

اثر بخشی اجتماع درمان مدار بر افزایش سطح امید در مراجعین به این مواکز

اعظم شامحمدی تهمسراه^۱، غلامرضا خیرآبادی^۱

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۱/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۰۲/۰۵

چکیده:

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی اجتماع درمان مدار بر افزایش سطح امید در مراجعین به مرکز اجتماع درمان مدار انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع نیمه تجربی است که با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری، در ۳ مرحله اجرا شد. جامعه آماری، کلیه مراجعین بودند که در طول سال ۱۳۸۶ به مرکز اجتماع درمان مدار شهر اصفهان مراجعه کردند. از هر ۳۰ نفر مراجعه کننده به مرکز خواسته شد پرسشنامه مقیاس امید بزرگسالان که توسط اسنایدر تهیه شده است را پاسخ دهنده. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده حاکی از آن است که اجتماع درمان مدار بر سطح مقیاس کلی امید مراجعه کنندگان به این مرکز مؤثر بوده است. نتایج حاصل از مقایسه‌های زوجی، اثر درمان را بر سطح مقیاس کلی امید افزایش داده و نیز تأثیر آنرا در مرحله پیگیری نشان می‌دهد. اجتماع درمان در مورد مؤلفه عامل، افزایشی نداشته است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که اجتماع درمان مدار بر افزایش سطح امید در مقیاس کل مؤثر بوده است و می‌توان از این درمان به عنوان عاملی برای پیشگیری استفاده کرد.

کلید واژه: اجتماع درمان مدار، امید، معناد

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. پست الکترونیک: Azam_shamohammadi@yahoo.com
۲. استادیار گروه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مقدمه

سوء مصرف مواد مخدر به عنوان یک معضل بزرگ، اجتماعی، قانونی، خانوادگی و فردی مورد توجه سیاستمداران، جامعه شناسان، روان شناسان و بسیاری از علمای تعلیم و تربیت می باشد. این موضوع نشان دهنده آن است که پدیده اعتیاد دارای ابعاد چندگانه می باشد و عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی، قانونی، سیاسی و غیره در بروز آن تأثیر متقابل دارد (بک، وايت و بروساش ترجمه گودرزی، ۱۳۸۰). یکی از نگرانی های اساسی بسیاری از خانواده ها که دارای فرد معتاد به مواد مخدر هستند این است که مصرف این مواد باعث بروز ناهنجاری رفتاری و روانی و تغییرات شخصیتی در فرد معتاد شده تا جایی که علاوه بر مشکلات روانی منجر به بیکاری، طلاق، بزهکاری و اختلال در روابط بین فردی و اجتماعی او می شود. برای کاهش مشکلات حاد از اقدامات درمانی، سمزدایی، اقدامات مشاوره ای و حمایتی استفاده می شود و از اهداف بلندمدت درمان اعتیاد می توان به کسب مهارت های رفتاری لازم برای به دست آوردن ظرفیت اجتماعی مناسب و کسب ظرفیت های مهارت های رفتاری لازم برای به دست آوردن ظرفیت اجتماعی مناسب و کسب ظرفیت های لازم مرتبط با رشد شخصیت اشاره نمود (صدیقی، ۱۳۸۱).

۷۲

72

تاکنون در بعد درمان های غیر دارویی درمان های متعددی برای درمان اعتیاد و غیره به کار برده شده است. از جمله رویکرد شناختی رفتاری، خانواده درمانی، انجمان معتادان گمنام و غیره و هر کدام اصول و روش هایی برای درمان اعتیاد داشته اند. اگرچه اکثریت مراجعین به مرکز درمان اجتماع مدار با این رویکردها درمان دریافت کرده اند و در هر درمان موفقیت ها و ناکامی هایی تجربه کرده اند اما تجربه درمانی اجتماع محور به لحاظ ورود این برنامه به حیطه روانشناسی مثبت و ارتقاء مهارت های زندگی اجتماعی از دیگر درمان ها متمایز می شود. بنابراین می توان گفت رویکرد اجتماع درمان مدار رویکردی است که از طریق به وجود آوردن تغییرات کلی در شیوه زندگی فرد معتاد به وی امکان طی طریق بهبودی را می دهد. این رویکرد درمانی که حدود سه دهه است به درمان ییماران

مبتلای سوءصرف مواد می‌پردازد یک برنامه ساختار یافته نظارتی و اقامتی برای بازتوانی معادلانی است که استعداد بازگشت به مواد دارویی و دارای سابقه مکرر عود را داردند (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۹).

فلسفه زیر بنایی اجتماع درمان مدار^۱ بر این فرض استوار است که بافت درمانی باید همانند بافت ابتلاء به بیماری باشد، به این صورت که فرد در داخل اجتماع به سمت مواد مخدرگرایش پیدا کرده است و در یک مجموعه اجتماعی باید تحت درمان قرار بگیرد. هدف اجتماع درمان مدار ایجاد تغییرات کلی در سبک زندگی فرد معتمد است مداخلاتی که در اجتماع درمان مدار مورد اشاره قرار می‌گیرد عبارتند از: آموزشی و درمانی، راهبری بالینی و تشدید اجتماعی شدن.

اجتماع درمان مدار برنامه اقامتی و درازمدت است که مقیمان آن با یکدیگر کار و زندگی می‌کنند و برآنند تا سازوکارهای مقابله‌ای را که عاری از مواد مخدر هستند را به کار گیرند. این روش یک برنامه با ساختار خود یاری درازمدت و عمیق است که مختص

روش‌های درمانی برای آن‌ها سودمند نبوده است. از دیدگاه اجتماعی درمان مدار عوامل مراجعتی است که مصرف چندگانه مواد مخدر دارند و اعتیاد در آن‌ها مزمن شده و سایر

اجتماعی و روانشناختی به عنوان عوامل اصلی اختلال اعتیاد شناخته می‌شوند. در نگرش اجتماع درمان مدار مصرف مواد نشانه‌ای از بیماری اصلی است. اعتیاد به عنوان اختلالی در فرد قلمداد می‌شود که تمام جنبه‌های عملکرد او را در بر می‌گیرد. آنچه مهم است رفتار، نگرش‌ها، ارزش‌ها و سبک زندگی فرد معتاد می‌باشد، رفتارهای مخربی که به خود فرد و یا دیگران آسیب می‌رساند و با مصرف دائم مواد همراه است. این رفتارها عبارتند: از بدرفتاری و خشونت در خانه، روابط جنسی ناسالم، جرم و جنایت، اقدام به خودکشی، رفتار پرخاشگرانه نسبت به دیگران، تصادفات رانندگی، بی‌توجهی به فرزند و بی‌توجهی به سلامتی، اختلال در روابط خانوادگی (ابراهیمی، ۱۳۸۱).

از سوی دیگر پس از ظهور جنبش روانشناسی مثبت، نظریه پردازان و محققان انرژی زیادی صرف بررسی توانمندی انسان نمودند. محققان روانشناسی مثبت به جای بررسی تجارت منفی افراد به بررسی سازه‌هایی چون خود کنترلی، تاب آوری، معنویت، خوشبینی و امید پرداختند. از نظر استنایدر^۱ (۲۰۰۰) امید یک هیجان انفعالی نیست که تنها در لحظات تاریک زندگی پدیدار می‌شود، بلکه یک فرایند شناختی است که افراد به وسیله آن فعالانه اهداف خود را دنبال می‌کنند. امید به رفتار هدفمند مربوط می‌شود و معنی آن، این است که فرد با استفاده از مهارت‌هایی، توانایی خود یا شاید با پاپشاری می‌تواند مسیر خود را در رسیدن به هدف پیدا کند (فرانکن^۲، ترجمه شمس محمودی و امامی پور، ۱۳۸۴). امید یک انتظار مثبت برای دست‌یابی به اهداف است و این انتظار مثبت دارای دو مؤلفه گذرگاه و عامل است (عامل به علاوه گذرگاه برابر است با امید).

تفکر عامل یک مؤلفه انگیزشی است برای به حرکت در آوردن فرد در مسیر راه‌هایی که برای رسیدن به هدف در نظر گرفته است. تفکر عامل رانه تنها به عنوان انرژی روانی متمرکز بر هدف بلکه به عنوان احساس مصمم بودن در دست‌یابی به هدف تعریف کرده-

اند. از نظر نظریه پردازان امید، این نوع انگیزه متمرکز بر هدف در جملاتی همچون: «من می‌توانم این کار را انجام دهم»، «من به آن خواهم رسید» و... نمایان می‌شود و تفکر گذرگاه یعنی توانایی ادارک شده برای گزینش راه‌های مناسب‌تر به سمت اهداف. از آنجا که برخی از طرح‌ها و نقشه‌ها ممکن است با شکست مواجه شوند، افراد دارای امید بالا، به منظور مقابله با موضع احتمالی، چندین گذرگاه را در نظر می‌گیرند. (استنایدر، ۱۹۹۱، ۱۹۹۶؛ ایروینگ^۳، ۱۹۹۸). لازم به ذکر است که آثار سودمند امید، تنها ناشی از توانایی واقعی در ایجاد گذرگاه‌ها نیست بلکه ناشی از این ادارک است که چنین گذرگاه‌هایی در صورت لروم می‌توانند تولید شوند (استنایدر، ۱۹۹۱، ۱۹۹۶؛ ایروینگ، ۱۹۹۸). عامل منجر به ایجاد گذرگاه‌های تفکر می‌شود، بنابراین مؤلفه‌های عامل و گذرگاه یکدیگر را تقویت

۷۴
74

سال پنجم، شماره ۱۹، پاییز ۱۳۹۰.
Vol. 5, No. 19, Autumn 2011

1. Snyder
3. Irving

2. Franken

کرده و بر هم اثر متقابل دارند تا فرایند تعقیب هدف ادامه یابد (استایدر، ۲۰۰۰). در همین رابطه استایدر و همکارانش نشان دادند که امید و سیله‌ای برای پیشگیری از مشکلات زندگی است افراد با امید پایین به روشنی نمی‌دانند چطور باید به هدف خود برسند و در برخورد با موانع چگونه عمل کنند، بنابراین به هنگام برخورد با موانع پاسخ‌های هیجانی منفی ارائه می‌کنند و در فرایند رسیدن به هدف گذرگاه‌های محدودی را تعیین می‌کنند. افراد امیدوار هم به اندازه دیگران کاستی‌ها و شکست‌ها را تجربه کرده‌اند اما آن‌ها باورهای متفاوتی دارند، آن‌ها در نتیجه تجربه سختی‌ها به این باور رسیده‌اند که می‌توانند خود را با مشکلات و کاستی‌ها وفق دهند (ایروینگ، استایدر و کروسون^۱، ۱۹۹۸). امید با شایستگی بیشتر با بسیاری از حیطه‌های زندگی از جمله روش‌های مقابله‌ای سازگارانه، افکار مثبت‌تر و انعطاف‌پذیرتر و ارزیابی مثبت‌تر از رویدادهای استرس‌آمیز رابطه دارد، بنابراین امید می‌تواند باعث تسهیل تغییر شده و سلامت جسمانی و روانی را افزایش دهد. روانشنازان ده‌ها سال است که پذیرفته‌اند امید می‌تواند بر بیماری روانی اثر داشته باشد (علاءالدینی، کجاف و مولوی، ۱۳۸۷).

۷۵

۷۵

افراد نامید خصلت‌هایی همچون خشم، حلمساله ضعیف، ناتوانی بر فائق آمدن بر مشکلات، فقدان علاقه و توجه و عزت نفس پایین دارند. (علاءالدینی و همکاران، ۱۳۸۷) و همان‌طور که اشاره شد سوء‌صرف کنندگان مواد نیز در بسیار از حیطه‌های زندگی خود با همین ویژگی‌ها عمل کرده‌اند.

در رابطه با تفکر مثبت و امید در زندگی روزمره، مشاهده می‌شود که افراد توانمند کسانی هستند که انگیزش و توانایی ادراک برای انتخاب راه و رسیدن به آن را دارند و وقتی با مانعی برخورد می‌کنند انگیزه خود را حفظ کنند اما افراد نامید به دلیل اینکه در این رابطه ضعیف عمل می‌کنند در برخورد با مشکلات انگیزه خود را از دست داده و دچار هیجانات منفی می‌شوند (ایروینگ و همکاران، ۱۹۹۸). بررسی راهکارهای

درمانی اعتیاد و تلاش در جهت پیدا نمودن راهکارهای مؤثر و مفیدتر درمانی به منظور ایجاد تغییرات عمیق و ساختاری در شخصیت فرد معتقد از ضروریات هر جامعه می‌باشد. بیماری اعتیاد در بعضی افراد بر سیستم عصبی و روان آن‌ها تأثیر می‌گذارد که تنها با یک روش درمانی مثلاً درمان نگهدارنده با نالترکسون یا مشاوره‌های سرپایی قابل درمان نمی‌باشد از این رو اجتماع درمان مدار یک روش درمانی است که در آن از شیوه‌های درمانی درازمدت از مواد بلکه در کاهش رفتارهای مجرمانه ثابت شده است. اجتماع درمان مدار به عنوان یک رویکرد درمانی به بررسی مباحثی همچون تغییر شبکه زندگی، بیان هیجانات، حل مسائل شخصی و اجتماعی، مهارت‌های بین فردی و تغییر رفتار و نگرش می‌پردازد.

در پژوهش حاضر با فرض اینکه روش مداخله اجتماع درمان مدار بر میزان امید (شامل مؤلفه‌های عامل و گذرگاه) در مراجعین به مرکز اجتماع درمان مدار موثر است به بررسی اثربخشی اجتماع درمانی مدار در جهت افزایش انگیزه و توانایی ادراک افراد (امید) برای ادامه پایداری در عدم مصرف مواد مخدر می‌پردازیم.

76
76

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع نیمه تجربی است که با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری صورت گرفت. جامعه آماری شامل کلیه مراجعینی بودند که در طول سال ۱۳۸۶ به مرکز اجتماع درمان مدار اصفهان مراجعه کرده‌اند. از هر ۳۰ نفر مراجعه کننده به مرکز خواسته شد که پرسشنامه را پاسخ دهند. معیارهای ورود به مرکز اجتماع درمان مدار، عدم مصرف مواد در ۲ هفته اخیر، سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، میزان تحصیلات در حد خواندن و نوشتمن، عدم اختلالات روانپزشکی حاد، هوش متوسط بالای ۷۰، سمزدایی کامل از مصرف مواد و معیارهای خروج از گروه به دلیل تخلف در مرکز، وجود انحرافات جنسی (به دلیل جایگزین لذت جنسی در نبود مواد مخدر) و اختلال روانپزشکی شدید.

به این منظور پرسشنامه امید بزرگسالان قبل از ارائه برنامه درمانی، پس از درمان و ۲ ماه پس از خاتمه درمان (مرحله پیگیری) در ۳ مرحله اجرا شد. برنامه درمانی، اجتماع درمان مدار می‌باشد که عبارت است از محیط اجتماعی، گروه همتا، کارکنانی که به عنوان سرمشقاًهای موفق تغییرات شخصیتی در حکم راهنمای فرایند بهبودی عمل می‌کنند. هدف اجتماع درمان مدار ایجاد تغییرات کلی در سبک زندگی فرد معتمد است مداخلاتی که در اجتماع درمان مدار مورد استفاده قرار می‌گیرند.

در طی این درمان، مراجعه کننده یاد می‌گیرد که چگونه بدون مصرف مواد زندگی کنند. تغییر مرحله به مرحله رفتارها، افکار، احساسات و عادات (مثل ناامیدی، پرخاشگری و بدینی) که مدتی با آن‌ها زندگی کرده و گاهی از آن‌ها برای مقاصد خود سود برده است کنار گذاشته شود. یادگیری‌هایی که در این مرحله به دست می‌آید، مسیر تغییرات و یادگیری‌های بعدی را هموار و تسهیل می‌کند. به طور کلی این دوره ۶ ماه است که مراجuan از مراحل درمانی مشخص عبور می‌کنند در اجتماع درمان مدار چهار مرحله عمده

وجود دارد:

مرحله اول یا جهت‌یابی که ۰ تا ۱۵ روز را در برمی‌گیرد. هدف عمدۀ این مرحله ارزیابی از مراجعه کننده و آشنا نمودن او با محیط اجتماع درمان مدار است. از اهداف این مرحله کاستن اضطراب و ترس مراجعه کننده و تعديل آنهاست.

مرحله دوم یا مرحله اولیه که ۲۰ تا ۹۰ روز درمان را شامل می‌شود. فعالیت‌های آموزشی و درمانی روزانه که شامل جلسات گروهی، کارورزی، مشاوره با پرسنل و همتایان است و در طول این مرحله ادامه دارد.

مرحله سوم یا مرحله تاریخی تدریجی. هدف عمدۀ این مرحله آماده ساختن مراجuan برای جدایی از اجتماع درمان مدار است، با این فرض که مراجuan به اندازه کافی مهارت‌های خود تدبیری را به دست آورده‌اند.

مرحله چهارم مرحله ترجیح نهایی است. هدف اصلی این مرحله جدایی کامل و مو قیت آمیز از اجتماع درمان مدار است. پس از ترجیح، تماس با اجتماع درمان مدار به صورت متناوب ادامه دارد و تدریجاً به تماس تلفنی هفتگی یکبار و ملاقات ماهانه تقاضا می یابد (دی لئون، ۲۰۰۶).

ابزار

۱- مقیاس امید بزرگسالان استایدر: یک مقیاس خود گزارشی است که برای افراد ۱۵ سال به بالا تدوین شده و دارای ۱۲ سوالی و دو زیر مقیاس برای مؤلفه های عامل و گذرگاه می باشد (علاوه‌الدینی و همکاران ۱۳۸۷). سوالات به صورت چهار گزینه‌ای و در یک پیوستار ۴ درجه‌ای (کاملاً غلط = ۱ و کاملاً درست = ۴) می باشد. بنابراین دامنه نمرات بین ۸ تا ۳۲ خواهد بود. ۴ سؤال مربوط به عامل و ۴ سؤال مربوط به گذرگاه است، ۴ سؤال دیگر انحرافی بوده و نمره گذاری نمی شوند. مجموع نمرات زیر مقیاس های عامل و گذرگاه، نمره کلی امید را مشخص می کند. مجموع نمرات زیر مقیاس های عامل و گذرگاه نمره کل امید را تشکیل می دهد. شواهد اولیه در مورد اعتبار^۱ و پایایی^۲ این آزمون توسط استایدر و همکاران فراهم شده است. آلفای کرونباخ آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و پایایی^۳ بازآزمایی آن در یک دوره ۱۰ هفته‌ای ۰/۸ به دست آمده است. تحلیل عامل اکشافی و تأییدی الگوی دو عاملی (عامل و گذرگاه) مقیاس را تأیید کرده‌اند (بایاک^۴، استایدر و یوشینوبو^۵، راش^۶ و واگن^۷، ۲۰۰۶).

۲- پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناختی: این پرسشنامه محقق ساخته می باشد و شامل اطلاعاتی در رابطه با سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، تعداد سوابق ترک، دفعات درمان و بیشترین مدت پاکی است.

1. Validity
3. Babyak
5. Roesch

2. Reliability
4. Yoshinobu
6. Vaughn

ما فتھا

دامنه سنی نمونه ۱۵ تا ۴۵ سال می باشد که میانگین دامنه سنی در این نمونه ۲۵-۳۰ سال می باشد. تحصیلات شرکت کنندگان در این پژوهش از ابتدایی تا کارشناسی ارشد می باشد که تعداد آن ها در مقطع دیپلم (۶۱نفر) بوده است. شرکت کنندگان در این پژوهش ۱۹ نفر مجرد و ۱۲ نفر متاهل بوده اند. شرکت کنندگان در این پژوهش ۱۸ نفر شاغل، ۱۲ نفر بیکار و یک نفر داشجو بوده اند. از نظر تعداد سوابق ترک، ۱۱ نفر ۴-۰ مربتبه، ۹ نفر ۸-۴ مربتبه، ۴ نفر ۸-۸ مربتبه و ۷ نفر تعداد زیاد تر ک داشته اند. از نظر دفعات درمان: ۲۳ نفر ۳-۰ مربتبه، ۷ نفر ۶-۴ مربتبه، ۰ نفر ۹-۷ مربتبه و ۱ نفر ۱۲-۱۰ مربتبه تحت درمان قرار گرفته اند. و از نظر بیشترین مدت پاکی، تعداد ۲۳ نفر ۰-۱۰ ماه، ۶ نفر ۲۰-۱۰ ماه، ۰ نفر ۴۰-۳۰ ماه، ۱ نفر ۴۰-۵۰ ماه و ۱ نفر ۵۰-۶۰ ماه بیشترین مدت یاکه شان بوده است.

همان گونه که اشاره شد بیشترین مراجعین در طبقه سنی ۳۰-۲۵، از نظر تحصیلات در طبقه دیپلم، از نظر تأهل مجرد، از نظر وضعیت شغلی شاغل بوده‌اند و از نظر سوابق ترک بیشترین در طبقه ۳۰-۳، از نظر دفعات درمان بیشترین در طبقه ۳-۰ و بیشترین مدت پاکی در طبقه ۰-۱۰، قرار دارند.

نتایج آمار توصیفی در نمرات کلی مقیاس امید نشان می دهد که میانگین سطح امید در مقیاس کل در پیش آزمون: ۲۲/۴۵ در پس آزمون: ۲۳/۹۳ و در پیگیری: ۲۴/۵۱ و انحراف استاندارد: در پیش آزمون: ۵/۴۳، در پس آزمون: ۳/۳۴ و در پیگیری: ۴/۲۱ می باشد که همان طور که مشاهده می شود در پس آزمون و پیگیری افزایش میانگین وجود دارد. به منظور بررسی معناداری این تفاوت از تحلیل واریانس با اندازه های تکراری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: اثر تحلیل واریانس پا اندازه گیری مکرر در نمرات مقیاس کل سطح امید در مراجعین به مراکز

همان‌گونه که نتایج آزمون تحلیل واریانس تکراری نشان می‌دهد بین نمرات امید در سه سطح پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$) و میانگین‌ها نشان می‌دهد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، سطح امید افزایش داشته است. نتایج حاصل از مقایسه‌های زوجی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: مقایسه زوجی در مقیاس کل سطح امید در مراجعین به مراکز

آزمون	میانگین اختلاف	خطای استاندارد	سطح معناداری	آزمون
پیش‌آزمون پس‌آزمون	-۲/۱۶	۱/۰۵	۰/۰۵	آزمون
پیگیری	-۲/۷۴	۱/۳۱	۰/۰۴	پیش‌آزمون پس‌آزمون

نتایج مقایسه‌های زوجی نشان می‌دهد بین میانگین نمرات امید در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین بین پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$). نتایج آمار توصیفی در نمرات مقیاس عامل نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد سطح امید در مقیاس عامل در پیش‌آزمون: $11/16$ ، در پس‌آزمون: $11/58$ و در پیگیری: $12/03$ می‌باشد و انحراف استاندارد: در پیش‌آزمون: $3/37$ ، در پس‌آزمون: $2/63$ و در پیگیری: $2/65$ می‌باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود در پس‌آزمون و پیگیری افزایش میانگین وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری در مورد متغیر عامل در جدول ۳ نشان داده شده است. به منظور بررسی معناداری این تفاوت از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

۸۰
80

۱۳۹۰، شماره ۱۹، پاییز Vol. 5, No. 19, Autumn 2011

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکور در نمرات عامل مقیاس امید سطح امید در مراجعین به مراکز اجتماع درمان مدار

عامل	نمرات تکرار	آزادی	درجہ	مجموع	میانگین	میانگین	سطح معناداری	توان آزمون	اندازه تأثیر	مقیاس امید
۰/۰۶	۰/۲۷	۰/۱۶	۰/۰۰	۱۱/۷۵	۱۱/۷۵	۱۱/۷۵	F	۱	۱	نمرات تکرار

همان‌گونه که نتایج آزمون تحلیل واریانس تکراری نشان می‌دهد بین نمرات امید در سه سطح پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود ندارد و میانگین‌ها نشان می‌دهد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، سطح امید افزایش نداشته است. نتایج حاصل از مقایسه‌های زوجی در جدول ۴ ارائه شده است

جدول ۴: مقایسه زوجی در مقیاس عامل سطح امید در مراجعین به مراکز اجتماع درمان مدار

آزمون	میانگین اختلاف	خطای استاندارد	سطح معناداری	میانگین اختلاف	خطای استاندارد	میانگین اختلاف
پیش آزمون پس آزمون	-۰/۳۸	۰/۶۲	۰/۵۴	-۰/۷۷	۰/۶۱	۰/۱۶
پیگیری	-۰/۸۷					

نتایج مقایسه های زوجی نشان می دهد بین میانگین نمرات امید در پیش آزمون و پس آزمون و همچنین بین پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. ($p>0/05$) نتایج آمار توصیفی در نمرات مقیاس گذرگاه نشان می دهد که میانگین سطح امید در مقیاس گذرگاه در پیش آزمون: ۱۱/۲۹ در پس آزمون: ۱۲/۰۶ و در پیگیری: ۱۲/۵۴ می باشد و انحراف استاندارد: در پیش آزمون: ۲/۷۷ در پس آزمون: ۱/۹۱ و در پیگیری: ۲/۰۱ می باشد که همان طور که مشاهده می شود در پس آزمون و پیگیری افزایش میانگین وجود دارد. به منظور بررسی معناداری این تفاوت از تحلیل واریانس با اندازه های تکراری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در نمرات گذرگاه مقیاس امید در مراجعین به مراکز

نمودار گذرگاه	آزادی	مجذورات	مجذورات	مجموع	میانگین	سطح	توان	اندازه	F	میانگین	درجه	مقیاس امید
۱	۲۴/۵۳	۲۴/۵۳	۵/۰۷	۰/۰۳	۰/۵۸	۰/۱۴	آزمون	تأثر				

همان گونه که نتایج آزمون تحلیل واریانس تکراری نشان می دهد بین نمرات امید در سه سطح پیش آزمون پس آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد ($p<0/05$) و میانگین ها نشان می دهد در مراحل پس آزمون و پیگیری، سطح امید افزایش داشته است. نتایج حاصل از مقایسه های زوجی در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: مقایسه دو گروهی در مقیاس گذرگاه سطح امید در مراجعین به مراکز

آزمون	میانگین اختلاف	خطای استاندارد	سطح معناداری	میانگین اختلاف	خطای استاندارد	سطح معناداری
پیش آزمون پس آزمون	-۰/۷۷	۰/۴۱	۰/۰۷	-۰/۷۷	۰/۴۱	۰/۰۷
پیگیری	-۱/۲۵	۰/۵۵	۰/۰۳	-۱/۲۵	۰/۵۵	۰/۰۳

نتایج مقایسه های زوجی نشان می دهد بین میانگین نمرات امید در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد ($p>0/05$) ولی بین پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری دیده می شود ($p<0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی اجتماع درمان مدار بر میزان امید مراجعین مراجعته کننده به مرکز اجتماع درمان مدار انجام گرفت. چنانچه نتایج نشان می‌دهد میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری نسبت به میانگین پیش آزمون در مقیاس کل سطح امید افزایش داشته است که اثر ارتقاء سطح آموزش و درمان را نشان می‌دهد و نمرات پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون افزایش داشته است که بیانگر ارتقاء سطح آموزش است. نتایج این پژوهش با تحقیقات اشینکا^۱ و همکاران (۲۰۰۷)؛ ساکس^۲ و بانکس^۳ (۲۰۰۸) و سکادز^۴، گارسلای^۵ و هیگینس^۶ (۲۰۰۸)، همسو است. همچنین هوبارد^۷، کرادک^۸ و اندرسون^۹ (۲۰۰۳) دریافتند که پایداری در ادامه این درمان فعالیت‌های غیر قانونی را کاهش می‌دهد.

چنانچه نتایج نشان می‌دهد میانگین نمرات عامل پس آزمون و پیگیری سطح امید نسبت به میانگین پیش آزمون افزایش نداشته است. چنانچه در قسمت‌های قبل در توضیح مقیاس امید گفته شد تفکر عامل یک مؤلفه انگیزشی است برای به حرکت در آوردن فرد در مسیر راه‌هایی که برای رسیدن به هدف در نظر گرفته است. بنابراین نیاز است تا در این برنامه درمانی به آموزش و تمرین تکنیک‌های آموخته شده از جمله: خودگویی‌های مثبت که یکی از مهم‌ترین عوامل در ایجاد و حفظ عامل است بیشتر پرداخته شود و این مؤلفه انگیزشی را در مراجحان افزایش داد.

مطالعات انجام شده در رابطه با اجتماع درمان مدار نشان دادند که اگر چه در طول روز اول، درمان به طور مستقیم (در پس آزمون) افزایشی نداشته است ولی در طول زمان (۹۰ روز) میزان پرهیز را افزایش داده است. این نکته اشاره دارد که شرکت در جلسات خود یاری پس از ترک می‌تواند ضامن درمان پس از ترک باشد (ادلن و همکاران، ۲۰۰۷).

1. Schinka
3. Banks
5. Garcela
7. Hubbard
9. Anderson

2. Sacks
4. Secades
6. Higgins
8. Craddock

همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که افراد برای حفظ انگیزه لازم در حرکت به سمت اهداف تعیین شده در طول زمان نیاز به یادآوری و مرور برخی از تکنیک‌های آموخته شده دارند. تفکر عامل را نه تنها به عنوان انرژی روانی متمرکز بر هدف بلکه به عنوان احساس مصمم بودن در دست‌یابی به هدف تعریف کرده‌اند. (علاوه‌الدینی و همکاران، ۱۳۸۷). بنابراین باید سعی شود تا با آموزش و تمرین خودگویی‌های مثبت، که یکی از مهم‌ترین عوامل در ایجاد و حفظ عامل است، این مؤلفه انگیزشی امید در مراجعان را افزایش داد.

همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد اگر چه افزایشی در مرحله پس آزمون دیده نمی‌شود ولی اجتماع درمان مدار به افزایش مؤلفه گذراگاه مقیاس امید در مرحله پیگیری منجر شده است. یکی از اهداف رویکرد اجتماع مدار مشارکت اجتماعی و خوب بودن در اجتماعی است (ابراهیمی، ۱۳۸۱) که در آن زندگی کرده و موفقیت‌ها و شکست‌هایی داشته است بنابراین اثر بیشتر در مرحله پیگیری به دلیل بودن آمادگی است که این افراد در درمان اجتماع مدار برای رویارویی با جامعه بزرگ‌تر پیدا کرده‌اند. نتایج یافته‌های این تحقیق با یافته‌های صدرالسادات (۱۳۸۴)، ساکس و بانکس (۲۰۰۸)؛ گایدیش و همکاران (۱۹۹۸)، اشینکا و همکاران (۲۰۰۷)، همسو است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، خارج شدن افراد از لیست مراجعین این مرکز درمانی به دلیل انصراف شخصی یا مشکلات دیگری که خارج از مرکز برای آن‌ها به وجود می‌آمد، بود. علاوه بر این عدم امکان تعیین گروه کنترل از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود به این صورت که پژوهشگر برای تعیین گروه کنترل می‌بایست به دنبال گروهی باشد که برنامه درمانی اجتماع درمان مدار را دریافت نکرده و از سوی دیگر مراجعین در شرایطی باشند که درمان‌های دیگر را هم دریافت نکرده و در معرض محرك‌هایی که جنبه درمانی نداشته باشند قرار نگیرند و چنانچه گروهی به صورت گروه کنترل برای این پژوهش تعیین می‌شد امکان کنترل متغیرهای مداخله گر وجود نداشت،

این در حالی است که در روش تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری امکان کنترل شرایط در اندازه گیری‌های مکرر فراهم می‌شود.

منابع

ابراهیمی، علی اکبر (۱۳۸۱). **فرهنگ توصیفی اجتماع درمان مدار**. اصفهان: انتشارات سازمان بهزیستی استان اصفهان.

بک، آرون. تی؛ وايت کوری، فرد دی و بروساش، اف نیومون (۱۳۸۰). **درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدوچ**. ترجمه محمد علی گودرزی. شیراز: انتشارات راه گشا.

درخشنان پور، فیروزه؛ پارسایی نیا، مرضیه و شکاری، فائزه (۱۳۸۴). روند درمانی افراد پذیرش شده در مرکز اجتماع درمان مدار بندرعباس طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۸۲. **مجله پژوهشی هرمزگان**، ۱۰(۲)، ۷۷-۸۴

سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۹). **آمار مرکز باز توانی اعتیاد**. تهران: انتشارات معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی.

صدرالسادات، جلال؛ محمدی، زهره؛ کلدی، علیرضا (۱۳۸۴). بررسی تأثیر برنامه روزانه مقیمان در مرکز اجتماع درمان مدار بر روابط اجتماعی آنان در خارج از مرکز در استان گلستان. **فصلنامه رفاه**، ۲۳(۶)، ۱۳-۱۰.

صدیقی، کمال (۱۳۸۱). بررسی اثر بخشی اجتماع درمان مدار بر نیم رخ روانی سوء مصرف کنندگان مواد در اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.

علاالدینی، زهره؛ کجاف، محمد باقر؛ مولوی، حسین (۱۳۸۷). بررسی ویژگی‌های روان‌سننجی مقیاس‌های امید بزرگ‌سالان و امید در حیطه‌های خاص. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.

فرانکن، ر. ای (۱۳۸۴). **انگیزش و هیجان**. ترجمه: حسن شمس اسفندآبادی، غلامرضا محمودی و سوزان امامی پور. تهران: نشر نی.

De Leon, G. (2006) Therapeutic Community for addictions: a theoretical framework. **International Journal Addiction**, 30(12), 455-8.

Edelen, M. O., Tucker, J. S., Wenzel, S. L., Paddock, S. M., Ebener, P., Dahl, J., et al. Treatment process in the therapeutic community: Associations with retention and outcomes among adolescent residential clients. **Journal of Substance**

Abuse Treatment, 32, 415-421.

Hubbard, R. L., Craddock, S. G., & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year follow up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Studies. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 25, 125-134.

Irving, M. L., Snyder, C. R. and Crowson, J. J. (1998). Hop and coping with cancer by college females. **Journal of personality**, 66, 195-214

Mandell, W. Edelen, N. M. O. Wenzel, S. L. Dahl, J. Ebener, P. (2008). Do dimensions of therapeutic community treatment predict retention and outcomes? **Journal of Substance Abuse Treatment**, 35, 223-231

Sacks, S. Banks, S. (2008). Modified therapeutic community for co-occurring disorders: A summary of four studies. **Journal Of substance abuse treatment**, 34, 112-122.

Schinka, J. A., Hughes, P. H., Colotti, S. D., Hamilton, N. L., Renard, C. G., Urmann, C. F., Neri, R. L. (2007). Change in personality characteristics in women treated in a therapeutic community. **Journal Of substance abuse treatment**, 16, 137-142.

Secades-villa, R. Garcia-Rodriguez, O. Higgins, S. T. (2008). Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in spain: six-month outcomes. **Journal Of substance abuse treatment**, 34, 202-207.

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langella, C. and Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual differences measure of hope. **Journal of Personality and Social Psychology**, 60, 570-585.

Snyder, C. R. (2000). **Handbook of hope**. San Diego: Academic Press.

