور خلاصه در آن است که اولی بیشتر جهت‌گیری پزشکی و دومی بیشتر جهت‌گیری جامعه‌شناختی دارد و به موضوعاتی نظیر تحلیل ساخت اجتماعی، نهادها و الگوها توجه می‌کند.

به هر صورت رشد طبیعی جامعه‌شناسی پزشکی در جهان غرب به علت دو عامل اساسی بوده است: یکی پی بردن به این واقعیت که بسیاری از مسائل موجود در نظام ارائه خدمات بهداشتی جدید اساساً اجتماعی‌اند و دیگری افزایش علاقه خود پزشکی به جنبه‌ها و عوامل اجتماعی بیماری‌های مختلف از قبیل بیماری‌های روانی، بیماری‌های مزمن و ... (آمسترانگ، ۱۳۷۲، ص ۲۵-۱۵)

پس از رشد و گسترش مطالعات مربوط به جامعه‌شناسی پزشکی و پزشکی اجتماعی، مطالعات مربوط به وضعیت سلامت و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن به‌طور انبوه در حوزه‌های جغرافیایی

گوناگون پیگیری شد.

در واقع اگر زمان تولد جامعه‌شناسی پزشکی را نیمه اول قرن بیستم بدانیم، شکل‌گیری مطالعات مربوط به سلامت عمدتاً در نیمه دوم این قرن بوده است. این موضوع به ویژه در بیست سال اخیر صعودی قابل ملاحظه‌ای را از نظر کمی و کیفی نشان می‌دهد.

محققان بسیاری در طول این سال‌ها کوشیده‌اند تا پس از ارائه یک تعریف عملیاتی ترکیبی از مفهوم سلامت، تأثیر شرایط، واقعیت‌ها و ساختارهای اجتماعی را بر آن بسنجد. به‌طور کلی مطالعات انجام گرفته در این زمینه را در دو طبقه می‌توان جای داد؛ نخست تحقیقاتی که به تأثیر شرایط اجتماعی گوناگون پرداخته‌اند و دوم پژوهش‌هایی که در پی بنیان نهادن چهارچوب‌های نظری و روش‌شناسی جهت سنجش وضع سلامتی جمعیت‌های و گروه‌های مختلف اجتماعی و بیان تفاوت‌های موجود در سطح سلامتی بر حسب متغیرهای اجتماعی گوناگون بوده‌اند؛ همچنین بخشی از مطالعات مربوط به سلامتی نیز در حوزه روان‌شناسی اجتماعی شکل گرفته‌اند.

نمونه‌های مورد مطالعه در طبقه نخست از تحقیقات، عمدتاً بیمارانی بوده‌اند که نوع بیماری آن‌ها (به عنوان نقطه مقابل سلامتی) در ارتباط با متغیرهای نظیر انتخاب اجتماعی (ژاک والن و میخائیل و پلانک) به‌عنوان تبیین‌کننده‌های تفاوت در سلامتی - از یک سو - و نیز استرس و اتفاقات زندگی (هانس سلی)، انواع شخصیت، توان مقابله با مشکلات (آرون آنتونوفسکی) سلامتی، از سوی دیگر - مورد بررسی قرار گرفته‌اند (هرتسلیک، ۱۳۷۶، ص ۷۳-۷۷).

در جامعه‌شناسی پزشکی تأثیرات عوامل اجتماعی بر تندرستی و بیماری در دو مقوله تأثیرات مستقیم و تأثیرات غیرمستقیم مورد بحث قرار می‌گیرد. شواهد موجود از تأثیر غیرمستقیم

عوامل اجتماعی در فراهم آوردن تماس فرد با خطرهای جهان فیزیکی - زیست‌شناختی حکایت دارد که این تأثیرها، به صورت کلی یا جزیی قابل بررسی است.

در خصوص تأثیر کلی عوامل اجتماعی، دوبوس (۱۹۸۰) این نکته جالب توجه را که بیماری محصول سوء سازگاری با محیط است مورد بحث قرار داده است. او اعتقاد دارد جوامعی که به تعادل با محیط خود رسیده‌اند. به‌طور کلی از بیماری مبرا هستند و بیماری هنگامی پدید می‌آید که این تعادل به هم بخورد.

اما متداول‌ترین راه بررسی تأثیر مشخص عوامل اجتماعی برحسب خطرهای خاص محیط است. مکاون (۱۹۷۹) استدلال کرده است که نرخ بالای مرگ و میر در قرن نوزدهم - و به‌طور ضمنی در کشورهای جهان سوم امروز - محصول بیماری‌های مبتنی بر میکرو ارگانیسم می‌باشد که در محیطی دارای وضعیت غیربهداشتی و تغذیه‌ای ضعیف، رشد و شکوفایی می‌یابند.

درحالی که هریک از عوامل فیزیکی - بیولوژیکی محیطی در علت‌شناسی بیماری اهمیت دارد، درک اینکه تمامی این عوامل در یک متن اجتماعی پدید می‌آیند و عمل می‌کنند نیز مهم است. اما در زمینه تأثیرهای مستقیم، شاید درک اینکه «خطری غیرجسمی» مانند خطرهای محیطی خاص بتواند موجب بیماری گردد، آسان نباشد. با این همه گاهی به نظر می‌رسد که بیماری، مستقل از هر عامل جسمی پدید می‌آید..

اما در زمینه تأثیرهای مستقیم، شاید درک این که «خطری غیرجسمی» مانند خطرهای ناهنجاری جسمی را در بر می‌گیرد، واضح است که عوامل غیرفیزیکی نیز نقش عمده‌ای را در ناخوشی افراد جامعه بر عهده دارند؛ این امر به نظریه آمادگی عمومی برای ابتلا به بیماری انجامیده

است.

در پزشکی، چنین بیماری‌های غالباً عملکردی نامیده می‌شوند، گاه از این لحاظ که به نظر

می‌رسد ذهن و روان تأثیری مستقیم بر جسم دارد، نام روان تنی نیز به آنها اطلاق می‌گردد.

این استدلال را می‌توان یک گام جلوتر برد، بدین صورت که محیط اجتماعی، هم ذهن و روان

را در فرایند «جامعه پذیری» می‌سازد و هم همواره برای فرد منبع حمایت و معنی است. مفهوم

آمادگی ابتلا به بیماری در ادبیات موجود، معمولاً برحسب سه مفهوم به هم وابسته همبستگی

اجتماعی حمایت اجتماعی و حوادث زندگی مورد بررسی قرار گرفته است.

در زمینه همبستگی اجتماعی، اثر معروف دورکیم در تقسیم کار اجتماعی زمینه‌ساز تئوری

پردازی و مفهوم سازی بسیاری از پژوهشگران معاصر گردیده است: این پژوهشگران با

استفاده از فرضیه‌های دورکیم، کوشیده‌اند تا رابطه میان حمایت اجتماعی و بیماری را بیابند.

استدلال آنها این است که اگر یگانگی اجتماعی ضعیف باشد، افراد از حمایت اجتماعی

بهره‌ای نمی‌برند و از همین رو بیشتر در معرض بیماری و برعکس.

همان‌گونه که دورکیم نیز در اثر معروف خود «خودکشی» از شاخص‌های مختلفی نظیر ازدواج،

دین و ... استفاده کرده است، محققان معاصر نیز از ازدواج، تماس، ادراک و ... به منزله

حمایت اجتماعی استفاده کرده‌اند.

در این جا جهت عدخم اطاله کلام از تحقیقات مربوط به حوادث زندگی ذکری به میان نخواهد

آمد، اما روشن است که حوادث زندگی و حمایت اجتماعی با یکدیگر رابطه دارند؛

بدین ترتیب که حمایت اجتماعی فراهم آورنده «ضربه‌گیری» در برابر حوادث زندگی است که

در آن تأثیر منفی یک حادثه تا اندازه‌ای توسط پشتیبانی و حمایت اجتماعی خوب خنثی

می‌شود. در این زمینه می‌توان به مطالعات پاتریک و همکاران (۱۹۸۶) اشاره نمود (آرمسترانگ، ۱۳۷۲، ص ۶۸).

مطالعاتی که تاکنون به آن‌ها اشاره شده است، عمدتاً از بیماری به عنوان متغیر وابسته استفاده کرده‌اند اما تعداد متناهی از تحقیقات نیز - که عمدتاً مربوط به سال‌های اخیرند - سلامت را محور اصلی کار خود قرار داده‌اند. کوشش اصلی این تحقیقات از یک طرف اندازه‌گیری وضع سلامت افراد متعلق به گروه‌ها و رده‌بندی‌های اجتماعی خاص با استفاده از تعاریف چند بعدی و ترکیبی جامعه‌شناسی پزشکی و از طرف دیگر سنجش رابطه متغیرهای اجتماعی و روانی با وضع سلامت بوده است.

سنجش وضع سلامت و تفاوت آن در میان گروه‌بندی‌های جمعیتی (سن - جنس و ...) سنجش نابرابری در وضع سلامت گ روه‌بندی‌های شغلی و پایگاهی، گروه‌بندی‌های نژادی و طبقاتی، گروه‌بندی جغرافیایی و منطقه‌ای، و بسیاری از متغیرهای مستقل دیگر از جمله تلاش‌های به کار رفته در این تحقیقات محسوب می‌گردد. اما آنچه در این گونه پژوهش‌ها حائز اهمیت است، ترکیب متغیرهای مستقل نیست، بلکه نحوه رویکرد به مسئله سلامت از دیدگاه اجتماعی است، زیرا اغلب متغیرهای مستقل در این دسته از تحقیقات در زمره متغیرهای سنتی جامعه‌شناسی محسوب می‌گردند و آنچه آن‌ها را از یکدیگر و از سایر تحقیقات در حیطه پزشکی متمایز می‌سازد، چگونگی سنجش سلامت با استفاده از تعاریف در بردارنده ابعاد بیولوژیک، اجتماعی و روانی است.

از آنجا که شرایط و واقعیت‌های اجتماعی در هر جامعه و حتی در هر گروه اجتماعی متفاوت است بنابراین تعاریف اجتماعی سلامت نیز دامنه تغییرات بسیار وسیعی را از نظر شاخص‌های

اصلی و فرعی دارا هستند، هرچند که در بیشتر آن‌ها شاخص‌های اصلی پزشکی و احاماعی مورد توجه قرار گرفته است. در این جا شرح مختصر و فهرست‌واری از این گونه تحقیقات و متغیرهای وابسته و مستقل آن‌ها به عنوان مروری بر ادبیات سنجش وضع سلامتی عنوان می‌گردد.

هرچند چنین کاری به خودی خود می‌تواند به عنوان یک موضوع تحقیق مستقل مطرح می‌باشد، اما در واقع هدف از بررسی ادبیات موجود در این جا آشناسدن و شناخت شیوه مفهوم سازی در این گونه آثار جهت روشن شدن چارچوب‌های نظری و روش شناختی تحقیق حاضر است. برخی از این تحقیقات عبارتند از:

- بررسی تأثیر کار خارج از خانه زنان بر سلامت آن‌ها (آلبر، گیلبرت و دیل، ۱۹۸۵)

- زنان، سلامتی، و خانواده (گراهام، ۱۹۸۶)

- نابرابری در سلامت و جنسیت (هاوید مانیلا، ۱۹۸۶)

- منزلت و طبقه شغلی، انتخاب، و ایجاد نابرابری در سلامت (ایلسلی، ۱۹۸۶)

- فقر و سلامت در شهر شفیلد (تانرست، ۱۹۸۵)

- نابرابری در وضعیت سلامت (تانزند، ۱۹۸۲۱)

- نابرابری در وضعیت سلامت مناطق شمالی انگلستان (تانزند، ۱۹۸۶)

- نابرابری در وضعیت سلامت در شهر بریستول (تانزند، ۱۹۸۵)

همچنین تعداد زیادی از تحقیقات نیز در عرصه روش‌شناسی به مطالعه و بررسی میزان اعتبار و قابلیت اعتماد روش‌های سنجش وضعیت سلامت و نیز مشکلات و مسائل روش شناختی این اندازه‌گیری پرداخته‌اند که برخی از آن‌ها عبارتند از:

- قابلیت اعتماد و اعتبار داده‌های مربوط به تحقیق فقر و سلامتی آنتونوفسکی (هابرمن، ۱۹۶۹)

- وضعیت سلامت، انواع اعتبار، و شاخص‌های رفاه (کاپلان، ۱۹۷۶)

تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)

سازمان بهداشت جهانی بر اهمیت متغیرهای عملکردی اجتماعی، فرهنگی، ذهنی، و روان‌شناسی اجتماعی بر روی اجرای نقش، تأکید دارد. هر چند که گروهی از دانشمندان وابسته به سازمان بهداشت جهانی، مفهوم خودمختاری و استقلال^۱ را نیز به متغیرهای فوق اضافه نمودند، اما این مفهوم به دلیل انتقادهای زیادی که بر آن وارد بود چندان مورد اتفاق نظر سایر محققان قرار نگرفت (جنکینسون، ۱۹۹۴).

به‌طور کلی تعریف سازمان بهداشت جهانی به نوعی در بردارنده مفهوم کیفیت زندگی و رفاه، از ابعاد مختلف در ارتباط با وضع سلامت است. اگر چه تلاش‌های زیادی در خصوص عملیاتی نمودن مفهوم سلامت صورت پذیرفته، اما این مفهوم تاکنون به صورت جامع تعریف عملیاتی نشده است، زیرا متغیرهای آن از روی مجموعه‌ای از تحقیقات محدود فاقد دقت بیرون کشیده شده است و به همین دلیل در خصوص شاخص‌های آن اجماع چندانی وجود ندارد. برای مثال، منابع زیر که در طول یک دوره حدوداً ۱۲ ساله تدوین شده‌اند همین عدم اجماع را یادآور می‌شوند.

- چارچوب روش شناختی دستیابی به شاخص‌های سلامت (کیرشتر، ۱۹۷۱)

- مسائل اجتماعی و روان‌شناختی بررسی وضعیت سلامت و بیماری (کیرشتر، ۱۹۷۱)

— انتخاب ابزارهای سنجش وضعیت سلامت افراد در جمعیت‌های عمومی

(ویر، ۱۹۸۱)

— اعتباریابی شاخص وضعیت عملکرد (سلامت) (رینولدز، ۱۹۸۳)

یکی از نکات قابل توجه در بررسی ادبیات موضوع سلامت، حجم وسیع تحقیقات انجام گرفته در کشورهای مختلف جهت دستیابی به پرسش‌نامه‌ها و ابزارهای سنجش استاندارد و مطابق شرایط اجتماعی می‌باشد. در این رهگذر، پرسش‌نامه‌های زیادی مانند NHP، SIP، HAQ، SF-36، DHP، GHQ، و ... تدوین و مورد استفاده محققان قرار گرفت که از آن میان، دو پرسش‌نامه NHP (سیمای سلامتی ناتینگهام)^۱ و SF-36^۲ از بقیه بیشتر کاربرد یافته‌اند.

این گونه پرسش‌نامه‌ها به «میزان‌های ذهنی تندرستی» معروف شده‌اند، زیرا در آن‌ها به نظر شخصی فرد پاسخگو درباره تندرستی اش تکیه می‌شود، سیمای تندرستی ناتینگهام با این پرسش از بسیاری افراد که درباره سلامتی چه چیزی را مهم می‌دانند، پدید آمد، از پاسخ‌های آنان مجموعه‌ای از پرسش‌ها پدید آمد که صرفاً مستلزم پاسخ آری - نه است. این پرسش‌های متفاوت سپس به صورت شش مقوله یا ابعاد سلامتی شامل درد، تحرک جسمی، خواب انرژی، انزوای اجتماعی و واکنش‌های عاطفی گروه‌بندی گردید. سیمای تندرستی ناتینگهام تاکنون در مورد بسیاری از جمعیت‌ها به کار رفته است از آنجا که این شاخص اجزای مختلف سلامت را مشخص می‌کند، وسیله‌ای بسیار مفید برای مقایسه تندرستی گروه‌های مختلف تلقی شده است.

1- Natingham Health Profile

2- Medical Outcome Study, Short From, 36- Item

کارهای روش شناختی بسیاری در جهت تصحیح، کوتاه کردن، استاندارد کردن و سنجش میزان اعتبار و قابلیت اعتماد سیمای تندرستی ناتینگهام توسط افرادی نظیر هانت ۱۹۸۶، مک کناوکاوندو کارهیل ۱۹۸۷، ابرین ۱۹۸۸، جنکینسون ۱۹۸۸، بوکستون ۱۹۸۵، وال ورک، ۱۹۸۵، فیتزپاتریک ۱۹۹۲ و چندین محقق دیگر کگه به دلیل طولانی شدن بحث از ذکر نام آنها خودداری می شود، صورت گرفته است.

قابل ذکر است که در اغلب این تحقیقات سیمای تندرستی ناتینگهام، میزان قابلیت اعتماد و اعتبار بالایی را نشان داده که این مسئله بیانگر تدوین و پالایش مکرر و دقیق و تبدیل شدن آن به یک پرسش نامه استاندارد است.

یکی از میزان های ذهنی دیگر سلامت، پرسش نامه SF-36 است که برای مطالعه پیامدهای پزشکی توسعه یافته به کار می رود و به طور بسیار وسیعی از نظر قابلیت اعتماد و اعتبار مورد آزمون قرار گرفته است.

این پرسش نامه همانند سیمای تندرستی ناتینگهام به اظهار نظرهای شخصی پاسخگویان و ذهنیت های آنها در خصوص وضع سلامت و تأثیر آن بر انواع فعالیت های فردی و اجتماعی می پردازد. این پرسش نامه در امریکا تدوین و پس از مطالعات فراوان از ابعاد روش شناختی مختلف تصحیح شد و به عنوان یک ابزار استاندارد در بسیاری از تحقیقات مربوط به سلامت مورد استفاده قرار گرفت.

تحقیقات مربوط به سلامت براساس پرسش نامه SF-36 در بسیاری از کشورهای اروپایی و امریکا و دیگر کشورها بارها صورت گرفته و هنجارهای ملی نمرات شاخص های هشت گانه آن توسط مراکز مطالعات بهداشتی و درمانی کشورهای گوناگون انتشار یافته است.

پرسش نامه SF-36 محتوی ۳۶ سؤال در ۸ بخش است که هر یک از این بخش ها به عنوان یکی از ابعاد سلامتی از دیدگاه پزشکی و اجتماعی در نظر گرفته شده اند. در تحقیق حاضر شکل تعدیل یافته این پرسش نامه به عنوان شاخص ذهنی سلامت مورد استفاده قرار گرفته است. توضیحات روش شناختی دقیق تر در مورد شکل تعدیل یافته آن در فصل روش شناسی تحقیق آمده است.

پژوهشگران بسیاری نظیر برازیر، هارپر، جونز و ... در زمینه اعتبار یابی SF-36 و نیز مقایسه آن با سیمای تندرستی ناتینگهام فعالیت نموده اند. اگرچه پرسش نامه SF-36 در تحقیقات مختلف، ضرایب اعتماد و اعتبار بسیار بالایی را نشان داده است، اما برای استفاده در شرایط اجتماعی متفاوت به تحقیقات دامنه داری نیاز دارد. چنین مطالعاتی توسط گروهی از پژوهشگران نظیر آندرسون، آکوادرو، آلونسو، آپولون، باکت، بالینگر، فوکوهارا، کلو و ... در قالب طرح بین المللی ارزیابی کیفیت زندگی ۱۹۹۲، (IQOLA) طی چهار سال به ترجمه و تطبیق SF-36 با شرایط اجتماعی بیش از پانزده کشور و اعتباریابی، به دست آوردن هنجارهای ملی و در نهایت مد نظر قرار دادن اصلاحات جدید جهت استفاده از پرسش نامه در تحقیقات بین المللی سلامت انجام گرفت.

همچنین محققانی نظیر مک هورنی، ویر و دیگران (۱۹۹۳) با استفاده از روش های کلینیکی و روان سنجی به آزمون اعتبار شاخص های جسمانی و روانی سلامت به کار رفته در SF-36 پرداختند. نتیجه این تحقیق حاکی از آن بود که با کمک شاخص های به کار رفته در پرسش نامه، به خوبی قادر به تشخیص وضعیت سلامتی افراد و جدا کردن افراد سالم از ناسالم خواهیم بود.

در این زمینه کوشش‌های زیادی توسط گروه عظیمی از محققان مانند گارات، رونا، باکینگهام، شربورن، راند، آندرسون، ویکین، مک‌هورنی، کازینسکی، لیونز، پری، لیتلیج، بل، کن و ... در جهت اعتباریابی و استاندارد کردن SF-36 در شرایط مختلف و برای گروه‌های اجتماعی گوناگون انجام پذیرفته است که به دلیل طولانی شدن بحث از ذکر همه آنها صرف‌نظر می‌گردد.

قابل ذکر است که بیشتر این تحقیقات، اعتبار، پایایی درونی، قابلیت و اعتماد بالایی را برای پرسش‌نامه مذکور در شرایط مختلف گزارش کرده‌اند. یکی از این تحقیقات که توسط بل و کن (۱۹۹۵) در امریکا انجام شده است، با استفاده از شبکه اینترنت به مدت یک سال به جمع‌آوری اطلاعات SF-36 از ۴۸۷۶ نفر از سراسر جهان که به شبکه دسترسی داشتند، پرداخته است. نتیجه این مطالعه حاکی است که ضریب آلفای کرونباخ شاخص‌های مختلف SF-36 بین ۷۶/۰ تا ۹/۰ بوده است که قابلیت اعتماد بسیار بالای این پرسش‌نامه را در شرایط گوناگون نشان می‌دهد.

براساس آنچه گفته شد، پرسش‌نامه SF-36 امروزه در سطح بین‌المللی کارآیی و قابلیت‌های بالای خود را در سنجش وضعیت سلامت گروه‌ها و جمعیت‌های مختلف نشان داده و به عنوان یک ابزار خوب، کاربرد جهانی یافته است.

ب - سلامت و اعتیاد

بررسی مطالعات موجود پیرامون عملکرد مراکز درمانی سوء مصرف مواد مخدر و وابستگی در ایران و خارج از کشور نشان می‌دهد، دستیابی به سلامت با تأکید بر سه جنبه جسمانی، روانی و اجتماعی مدنظر می‌باشد. اهداف درمان در پروتکل درمانی موجود، سه نکته محوری را

مطرح می‌نماید که عبارتند از:

- دست‌یابی به شیوه زندگی بدون مواد

- کمک به افزایش عملکرد در جنبه‌های مختلف زندگی

- پیشگیری از تکرار مصرف (عود)

استراتژی‌های بکار گرفته شده در جهت دستیابی به اهداف فوق در قالب در اخلات طراحی

شده‌اند. این مد اخلات در ابعاد روانی و اجتماعی تعریف شده و با بهره‌گیری از ابزارهای

چون جلسات گروهی، کمک گرفتن از خانواده‌ها، ایجاد ارتباطات جدید، اصلاح روابط دورن

خانواده، سخنرانی‌ها و توجه به جنبه‌های معنوی زندگی و ... پایش فرآیند را برعهده دارند.

در تحقیقی که از مراکز خود معرف در ایران صورت گرفته است، اختلالات رفتاری چون

شخصیت ضد اجتماعی، اختلال سلوک، اضطراب و افسردگی در میان افراد معتاد پیش از

درمان و پس از درمان مورد مطالعه قرار گرفته است.

در این تحقیق از ۱۵۳ معتاد که به طریق نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب شده بودند، آزمون بعمل

آمده است. براساس نتایج به دست آمده به رغم کاهش نسبی در میزان افسردگی و رفتار اعتیاد

آزمودنی‌ها در مرحله اصلی درمان نسبت به مرحله اولیه، میزان افسردگی و تمایلات به سوء

مصرف ماد (آمادگی به اعتیاد) همچنان بالا بوده است.

در این الگو سندروم افسردگی، سابقه اعتیاد، نوع ماده مخدر مصرفی و سابقه ترک اعتیاد بر

تمایلات فرد به سوء مصرف و رفتار اعتیادی تأثیر می‌گذارد. براساس این تحقیق اختلالات

روانی در گرایش مجدد به سوء مصرف پس از درمان، مؤثر دیده شده است.

تحقیقات دیگری در این خصوص انجام شده است که نابهنجاری او تاب‌مانی‌های روحی،

عاطفی و رفتاری نظیر اختلالات اضطراب، افسردگی، احساس از خود بیگانگی، احساس بی‌قدرتی و ... را از عوامل پایه‌ای مصرف مواد مخدر و عود مجدد عنوان نموده‌اند. (بروین ۱۹۹۲، وین استاین ۱۹۹۳، برونر ۱۹۹۳، کیدروف ۱۹۹۶، ک وهن ۱۹۹۱، کسلر ۱۹۹۶، نلسون ۱۹۹۶، سوندسن ۱۹۹۸، کلارک ۱۹۹۷)

تحقیق دیگری در مجله بیماری‌های ذهنی و عصبی شماره ۱۸۹ سال ۲۰۰۱ آمده است در این تحقیق نوجوانان معتادی که همراه با اختلالات و ناهنجاری‌های ذهنی و رفتاری تحت درمان قرار گرفته‌اند مورد مطالعه می‌باشند.

مطالعه فوق مقایسه‌ای میان ویژگی‌های این افراد قبل از درمان و پس از درمان، با افرادی که فاقد این اختلالات هستند و نتایج درمان در میان این گروه از نوجوانان مورد ارزیابی قرار گرفته است. تعداد معتادین ۹۹۲ نفر بوده است که از میان ۲۳ برنامه درمانی ویژه نوجوانان بر محدودیت سه مدل بستری بلندمدت بستری کوتاه مدت و سرپایی، برگزیده شدند، تقریباً $\frac{2}{3}$ (۶۴٪) نمونه‌ها حداقل یک اختلال ذهنی را داشتند و مکرراً رفتار مختل نشان می‌دادند.

اختلال رفتاری این افراد وابستگی به مواد مخدر الکل متمرکز بوده و مشکلات بسیاری با خانواده، مدرسه و درگیریهای جرم‌خیز داشته‌اند.

در مقایسه‌ای که میان این افراد با افراد فاقد اختلالات در فرآیند درمانی صورت گرفتن نشان داده شد که علی‌رغم کاهش اختلال و مشکلات رفتاری پس از درمان، آن‌ها گرایش به استفاده از ماری جوانا و دیگر مواد مخدر را نشان دادند و پس از ۱۲ ماه که از درمان آن‌ها گذشت مرتکب اعمال غیرقانونی شدند.

در خاتمه این مقاله آمده است در جهت ارتقای نتایج درمان نوجوانان مبتلا به اختلالات رفتار

**جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید**

اعتیادی و ناهنجاری های ذهنی، لازم است پروتک های درمانی هماهنگ با برنامه های درمان مواد مخدر، اجرا گردند.

تحقیق دیگری از مراکز درمانی در شش شهر امریکا به عمل آمده است. حجم جاهد نمونه ۱۰۶۶ نفر نوجوانان ۱۱-۱۸ سال بوده که ۷۲۳ نفر زن و ۷۹۳ نفر را مردان تشکیل دادند. درمان این افراد در طی ۳۶ برنامه درمانی اجتماع محور انجام گرفته و پایش فرآیند درمان این بیماران در سال های ۱۹۹۵-۱۹۹۳ طراحی شده است: این تحقیق توسط سازمان ملی ارزیابی درمان مواد مخدر در میان نوجوانان انجام شده.

۵۲۰ نفر از معتادین تحت درمان ۱۳ برنامه بستری طولانی مدت، ۲۱۹ نفر تحت درمان ۱۴ برنامه درمان سرپایی و ۳۲۷ نفر تحت درمان ۹ برنامه بستری کوتاه مدت قرار گرفتند.

نتایج این تحقیق نشان داده است که تقریباً نیمی (۳/۴۶٪) از بیماران در طی درمان به صورت هفتگی از ماری جوانا استفاده می کردند که این تعداد پیش از مراجعه به مراکز ۳/۹۶٪ بودند. مصرف کنندگان مشروبات الکلی از ۱/۳۲٪ به ۹/۸۱٪ تقلیل یافتند و مصرف کنندگان مواد مخدر سنگین از ۵/۸۵٪ به ۹/۳۶٪ کاهش یافتند و میزان برخوردهای کیفی و مجرمانه از ۷۶٪ به ۴/۵۱٪ رسیدند.

علاوه بر این تطابق و سازگاری روانشناختی و نیز جذب فعالیت های مدرسه و محیط آموزشی نیز در این بیماران گزارش شده است.

ناهنجاری های ناشی از روان پریشی مرتبط با عود در مردان به میزان بالا دیده شده و در سال های پایش درمان زنان، افرادی که در برنامه بستری طولانی مدت تحت درمان بودند ۱۴/۳ برابر افرادی که در برنامه درمان سرپایی قرار داشتند، در پرهیز کامل باقی ماندند.

به طور خلاصه نوجوانان در برابر درمان با مشکلات عدیده‌ای روبرو هستند از جمله درگیر شدن آنان با قانون از مسایل این گروه از بیماران است. ۵۹/۹٪ از آنان به علت ارتکاب جرم‌های مرتبط با قانون روبرو شدند و در ۶۱/۷٪ نیز ناهنجاری‌های رفتاری دیده شد.

مصرف مواد چندگانه، ناهنجاری‌های رفتاری، برخوردهای قانونی، عدم ثبات در وضعیت زندگی و وجود گروه مرجع نامناسب با نتایج حاصل از درمان دارد. مطالعه فوق در مراکز درمانی موجود جهان وجود محدودیت درمان اجتماع نگر را که مبتنی بر مشارکت افراد در روند درمان است، نشان می‌دهد. در مرکز درمانی با نام سلامت روان اجتماعی مراحل درمانی که شامل جوانب اجتماعی، هیجانی، هوشی، فیزیکی و روحی افراد می‌شود به افراد امکان باززایی مجدد را می‌دهد.

جوانب مذکور در برنامه‌های درمانی سرپایی و بستری لحاظ شده اند در تمامی طول درمان، بیمار به طور در تنظیم طرح درمانی ویژه خود مشارکت داشته زیرا یک فرآیند درمان مفوق دخالت با دیدگاه‌های فردی که محور درمان است توانایی تغییر سبک زندگی، احساسات، تفکر و رفتار را خواهد داشت. علاوه بر این تسهیل روابط خانواده با فرد معتاد و زدودن این باور در میان خانواده که امکان ایجاد ارتباط با فرد معتاد وجود ندارد، جزء برنامه‌های این مرکز می‌باشد.

زیرا روند باززایی حیات فرد معتاد با مداخله مؤثر خانواده و انتقال حس دوست داشتن وی، امکان پذیر است. در این مرکز درمانی از متخصصینی چون مددکاران اجتماعی - روان‌شناسان، درمانگران مواد مخدر، فیزیولوژیست‌ها، پرستاران، متخصصین مواد مخدر و در امر اعتیاد استفاده می‌شود.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn مراجعه کنید یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

در برنامه بستری این مرکز درمان مراجعه کنندگان با پایش دارویی آغاز می شود، این مراجعه کنندگان از وجود حمایت‌ها عاطفی خانوادگی و اجتماعی محرومند. این درمان با توجه به فشار خون، ضربان بالا قلب، اضطراب درد صورت می گیرد و راه را برای مشارکت در فرآیند فرد درمانی و حمایت‌های هیجانی و آموزشی قرار می گیرد آموزش‌های فوق در حوزه مهارت ارتباطی، مدیریت تقویت اعتماد به نفس، مهارت مدیریت زندگی و پیشگیری از عود می باشد. این شکل از درمان به مراجعه کننده امکان تنظیم برنامه برای آینده و آگاهسازی وی در جهت بازتاب منفی زندگی با مواد مخدر در ارتباط با دیگر افراد جامعه را فراهم می سازد در برنامه درمان سرپایی فرد، خانواده و گروه مشاوره به مراجعه کنندگان کمک می کنند تا مهارت‌ها و رفتارهایش را میسور بخشیده و خود را احیاء سازد. گروه درمانی به فرد پرهیز از الکل و مواد مخدر را می آموزد تا بتواند ابزاری جهت مدیریت فشارهای روزمره طراحی سازد، عواقب استفاده از مواد مخدر بر زندگی شخصی، زندگی خانوادگی و فعالیت شغلی نیز مطرح می شود. در این مرکز برنامه درمان ویژه‌ای جهت زنان و کودکان آن‌ها طراحی شده است. زیرا بر نگرش لزوم برنامه‌ای تفاوت درمان با مردان در خصوص زنان معتاد تأکید شده است. درمان زنان بر خشونت‌های خانگی، آموزش والدین و مشکلات ارتباطی، اعتماد به نفس و کسب مهارت‌ها متمرکز است. برنامه دیگری تحت عنوان (STAR) در این مرکز اجرا می شود که ویژه نوجوانان طراحی شده است و بر آگاهسازی آنان نسبت به وابستگی شیمیایی به مواد مخدر مبتنی است. در این برنامه بر تفهیم مشکلات خطرزای نوجوانان به خانواده‌ها تأکید شده است. در این مرکز ارزیابی و سنجش مداخلات در مواد مخدر در طی ۲۴ ساعت صورت می گیرد. بیمارستان مک لن (McLean) در امریکا از جمله مراکز درمانی معتبر است که به افرادی که

خواهان رفع وابستگی به مواد مخدر و دستیابی به قدرت کنترل زندگی خود هستند، کمک می‌کند.

نگرش درمانی در این مرکز نیز برانگیزش فردی متکی است. استراتژی های قابل انعطاف جهت دستیابی به اهداف درمان از سیاست‌های این مرکز است. در واقع همان‌طور که ملاحظه می‌شود تفوق اندیشه اجتماع محوری و ارزش‌مند شمردن افراد در تعیین نحوه درمان در این نظام نیز شاخص است.

هدف اصلی این برنامه دستیابی فرد به پرهیز کامل از مواد مخدر، حذف نگاه منفی نسبت به خویشتن خود، آموختن مدیریت فشارها و ساختن یک زندگی فعال بدون بازگشت به مواد مخدر است.

افرادی که در عین اعتیاد به مواد مخدر به بیماری روانی مبتلا هستند تحت درمان ویژه‌ای قرار می‌گیرند که این برنامه بر خدمات جامع سلامت روان در بیمارستان متکی است.

خدمات این مرکز محور بر نیازهای افراد طراحی شده است که شامل مراقبت مداوم، درمان سرپایی و درمان بستری کوتاه‌مدت دراز مدت می‌باشد. در ضمن وجود مکان برای بستری افرادی که فاقد خانه و محیطی که از آن‌ها حمایت‌های لازم را نماید. در نظر گرفته شده است خدمات سرپایی مشاوره و ارزیابی جامعی را در خصوص معنادان به عمل می‌آورد و روان درمانی فردی، دارو درمانی، خانواده درمانی نیز از جمله خدمات این نحوه درمان است.

درمان کوتاه مدت بر درمان فردی و مشکل مصرف مواد مخدر مرتبط با خانواده و مشکلات عود و آموزش مهارت‌ها مبتنی است.

گروه‌های بهبود و سرپایی شامل گروه‌هایی هستند که برای افرادی که هنوز تصمیم قطعی برای

پرهیز کامل از مواد مخدر اخذ نکرده‌اند، گروه زنان، گروه مردان و گروه‌های باززایی بلندمدت نیز که بر مداخله در عود، مشکلات میان افراد که پس از پرهیز از بین نمی‌رود تمرکز دارند.

برنامه درمانی که به صورت نیمه بستری می‌باشد برای افرادی که نیازمند درمان کامل هستند، قابل دسترس است. اما این نحوه درمان ساختار مراقبت بستری کامل را دارا نیست. مراجعه‌کنندگان در برنامه‌های ساختار یافته شرکت می‌کنند که بر روان درمانی گروه و فرد استوار است برنامه نیمه بستری از جهت نفع اقتصادی مناسب‌تری است و فرصت امتحان و آزمون زندگی اجتماعی، و درس‌های آموخته شده در برنامه درمان را فراهم می‌کند. این مرکز افراد ۱۸ سال به بالا را پذیری می‌نماید.

در این مرکز روانکاران، روانشناسان، مددکاران اجتماعی، فیزیولوژیست‌ها و متخصصین سلامت روان و اعتیاد مشغول به کار هستند فاکتورهای درمان در بدست آوردن خدمات حمایتی معتادان در یک مرکز درمانی در مجله درمان سوءمصرف مواد مخدر شماره ۲۵ مورد بررسی قرار گرفته است یافته‌های این مقاله نشان می‌دهد که معتادان مورد مطالعه با تعداد ۲۹۳۲ نفر که تحت درمان بودند در ۲۱ برنامه طولانی مدت، ۲۷ برنامه درمانی با معتادان به صورت سرپایی و ۲۵ برنامه سرپایی در طی ۳ ماه درمان مورد مصاحبه قرار گرفتند.

بوسیله گریسون چند متغیر رابطه بین فاکتورهای برنامه با نوع بیمار (تعداد) که دریافت کننده خدمات درمانی بودند، اندازه‌گیری شد. (این خدمات در هفت مقوله طبقه‌بندی گردید که عبارتند از طبی، روانشناختی، خانواد، قانونی، آموزشی، مالی، شغلی، معتادان تحت درمان برنامه طولانی مدت اقامتی به طور متوسط بیشتر از معتادان سرپایی خدمات دریافت کردند

ولی همه بیماران در طول ۳ ماه اول درمان به میزان کمی از این خدمات بهره گرفته‌اند.

نوع معتاد از جهت دریافت خدمات با زن بودن و دارا بودن مشکلات جدی‌تر ارتباط مستقیم داشته است. بیماران سرپایس که با مسایل و مشکلات بیشتری روبرو بودند از خدمات بیشتری نسبت به دیگر بیماران استفاده کردند.

اهداف مرکز دیگری که بر درمان وابستگی به مواد مخدر تکیه دارد بر فراهم نمودن حمایت آموزشی و مشاوره در خصوص نیازهای مردم استوار است. این مرکز که سلامت رفتاری نام دارد اهداف خود را در چند مورد خلاصه نموده است.

- حمایت از شما در بحران‌ها

- پایش درمان دارویی

- پیشگیری

- کوتاه مدت و یا پاره وقت

- آموزش راه‌های موفقیت آمیز برای کنترل فشارهای روزمره زندگی

- تفهیم بهتر از آنچه که بیماری روحی - روانی نامیده می‌شود

- پایه‌گذاری برنامه دوازده مرحله‌ای قدرتمند و ایجاد ارتباط در یک اجتماع در حال بهبود

- یاری رساندن به دستیابی به خدمات و منابع

گروه درمانی این مراکز بر تشویق اعضا در جهت کشف مشکلات که بر امر توانمند ساختن

خرد در زندگی روزمره مؤثر است، ارتباطات و بهبود هیجان‌ات و خوب زیستن تکیه دارد.

گروه‌های آموزشی این مرکز عناوین گوناگونی را تحت پوشش قرار می‌دهند. که شامل

مدیریت فشارها، اعتماد به نفس، ارتباطات، مشکلات خانوادگی، هدف گذاری به احساسات

پیشگیری مشکلات دارویی و طبی، تشخیص دوجانبه، می‌باشند.

جنبه درمان روحی این مرکز به حمایت افراد در حوزه قدرتمندسازی به فقدان، غصه و اندوه،

بخشش، باورهای دینی، موزیک درمانی و امید می‌باشد.

باززایی درمانی بخش دیگر برنامه این مرکز است که آموزش آزاد به افراد است تا بتوانند از

جهت ذهنی، فیزیکی، و هیجانی زندگی خود را بازسازی نمایند.

مداخلات خانواده در طی درمان تحت «روز خانواده» که جزء برنامه درمانی است مطرح

می‌شود، خانواده و دوستان در امر سلامت فرد معتاد یاری می‌رسانند. در این روز این افراد به

مرکز ملحق می‌شوند و با مبانی لازم آشنا می‌گردند.

ارزیابی روانی افراد جزء برنامه‌های هفتگی این مرکز است که امکان بحث و دریافت درمان

پیشرونده را فراهم می‌سازد. طراحی برنامه پیشگیری از عود نیز از جمله برنامه‌های این مرکز

است.

مطالعاتی تحت عنوان بررسی‌های عواقب و نتایج درمان مواد مخدر نیز در مرکزی با همین نام

در امریکا صورت گرفته اس که سومین ارزیابی ملی درمان Nida برای بزرگ سالان از جمله

این مطالعات است.

این مطالعه بر ۱۰/۰۰۰ نفر صورت گرفته است. که براساس ۹۶ برنامه درمانی اجتماع محور در

۱۱ شهر بزرگ امریکا انجام شده سه مرکز تحقیقاتی بزرگ UCLA و NDRI با همراهی Nida

در این پروژه مشارکت و با توجه به اجتماع محور بودن درمان مشارکت افراد در تعیین برنامه

درمانی اصل بوده در تحقیق دیگری که میان ۱۱۶۷ نفر از نوجوانان تحت عنوان اثر درمان مواد

مخدر بر رفتارهای مجرمانه در میان نوجوانان صورت گرفته است. این مطالعه فعالیت‌های

مجرمانه در میان نوجوانان صورت گرفته است.

این مطالعه فعالیت‌های مجرمانه در میان نوجوانانی که در درمان اجتماعی محور شرمکت کردند، مورد بررسی قرار می‌دهد. اهداف اولیه دستیابی به اثرات درمان سوء مصرف مواد روی جرم نوجوانان و تعیین ویژگی‌های بیما است که پس از درمان رفتار جرم خیزشان کاهش یافته است.

نتایج نشان می‌دهد میان نوجوانان که ۱۲ ماه پیش از ورود به پروسه درمان که در فعالیت‌های مجرمانه شرکت داشتند با کاهش مصرف در الکل و ماری جوانا تا ۱۲ ماه پس از پی‌گیری دوره درمان در اعمال جرم خیز نیز کاهش نشان داده‌اند.

تحقیق حاضر تاکید بر حمایت از ویژگی‌های پویا و فعال شخصیتی افراد معتاد داشته تا بدین طریق مشکلات و دردهای نوجوانان مبتلا به سوء مصرف پیش‌بینی شود.

در مطالعه دیگری که درمان اجتماع محور و با تکیه بر نوجوانان صورت گرفته است به مشکلات متعدد نوجوانان تحت درمان اشاره می‌نماید و با در نظر گرفتن شاخص‌هایی چون نظام قانونی که پیش از درمان و پس از درمان تا چه اندازه فرد معتاد را درگیر نموده است به یکی از شاخص‌های اجتماعی فرد پرداخته است.

شاخص بعدی ناهنجاری رفتاری و استفاده از دیگر مواد مخدر در زمان درمان، از جمله مشروبات الکلی ماری جوانا و دیگر مواد غیرقانونی، درگیری‌های جرم‌خیز، انطباق روانشناختی و تطابق با هنجارهای مدرسه و محیط آموزشی بوده است.

در این مطالعه زمان بیشتر در دوره درمان را مدنظر قرار داد. طولانی شدن زمان درمان با نتایج مثبتی همراه بوده است. علاوه بر این بهبود فرآیند درمان در نوجوانان را منوط به طراحی

استراتژی‌های ویژه این سن می‌داند.

به‌طور کلی همان‌گونه که در ابتدای مرور منابع آمد، توجه به شاخص‌های حجمی، روانی در امر درمان محور برنامه مراکز درمانی. این برنامه‌ها براساس مشارکت افراد در امر درمان طراحی می‌شود و دخالت فرد معتاد خانواده او در فرآیند فوق را بهترین برنامه‌ها در ارزیابی یافته‌اند.

در خاتمه می‌توان به جمع‌بندی شاخص‌های مذکور اهتمام ورزید از جمله شاخص‌های روانی احساس کاهش حافظه، اضطراب، افسردگی، اختلال همراه، اختلال رفتاری، احساس گناه و شرم شاخص‌های اجتماعی: دستگیری و جرم، خرید و فروش مواد مخدر، پذیرش اجتماعی و آزار دیگران بی‌بندوباری جنسی، مهارت‌های اجتماعی، زندگی فعال و بدون بازگشت به مواد، هدایت بحران و مدیریت فشارهای روحی، مشکلات خانوادگی، قانونی، شغلی. تحصیلی، سؤمصرف دیگر مواد مخدر و اعتیاد آور و شاخص جسمانی: فشار خون، ضربان قلب، بیماری‌های مزمن قلبی و ریوی، برنشیت مزمن، سرطان‌های مجاری تنفسی و گوارشی، محفظه دهانی حلق و مری، کمبود وزن، تولد کودکان ناقص در مادران مصرف‌کننده، شیزوفری، آسم به عنوان بیماری‌هایی که در امر وابستگی به مواد نقش‌های گوناگون دارند، مطرح شده‌اند.

در میان این مراکز درمان دارویی به عنوان پایه درمان همراه با پایش جامع روانکاوانه و روانشناختی و اجتماعی صورت می‌گیرد و مداخله در بحران و هدایت بحران‌ها به عنوان مقوله‌ای تفکیک شده و قابل اهمیت توسط متخصصین آموزش داده می‌شود تا از فرد معتاد در برابر تبعات ترک مواد محافظت شود تا در عین حال او بتواند با موفقیت از بحران‌های روانی - اجتماعی و جسمی عبور نماید.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

در مطالعه‌ای که در کانادا صورت گرفته است و زیر بهداشت این کشور محوریت درمان
کلینیک های درمانی را بر درمان، پیشگیری از عود و مداخله بحران تعریف می‌نماید و
پیشگیری را از جنبه‌های آگاهسازی افراد نسبت به آخرین داده‌های علمی مرتبط با خطرات
مواد مخدر و تبیین واکنش‌های پیرامونی و درونی نسبت به مصرف مواد مخدر، طراحی
می‌نمایند.

بهرحال اهمیت اشتراک اطلاعات در میان مراکز درمانی متفاوت و انتقال تجارب درمانی از
ارزیابی برنامه‌های درمانی به‌طور مستمر در بهبود درمان قابل ذکر است مقایسه اثربخشی
درمان در میان این مراکز نشان می‌دهد درمان مبتنی بر مشارکت افراد که اجتماع محور نامیده
می‌شود با توجه به تغییرات مثبت در شاخص‌های سلامتی، دستیابی به اهداف درمانی را
آسان‌تر ساخته است.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Filename: Document1
Directory:
Template: C:\Documents and Settings\hadi tahaghoghi\Application
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm
Title:
Subject:
Author: azarang
Keywords:
Comments:
Creation Date: 4/11/2012 8:42:00 PM
Change Number: 1
Last Saved On:
Last Saved By: hadi tahaghoghi
Total Editing Time: 0 Minutes
Last Printed On: 4/11/2012 8:42:00 PM
As of Last Complete Printing
Number of Pages: 29
Number of Words: 5,515 (approx.)
Number of Characters: 31,441 (approx.)