



دانشگاه علوم پزشکی تهران

دانشکده بهداشت

پایان نامه برای دریافت درجه گواهی عالی بهداشت سلامت (MPH)

عنوان:

بررسی مانایی در درمان مقیمان مراکز اجتماع درمان مدار اعتیاد

بر حسب "شرایط"، "انگیزش" و "آمادگی"

استاد راهنما

دکتر حسن افتخار اردبیلی

نگارنده

حسن اسدی

سال ۱۳۹۶





دانشگاه علوم پزشکی تهران

دانشکده بهداشت

پایان نامه برای دریافت درجه کواهی عالی بهداشت سلامت (MPH)

عنوان:

بررسی مانایی در درمان مقیمان مراکز اجتماع درمان مدار اعتیاد

بر حسب "شرایط"، "انگیزش" و "آمادگی"

استاد راهنما

دکتر حسن افتخار اردبیلی

نگارنده

حسن اسدی

سال ۱۳۹۶

شماره پایان نامه:

اظهار نامه دانشجو

اینجانب دانشجوی دوره دکتری تخصصی/ کارشناسی ارشد دانشکده دانشگاه علوم پزشکی تهران گواهی می نمایم که تحقیقات ارائه شده در این پایان نامه، توسط اینجانب انجام شده و صحت و اصالت مطالب نگارش شده مورد تأیید می باشد. و در مورد استفاده از کار دیگر محققان به مرجع مورد استفاده اشاره شده است. بعلاوه گواهی می نمایم که مطالب مندرج در پایان نامه تاکنون برای دریافت مدرک توسط اینجانب یا فرد دیگری ارائه نشده است و هیچ بخش آن از کار سایر دانشجویان و محققین کپی نشده است. در تدوین متن پایان نامه دستورالعمل مصوب دانشگاه را به طور کامل رعایت کرده ام.

امضاء دانشجو

تاریخ

حق چاپ، نشر و مالکیت معنوی پایان نامه

- ۱- هرگونه کپی برداری به صورت کل پایان نامه یا بخشی از آن تنها با موافقت استاد راهنما مجاز می باشد.
- ۲- کلیه حقوق معنوی این اثر متعلق به دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد و بدون اجازه کتبی دانشگاه به شخص ثالث قابل واگذاری نیست.
- ۳- استفاده از اطلاعات و نتایج موجود در پایان نامه بدون ذکر مرجع مجاز نمی باشد.

تقدیر و تشکر

تشکر و قدردانی از:

استاد ارجمندم جناب آقای دکتر افتخار؛

که با راهنمایی های ارزشمند مرا در انتخاب موضوع پژوهش حاضر تشویق و در اجرای درست این اثر یاری فرمودند.

و همچنین

جناب آقای دکتر باغستانی، استاد مشاور این مطالعه که با راهنمایی بی دریغ، راهگشای مسایل روش شناسی و تحلیل آماری پژوهش بودند.

و

جناب آقایان: دکتر ابراهیمی، دکتر مویدی، آقای توکلی، آقای سلامت؛

مسئولین فنی مراکز اجتماع درمان مدار اصفهان، رشت، تهران و مشهد که در این مطالعه مشارکت داشتند.

و

همه درمانجویان عزیز که پاسخگوی پرسشنامه های مطالعه بودند.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی مانایی در درمان مقیمان مراکز "اجتماع درمان مدار" (TC)^۱ "اعتیاد بر حسب "شرایط"، "انگیزش" و "آمادگی" بر مبنای پرسشنامه CMR بود که برای درمان بیماری خویش به یکی از چهار مرکز TC واقع در شهرهای تهران، اصفهان، مشهد و رشت از آذر ماه ۱۳۹۵ لغایت آبان ماه ۱۳۹۶ مراجعه کردند. بدین منظور تعداد ۱۳۳ نفر بیمار مرد وابسته به مواد از طریق روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به دو پرسشنامه یکی محقق ساخته و دیگری پرسشنامه CMR^۲ حین پذیرش پاسخ دادند. در ابتدا به منظور مقایسه توزیع فروانی ویژگی های جمعیت شناختی در افرادی که یک دوره اقامت کامل TC را گذرانده اند، از آزمون ناپارامتریک خی دو استفاده شد. سپس به منظور بررسی رابطه متغیرهای اصلی پژوهش (شرایط، آمادگی و انگیزه) با مدت اقامت در مراکز TC از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. یافته ها نشان داد متغیر شرایط، آمادگی و انگیزش با مدت اقامت در برنامه اجتماع درمان مدار دارای ضریب همبستگی معنادار و مثبت می باشد و نمره کل مقیاس با مدت اقامت در برنامه اجتماع درمان مدار نیز دارای ضریب همبستگی معنادار و مثبت می باشد. این یافته ها نشان داد چنانچه متقاضیان درمان در مراکز اجتماع درمان مدار در سه وضعیت آمادگی، انگیزش و شرایط نمره بالایی کسب کنند احتمال اینکه دوره درمان را کامل سپری کنند بسیار زیاد است و لازم است سیاستگذاران و درمانگران روی افزایش نمره این سه مقوله قبل از اینکه فرد به مرکز درمان اعتیاد مراجعه کند توجه داشته و اقدامات متناسب را اجرا نمایند.

کلید واژه : پرسشنامه CMR، برنامه اجتماع درمان مدار، مانایی در درمان اعتیاد

^۱. Therapeutic Community

^۲. Circumstances, Motivation, Readiness

فهرست مطالب

فصل اول: کلیات و بیان مسأله..... ۱۰

۱۱	۱-۱. مقدمه
۱۳	۲-۱. بیان مسأله
۱۴	۳-۱. اهمیت و ضرورت
۱۷	۴-۱. اهداف پژوهش
۱۷	۱-۴-۱. هدف اصلی
۱۷	۲-۴-۱. اهداف اختصاصی تحلیلی
۱۷	۳-۴-۱. اهداف اختصاصی توصیفی
۱۸	۴-۱-۱. اهداف کاربردی
۱۸	۵-۱. فرضیه های پژوهش
۲۰	۶-۱. متغیرهای مطالعه

فصل دوم: بررسی متون..... ۲۱

۲۲	۱-۲. مسأله اعتیاد
۲۵	۲-۲. اصول درمان
۳۰	۳-۲. مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد
۳۲	۴-۲. الگوی اجتماع درمان مدار
۳۶	۵-۲. سازه های مطالعه
۳۶	۱-۵-۲. تعاریف
۳۷	۲-۵-۲. سازه شرایط
۳۸	۳-۵-۲. سازه انگیزش
۴۳	۴-۵-۲. سازه آمادگی
۴۷	۶-۲. پیشینه پژوهش؛ پژوهش های انجام شده در خارج از کشور

۴۸ ۷-۲. پیشینه پژوهش؛ پژوهش های انجام شده در داخل از کشور

۵۱..... فصل سوم: روش شناسی پژوهش

۵۲ ۱-۳. جامعه آماری

۵۲ ۲-۳. نمونه و روش نمونه گیری

۵۳ ۳-۳. ابزار پژوهش

۵۴ ۴-۳. متغیرهای پژوهش

۵۵ ۵-۳. روش اجرای پژوهش

۵۵ ۶-۳. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

۵۶ ۷-۳. ملاحظات اخلاقی

۵۷..... فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

۵۹ ۱-۴. شاخص های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش

۷۴ ۲-۴. شاخص های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

۷۵ ۳-۴. تجزیه و تحلیل فرضیه های پژوهش

۵۸..... فصل پنجم بحث و نتیجه گیری

۸۸ ۱-۵. بحث

۸۹ ۲-۵. نتیجه گیری

۸۹ ۱-۲-۵. فرضیه اول

۹۰ ۲-۲-۵. فرضیه دوم

۹۱ ۳-۲-۵. فرضیه سوم

۹۲ ۴-۲-۵. فرضیه چهارم

۹۲ ۵-۲-۵. فرضیه پنجم

۹۳ ۳-۵. محدودیت های مطالعه

۹۳ ۴-۵. پیشنهادات

۹۴..... منابع

۹۸..... پیوست

۱۰۱..... چکیده انگلیسی

فصل اول

کلیات و بیان مسأله

۱-۱. مقدمه

امروزه در تعریف سلامت، دیگر تنها بیمار نبودن کافی نیست بلکه فرد باید در رفاه و آسایش کامل هر سه جنبه جسمی، روانی و اجتماعی خویش قرار داشته باشد [۱]. که اخیراً سلامت معنوی افراد بعنوان بعد چهارم سلامت مطرح شده است [۲]. در کشور ما با کنترل نسبی بیماریهای جسمی و بویژه در حوزه بیماریهای واگیر، همانند بسیاری از کشورها که مسیر توسعه و الگوهای رفتاری جدید را طی می کنند رتبه بندی بار بیماریها تغییر یافته و نگرانی های جدی در مورد ناخوشی هایی که منشاء رفتاری و روان شناختی دارند ایجاد شده است. از سویی دیگر با توجه به مجموعه شرایطی که در فرا روی بشر کنونی قرار گرفته، آسیب های اجتماعی در دنیا و همچنین در کشور ما مشکلات مهمی را ایجاد کرده است [۲].

اعتیاد^۱ در جهان امروز از جمله آسیب های مهم اجتماعی است که در بیشتر کشورها به صورت مشکل عمده ای برای دولت ها جلوه می کند. در حال حاضر مواد مخدر در کنار سه بحران اصلی دنیا یعنی بحران محیط زیست، بحران تهدید اتمی و بحران فقر به عنوان مساله روز دنیا درآمده است [۳].

با وجود کوشش های به عمل آمده و هزینه های بسیار سنگین مبارزه بامواد مخدر، هنوز راه حل مناسب و قابل قبولی برای چیره شدن به این معضل بزرگ جهانی بدست نیامده است. ایران نیز بدلیل اینکه سر راه

^۱ Addiction

یکی از مسیرهای مهم حمل و نقل مواد قرار دارد و بدلائل تاریخی و اجتماعی یکی از قربانیان بزرگ سوء مصرف مواد در جهان به شمار می رود و با آنکه طی سی سال گذشته قربانیان زیادی برای مبارزه با این مشکل بزرگ داده شده به نظر نمی رسد که نتایج حاصله برای مردم و مسئولین رضایت بخش باشد. هر چند که خوشبختانه با تغییر در سیاستگذاری در دو دهه گذشته فرد معتاد هم اکنون به عنوان بیمار تلقی شده و نگاهی مجرمانه و برخورد های قهری بسیار کم تری در این زمینه صورت می گیرد[۳].

هم اکنون اکثر متخصصین و صاحب نظران درمان اعتیاد بر این باورند که اعتیاد اختلال روانی، ژنتیکی، جسمی و اجتماعی می باشد و براین اساس تنوعی از مداخلات پزشکی، روان شناسی و اجتماعی برای کنترل آن طراحی شده است.

یکی از بندهای ۷ گانه در استراتژی پیشگیری از اعتیاد درمان معتادین و گسترش مراکز درمانی این بیماری می باشد. درمان به عنوان پیشگیری ثانویه همواره در نظام ارتقا سلامت از اهمیت خاصی برخوردار بوده است. تغییر نگرش در بین مسئولین ارشد نظام در جهت نگاه علمی به اعتیاد و درمان آن باعث شده که برنامه های درمان در کشور به سرعت گسترش یافته و بتواند تا حد زیادی انتظارات عامه مردم را مرتفع نماید[۱۲].

در ایران پس از کشمکش های فراوان بر جرم انگاری یا هر قامت دیگری به طور مشخص از سال ۱۳۷۵ تلاش های جدی به منظور فراهم کردن کاهش بار اعتیاد توسط سازمان بهزیستی صورت گرفت. و در واقع برنامه سم زدایی و درمان نگهدارنده را اجرا نمود.[۱۱]

پس از استقرار و گسترش نسبی برنامه درمان دارویی اعتیاد، سازمان بهزیستی پس از مطالعات و شواهد میدانی سایر کشورها رویکرد دیگری موسوم به اجتماع درمان مدار^۱ را در سال ۱۳۷۹ استقرار می دهد. برنامه ای که با هدف ارتقاء مهارت های روانشناختی و اجتماعی بیماران معتاد و نه بهبود جسمی آنها از مواد بود. که می توان گفت شاکله اصلی آن یادگیری اجتماعی و سیستم تقویت مثبت و منفی در آن دنبال شده است.[۴]

۱. Therapeutic Community

۱-۲. بیان مسأله

پدیده شوم سوء مصرف مواد، جدا از هزینه سرسام آوری که بر جامعه تحمیل کرده (بالغ بر ۲۰۰ میلیارد ریال در کل جهان) [۵] و درصد جمعیتی که مصرف یک یا چند ماده غیر قانونی باعث تغییر در حالات روانی فرد (مثل خلق) و فعالیت های مشهود بیرونی (یعنی رفتار) وی گردند که این اثرات با مصرف دراز مدت پایدار خواهند شد و قطعاً کیفیت و رضایتمندی زندگی را تحت تاثیر قرار خواهد داد. [۱۲]

در ایران پس از کشمکش های فراوان بر جرم انگاری یا هر قامت دیگری به طور مشخص از سال ۱۳۷۵ تلاش های جدی به منظور فراهم کردن کاهش باراعتیاد توسط سازمان بهزیستی صورت گرفت. و در واقع برنامه سم زدایی و درمان نگهدارنده را اجرا نمود. [۱۱]

پس از استقرار و گسترش نسبی برنامه درمان دارویی اعتیاد، سازمان بهزیستی پس از مطالعات و شواهد میدانی سایر کشورها رویکرد دیگری موسوم به اجتماع درمان مدار را در سال ۱۳۷۹ استقرار می دهد. برنامه ای که با هدف ارتقاء مهارت های روانشناختی و اجتماعی بیماران معتاد و نه بهبود جسمی آنها از مواد بود. که می توان گفت شاکله اصلی آن یادگیری اجتماعی و سیستم تقویت مثبت و منفی در آن دنبال شده است. [۱۱]

اجتماع درمان مدار یکی از جامع ترین روش های درمان اعتیاد است که مطالعات مختلف داخلی و خارجی اثربخشی این رویکرد درمانی را مطرح نموده اند اما با توجه به ظرفیت های درمانی بالای این مدل درمانی آنچنان که باید توسعه کیفی و کمی نداشته است.

علی رغم پیشرفت های درمانی، یکی از مشکلات رایج در همه درمان های اعتیاد میزان عود و بازگشت مجدد به مصرف مواد بعد از اتمام دوره درمانی است. مطالعات زیادی، عوامل موثر بر عود مصرف کنندگان مواد را بررسی کرده اند. مطالعات ارتباط معناداری را در میان تعداد روزهای ماندن در درمان و کاهش عود گزارش کرده اند. بررسی ها نشان داده اند که انگیزش پایین یکی از مهمترین عوامل تاثیر گذار بر عود می باشد [۳۵]. در واقع، داشتن انگیزه برای درمان، یکی از مهمترین عوامل درگیر شدن در درمان و ماندن و به پایان رساندن دوره درمانی و سود بردن از درمان می باشد [۲۹،۳۰،۳۱،۳۲،۳۴،۳۵] از سویی دیگر همگام با پذیرش، انگیزش به عنوان عامل اساسی تاثیر گذار بر درمان می باشد. [۳۵]

۱-۳. اهمیت و ضرورت پژوهش

به دلیل ماهیت اختلال مصرف مواد، زندگی فرد معتاد در حول و حوش مصرف موادمش شکل می گیرد. مصرف مواد، اصل اساسی سازماندهی وجود او شده و اغلب موجب بدکنشی زیاد در جنبه های مختلف زندگی وی می گردد. عملکردهای اجتماعی، خانوادگی، شغلی و روانشناختی بطور قابل ملاحظه ای افت می کند. سابقه طولانی یا شروع زودهنگام مصرف مواد تأثیرات بیشتری بر حوزه های مختلف عملکرد فرد دارد [۱].

سوء مصرف مواد و اعتیاد امروزه یک معضل اجتماعی و درمانی است که پیامدهای آن در جامعه بسیار سنگین است [۵]. در حالی که برخی از این مشکلات عمدتاً ناشی از سوء مصرف مواد است، اما بعضی از آن ها قبل از شروع سوء مصرف مواد نیز وجود داشته اند. در هر دو مورد، اعتیاد به مواد معمولاً به صورت یک شرایط حاد در طی دوره های کوتاه مراقبت اقامتی یا طی چند ماه درمان سرپایی تحت درمان قرار می گیرد، ولی نه تاکید بر پرهیز است و نه تاکید بر جنبه های دیگر [۲].

از آنجایی که اعتیاد یکی از اساسی ترین مسائل اجتماعی هر جامعه و مهمترین عاملی است که می تواند، نسل مولد جامعه را به تخریب بکشد، لذا استفاده از مدل های درمانی مفید و اثر بخش جدید لازم و ضروری به نظر می رسد.

گستره وسیعی از درمان ها و خدمات حمایتی برای افراد دارای مشکل اعتیاد به الکل یا مواد، مانند برنامه های سم زدایی، درمان نگهدارنده با متادون^۱، درمان سرپایی بدون مواد، برنامه های درمانی اقامتی درازمدت و خدمات کاهش آسیب وجود دارد [۲]. در طی سال های گذشته مداخلات مختلفی در قالب درمان های دارویی و غیردارویی برای درمان اعتیاد معرفی شده اند. از جمله درمان های غیردارویی می توان به روان درمانی فردی، گروه درمانی، خانواده درمانی، گروه های خودیار و مراکز اجتماع درمان مدار اشاره نمود [۶].

هم اکنون در ایران ۲۹ مرکز اجتماع درمان مدار در استان های تهران (۲)، لرستان (۱)، آذربایجان شرقی (۱)، مازندران (۱)، گیلان (۲)، خراسان رضوی (۲)، خراسان جنوبی (۱)، خراسان شمالی (۱)، اصفهان (۲)، خوزستان (۲)، یزد (۱)، فارس (۲)، کرمان (۲)، اردبیل (۱)، البرز (۳)، سیستان و بلوچستان (۱)، کرمانشاه (۱)، کردستان (۱)، کهگیلویه و بویر احمد (۱) و گلستان (۱) مرکز در حال فعالیت می باشند. به نظر می رسد با جهت گیری مطلوب سازمان بهزیستی کشور در معرفی بسترهای بازتوانی روانی- اجتماعی و ارایه درمان های عمیق بر پایه ارتقاء مهارت های روانشناختی و اجتماعی متقاضیان درمان اعتیاد پژوهش هایی کاربردی با هدف ارایه خدمات هدفمند و موثر به مقیمان در مراکز اجتماع درمان مدار بیش از پیش ضروری باشد.

ابزارهای متعددی برای سنجش و پیش بینی مانایی در درمان مقیمان تهیه و تدوین شده است که یکی از این ابزارها پرسشنامه CMR^۲ برای مراجعان به مراکز اجتماع درمان مدار است که توسط مرکز مطالعات اجتماع درمان مدار آمریکا تهیه شده است [۷].

دی لئون، ملنیک، کرسل و جینس هیل (۱۹۹۴) برای اولین بار مقیاس شرایط، انگیزش و آمادگی را برای اندازه گیری ادراک مراجعان به مراکز اجتماع درمان مدار از چهار حیطه مرتبط با هم تدوین نمودند. این چهار حیطه

^۱ Methadone maintenance treatment

^۲ Circumstances, Motivation, Readiness

عبارت بود از: شرایط (فشارهای خارجی)، انگیزش (فشارهای درونی) و آمادگی. یافته های آنها از سه مطالعه همگروهی نشان می دهد که این مقیاس اعتبار و روایی مناسبی برای پیش بینی مدت ماندن در درمان در برنامه های اقامتی دارد [۱۱].

دی لئون، ملنیک و کرسل (۱۹۹۷) از مقیاس CMR برای سنجش انگیزش و آمادگی نمونه بزرگی از معتادان به الکل، ماری جوانا، هرویین و کوکائین که در مراکز اجتماع درمان مدار پذیرش شده بودند استفاده کردند. یافته های آنها نشان داد که نمرات ابتدایی انگیزش و آمادگی، شاخص پیش بینی کننده معناداری برای مانایی کوتاه مدت در درمان در میان همه مراجعه کنندگان بود [۱۲].

نوروزی، میری، سلطانی، علی اسلامی، هریوندی و دستجردی (۲۰۱۶) در مطالعه بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس CMR روی گروهی از معتادان ایرانی نشان دادند که این مقیاس دارای روایی و اعتبار مناسب و قابل کاربرد برای مراکز اقامتی میان مدت می باشد [۱۳].

سویز، دی لئون، راسل و بروکرت (۲۰۰۶) مقیاس CMR را روی گروهی از افراد با اختلال مصرف مواد در هلند که در برنامه اجتماع درمان مدار پذیرش شده بودند، اجرا نمودند. تحلیل عاملی آنها نشان داد که مقیاس دارای سه عامل و دارای قدرت پیش بینی قوی جهت مانایی مراجعان در درمان می باشد [۱۴].

در مطالعه ای (بلیبرگ و همکاران، ۱۹۹۴، به نقل از ابراهیمی، ۱۳۸۱) نشان داده است افرادی که برای مدت ۶ ماه در برنامه بودند، در ۳۲ ماه بعد از ترخیص، میزان ۵۰ درصد در پاک ماندن موفق بودند، در حالیکه کسانی که فقط برای مدت یکماه در برنامه بودند، در ۱۵ ماه بعد از ترخیص، ۲۳ درصد در پاک ماندن موفقیت داشتند [۱۵].

بوردن، دانگ، پرندرگاست، مسینا و فاربی (۲۰۰۷) بیان می دارند که تقریباً ۶۰ درصد همه پذیرفته شدگان پیشرفت معنی داری در متغیرهای پایه، در مدت یک الی دو سال بعد از درمان، نشان می دهند. هرچند مراجعانی که بیش از دوازده ماه اقامت می کنند، بیشترین احتمال پیامدهای موفقیت آمیز را دارند [۱۶].

با استفاده از مقیاس انگیزش، آمادگی و مناسبت (دی لئون و حینس هیل، ۱۹۸۶) "تمایل تصویری فرد برای درمان" مورد اندازه گیری قرار گرفته است. (اریکسون، استیونز، مک کی نایت و فیگورد و ۱۹۸۶) دریافتند که تمایل و خواست مراجعان به طور مثبتی با میزان ماندن در درمان رابطه دارد. کاماکو، ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۵ رابطه میان انگیزش اولیه برای درمان را بررسی کرده اند. این مولفان خاطر نشان می کنند که "نبودن انگیزه" یکی از فراوان ترین دلایل ذکر شده بیمارانی بود که درمان را ترک گفته بودند، یا بازگشت داشتند و یا سایر جنبه ها شکست درمان را نشان دادند. [۱۴].

۴-۱. اهداف پژوهش

۱-۴-۱. هدف اصلی طرح

تعیین رابطه میزان مانایی در درمان مقیمان مراکز اجتماع درمان مدار با نمره شرایط، انگیزش و آمادگی آنها بر حسب مقیاس CMR

۲-۴-۱. اهداف اختصاصی تحلیلی

۱-۲-۴-۱. تعیین رابطه میزان مانایی در درمان مقیمان مراکز اجتماع درمان مدار با نمرات مقیاس "شرایط"

۲-۲-۴-۱. تعیین رابطه میزان مانایی در درمان مقیمان مراکز اجتماع درمان مدار با نمرات مقیاس "انگیزش"

۳-۲-۴-۱. تعیین رابطه میزان مانایی در درمان مقیمان مراکز اجتماع درمان مدار با نمرات مقیاس "آمادگی"

۴-۲-۴-۱. تعیین رابطه نمره کل مقیاس CMR با میزان "مانایی" مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار

۳-۴-۱. اهداف اختصاصی توصیفی

- ۵-۲-۴-۱. تعیین فراوانی افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند بر حسب سن
- ۶-۲-۴-۱. تعیین فراوانی افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند بر حسب تحصیلات
- ۷-۲-۴-۱. تعیین فراوانی افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند بر حسب تأهل
- ۸-۲-۴-۱. تعیین فراوانی افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند بر حسب متوسط درآمد ماهیانه
- ۹-۲-۴-۱. تعیین فراوانی افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند بر حسب وضعیت مسکن
- ۱۰-۲-۴-۱. تعیین فراوانی افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند بر حسب نوع شغل
- ۱۱-۲-۴-۱. تعیین فراوانی افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند بر حسب نوع ماده مصرفی غالب در

یک سال اخیر

- ۱۲-۲-۴-۱. تعیین فراوانی افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند بر حسب تعداد دفعات ترک مواد

۴-۴-۱. اهداف کاربردی طرح

از نتایج این مطالعه می توان جهت تعیین متغیرهای تاثیر گذار بر میزان مانایی افراد مراجعه کننده به مراکز اجتماع درمان مدار و تدوین طرح های درمانی کارآمدتر استفاده نمود تا در نهایت افراد بیشتری بتوانند دوره اقامت را طی کنند. مسایل انگیزه و آمادگی آنها برای درمان قابل بررسی خواهد بود و همچنین می توان در سطح سیاستگذاری اندیکاسیون ها و کنتر اندیکاسیون های پذیرش در این مراکز را تصحیح نمود.

۵-۱. فرضیه های پژوهش

- ۱-۵-۲. نمرات مقیاس "شرایط" با میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار همبستگی دارد.
- ۲-۵-۲. نمرات مقیاس "انگیزه" با میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار همبستگی دارد.
- ۳-۵-۲. نمرات مقیاس "آمادگی" با میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار همبستگی دارد.
- ۴-۵-۲. نمره کل مقیاس CMR با میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار همبستگی دارد.

۵-۵-۲. مولفه های شرایط، آمادگی و انگیزش میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار را

پیش بینی می کنند.

۶-۵-۲. بیشترین افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند سن آنها در بازه ۳۰ تا ۴۰ سال می باشد.

۷-۵-۲. بیشترین افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند تحصیلات آنها بالای دیپلم می باشد.

۸-۵-۲. بیشترین افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند متأهل می باشند.

۹-۵-۲. بیشترین افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند متوسط درآمد آنها بالای ۲ میلیون تومان

در ماه می باشد.

۱۰-۵-۲. بیشترین افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند از مسکن تملکی برخوردار هستند.

۱۱-۵-۲. بیشترین افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند دارای شغل فصلی می باشند.

۱۲-۵-۲. بیشترین افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند نوع ماده مصرفی آنها اپیوئید می باشد.

۱۳-۵-۲. بیشترین افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند بالای ۴ بار تجربه ترک مواد را دارند.

۱-۶. متغیر های مطالعه

ردیف	عنوان متغیر	نوع متغیر	کمی	کیفی	تعریف علمی - عملی	نحوه اندازه گیری	مقیاس
		مستقل	وابسته	پوشسته	گسسته	اسمی	رتبای
۱	شرایط	*		*			
							نمره ای که فرد از مقیاس فرعی شرایط در پرسشنامه CMR به دست می آورد
۲	انگیزش	*		*			
							نمره ای که فرد از مقیاس فرعی انگیزش در پرسشنامه CMR به دست می آورد.
۳	آمادگی	*		*			
							نمره ای که فرد از مقیاس فرعی آمادگی در پرسشنامه CMR به دست می آورد.
۴	ماندن در درمان		*				
							تعداد روزها
۵	مداخله رویکرد اجتماع درمان مدار	*				*	
							اسمی

فصل دوم

بررسی متون

۲-۱. مسأله اعتیاد

اعتیاد یک اختلال مزمن عصبی - زیستی است که پیدایش و تظاهرات آن تحت تأثیر عوامل ارثی، روانی اجتماعی و محیطی قرار دارد. مشخصه آن وجود حداقل یکی از این رفتارهاست: اختلال در کنترل بر مصرف ماده، مصرف اجبارگونه، ادامه مصرف علی‌رغم زیان‌های آن و ولع برای مصرف آن

۲-۱-۱. اختلال مصرف مواد

بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V)، اختلال مصرف مواد عبارت است از: الگوی مشکل‌دار مصرف ماده‌ای است که باعث بروز اختلال واضح بالینی یا تنش در فرد می‌گردد و با حداقل دو مورد از ملاک‌های یازده‌گانه زیر در طی یک بازه زمانی دوازده‌ماهه شناخته می‌شود؛

۲-۱-۱-۱. افزایش میزان و دفعات مصرف مواد نسبت به زمان آغاز.

۲-۱-۱-۲. تمایل مداوم یا تلاش ناموفق برای کاهش یا کنترل مصرف مواد.

۲-۱-۱-۳. صرف مقدار زیادی وقت در فعالیتهای لازم برای به دست آوردن مواد، استفاده از مواد، یا بهبود یافتن از اثرات آن.

۲-۱-۱-۴. ولع مصرف و یا یک تمایل قوی و یا نیاز به استفاده از این ماده.

۲-۱-۱-۵. عود مصرف مواد و در نتیجه عدم انجام تعهدات و نقش عمده در محل کار، مدرسه و یا خانه.

۲-۱-۱-۶. ادامه مصرف مواد با وجود داشتن مشکلات اجتماعی یا بین فردی مداوم یا عود و بدتر شدن مشکلات اجتماعی و بین فردی به دلیل اثرات ماده.

۲-۱-۱-۷. کاهش فعالیتهای اجتماعی، شغلی و یا تفریحی مهم به دلیل استفاده از مواد.

۸-۱-۱-۲. استفاده مجدد از مواد در شرایط فیزیکی خطرناک.

۹-۱-۱-۲. تداوم استفاده از ماده باوجود آگاهی از داشتن یک مشکل جسمی مداوم یا عودکننده و یا

مشکل فیزیولوژیکی که به احتمال زیاد به سبب مصرف مواد ایجاد شده یا شدت می یابد.

۱۰-۱-۱-۲. تحمل که با یکی از مشخصات زیر شناخته می شود:

- نیاز مشخص برای افزایش قابل توجهی از این ماده برای رسیدن به اثر موردنظر.

- بروز کاهش قابل ملاحظه در آثار ماده با ادامه استفاده از همان مقدار.

۱۱-۱-۱-۲. محرومیت که با یکی از ویژگی های زیر آشکار می شود:

- بروز نشانگان ترک اختصاصی برای هر ماده.

- از بین رفتن علائم ترک یا جلوگیری از بروز آن با استفاده از ماده مشابه. [۳]

وابستگی و سوء مصرف مواد یکی از چالش های اساسی اکثر کشورهای جهان از جمله کشور ایران است که به رشد اقتصادی آسیب می زند، توسعه پایدار را نا ممکن می سازد، پیامدهای اجتماعی و نابسامانی های خانوادگی بسیار به همراه دارد و بار زیادی را بر نظام بهداشت و درمان کشورها تحمیل می کند. از این رو در اسناد بین المللی و قوانین جاری بسیاری از کشورها و از آن جمله ایران ، ضرورت انجام اقدامات همه جانبه، فراگیر و قاطع با این معضل اجتماعی-بهداشتی مورد توجه قرار گرفته است. [۱۲]

فرازهایی از قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که سلامت را حق مسلم ملت دانسته و نظام را مکلف به تامین حداقل نیازهای اساسی و ترسیم تصویری از یک دولت رفاه نموده است، ابلاغ سیاست های کلی نظام در حوزه مبارزه با مواد مخدر، اقدامات مشخص شده در برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور در راستای سند چشم انداز ۲۰ ساله توسط مقام معظم رهبری " مد ظله العالی " با رویکرد «انسان سالم» و «سلامت همه جانبه» و نیز مبارزه همه جانبه با مواد مخدر و روانگردان، اهتمام به اجرای سیاست های کلی مبارزه با مواد مخدر در دهه پیش رو که دهه پیشرفت و عدالت نام گذاری شده است را روشن می سازد [۱۲].

همچنین پذیرش اسناد بین المللی مانند کنوانسیون مواد مخدر ۱۹۶۱ سال و اصلاحیه آن در سال ۱۹۷۲ ، کنوانسیون مواد روانگردان سال ۱۹۷۱ ، کنوانسیون ۱۹۸۸ و بالاخره بیانیه سیاسی اصول راهنمای کاهش تقاضا و سایر مصوبات بیستمین اجلاس ویژه مجمع عمومی ملل متحد در سال ۱۹۹۸ توسط جمهوری اسلامی ایران، نشان دهنده تعهد ایران به کاهش تقاضای مواد است [۱۱].

در سال های اخیر دولت تلاش کرده است به شیوه های متفاوتی درمان را در اختیار نیازمندان قرار دهد و به تدریج تعداد خدمت گیرندگان افزایش یافته است که قطعاً با فرایند های قانونی اخیر (تصویب و ابلاغ تبصره یک ماده ۱۵ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و موضوع ماده ۱۶ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام) این تعداد افزایش بیشتری خواهند یافت، یعنی داوطلبان یا وادارشدگان به درمان بیش تر می شوند. این اطلاعات نشان می دهند که نیازمند ظرفیت سازی، برنامه ریزی منسجم و تامین امکانات درمان، بازتوانی و حمایتی در کشور هستیم. [۱۱]

ایران در حوزه درمان و بازتوانی اعتیاد و در مقایسه با کشورهای منطقه، به مراتب توسعه یافته تر است، تنوع در انواع و سطوح مداخلات درمان و زیانکاهی (کاهش آسیب) از امتیازهای برنامه های درمان کشور محسوب می گردد. با این وجود کمبود ارتباط میان الگوهای مختلف درمان و تفاوت های مفهومی و یا نگرشی میان آنها که در نوع خود می تواند فرصتی برای ارتقاء کیفیت خدمات باشد ، بعضاً موجب توقف ارایه خدمات گردیده است ، که نیاز به توجه ویژه دارد.

یک نظر سنجی اجمالی از جمع کثیری از صاحب نظران نشان داد که؛ کمبود یا ساماندهی ضعیف مدل - های اجتماعی درمان از یک سو و نگرش پزشکی صرف به درمان اعتیاد و کم توجهی به درمان های روانی، اجتماعی از سوی دیگر از جمله نقاط ضعف حوزه درمان محسوب می شوند. همچنین قطبی شدن دیدگاه ها در حوزه خدمات درمان اعتیاد و نگرش حذفی به برخی برنامه ها، نظیر برنامه های زیانکاهی، از تهدیدهای عمده برنامه هاست [۱۶].

۲-۲. اصول درمان اعتیاد

اصول درمان اعتیاد که توسط مؤسسه ملی سوء مصرف مواد امریکا^۱، اقتباس شده است. به شرح زیر می باشد. [۳]

۱- برای همه‌ی افراد یک درمان مناسب وجود ندارد. متناسب کردن روش‌ها و رویکردهای درمانی با نیازهای افراد متقاضی درمان، اهمیت زیادی دارد تا آنها بتوانند از اعتیاد بهبود یافته و به جامعه برگردند. این اصل بر شکل‌دهی مدل پیوستار مراقبت تأکید دارد تا سطوح متنوعی از مراقبت و خدمات برای رفع نیازهای افراد با درجات متفاوت از شدت اعتیاد فراهم گردد.

۲- خدمات درمانی باید به سهولت فراهم و در دسترس باشد. آمادگی فرد معتاد جهت دریافت کمک نوسانی و متغیر و غیرقابل پیش‌بینی است و در نتیجه لازم است که در مواقع ضروری «کمک» به راحتی فراهم گردد تا او از مزایای آن بهره‌مند گردد. دشواری‌های بی‌مورد در رسیدن به درمان باعث طولانی و دچار تأخیر شدن فرایند ورود به درمان و از دست دادن فرصت‌های مداخله می‌گردد.

۳- درمان اثربخش نباید فقط نیاز به مصرف ماده فرد را بر طرف کند بلکه باید پاسخگوی نیازهای متعدد فرد باشد. درمان اثربخش باید بتواند جنبه‌های رفتاری، روان‌شناختی یا عاطفی، اخلاقی و معنوی، شغلی و اجتماعی فرد معتاد را (در کنار مشکل مصرف موادش) مدنظر قرار دهد. درمان جامع اعتیاد باید شامل خدمات یا مداخلات متنوعی باشد تا نیازهای مراجع وابسته به مواد را برطرف کند و باید شامل فعالیت‌هایی باشد که او را جهت ورود مجدد به اجتماع آماده کرده و به او مهارت‌هایی جهت پیشگیری از عود را یاد می‌دهد.

۴- طرح درمان انفرادی باید به‌طور دوره‌ای تدوین و ارزیابی و تعدیل شود تا این اطمینان حاصل گردد که طرح درمان نیازهای در حال تغییر فرد را ارضا می‌کند. طرح درمانی همانند یک نقشه راه است که هدایت‌کننده‌ی فرد در مسیر بهبودی است و به شناسایی مکان‌های مهمی که او باید به آنها برسد و هدف نهایی که باید کسب

^۱.National Institute of Drug Abuse

گردد، کمک می‌کند. طرح درمانی مقیاس و معیاری است که ما می‌توانیم دستاوردها و شکست‌ها را اندازه بگیریم، نقاط ضعف را برطرف کنیم و همچنین حوزه‌های جدیدی که باید در مراجع تقویت گردد را مشخص می‌کند. بسیار مهم است که رویکرد درمانی با سن، جنس، نژاد و فرهنگ فرد متناسب باشد.

۵- ماندن مراجع در درمان در یک دوره زمانی کافی، برای اثربخشی درمان لازم و ضروری است. البته طول مدت درمان به ماهیت مشکل و نیازهای فرد بستگی دارد. مطالعات نشان می‌دهد که اکثر مراجعان در سه ماه اول درمان شروع به نشان دادن فواید درمانی می‌کنند و اکثر آنها در طی مدت شش ماه بهبودی معناداری را نشان می‌دهند. فراسوی این مدت، درمان می‌تواند پیشرفت بیشتری را به سمت بهبودی و تقویت دستاوردهای درمانی به‌وجود آورد. بسیار مهم است که رویکرد درمانی شامل راهکارهایی برای درگیر کردن و برانگیختن مراجعان برای ماندن در درمان باشد چون آنها اغلب درمان را زود ترک می‌کنند.

۶- مشاوره (فردی و گروهی) و سایر درمان‌های رفتاری، مؤلفه‌های اساسی درمان اثربخش می‌باشند. مراجعان باید فرصت داشته باشند تا در طی درمان روی مسائل انگیزشی بحث کنند، مهارت‌های اجتماعی و توانایی مقاومت در برابر مواد را بازسازی کنند و اشکال جدید رفتار را فراگیرند و احساسات خاص خود را بشناسند و بر آنها غلبه نمایند و مهارت‌های حل مسئله خویش را بهبود بخشند. درمان رفتاری و مشاوره به بهبود روابط بین فردی او در خانواده و اجتماع کمک می‌کند. در هر فاز درمان، مراجع معمولاً مشکلاتی را تجربه می‌کند که باید به وی کمک شود تا بر آنها غلبه نماید. مشاوره، ابزار اصلی درمان است که به شیوه‌های متعددی به مراجع کمک می‌کند. برای مثال، مراجع یاد می‌گیرد تا خود را با محیط درمان سازگار کند، با مسئله برگشت به خانه یا اجتماع کنار بیاید و مهارت‌های مقابله با بازگشت به مصرف مواد را کسب نماید.

۷- برای برخی مراجعان، دارودرمانی مؤلفه مهمی است به‌ویژه وقتی که با مشاوره و سایر درمان‌های رفتاری ترکیب گردد. متادون، لوو-آلفا استیل متادول (LAAM) در کمک به مراجعانی که به مواد مخدر و مواد غیرقانونی دیگر اعتیاد مزمن دارند بسیار مفید است و به آنها فرصت می‌دهد تا شانس دستیابی به یک زندگی نسبتاً پایدار را کسب کنند به‌ویژه برای آنهایی که سابقه‌ی طولانی مصرف مواد و شکست مکرر در پاک‌سازی از مواد

را دارند. البته به یاد داشته باشید که دارودرمانی باید آخرین روش مداخله‌ی انتخابی باشد مگر آن که دارو بخشی از رویه‌ی درمانی باشد که برای کاهش جرم و جنایت ناشی از مواد طراحی شده است. این تفکر که معتاد فقط باید مواد مصرف نکند، تفکری ساده‌انگارانه است. باید برای کسانی که تحت درمان نگهدارنده با متادون هستند، برنامه‌گذاری جهت ترک متادون طراحی شود. برای سوءمصرف‌کنندگانی که اختلالات روانی همراه دارند، مداخلات رفتاری همراه با دارودرمانی ارائه می‌شود.

۸- برای افراد معتاد یا سوءمصرف‌کننده‌ی موادی که اختلالات روانی همراه دارند باید هر دو اختلال به شیوه‌ای ترکیبی تحت درمان قرار گیرد. اختلال روانی همراه در افراد معتاد بسیار رایج است. وقتی فردی هر دو اختلال را دارد، باید به خوبی مورد ارزیابی قرار گیرد تا برای هر دو اختلال، خدمات درمانی مورد نیاز را دریافت کند.

۹- سم‌زدایی دارویی فقط مرحله اول درمان اعتیاد است و به تنهایی در مصرف مواد درازمدت، تغییر کوچک و ناچیزی به وجود می‌آورد. نشانه‌های جسمی حاد ناشی از ترک مواد را می‌توان به‌طور ایمن از طریق سم‌زدایی دارویی کنترل کرد. سم‌زدایی تنها به‌ندرت می‌تواند به فرد جهت دستیابی به پرهیز درازمدت از مواد کمک کند اما اغلب برای او فرصتی فراهم می‌آورد تا روش‌های درمانی دیگر در این فرصت ارائه گردد تا او به پاک‌ی درازمدت دست یابد.

۱۰- نیازی نیست که درمان داوطلبانه باشد تا اثربخش باشد. انگیزش، عاملی اساسی جهت تسهیل فرایند شفایابی از اعتیاد است. وقتی فردی به صورت خودمعرف یا تحت اجبار خانواده یا مراجع قدرت وارد درمان می‌گردد، او در چنگ انگیزشی واقعی است که وی را در امان نگه می‌دارد. اغلب اوقات حتی وقتی که مراجعان به صورت داوطلبانه وارد درمان می‌شوند، منابع درونی یا بیرونی فشار وجود دارد که باعث پناه آوردن آنها به مراکز درمانی می‌شود. این حقیقت که مراجع شانس حضور در درمان را پیدا کند، مسأله مهم‌تری از داوطلبانه یا اجباری بودن درمان است. تحقیقات نشان می‌دهد که اجبار و فشار از طرف خانواده، کارفرما یا سیستم قضایی هم احتمال ورود به درمان و هم میزان ماندن درمان را افزایش می‌دهد و احتمال موفقیت را بالا می‌برد.

۱۱- مصرف مواد در طی دوره‌ی درمانی باید به‌طور مداوم تحت نظارت باشد. لغزش‌ها در طی دوره‌ی درمان رخ می‌دهند. باید احتمال مصرف مواد و الکل مراجعان به صورت عینی از طریق آزمایش ادرار و سایر تست‌ها ارزیابی گردد. همچنین این نظارت بخشی از مدیریت مورد^۱ و ابزاری جهت نظارت بر پیشرفت درمان است. بازخورد حاصل از نتیجه‌ی مثبت یا منفی مصرف مواد ارزش بالینی و مشاوره‌ای دارد که با مسائل مربوط به پیشگیری از عود ربط دارد.

۱۲- برنامه‌های درمانی باید امکان سنجش HIV, AIDS، هپاتیت B، C، توبرکلوزیس و سایر بیماری‌های عفونی را فراهم آورند و به مراجعان با مشاوره کمک شود تا با تغییر و اصلاح رفتارهای خویش، خود و دیگران را از احتمال ابتلا به عفونت حفظ کنند. مشاوره، چه به شکل انفرادی یا گروهی، به مراجعان کمک می‌کند تا یاد بگیرند چگونه از رفتار پرخطر اجتناب کنند. مشاوره به مراجعان کمک می‌کند تا کسانی که قبلاً به بیماری‌های عفونی مبتلا شده‌اند، بهتر بتوانند آن را کنترل کنند. با توجه به این که اغلب مراجعان زود از درمان خارج می‌شوند، آموزش و مشاوره‌ی پیشگیری از HIV, AIDS باید در ابتدای درمان ارائه شود. علاوه بر میزان بالای ابتلا به عفونت در میان مصرف‌کنندگان مواد، باید ارائه‌کنندگان خدمات درمانی فعالیت‌های مراجعان را جهت اجتناب از رفتارهای پرخطر و ابتلای مجدد را مورد نظارت قرار دهند.

۱۳- بهبودی از اعتیاد به مواد، فرایند درازمدتی است و غالباً نیازمند دوره‌های متعدد درمان است. اعتیاد به مواد گاهی به صورت شرایط مزمن عودکننده توصیف می‌شود. عود و بازگشت در طی و بعد از دوره‌های درمان موفقیت‌آمیز رخ می‌دهد. وقتی مراجعی دوباره مواد مصرف می‌کند به این معنی نیست که او در طی برنامه‌ی درمانی هیچ چیزی یاد نگرفته است بلکه به این معنی است که او در یادگرفتن دریافت کمک کافی برای پرهیز از مواد به‌طور کامل شکست خورده است. برخی از مراجعان که در دوره‌ی درمانی را کامل نموده و بعداً بازگشت کرده‌اند، اغلب میزان مصرف موادشان کاهش یافته و کم‌تر درگیر رفتارهای جنایی می‌شوند. مصرف‌کنندگان مزمن مواد ممکن است قبل از کسب توانایی پرهیز پایدار و عملکرد مؤثر، نیاز به درمان طولانی مدت یا دوره‌های

درمانی متعددی داشته باشند. فراهم آوردن امکان حضور در گروه‌های خودیاری و پیگیری درمان برای کسب پرهیز درازمدت و پایدار، لازم و ضروری است.

۱۴- پیشگیری از عود، همراه با درمان رسمی، باعث بهبود پیامدهای درمانی می‌شود. دانش زیادی وجود دارد که فرایند بازگشت را توضیح می‌دهد و راهکارهای رفتاری و شناختی متنوعی ارائه می‌کنند که به مراجعان یاد می‌دهد تا از وقوع بازگشت به مواد و الکل پیشگیری نموده یا آن را به حداقل برسانند. مدل‌های پیشگیری از عود، تکنیک‌ها و راهکارهای مداخله‌ای ارائه می‌کنند تا احتمال لغزش و مکرر شدن این لغزش‌ها به حداقل برسد. این مدل‌های پیشگیری از عود^۱، واقعیت دوره‌های لغزش‌ها و بازگشت‌ها را شناسایی و تعیین نموده و آنها را به عنوان بخشی از فرایند بهبودی اکثر مراجعان در نظر می‌گیرند. این مدل‌ها، از این دوره‌ها در هنگام رخدادشان استفاده نموده و از آنها به عنوانی موقعیت‌های یادگیری استفاده نموده و به مراجعان مهارت‌های لازم برای پیشگیری از این رخداد را آموزش می‌دهند.

۱۵- خدمات ورود مجدد و بعد از مراقبت در تسهیل انتقال مراجعان از مرکز به جامعه اثربخش هستند. حضور در درمان‌های اقامتی از طریق انتقال تدریجی به اجتماع، باعث به حداقل رسیدن پیامدهای درمانی و به حداقل رسیدن احتمال لغزش و تکرار لغزش‌ها و عود می‌گردد. ارائه خدمات ورود مجدد و بعد از مراقبت در انتقال از محیط درمانی با ساختار به اجتماع بزرگ‌تر (خانه و جامعه) بسیار اثربخش می‌باشند. به کارگیری خدمات پیشگیری از بازگشت رسمی در طی دوره‌ی ورود مجدد و بعد از مراقبت، پیامدهای درمانی مثبت را تقویت می‌کند.

۱۶- درگیر کردن خانواده فرد معتاد در طی درمان، یکی از مؤلفه‌های با اهمیت درمان است. اکثر مراجعان، به‌ویژه نوجوانان بعد از درمان به آغوش خانواده خود بر می‌گردند. خدمات مربوط به خانواده چه به شکل کمک حمایتی برای ماندن فرد در درمان و چه به شکل اجبار بالقوه جهت طی کردن دوره‌ی درمان بسیار اهمیت

۱. Relapse Prevention

دارند. وقتی خانواده در مورد اعتیاد به مواد و اهداف دوره‌ی درمانی، آموزش کافی دریافت نمی‌دارد، آن‌ها مستعد می‌شوند تا مراجع را جهت ترک زود هنگام درمان ترغیب کنند.

خانواده‌ها باید به‌طور مناسب در مورد قوانین و مقررات مرکز درمانی اطلاعات دریافت کنند و با آنها آشنا شوند و در مورد فلسفه‌ی اساسی و روش‌های درمانی آموزش ببینند. مداخلات درمانی برای خانواده (مثل مشاوره‌ی خانواده) باید در دسترس باشد تا خانواده بتواند مشکلاتی که بر فرد معتاد مقیم مرکز تأثیر می‌گذارد را حل و فصل نماید.

۲-۳. مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب

بر اساس موضوع ماده ۱۵ قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ و به منظور ارائه خدمات درمان و نیز کاهش آسیب افرادی که به نحوی دچار اعتیاد به مواد مخدر و یا روان گردان گردیده اند مراکز زیر به عنوان مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب می باشند:

۲-۳-۱. مرکز درمان سرپائی وابستگی به مواد: به مرکزی اطلاق می گردد که امکانات ارائه خدمات

درمان دارویی و غیردارویی برای مصرف کنندگان مواد مخدر و یا روانگردان را داشته باشد .

۲-۳-۲. مرکز یا بخش درمان بستری وابستگی به مواد: به مکانی اطلاق می شود که امکانات ارائه

خدمات درمان، سم زدایی (بازگیری) و خدمات پیشگیری از عود و درمانهای غیردارویی را به صورت بستری برای مصرف کنندگان مواد مخدر و یا روانگردان داشته باشد.

۲-۳-۳. مرکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی به مواد: به مرکزی اطلاق می شود که به

صورت اقامتی داوطلبانه و میان مدت (یک تا سه ماه) فعالیت می کند. رویکرد اصلی در این مرکز، سم زدایی (بازگیری) به همراه درمان های دارویی و غیردارویی ترجیحاً با مشارکت گروه

های همتا و خودیار (معتادان بهبود یافته) برای مصرف کنندگان مواد مخدر و یا روان گردان است.

۲-۳-۴. مرکز اقامتی خودیاری گروه های همتا: به مرکزی اطلاق می گردد که مددجویان

بصورت داوطلبانه برای مدت یک تا سه ماه در آن اقامت کرده و خدمات حمایتی دریافت می کنند. رویکرد اصلی این مرکز بر مشارکت گروه های همتا و خودیار به منظور پیشگیری از عود در افرادی است که مراحل سم زدایی (بازگیری) را گذرانده اند .

۲-۳-۵. مرکز اجتماع درمان مدار (TC) : مرکزی شبانه روزی (دوره های سه تا شش ماهه)

برای ادامه درمان و بازتوانی افراد وابسته به موادمخدر و یا روانگردان است. رویکرد مرکز تغییر رفتاری و شناختی می باشد که شامل: برنامه های خدمات روان شناختی، مشاوره، آموزش خانواده، تشکیل گروه های خودیار، خدمات مددکاری اجتماعی و پیگیری پس از ترخیص است.

۲-۳-۶. مرکز یا واحد درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیسست: مرکزی مستقل و

یا واحدی از مراکز موضوع این ماده است که در آن بر اساس پروتکل های ابلاغی، درمانگر در اجرای ماده ۴۱ قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ مجاز به استفاده از داروهای آگونیسست مواد مخدر (افیونی) برای درمان وابستگی به مواد مخدر می باشد.

۲-۳-۷. مرکز مشاوره بیماری های رفتاری: مرکزی است که زیر نظر معاونت بهداشتی دانشگاه

علوم پزشکی، خدمات درمانی و بهداشتی، خدمات مشاوره، آموزش، مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی، ایدز و سایر بیماری های قابل انتقال را به افراد داوطلب و مبتلا به بیماریهای آمیزشی یا مبتلا به ویروس نقص ایمنی، معتادان تزریقی، معتادان بی خانمان و خانواده های آنان ارائه می کند.

۲-۳-۸. مرکز کاهش آسیب: مرکزی است که به منظور کنترل و کاهش آسیب های معتادانی که

قادر و حاضر به ترک دائم نیستند و رفتارهای پرخطری از خود بروز می دهند، تأسیس و اداره می گردد تا منجر به کنترل و کاهش آسیب های آنان به جامعه و سایر افراد و همچنین ترغیب آنها برای درمان شود.

۲-۴. الگوی اجتماع درمان مدار (Therapeutic Community)

اجتماع درمان مدار یا TC اغلب هم‌خوان با جنبش سینانون در اواخر دهه‌ی ۱۹۵۰ و ۶۰ در کالیفرنیا است. [۲۶]. خاستگاه مهم دیگر، کار خلاقانه روان‌پزشکان انگلیسی در روان‌پزشکی اجتماعی در طی جنگ جهانی دوم بود که برای درمان سربازان آسیب دیده روانی و بیمار روانی از جنگ برگشته بود. کار آنها باعث پیدایش TC های دموکراتیک گردید که ریشه در کارها و نوشته‌های ماکسول جونز (کنراد، ۱۹۸۳؛ هاریسون، ۱۹۹۹؛ رایمو، ۲۰۰۱) داشت. جنبش معروف سینانون در این سال‌ها در آمریکای شمالی در صحنه درمان اعتیاد در اوج قرار داشت. این جنبش نه فقط به‌خاطر عمومیتش بلکه به‌خاطر تعهدش به شفادهی اعتیاد، توجه متخصصان درمان اعتیاد زیادی را به خود جلب نمود. در آن زمان، باور رایج این بود که معتادان به مواد، اصلاح‌ناپذیر هستند و همه‌ی درمان‌های معروف و پذیرفته شده معتادان به مواد چه دارویی و غیر دارویی (گفتگوی شفابخش) موفق نیستند. برای اولین بار، شواهدی وجود داشت که نشان می‌داد چند معتاد هروینی شدید، توانسته بودند به پرهیز پایدار برسند. از طریق برنامه‌ی خودیاری متقابل در میان مقیمان پاک شده از موادی که عضو برنامه‌ی اجتماعی سینانون بودند، آن‌ها توانسته بودند پرهیز خود نسبت به همه‌ی انواع مواد در مقایسه با دوره‌های قبلی ترک خود، را به مدت طولانی‌تری حفظ کنند. [۲۶]

دو نوع TC خویشاوند اما متمایز از همدیگر، به‌طور مستقل از هم توسعه یافت - اگرچه ترکیبی از این دو نوع نیز اخیر در اروپا تدوین شده است - و به‌طور عمده بر اساس نوع جمعیت مراجع خدمت گیرنده، اقتصاد

بهداشت، سیاست‌ها و مؤلفه‌های دیگر تکامل پیدا کرده است. TC دموکراتیک توسط متخصصان پزشکی برای درمان بیماران روانی پایه‌گذاری شده است در حالی که TC های مفهوم‌محور از ابتدای ظهور توسط معتادانی که الکل را ترک کرده و در حال بهبود بودند برای درمان معتادان به مواد مخدر پایه‌گذاری شده است. TC دموکراتیک، بعد از یک دوره رشد و تحول و پذیرش گسترده رو به افول نهاد (کلارک، ۱۹۹۹، بیرت، ۱۹۹۹). با این حال هنوز هم نشانه‌های آن در سال‌های اخیر وجود دارد (کمپلینگ و هایچ، ۱۹۹۹). از طرف دیگر، TC مفهوم‌محور، به تدریج تحول پیدا کرد و مشخص گردید که روشی برای عادی‌سازی در برنامه‌های درمانی اعتیاد و برنامه‌های سیستم قضایی در آمریکای شمالی است.

مدل TC مفهوم‌محور باعث خوشحالی جمعیت زیادی گردید و توسط کشورهای متعددی به شکل برنامه‌های درمانی غیردولتی و یا دولتی برای جمعیت مراجعان مختلفی به کار گرفته شده است (مثلاً برای زندانیان، کودکان خیابانی، بیماران روانی و...). با وجودی که TC های دموکراتیک و مفهوم‌محور در واکنش به وجود نیاز به نوع خاصی از مراجعان و تحت شرایط و زمان مختلفی پدید آمد اما همه‌ی آنها در رویکرد درمانی خود تشابهاتی دارند: یعنی مقتدر کردن مراجعان از طریق خودیاری.

نیمرخ سوء مصرف کنندگان مواد در TC از نیمرخ سایر کسانی که در پی سایر روشهای درمانی (مثل نگهداری با متادون، سم زدایی، درمانهای سرپایی و برنامه‌های درمانی در زندان و بیمارستانها) می باشند به طور قابل ملاحظه‌ای متفاوت نیست، همچنین نیمرخ آنها از نیمرخ معتادانی که تحت درمان نیستند، متفاوت نیست.

فرضیات اساسی زیر بنای دیدگاه بهبودی، بر مبنای دیدگاه TC از اختلال اعتیاد، فرد معتاد و فرایندتغییر است؛ الف) اعتیاد اختلالی در کلیت فرد است، ب) بهبودی چند بعدی است و مستلزم تغییر در سبک زندگی و هویت فردی است، ج) احتمالاً بهبودی بدون یک دوره درمان خوب صورت نمی گیرد، البته در برنامه‌های TC این نکته الزامی نیست.

مراحل مختلف بهبودی برای سوء مصرف کنندگانی مدون شده است که از طبقه متوسط و حیطه های مختلف شغلی هستند. با این حال اهمیت این مراحل برای گروههای فرعی معتادان (مثل آنها که در TC هستند) شرح داده شده است . مراجعان این برنامه ها سوء مصرف کنندگان مزمن همه مواد هستند اما به طور عمده تریاک ، کوکائین ، کراک ، ماری جوانا و الکل مصرف می کرده اند، گر چه مصرف چند مواد با هم یک اصل است . برای اکثر افراد ، سوء مصرف مواد در تصویر بزرگتر اختلال شخصیت ، انحراف اجتماعی ، نا پیوند جویی و آشفتگی فردی جای گرفته است . تعداد زیادی از آنها کسانی هستند که هرگز آمادگی کسب مهارتهای رفتاری ، نگرشها و ارزشهای زندگی را نداشته اند . بنابراین اهداف بهبودی در TC به فراسوی کسب و حفظ پاکی گسترش می یابد ، یعنی به سوی تغییر دایم سبک زندگی و هویت اجتماعی و فردی . اگر چه این مراحل بهبودی از تجربه TC نشأت گرفته است ، اما برای سایر روشهای درمانی معتادان نیز اهمیت دارد .

تئوری مجزا و یکسانی در مورد بهبودی معتادان که مورد پژوهش کافی قرار گرفته باشد وجود ندارد . با این حال چند دیدگاه متفاوت وجود دارد که از تجربیات بالینی و پژوهشی نشأت گرفته است، مثلا رویکرد ۱۲ گامی (مثل AA) ، رویکرد اجتماع درمان مدار ، برنامه عصبی رفتاری ، آموزش بهبودی ، پیشگیری از بازگشت، مراحل تغییر . رویکردهای مختلف بهبودی ، در دیدگاه رشدی تغییر یا بهبودی بهم می رسند ، نقطه ای که حرکت معتاد از وضعیت مصرف فعال و انکار مشکل به پاکی ثابت و حفظ دراز مدت آن رانشان می دهد . پیشرفت مستقیم ، اما نوسانی است و با گامهای روبه جلو و رو به عقب مشخص می شود . مراحل مختلف و فرعی بهبودی با واژه های رفتاری و شناختی مشخص می شود. مداخلات درمانی خاص یا کمکهای ویژه برای حرکت دادن مراجع به مراحل بعدی درمان یا بهبودی بکار گرفته می شود، اگر چه ممکن است فرایند تغییر بدون این مداخلات نیز صورت پذیرد .

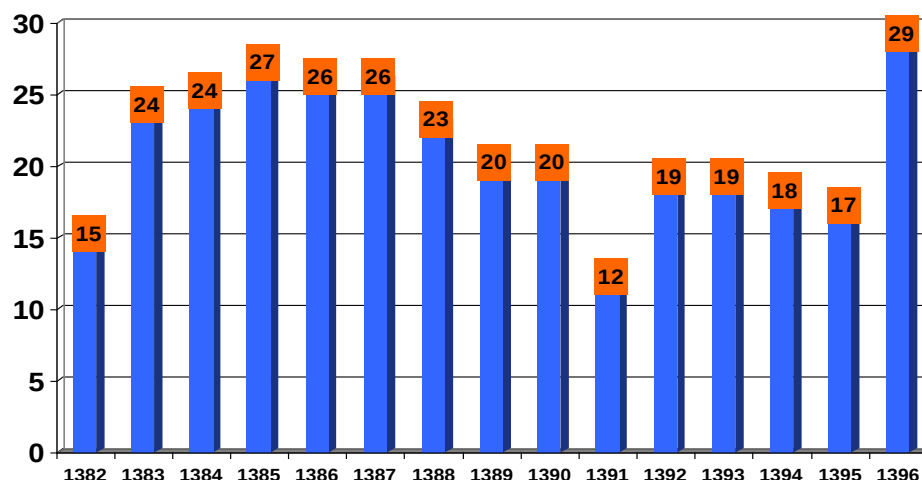
شواهد تجربی برای دیدگاه بهبودی نگر از طریق پژوهش در زمینه های مختلف اعتیاد به الکل ، درمان سرپایی کوکائین و سوء مصرف تریاک و فرایند درمان در TC های اقامتی برای معتادان به تریاک کوکائین و سایر مواد بدست آمده است .

TC برای بیش از ۳۰ سال، در درمان موثر اختلالات مصرف مواد موفق بوده است. مدل و روش TC بر اساس دیدگاه بهبودی نگر است که سوء مصرف مواد یا اعتیاد را به عنوان اختلال در کلیت فرد تلقی می کند. برای اکثر کسانی که در TC خدمت می کنند سوء مصرف در تصویر بزرگتری از اختلال شخصیت، انحراف اجتماعی، ناپیوند جویی و بد کنشی فردی جای می گیرد. تعداد کسانی که ناتوانند و هرگز مهارتهای رفتاری، نگرشها و ارزشهای همراه با زندگی اجتماعی را کسب نکرده اند، رو به فزونی است. بنا بر این اهداف بهبودی TC به فراسوی کسب و حفظ پاکی گسترش می یابد و شامل تغییر در سبک زندگی، هویت فردی و اجتماعی است.

برنامه اجتماع درمان مدار اعتیاد یک برنامه ساختار یافته اقامتی یا نیمه اقامتی (روزانه) برای معتادانی است که استعداد بازگشت به مصرف مواد را دارند و در درمان های اولیه پیشرفت قابل توجهی از خود نشان نداده و کارکرد اجتماعی آنها به شدت افت کرده است. در این مراکز متقاضی حائز شرایط پس از پذیرش وارد مرحله جهت یابی^۱ می شود این مرحله که حداقل هفت روز است جهت آشنایی با قوانین و جامعه پذیری فرد می باشد. در انتها با تمایل فرد و بررسی و تایید تیم درمان (روانپزشک، پزشک، روانشناس و مددکار) پذیرش نهایی شده و وارد مرحله درمان می شود. در این مرحله به طور رسمی قوانین را پذیرفته و در پایینترین رده در گروه مربوطه قرار می گیرد که پس از ارزشیابی های روزانه و هفتگی مطابق شاخص های مشخص می تواند تا سطح مدیر نیز ارتقا یابد. مرحله بعد ترخیص تدریجی و ورود مجدد است که طی فرایندی فرد آمادگی ورود به اجتماع را کسب نموده و دوره اقامت پایان می یابد. مرحله آخر پیگیری است که حداقل شش ماه به صورت حضوری و تلفنی توسط تیم درمان صورت می گیرد.

^۱. orientation

نمودار ۲-۱: تعداد مراکز اجتماع درمان مدار (TC) از سال ۱۳۸۲ لغایت ۱۳۹۶



۲-۵. سازه های مطالعه.

۲-۵-۱. تعاریف

۱. شرایط

برخی از موقعیت ها و شرایط زندگی، فرد را به جستجوی درمان در TC تشویق می کند. شرایطی مثل مشکلات قانونی، مالی، بهداشتی، خانوادگی، اجتماعی، محلی و کار. این شرایط مختلف در افراد متفاوت فرق می کند و ممکن است برای یک فرد هم در طول زمان تغییر کند. با این حال، همه این شرایط شکلی از فشار خارجی است که فرد را مجبور به جستجوی پذیرش در درمان، باقی ماندن و یا ترک موقعیت درمان می کند. پس خود درمان باید این ادراکات خارجی را برای حفظ فرد در فرآیند تغییر بکار گیرد.

۲. انگیزه

در مقایسه با درک شرایط بیرونی، افراد برای جستجوی درمان و ماندن در آن برانگیخته می شوند، که دلایلشان درونی، یعنی تغییر فردی می باشد. ممکن است این دلایل مثبت باشد؛ مثل میل به

داشتن یک سبک زندگی جدید، داشتن چیزهای خوب در زندگی، رشد فردی، یا روابط بهتر خانوادگی و اجتماعی؛ یا اینکه این دلایل منفی باشد، مثل نیاز به محو و یا کاهش احساس گناه، خودآزاری یا ناامیدی شخصی حاصل از شکست خود یا دیگران در زندگی.

افراد با انگیزه درونی درک می کنند که مشکل اصلی خودشان هستند، نه مواد یا شرایط زندگی شان و این حقیقت را می پذیرند که آن ها باید تغییر کنند نه دنیای اطرافشان.

۳. آمادگی

افرادی که به TC می آیند ممکن است برای تغییر انگیزه داشته باشند، اما ضرورت درمان را نپذیرفته اند. این افراد ممکن است برای درمان آماده نباشند و راه های دیگری غیر از درمان را مورد توجه قرار دهند. آن هایی که برای درمان آماده اند، همه راه های دیگر تغییر را رد کرده اند، یعنی درک کرده اند که درمان تنها راه حل است

۲-۵-۲. سازه شرایط

برخی از موقعیت ها و شرایط زندگی، فرد را به جستجوی درمان در TC تشویق می کند. شرایطی مثل مشکلات قانونی، مالی، بهداشتی، خانوادگی، اجتماعی، محلی و کار. این شرایط مختلف در افراد متفاوت فرق می کند و ممکن است برای یک فرد هم در طول زمان تغییر کند. با این حال، همه این شرایط شکلی از فشار خارجی است که فرد را مجبور به جستجوی پذیرش در درمان، باقی ماندن و یا ترک موقعیت درمان می کند. پس خود درمان باید این ادراکات خارجی را برای حفظ فرد در فرآیند تغییر بکار گیرد. مراجعانی که داوطلبانه برای درمان مراجعه می کنند ممکن است بخاطر گریز از فشارهای ناشی از منابع غیر از قانون باشد. برای مثال شواهد نشان می دهد که برخی مصرف کنندگان مواد اجبار قانونی برای ترک مواد را در مقایسه با فشار ناشی از شبکه های اجتماعی، تعارض های بین فردی یا مشکلات کاری برای ترک را بطور معناداری کمتر تاثیر گذار می دانند (پلات، ۱۹۹۵). اگرچه نداشتن انگیزش یا دوسوگرایی یکی از مهمترین موانع ورود به درمان است اما باید توجه داشت که حرکت در طی مراحل تغییر به میزان زیادی به شرایط وابسته است. شرایط بر انگیزش فرد تاثیر می گذارد یعنی فشارهایی که از بیرون و یا درون بر فرد تحمیل می گردد باعث تقویت انگیزش وی می گردد.

استارک(۱۹۹۲) نشان داده است که فشارهای بیرونی باعث مقاومت معتادان در برابر درمان می گردد و نمی تواند نتایج درازمدتی ایجاد کند.

۲-۵-۳. سازه انگیزش

انگیزش چیزی نیست که فرد دارد بلکه کاری است که فرد انجام میدهد. انگیزش شامل شناخت مشکل، جستجوی روشی برای تغییر و سپس شروع اجرای راهکار تغییر و تداوم آن راهکار است. البته روشهای زیادی برای کمک به افراد جهت حرکت به سمت این شناسایی و عمل وجود دارد (میلر، ۱۹۹۵) در طی ۱۵ سال گذشته ، تحقیقات قابل ملاحظه و توجه بالینی زیادی روی روشهای بهتر برانگیختن افراد معتاد جهت در نظر گرفتن و آغاز نمودن درمان سوء مصرف مواد و نیز ترک یا کاهش مصرف افراطی الکل، سیگار یا مصرف مواد و . . صورت گرفته تا آنها برنامه درمانی خاص خود را تدوین کنند یا وارد یک برنامه درمانی رسمی شوند. تاکید مرتبط دیگر روی حفظ تغییر و اجتناب از رخداد مجدد(عود) رفتار مشکل پس از ترخیص از درمان میباشد. همزمانی این سبک درمانی جدید-مصاحبه انگیزشی-با مراحل مدل فرانظری تغییر، دیدگاه تازه‌ای نسبت به راهکارهای بالینی ارائه میکند که در نقاط مختلف فرایند بهبودی ، مثمرتر است

نگاه جدید به انگیزش

در درمان سوء مصرف مواد، انگیزش مراجع برای تغییر اغلب با تاکید برعلاقه بالینی و ناکامی مطرح شده است. در این رویکرد، انگیزش به عنوان پیش شرطی برای درمان مدنظر قرار گرفته ۱۵ است بدون آنکه درمانگر کار زیادی بکند(بکمن، ۲۰۰۶) همچنین، فقدان انگیزش برای توضیح شکست افراد در شروع و تداوم، همکاری و موفقیت در درمان بکار گرفته شده است (آپلباوم، ۲۰۰۷؛ میلر، ۲۰۰۶) [۳۱]

تا زمان اخیر، انگیزش به عنوان یک صفت یا تمایل ایستا در نظر گرفته میشد که مراجع آن را داشت یا نداشت. اگر مراجع برای تغییر برانگیخته نمیشد، این به عنوان تقصیر و اشتباه مراجع در نظر گرفته می . شد در حقیقت،

انگیزش برای درمان دلالت بر توافق یا خواست یک متخصص بالینی یا تجویز یک برنامه خاص برای بهبودی داشت. مراجعی که در برابر پذیرش توصیه بالینی یا پذیرش برچسب "الکلی" یا "معتاد به مواد" تابع بود، مراجع با انگیزه و کسی که در برابر تشخیص مقاومت میکرد یا از درمان تجویز شده پیروی نمیکرد به عنوان مراجع بیانگیزه نامیده می. شد علاوه بر این، انگیزش اغلب به عنوان مسئولیت مراجع نه متخصص بالینی در نظر گرفته میشد (میلر و رولنیک، ۲۰۰۴)

در دیدگاههای جدید، انگیزش یک نیروی پویا و نوسانی هدفمند، عامدانه و مثبت به طرف بهترین علاقه خود است. به ویژه اینکه انگیزه با احتمال آغاز یا ورود به یک فعالیت، ادامه و پیروی از یک راهبرد تغییر رابطه مثبت دارد انگیزه عناصر پیچیده متعددی دارد. این عناصر شامل اشتیاق و میل درونی که مراجع را احاطه کرده، فشار بیرونی و اهدافی که مراجع را تحت تأثیر قرار میدهد، میزان درک خطرها و فوائد رفتار برای خود و ارزیابی شناختی موقعیت هستند. انگیزه حالت پویایی است که در همه حال و در ارتباط با موقعیتهای مختلف شکننده است.

انگیزه بین اهداف متناقض در نوسان است. انگیزه از لحاظ شدت و میزان گیرکردن در پاسخ به رموز د شک آمیز بسیار متنوع است و با حل موارد شکآمیز و روشنتر شدن اهداف انگیزه افزایش مییابد. انگیزه میتواند از یک حالت دودلی، دو پهلویی تا یک آمادگی ثابت قدم در انجام یا عدم انجام رفتاری در نوسان باشد. (طاهری نخست و محسنی فر ۱۳۸۹).

دو نوع عمده انگیزش، یعنی درونی و بیرونی، در بهبودی از مواد و الکل تأثیر دارد. انگیزه بیرونی معمولاً بصورت فشارهای خارجی یا اجبار خارجی جهت تغییر کردن، وارد شدن و یا ماندن در درمان تعریف میشود. منبع اجبار و فشار معمولاً قانونی، خانوادگی و یا شغلی است. اگرچه مسایل بهداشتی نیز ممکن است به فرد فشار آورد. انگیزه درونی به فشارهایی برای تغییر اشاره دارد که از درون فرد ناشی میشود. این فشارها بطور خاص شامل ادراکات منفی از خود در رابطه با مصرف مواد و میل به کسب یک سبک زندگی جدید است. تحقیق روی انگیزش بیرونی بطور عمده به مطالعات مربوط به فشارهای قانونی محدود شده است (لوکفلد و تیمز ۲۰۰۶)،

پلات گ؛ ۲۰۰۷ ۸. این مطالعات نشان داده‌اند که انگیزش بیرونی یک پیش بینی کننده ماندن در درمان و برآمد است. تحقیق روی فشارهای خانواده و شغل با توجه به انگیزش قطعیت کمتری دارد. اگر چه این مطالعات محدود است اما شواهد حاکی از آن است که فشارهای خانوادگی و شغلی در جستجوی ۹درمان و ماندن در برنامه موثر است (کاندلی، ۱۹۸۶؛ بیاس، ۱۹۸۶)

مطالعه روی انگیزه درونی به شیوه‌های مختلف مورد ارزیابی قرار گرفته است (مثل مصاحبه ساختار یافته، پرسشنامه و مقیاسها). معه‌ذا این مطالعات یافته‌های ثابتی را با توجه به دلایل برائت فرد از مواد یا جستجوی درمان نشان می‌دهد. این دلایل عمدتاً دو دسته‌اند: پیامدهای ۱۰منفی مصرف مواد و خستگی از سبک زندگی اعتیادی (کانینگهام و همکاران، ۲۰۰۴). (مثالهای خاص این دلایل عبارتند از: درک واقعیت معتاد بودن، ترسهای بهداشتی، نیاز به کاهش آشفتگی سبک زندگی، رسیدن به ته خط و فرسودگی یا مجموعه‌های از تجربیات منفی (کرافورد و همکاران، ۲۰۰۵، وارنی و همکاران ۲۰۰۳).)

برانگیزاننده‌های مثبت درونی برای برائت از مواد، مثل میل به روابط بهتر یا دیگر پیامدهای مثبت بطور مشابهی شناسایی نشده است. با این حال یک برانگیزاننده مثبت میزان تعهد به پرهیز از مواد است که نشان داده شده است شاخصی برای پرهیز در میان الکلی و ها مصرف کنندگان مواد و سیگار است (هال و همکاران، ۲۰۰۷).

در یک مطالعه اروپایی با مقیاس بزرگ، شاخص «آشنایی بعدی» به عنوان عنصر مثبت ۱۱همبسته با آمادگی برای ترک مواد در نظر گرفته شده است (زیمرم و همکاران، ۲۰۰۹). صرف نظر از منبع اولیه انگیزش، چه درونی و چه بیرونی بنظر می‌رسد بهبودی پایدار به اثرات مداوم عوامل انگیزش درونی بستگی دارد (کانینگهام، سوبل و گاسیکین ۱۹۹۴، کاری و همکاران ۱۹۹۰، دی لئون ۱۹۸۸).

با وجودی که ممکن است فشار بیرونی بر انگیزش درونی تأثیر بگذارد اما انگیزش بیرونی نمیتواند در فرایند بهبودی جایگزین انگیزش درونی شود. بطور کلی، تحقیقات روی انگیزش درونی و بیرونی، سازه انگیزش را با توجه به درمان و بهبودی توضیح می‌دهد. انگیزش بیرونی بصورت فشار خارجی مشخص شده است که آن را از

متغیرهای انگیزش درونی که زیربنای بهبودی است بیشتر متمایز میکند . این متغیرها به شناختها و ادراکات خاصی اشاره دارد که در خود ابرازیهای فرد در رابطه با تغییر رفتارهای اعتیادی بیان میشود. بنابراین عناصر شناختی/ ادراکی انگیزش (مثل خستگی از زندگی اعتیادی) از عناصر رفتاری انگیزش (مثل جستجوی درمان) جدا است. همانطور که غالباً انگیزش (که به صورت فشار درونی برای تغییر معنا میشود و در دوطبقه ، آمادگی برای تغییر که شامل خواستن انجام ۱۲ نیز دونوع است قرار میگیرد) آمادگی یک عمل است و آمادگی برای درمان که بطور خاص اشاره به این درک دارد که درمان برای کسب تغییر خود لازم است (دی لئون و جنیس هیل، ۲۰۰۶)

دو نوع عمده انگیزش، یعنی درونی و بیرونی، روی بهبودی از مواد مخدر تأثیر دارد. انگیزه بیرونی معمولاً بصورت فشارهای خارجی یا اجبار خارجی جهت تغییر کردن، وارد شدن و یا ماندن در درمان تعریف می شود. منبع اجبار و فشار معمولاً قانونی، خانوادگی و یا شغلی است. اگرچه مسایل بهداشتی نیز ممکن است به فرد فشار آورد. انگیزه درونی به فشارهایی برای تغییر اشاره دارد که از درون فرد ناشی می شود. این فشارها بطور خاص شامل ادراکات منفی از خود در رابطه با مصرف مواد و میل به کسب یک سبک زندگی جدید است. تحقیق روی انگیزش بیرونی بطور عمده به مطالعات مربوط به فشارهای قانونی محدود شده است (لوکفلد و تیمز ۱۹۹۸ گ؛ پلات ، ۱۹۹۵). این مطالعات نشان داده اند که انگیزش بیرونی یک پیش بیان کننده ماندن در درمان و برآمد است.

یافته های زیادی رابطه میان فشار قانونی و ماندن در TC را نشان می دهد (دی لئون ، ۱۹۹۸؛ هوبارد و همکاران ۱۹۸۶؛ بیاس و همکاران ، ۱۹۸۶). تحقیق روی فشارهای خانواده و شغل با توجه به انگیزش قطعیت کمتری دارد . اگر چه این مطالعات محدود است اما شواهد آنها حاکی از آن است که فشارهای خانوادگی و شغلی در جستجوی درمان و ماندن در برنامه موثر است - کاندلی ، ۱۹۸۶ ؛ بیاس ، ۱۹۸۶). مطالعه روی انگیزه درونی به شیوه های مختلف مورد ارزیابی قرار گرفته است (مثل مصاحبه ساختار یافته، پرسشنامه و مقیاسها) . معهدا این مطالعات یافته های ثابتی را با توجه به دلایل برائت فرد از مواد یا جستجوی

درمان نشان می دهد. این دلایل عمدتاً دو دسته اند: پیامدهای منفی مصرف مواد و خستگی از سبک زندگی اعتیادی (کانینگهام و همکاران، ۱۹۹۴). مثالهای خاص این دلایل عبارتند از: درک واقعیت معتاد بودن، ترسهای بهداشتی، نیاز به کاهش آشفتگی سبک زندگی، رسیدن به ته خط و فرسودگی، یا مجموعه ای از تجربیات منفی (کرافورد و همکاران، ۱۹۸۳، وارنی و همکاران ۱۹۹۵). بر انگیزاننده های مثبت درونی برای برائت از مواد، مثل میل به روابط بهتر یا دیگر پیامدهای مثبت بطور مشابهی شناسایی نشده است. با این حال یک برانگیزاننده مثبت میزان تعهد به پرهیز از مواد است که نشان داده شده است شاخصی برای پرهیز در میان الکلیک ها، مصرف کنندگان مواد و سیگار است (هال و همکاران، ۱۹۹۰).

تحقیقات بطور عمده اثرات مجزای انگیزش درونی و بیرونی را مورد بررسی قرار داده اند، اگرچه چند مطالعه نقش نسبی هر دوی اینها را در درمان و بهبودی بررسی کرده است. این مطالعات آشکار کرده اند که انگیزش درونی مهمتر از فشارهای خارجی در ترک سیگار (کاری و همکاران، ۱۹۹۰)، پاسخ به درمان الکلی (رایال و پلانت، ۱۹۹۵) متعهد به ترک مواد (زیمرمن و همکاران، ۱۹۸۶) ماندن در TC (سیدی کویی، ۱۹۸۹) و جستجوی خدمات ارجاعی (ملنیک و دی لئون، ۱۹۹۶) است. صرف نظر از منبع اولیه انگیزش، چه درونی و چه بیرونی بنظر می رسد بهبودی پایدار به اثرات مداوم عوامل انگیزش درونی بستگی دارد (کانینگهام، سوئل و گاسیکین ۱۹۹۴، کاری و همکاران ۱۹۹۰، دی لئون ۱۹۸۸) با وجودی که ممکن است فشار بیرونی بر انگیزش درونی تأثیر بگذارد اما انگیزش بیرونی نمی تواند در فرایند بهبودی جایگزین انگیزش درونی شود. بطور کلی، تحقیقات روی انگیزش درونی و بیرونی، سازه انگیزش را با توجه به درمان و بهبودی توضیح می دهد. انگیزش بیرونی بصورت فشار خارجی مشخص شده است که آن را از متغیرهای انگیزش درونی که زیربنای بهبودی است بیشتر متمایز می کند.

این متغیرهای به شناختها و ادراکات خاصی اشاره دارد که در خود ابرازیهای فرد در رابطه با تغییر رفتارهای اعتیادی بیان می شود. بنابراین عناصر شناختی/ ادراکی انگیزش (مثل خستگی از زندگی اعتیادی) از عناصر رفتاری انگیزش (مثل جستجوی درمان) جدا است. این تمایز بر مؤلفه های سازه انگیزش تأکید دارد که در فرمول بندیهای مرحله ای و مسایل تحقیقی در زیر به بحث گذاشته می شود.

پذیرش مصرف مواد و مشکلات همراه با آن و ابراز تمایل به تغییر بر مبنای دلایل درونی مثبت یا منفی. این مرحله با عنوان " انگیزش درونی " مشخص می شود. فرد به دلایل درونی مختلف وادار به تغییر خود می شود این دلایل ادراکات مثبت و منفی افراد از خودشان و راه چاره های زندگیشان است. دلایل مثبت به صورت خودکار آمدی، امکانات و احتمالات، میل به یک سبک زندگی جدید، بدست آوردن چیزهای خوب در زندگی، رشد فردی یا روابط بهتر اجتماعی و خانوادگی، ابراز می شوند.

ادراکات منفی در انتقاد، سرزنش و بددانستن خود متبلور می شود به صورت: میل به کاهش یا تخفیف احساسات گناه، دشمنی با خود، ناامیدی فردی ناشی از آسیب زدن و یا دردسر درست کردن برای دیگران، اگر چه افراد با انگیزه، عوامل خارجی سهم در مشکلاتشان را تشخیص می دهند اما آنها سهم خود را نیز در مشکل اعتیاد و زندگی درک می کنند و می پذیرند. اغلب ادراکات مثبت و منفی همزمان رخ می دهد و اهمیت نسبی هر کدام در میان معتادان و یا در درون خود فرد متفاوت است.

۲-۵-۴. سازه آمادگی

۲-۵-۴-۱. آمادگی برای تغییر

تمایل به جستجوی راههای تغییر که با درمان ارتباطی ندارد.

در این مرحله فرد از درون برانگیخته می شود اما واقعا ضرورت درمان را نپذیرفته است معتادان مشکل اعتیاد خود را به عنوان مشکلی حاد و عمده در متن مشکلات دیگر در نظر می گیرند و این باعث تلاشهای جدی برای گسترش تغییر به فراسوی سم زدایی صرف برای کسب پرهیز از طریق اشکال مختلف خود راهبری یا سایر راهکارهای غیر درمانی (مثل تغییر محل زندگی، مذهب، شغل و روابط، و حتی ورود و خروج سطحی به فرایند درمان) می شود. اگر چه مرحله آمادگی عمل محور است. اما الزاما به طور خاص به سمت درمان جهت

گیری نشده است . درمان به صورت گزینه ای بی مورد مدنظر قرار می گیرد و یا رد می شود چون درمان پرخواسته و سخت است .

۲-۵-۴. آمادگی برای درمان

آنهایی که برای درمان آماده هستند دیگر راههای تغییر را کنار گذاشته اند - یعنی آنها درمان را به صورت تنها راه چاره درک می کنند . معمولا ، انگیزش درونی و تلاشهای ناموفق قبلی برای تغییر خود ، اثرات مسلط و غالبی بر جستجوی درمان دارد ، آنها مصرف مواد ومشکلات همراه با آن را به صورت عامل مخرب خود و دیگران می پندارند ونکته قابل توجه اینکه آنها درمی یابند که تلاشهای قبلی آنها برای تغییر کافی یا کارساز نبوده است . یک علامت مهم در این مرحله نیازشناخته شده فرد برای تغییر خود است و نه فقط تغییر وابستگی شیمیایی . اغلب این افراد اظهار می دارند که آنها هر کاری را به خاطر تغییر انجام می دهند .

در فرمول بندیهای اخیر ، توجه زیادی به معنا و روش اندازه گیری آمادگی در فرایند بهبودی می شود . این مفهوم توصیف می کند که فرد در شناخت مشکل ناتوان است ، می خواهد تغییر کند و می خواهد که فعالانه اعمالی که برای تغییر نیاز است را انجام دهد . در مراحل الگوریتم تغییر ، فرد از طریق مراحل از پیش تاملی تا تامل و سپس آمادگی به پیش می رود و حرکت می کند از بی انگیزگی به سوی انگیزه دار شدن و در نهایت برنامه ریزی برای عمل

تا امروز ، در مورد تفاوت های نظری در مورد آمادگی پژوهشی صورت نگرفته است . درحقیقت تفاوت انگیزش و آمادگی به طور کلی بستگی به جمعیت مورد مطالعه دارد . در میان کسانی که در پی درمان هستند ، نمرات مقیاس گرایش به بالا دارد و واریانس نسبتا کمی وجود دارد . با ثبات ترین تفاوتها در مقیاس با توجه به ماندن یا برآمدها روی مقیاس آمادگی برای درمان یا روی نمره کل بدست آمده است .

این یافته ها دور از انتظار نیست . کسانی که در پی درمان هستند در مقایسه با میزان آمادگی شان برای درمان ، میزان انگیزش نسبتا همگنی (برابر) دارند و در دیدگاه مرحله ای ، آمادگی شان به صورت انگیزش فرض

می شود ، بنابراین همپوشی در میان مقیاسها ، موجب می شود تا نمره کل یک شاخص حساس شود .
با این حال کسانی که در پی درمان نیستند ، در انگیزش و آمادگی نیز همگن هستند . برای مثال معتادان در بیمارستان ، زندان ، پناهگاهها ومراکز ارجاعی و در برخی درمانگاههای سم زدایی نسبت به کسانی که در پی درمان هستند نمرات با ثبات کمتری دارند و پراکندگی بیشتری را در سطح انگیزش و آمادگی نشان می دهند (لیپتون ، ۱۹۹۱ : دی لئون و همکاران، ۲۰۰۰) .

۲-۵-۳. انگیزش و آمادگی به عنوان متغیرهای بویا

پژوهشها نشان دادند که انگیزش و آمادگی اولیه در تسهیل شرکت مراجع در فعالیتهای درمانی اهمیت دارد .
تحقیقات بعدی باید سهم متغیرانگیزش را در طی دوره درمان روشن کند (یا در مراحل مختلف بهبودی) . در این موضع فرضیه ای که بر مبنای فرایند TC است بیان می دارد که انگیزش اولیه منجر به مشارکت در درمان می شود واین باعث تغییرات مثبتی می شود ک به نوبه خود باعث حفظ انگیزش جهت تداوم مشارکت در درمان می شود

بنابراین پژوهشهای اخیر روی کاربرد و اهمیت انگیزه به عنوان یک سازه چند بعدی که جدا از نظریه مرحله است ، تاکید دارند . با این حال ، تجزیه سازه باعث خواهد شد که تفاوتهای فردی کنترل شود ، پراکندگی بیشتر در برآمدها تبیین گردد و سنجشهای بالینی و راهکارهای تقویتی تدوین شود .

۲-۵-۴. انگیزش و بهبودی بدون مداخلات درمانی

عوامل انگیزشی و آمادگی در هر یک از این نمونه های بهبودی بدون درمان رسمی کاربرد دارند . آمارهای رسمی وجود ندارد که بهبودی از داروهای اعتیاد زا (بدون مداخله رسمی و درمانی) رانشان می دهد .
مطالعات طولی اولیه روی معتادان تریاک نشان می دهد که تقریبا ۱۵ تا ۲۰ درصد به طور خود جوش بهبود یافته اند . رابطه بین انگیزش وبهبودی خود (یا خودکار) در مطالعات نژادی و تاریخچه طبیعی معتادان بررسی شده است (آنجلین ، ۱۹۸۸) . برخی معتادان از اعتیاد خود خسته شده اند . به نظر می رسد که این معتادان

به هرویین بدون مداخلات درمانی رسمی بر اعتیاد خود غلبه میکنند و برای ایجاد پیوند با اجتماع ، خانواده و مذهب تلاش می کنند . در میان معتادان به سیگار کسانی که خودشان اقدام به ترک می کنند ، تصمیم می گیرند با استفاده از انواع مختلف راهکارها و روشها سیگار را ترک کنند .

نیاز به تحقیقاتی است که مشخص کند چگونه افراد بدون درمان بهبود می یابند . یک تفسیر از این پدیده تاکید دارد که تعامل اشکاری میان انگیزش و آمادگی برای تغییر وجود دارد ، اما اثرات تغییر قابل اندازه گیری نیست (دی لئون ، ۱۹۸۸) . در این روشهای مختلف ، اثرات و مداخلات گوناگون (که الزاما از درمان ناشی نمی شود) با عوامل انگیزشی د ر تعامل است و به طور فراینده باعث بهبودی می شود . برای مثال ، کسانی که درمان را کامل می کنند (و ۵ تا ۱۰ سال بعد از اقامت در TC پیگیری می شوند) از روابط اجتماعی ، خانوادگی ، شغلی و فعالیتهای تفریحی جهت حفظ بهبودی خود استفاده می کنند . بنابراین ، بهبودی بدون درمان به سادگی باعث شفایابی نمی شود ، اما تعامل خاص میان عوامل انگیزشی و آمادگی و اثرات ناشی از ایجاد تغییر است که واسطه خارج از درمان رسمی می شود . فهم اینکه چگونه این افراد تغییر می کنند ، می تواند بینشهای با ارزشی در مورد فرایند بهبودی فراهم کند ، اما نمی تواند نیاز به درمان را بی اعتبار گرداند . به عنوان یک گروه خاص ، این افراد نمی توانند نماینده اکثر معتادانی باشند که درمان رسمی تنها راه چاره آنهاست .

۲-۶. پیشینه پژوهشی: مروری بر پژوهش های انجام شده

۲-۶-۱. پژوهش های انجام شده در خارج از کشور

گالاسی^۱ و همکاران (۲۰۱۵)، در مطالعه ای مروری با هدف بررسی اثربخشی TC بر کاهش بازگشت مجدد به زندان و عود سوء مصرف مواد، ۱۴ پژوهش را بررسی کردند. سه چهارم مطالعات تأثیر TC بر کاهش میزان بازداشت مجدد را گزارش کردند. حدود ۷۰ درصد از مطالعات تأثیر TC بر کاهش عود سوء مصرف مواد را در مرحله پیگیری بررسی کرده بودند، که نتایج آن ها حاکی از کاهش میزان سوء مصرف مواد در میان شرکت کنندگان بود. شرکت در برنامه TC باعث کاهش مجدد بازداشت در ۵۵ درصد از موارد شده بود. نتایج نشان می دهد که برنامه TC در کوتاه مدت نسبت به زمان طولانی تر باعث کاهش بیشتری در میزان بازداشت مجدد و عود سوء مصرف مواد در میان شرکت کنندگان می گردد. در مطالعه ای (بلیبرگ و همکاران، ۱۹۹۴، به نقل از ابراهیمی، ۱۳۸۱) نشان داده است افرادی که برای مدت ۶ ماه در برنامه بودند، در ۳۲ ماه بعد از ترخیص، میزان ۵۰ درصد در پاک ماندن موفق بودند، در حالیکه کسانی که فقط برای مدت یکماه در برنامه بودند، در ۱۵ ماه بعد از ترخیص، ۲۳ درصد در پاک ماندن موفقیت داشتند (۱۵)

بوردن، دانگ، پرندرگاست، مسینا و فاربی (۲۰۰۷) بیان می دارند که تقریباً ۶۰ درصد همه پذیرفته شدگان پیشرفت معنی داری در متغیرهای پایه، در مدت یک الی دو سال بعد از درمان، نشان میدهد. هرچند مراجعانی که بیش از دوازده ماه اقامت می کنند، بیشترین احتمال پیامدهای موفقیت آمیز را دارند (۱۶)

با استفاده از مقیاس انگیزش، آمادگی و مناسبت (دی لئون و حینس هیل، ۱۹۸۶) تمایل تصویری فرد برای درمان "مورد اندازه گیری قرار گرفته است. اریکسون، استیونز، مک کی نایت و فیگورد (۱۹۸۶) دریافتند که تمایل و خواست مراجعان به طور مثبتی با میزان ماندن در درمان رابطه دارد. کاماکو، ویلیامز و همکاران،

^۱ Galassi

۱۹۹۵ رابطه میان انگیزش اولیه برای درمان را بررسی کرده اند . این مولفان خاطر نشان می کنند که " نبودن انگیزه" یکی از فراوان ترین دلایل ذکر شده بیمارانی بود که درمان راترک گفته بودند ، یا بازگشت داشتند و یا سایر جنبه ها شکست درمان را نشان دادند

لئون و همکاران (۲۰۰۰)، نشان دادند که TC برای بیماران بی خانمان مصرف کننده مواد در پنج حوزه سوء مصرف مواد، ارتکاب به جرم، رفتارهای مخاطره آمیز، ابتلا به HIV، علایم روان شناختی و اشتغال اثربخش است [۷].

سالزی (۱۹۹۴) فرایند اجتماعی شدن در فرهنگ اجتماع درمان مدار مطالعه کرده است. نتایج مطالعه وی نشان می دهد که بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در مولفه های تنهایی، سردرگمی، عشق، محبت، دوستی، مهربانی، شادی، سلامت، خانواده، ظاهر، جذابیت، آینده نگری تفاوت معناداری وجود دارد که نشانگر اثربخشی اجتماع درمان مدار بر افزایش این مولفه ها پس از درمان است

۲-۶-۲. پژوهش های انجام شده در داخل کشور

یارمحمدی (۱۳۹۰)، پژوهشی با هدف تعیین اثربخشی اجتماع درمان مدار بر ارتقای مهارت های زندگی و کاهش عود در مردان معتاد انجام داد. این پژوهش بر اساس طرح نیمه آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون (سه تا شش ماه پس از درمان) و پیگیری (یک سال پس از درمان) انجام شد. نمونه پژوهش شامل ۴۴۲ نفر مصرف کننده مواد بودند که به صورت نمونه گیری خوشه ای از مراکز اجتماع درمان مدار شهرهای اصفهان، یزد و همدان انتخاب شدند. داده های بدست آمده از این پژوهش با استفاده از پرسشنامه مهارت های زندگی و تست مرفین مورد آزمون قرار گرفت. نتایج نشان داد اجتماع درمان مدار مهارت های زندگی (حل مسأله، ارتباطی، خودآگاهی، مدیریت هیجان ها، ابراز وجود و خود مراقبتی) مردان مصرف کننده مواد را افزایش داده و پس از یک سال در کاهش عود مردان به مصرف مواد مؤثر بوده است [۳۱].

شامحمدی و خیرآبادی (۱۳۹۰)، پژوهشی با هدف تعیین اثربخشی اجتماع درمان مدار بر افزایش امید در مراجعین به مراکز اجتماع درمان مدار انجام دادند. این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری، در سه مرحله اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه مراجعین به مرکز اجتماع درمان مدار شهر اصفهان در سال ۱۳۸۶ بودند. در این پژوهش از پرسشنامه امید بزرگسالان استفاده شد. نتایج این مطالعه نشان داد که اجتماع درمان مدار بر سطح مقیاس کلی امید مراجعه کنندگان مؤثر بوده است. همچنین نتایج حاصل از مقایسه های زوجی، اثر درمان را بر سطح مقیاس کلی امید افزایش داده و نیز تأثیر آن را در مرحله پیگیری نشان داده است [۴۱].

نظری، ساکی، دهنو و بیرجندی (۱۳۹۰)، در پژوهشی تأثیر اجتماع درمان مدار روزانه در ویژگی های شخصیتی بیماران معتاد مراجعه کننده به مرکز TC را بررسی کردند. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه معتادان مرد بود که دوره سم زدائی در آن ها به پایان رسیده است. نمونه ها به روش تصادفی ساده از بین افراد مراجعه کننده به مرکز TC انتخاب و در مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. در ابتدای ورود به مطالعه پرسشنامه SCL ۹۰ توسط روانشناس تکمیل گردید. نمونه ها بر اساس فرمول حجم نمونه به تعداد ۶۰ نفر انتخاب شدند. بیماران به مدت سه ماه، هر روز در دو شیفت صبح و عصر تحت برنامه های آموزشی TC قرار گرفتند. نتایج تحلیل داده ها نشان داد، انجام مداخلات TC به طور معنی داری در نمرات اختلالات شخصیت مؤثر بود [۵].

یارمحمدی (۱۳۹۰)، در پژوهشی به بررسی اثربخشی اجتماع درمان مدار بر علایم روانی مردان وابسته به مواد پرداخت. این پژوهش به روش آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون با پیگیری انجام شد که مراجعان در سه مرحله با استفاده از پرسشنامه SCL ۹۰ مورد ارزیابی قرار گرفتند. نمونه شامل ۴۷۴ مرد وابسته به مواد بود که حداقل به مدت ۶ ماه در مرکز اجتماع درمان مدار اقامت داشتند. نتایج تحلیل یافته ها حاکی از اثربخشی اجتماع درمان مدار بر علایم روانی در مصرف کنندگان مواد مخدر بود [۴۱].

نوروزی، میری، سلطانی، علی اسلامی، هریوندی و دستجردی (۲۰۱۶) در مطالعه بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس CMR روی گروهی از معتادان ایرانی نشان دادند که این مقیاس دارای روایی و اعتبار مناسب و قابل کاربرد برای مراکز اقامتی میان مدت می باشد. [۳۲]

فصل سوم

روش شناسی پژوهش

مقدمه

این پژوهش مطالعه ایی مقطعی از نوع همبستگی می باشد. به این ترتیب که علاوه بر تعیین میزان شیوع از فراوانی های بدست آمده با بکار بردن تکنیک های آماری سعی در بررسی ارتباطات احتمالی میان مواجهه و پیامدهای فرض شده می پردازد.

۳-۱. جامعه آماری

کلیه بیماران وابسته به مواد که جهت درمان اعتیاد در چهار مرکز TC شامل مرکز اجتماع درمان مدار مشهد، مرکز اجتماع درمان مدار تهران، مرکز اجتماع درمان مدار اصفهان و مرکز اجتماع درمان مدار رشت که از آذر ماه ۱۳۹۵ لغایت آذر ۱۳۹۶ پذیرش نهایی شده اند.

۳-۲. نمونه و روش نمونه گیری

حجم نمونه در این پژوهش با استفاده از فرمول کوکران ۱۳۳ نفر مرد دچار اختلال مصرف مواد پذیرش شده در ۴ مرکز اجتماع درمان مدار شهرهای مشهد، تهران، اصفهان و رشت می باشد. روش نمونه گیری بصورت نمونه گیری آسان^۱ بود. در واقع افراد (مرد) وابسته به مواد که برای درمان اعتیاد خود به مراکز TC مراجعه کردند تا سقف مورد نیاز وارد مطالعه شدند. برای محاسبه حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد.

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)}{d^2}$$

^۱ Convenient

۳-۳. ابزار پژوهش

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه ^۱CMR می باشد. این پرسشنامه مورد استفاده در مراکز اجتماع درمان مدار امریکا می باشد که با ۱۸ پرسش، سه مقیاس شرایط، انگیزش و آمادگی را در درمان اعتیاد می سنجد.

۷ تا سوال شرایط ، ۵ تا سوال انگیزش و ۶ تا سوال آمادگی. روش نمره گذاری آن لیکرتی می باشد. در ایران در مطالعه ابراهیمی (۱۳۸۶) اعتبار کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ گزارش شده است.

^۱ Circumstanc.Motivation,Rradiness

۳-۴. متغیرهای پژوهش

ردیف	عنوان متغیر	نوع متغیر		کمی		کیفی		تعریف علمی - عملی	نحوه اندازه گیری	مقیاس
		مستقل	وابسته	پویسته	گسسته	اسمی	رتبای			
۱	شرایط	*		*				منظور وضعیتی است که باعث می گردد مراجع در درمان بماند یا درمان را ترک نماید	شمارش	نمره ای که فرد از مقیاس فرعی شرایط در پرسشنامه CMR به دست می آورد
۲	انگیزش	*		*				انگیزش درمان با تأثیر بر جستجو، تکمیل و پذیرش آن و تغییر بلندمدت در رفتار، عنصری کلیدی در درمان و بهبود اختلال مصرف مواد است	شمارش	نمره ای که فرد از مقیاس فرعی انگیزش شرایط در پرسشنامه CMR به دست می آورد.
۳	آمادگی	*		*				آمادگی برای درمان به عنوان تعهدات، دلایل واهداف بیمار تلقی می شوند که به انجام رفتارهای خاص مرتبط با درمان منجر می شود و باعث نگهداری مقیم در درمان و دستیابی به اهداف درمانی می گردد	شمارش	نمره ای که فرد از مقیاس فرعی آمادگی شرایط در پرسشنامه CMR به دست می آورد.
۴	ماندن در درمان		*					منظور تعداد روزی است که مقیم در برنامه اجتماع درمان تحت درمان می باشد(حداقل ۹۰ روز)	شمارش	تعداد روزها
۵	مداخله رویکرد اجتماع درمان مدار	*				*		یک برنامه ساختاریافته، نظارتی و اقامتی که بر رشد فردی، تغییر هویت و سبک زندگی فردی از طریق همتاها تاکید دارد	مشاهده	اسمی

۳-۵. روش اجرای پژوهش

افراد پس از مصاحبه اولیه توسط مسئول فنی مرکز و مطالعه دفترچه آشنایی با قوانین مرکز TC و اتمام مصاحبه با روانشناس و مددکار مرکز، جهت تکمیل پرسشنامه های مطالعه به پرسشگر (مددکار یا یاور مرکز) معرفی شدند.

بیماران ابتدا در مورد هدف از پژوهش توجیه شدند و پس از اعلام رضایت پرسشنامه ها را در حضور پرسشگر تکمیل نمودند. پرسشنامه مربوطه پس از درج کد پرونده پذیرش مقیم در مرکز نگهداری شدند و زمانی که فرد از مرکز خارج می شود تاریخ خروج روی پرسشنامه ثبت گردید.

کلیه افراد پیگیری گردیده و زمان خارج شدن آنها از برنامه (مرکز) ثبت می گردد. در نهایت پس از تهیه جداول آماری و ابزارهای مربوطه، همبستگی مانایی (تعداد روزهای ماندن در مرکز) افرادی که قبل از اتمام دوره اقامت از ادامه درمان انصراف می دهند و یا آنها که دوره را کامل سپری کنند با نمرات CMR آنها بررسی می گردد.

۳

۳-۶. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد و به پاسخگویی به فرضیه های مطرح شده در پژوهش پرداخته شد. در ابتدا به منظور مقایسه توزیع فروانی ویژگی های جمعیت شناختی در افرادی که یک دوره اقامت کامل TC را گذرانده اند، از آزمون ناپارامتریک خی دو استفاده شد. سپس به منظور بررسی رابطه متغیرهای اصلی پژوهش (شرایط، آمادگی و انگیزه) با مدت اقامت در مراکز TC از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد

۳-۷. ملاحظات اخلاقی

قبل از اجرای پژوهش، از مقیمان جهت شرکت در این پژوهش رضایت کتبی اخذ گردید. با توجه به حساسیت موضوع، ابتدا اهمیت و ضرورت این پژوهش برای مقیمان برجسته شد تا در مورد سودمندی و اهمیت این پژوهش توجیه گردند.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده ها

مقدمه

یکی از مهم ترین بخش های تحقیقات علمی تجزیه و تحلیل اطلاعات است. در این فصل حدس و گمان پژوهشگر مورد بررسی قرار می گیرد و میزان صحت و سقم آنها تعیین می گردد.

اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آزمونهای آماری مناسب تجزیه و تحلیل گردید. داده های پژوهش حاضر حاصل اجرای دو پرسشنامه شامل پرسشنامه محقق ساخته در مورد جمع آوری اطلاعات دموگرافیک و بررسی رابطه آنها با مواد می باشد و پرسشنامه CMR به منظور سنجش نمرات "شرایط"، "انگیزش" و "آمادگی" بیماران متقاضی درمان در چهار مرکز اجتماع درمان مدار واقع در شهرهای؛ مشهد، اصفهان، تهران و رشت می باشد.

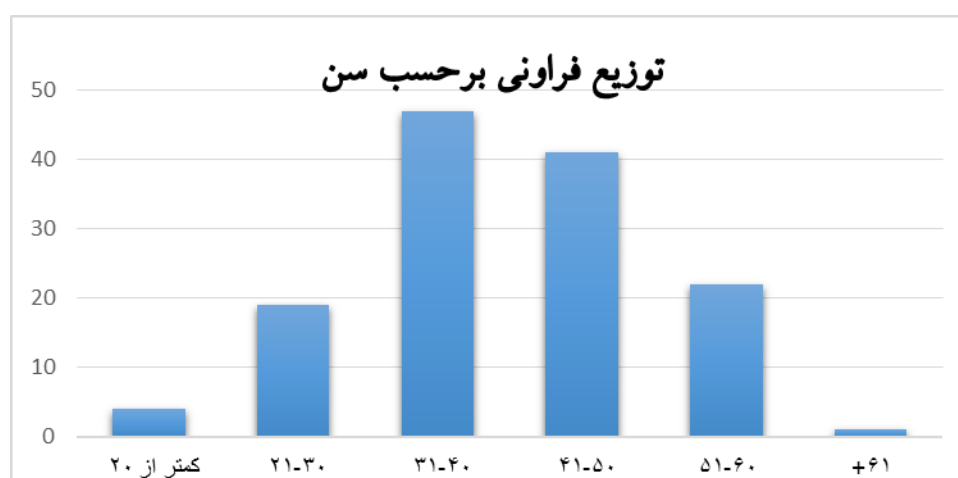
در این پژوهش به منظور توصیف و طبقه بندی اطلاعات بدست آمده از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. هدف اصلی تعمیم اصول و یافته ها به نحوی که قادر باشد حوادث را تبیین و پیش بینی کند بوده که در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون خی دو، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

۴-۱. شاخص های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش

برای شناخت بیشتر نمونه مورد بررسی اطلاعات جمعیت شناختی (سن، وضعیت تاهل، مدرک تحصیلی و مدت اشتغال) جمع آوری شده و بصورت جدول و نمودار گزارش گردید.

جدول ۴-۱: توزیع فراوانی نمونه برحسب سن گروه نمونه (N=۱۳۳)

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد فراوانی
سن (برحسب سال)	کمتر از ۲۰	۷	۵/۳
	۲۱-۳۰	۴۳	۲۳/۳
	۳۱-۴۰	۴۸	۳۶/۱
	۴۱-۵۰	۲۶	۱۹/۵
	۵۱-۶۰	۸	۶/۰
	بالای ۶۰	۱	۰/۸
	کل	۱۳۳	۱۰۰/۰

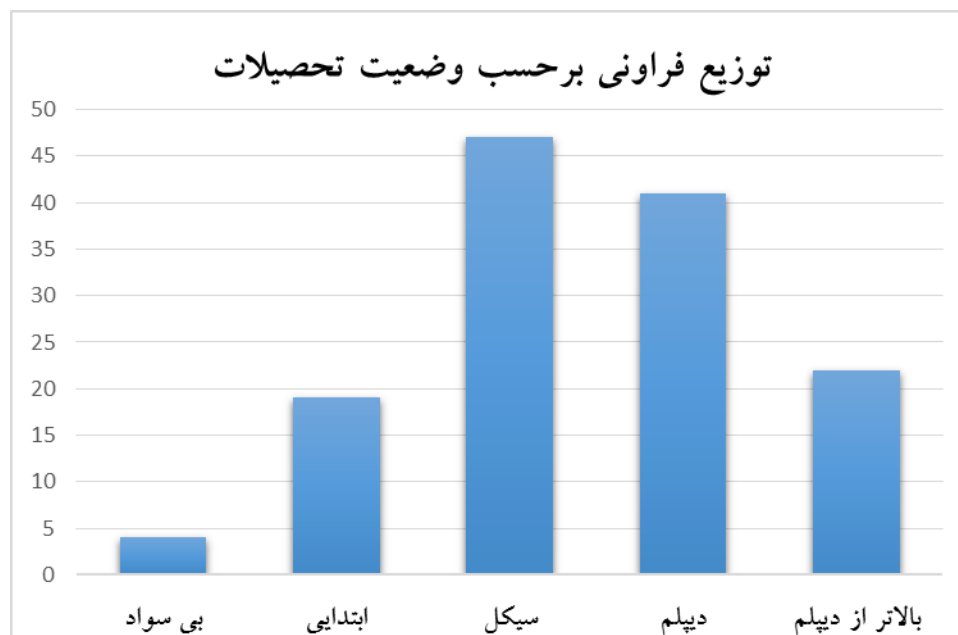


شکل ۴-۱: نمودار میله ای توزیع فراوانی نمونه برحسب سن

توزیع فراوانی نمونه برحسب سن در جدول و شکل ۴-۱ گزارش شده است. چنانچه ملاحظه می شود بیشترین فراوانی (۴۸ نفر معادل ۳۶/۱ درصد) مربوط به طبقه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال می باشد.

جدول ۴-۲: توزیع فراوانی نمونه برحسب تحصیلات گروه نمونه (N=۱۳۳)

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد فراوانی
تحصیلات	بی سواد	۴	۳/۰
	ابتدایی	۱۹	۱۴/۳
	سیکل	۴۷	۵۳/۳
	پیش دانشگاهی و دیپلم	۴۱	۳۰/۸
	بالتر از دیپلم	۲۲	۱۶/۵
	کل	۱۳۳	۱۰۰/۰

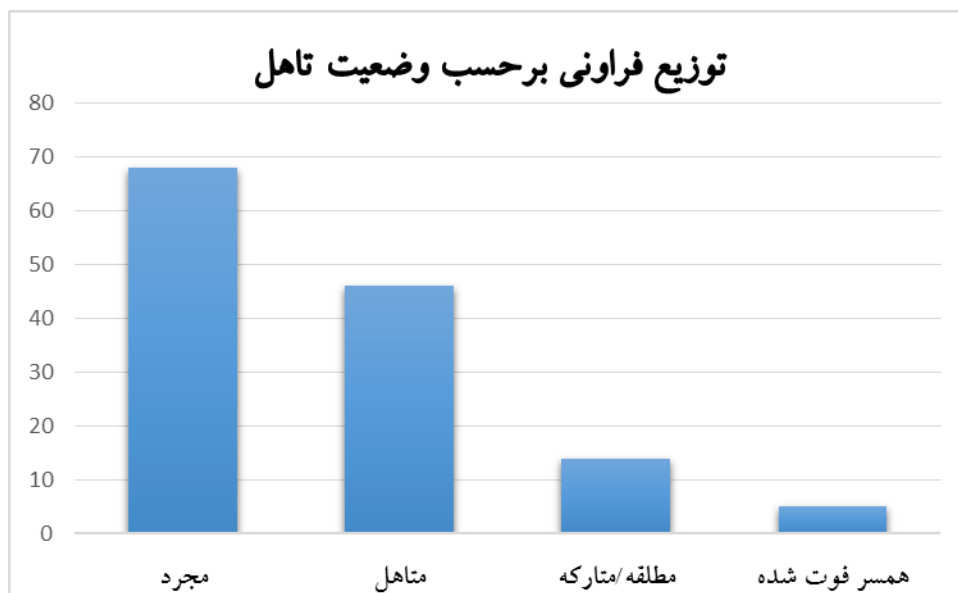


شکل ۴-۲: نمودار میله ای توزیع فراوانی نمونه برحسب تحصیلات

توزیع فراوانی نمونه برحسب تحصیلات در جدول و شکل ۲-۴ گزارش شده است. چنانچه ملاحظه می شود بیشترین فراوانی (۴۷ نفر معادل ۵۳/۳ درصد) مربوط به افراد با تحصیلات سیکل می باشد.

جدول ۳-۴: توزیع فراوانی نمونه برحسب وضعیت تاهل گروه نمونه (N=۱۳۳)

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد فراوانی
وضعیت تاهل	مجرد	۶۸	۵۱/۱
	متاهل	۴۶	۳۴/۶
	مطلقه/متارکه	۱۴	۱۰/۵
	همسر فوت شده	۵	۳/۸
	کل	۱۳۳	۱۰۰/۰

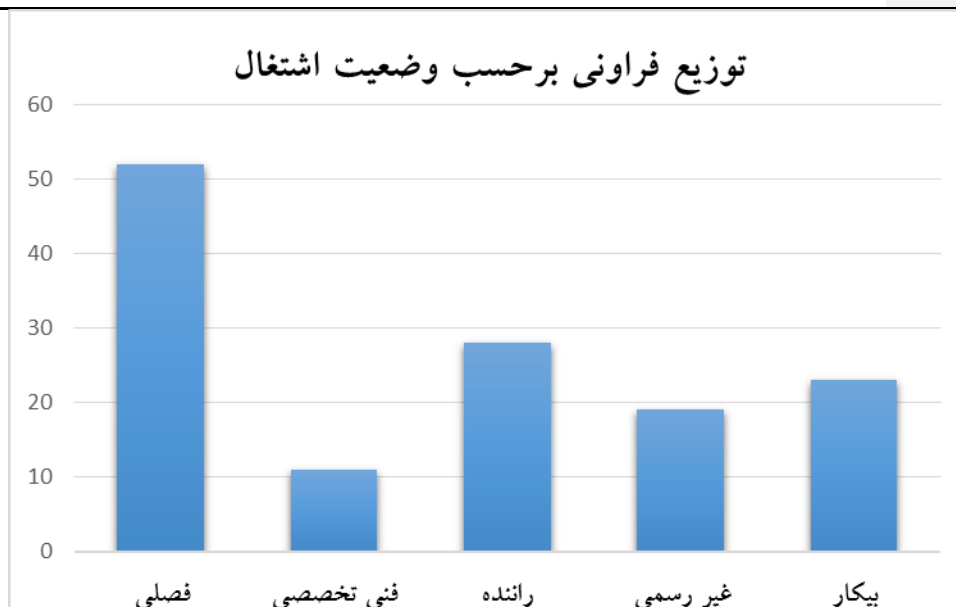


شکل ۳-۴: نمودار میله ای توزیع فراوانی نمونه برحسب وضعیت تاهل

توزیع فراوانی نمونه برحسب وضعیت تاهل در جدول و شکل ۳-۴ گزارش شده است. چنانچه ملاحظه می شود بیشتر افراد گروه نمونه (۶۸ نفر معادل ۵۱/۱ درصد) مجرد هستند.

جدول ۴-۴: توزیع فراوانی نمونه برحسب وضعیت اشتغال گروه نمونه (N=۱۳۳)

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد فراوانی
وضعیت اشتغال	مشاغل فصلی (کارگری، کشاورزی و...)	۵۲	۳۹/۱
	مشاغل فنی تخصصی (مکانیکی و..)	۱۱	۸/۳
	راننده (برون و درون شهری)	۲۸	۲۱/۱
	مشاغل غیررسمی (مغازه دار و...)	۱۹	۱۴/۳
	بیکار	۲۳	۱۷/۳
	کل	۱۳۳	۱۰۰/۰

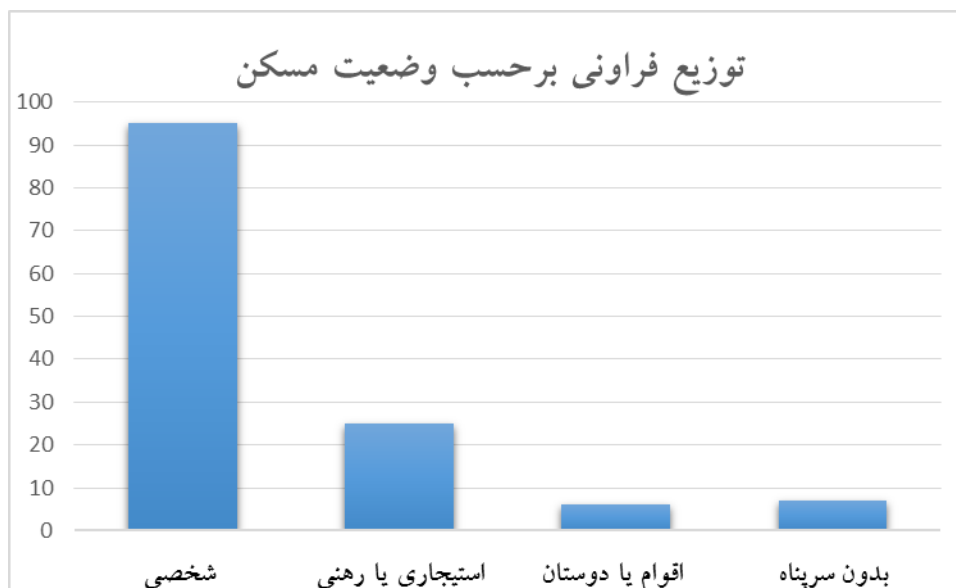


شکل ۴-۴: نمودار میله ای توزیع فراوانی نمونه برحسب وضعیت اشتغال

توزیع فراوانی نمونه برحسب وضعیت اشتغال در جدول و شکل ۴-۴ گزارش شده است. چنانچه ملاحظه می شود بیشتر افراد گروه نمونه (۵۲ نفر معادل ۳۹/۱ درصد) شغل خود را فصلی گزارش کرده اند.

جدول ۴-۵: توزیع فراوانی نمونه برحسب وضعیت مسکن گروه نمونه (N=۱۳۳)

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد فراوانی
وضعیت مسکن	منزل شخصی	۹۵	۷۱/۴
	منزل استیجاری یا رهنی	۲۵	۱۸/۸
	منزل اقوام یا دوستان	۶	۴/۵
	بدون سرپناه	۷	۵/۳
	کل	۱۳۳	۱۰۰/۰

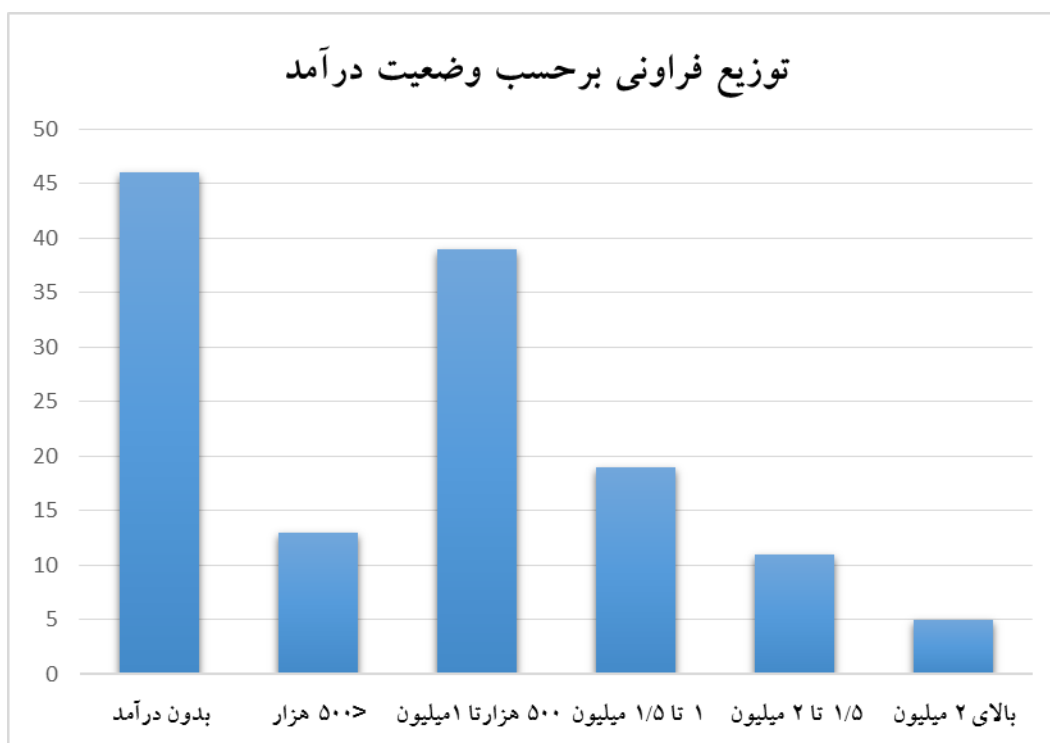


شکل ۴-۵: نمودار میله ای توزیع فراوانی نمونه برحسب وضعیت اشتغال

توزیع فراوانی نمونه برحسب وضعیت مسکن در جدول و شکل ۴-۵ گزارش شده است. چنانچه ملاحظه می شود بیشتر افراد گروه نمونه (۹۵ نفر معادل ۷۱/۴ درصد) دارای منزل شخصی هستند.

جدول ۴-۶: توزیع فراوانی نمونه برحسب وضعیت درآمد گروه نمونه (N=۱۳۳)

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد فراوانی
وضعیت درآمد	بدون درآمد	۴۶	۳۴/۶
	کمتر از ۵۰۰۰۰۰	۱۳	۹/۸
	۵۰۰۰۰۰-۱۰۰۰۰۰۰	۳۹	۲۹/۳
	۱۰۰۰۰۰۰-۱۵۰۰۰۰۰	۱۹	۱۴/۳
	۱۵۰۰۰۰۰-۲۰۰۰۰۰۰	۱۱	۸/۳
	بالای ۲۰۰۰۰۰۰	۵	۳/۸
	کل	۱۳۳	۱۰۰/۰

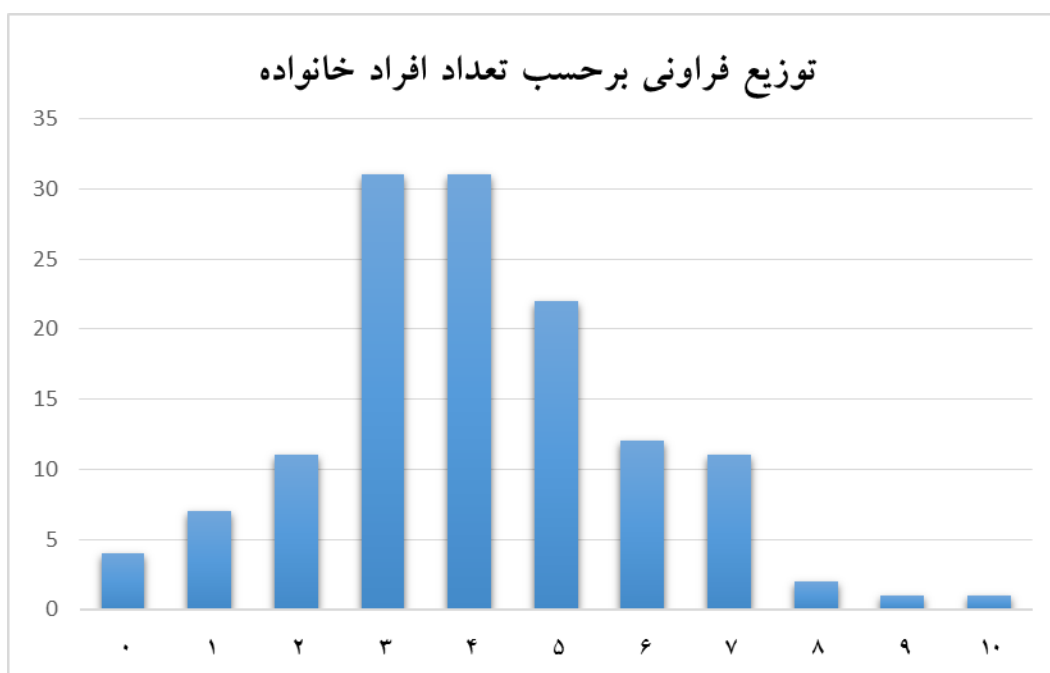


شکل ۴-۶: نمودار میله ای توزیع فراوانی نمونه برحسب وضعیت درآمد

توزیع فراوانی نمونه برحسب وضعیت درآمد در جدول و شکل ۴-۶ گزارش شده است. چنانچه ملاحظه می شود بیشترین فراوانی گزارش شده در گروه نمونه (۴۶ نفر معادل ۳۴/۶ درصد) مربوط به افرادی است که هیچ درآمدی ندارند.

جدول ۴-۷: توزیع فراوانی نمونه برحسب تعداد افراد خانواده (N=۱۳۳)

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد فراوانی
تعداد افراد خانواده	۰	۴	۳/۰
	۱	۷	۵/۳
	۲	۱۱	۸/۳
	۳	۳۱	۲۳/۳
	۴	۳۱	۲۳/۳
	۵	۲۲	۱۶/۵
	۶	۱۲	۹/۰
	۷	۱۱	۸/۳
	۸	۲	۱/۵
	۹	۱	۰/۸
	۱۰	۱	۰/۸
	کل	۱۳۳	۱۰۰/۰

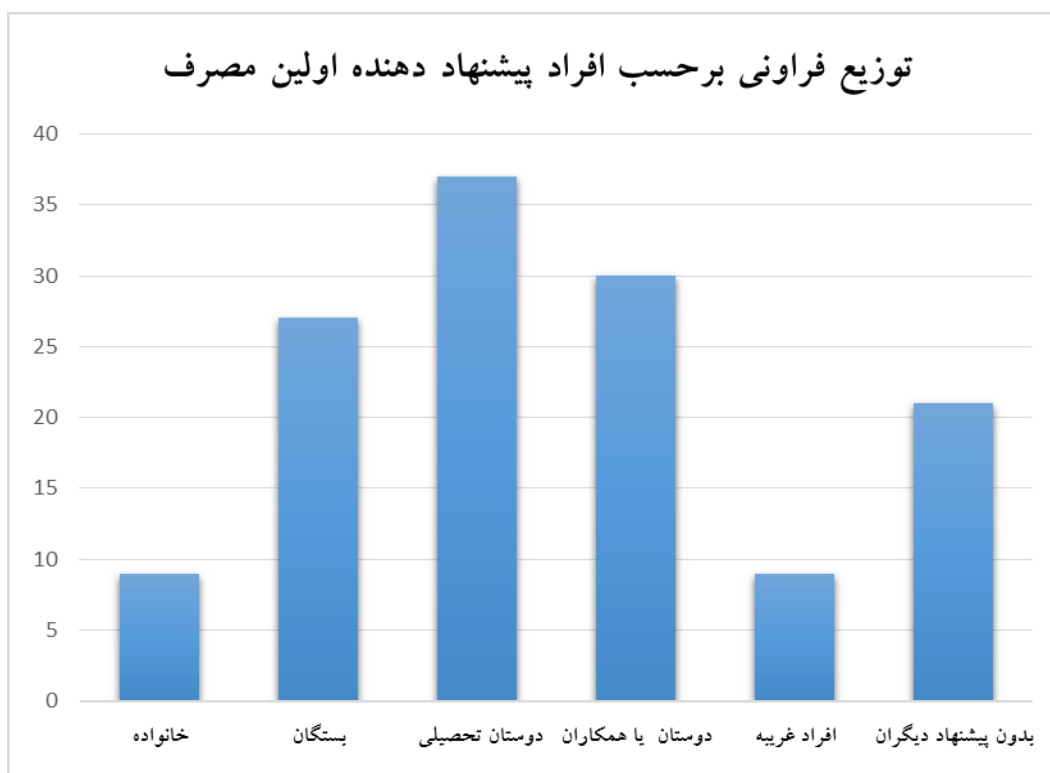


شکل ۴-۷: نمودار میله ای توزیع فراوانی نمونه برحسب تعداد افراد خانواده

توزیع فراوانی نمونه برحسب تعداد افراد خانواده در جدول و شکل ۴-۷ گزارش شده است. چنانچه ملاحظه می شود بیشترین فراوانی گزارش شده در گروه نمونه (۳۱ نفر معادل ۲۳/۳ درصد) مربوط به دو طبقه افرادی است تعداد اعضای خانواده خود را ۳ و ۴ نفر گزارش کرده اند.

جدول ۴-۸: توزیع فراوانی نمونه برحسب پیشنهاد دهنده اولین مصرف (N=۱۳۳)

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد فراوانی
افراد پیشنهاد دهنده اولین مصرف	یکی از افراد خانواده	۹	۶/۸
	یکی از بستگان	۲۷	۲۰/۲
	دوستان (مدرسه، دانشگاه)	۳۷	۲۷/۸
	دوستان (خارج از مدرسه) یا همکاران	۳۰	۲۲/۶
	افراد غریبه	۹	۶/۸
	بدون پیشنهاد دیگران	۲۱	۱۵/۸
	کل	۱۳۳	۱۰۰/۰

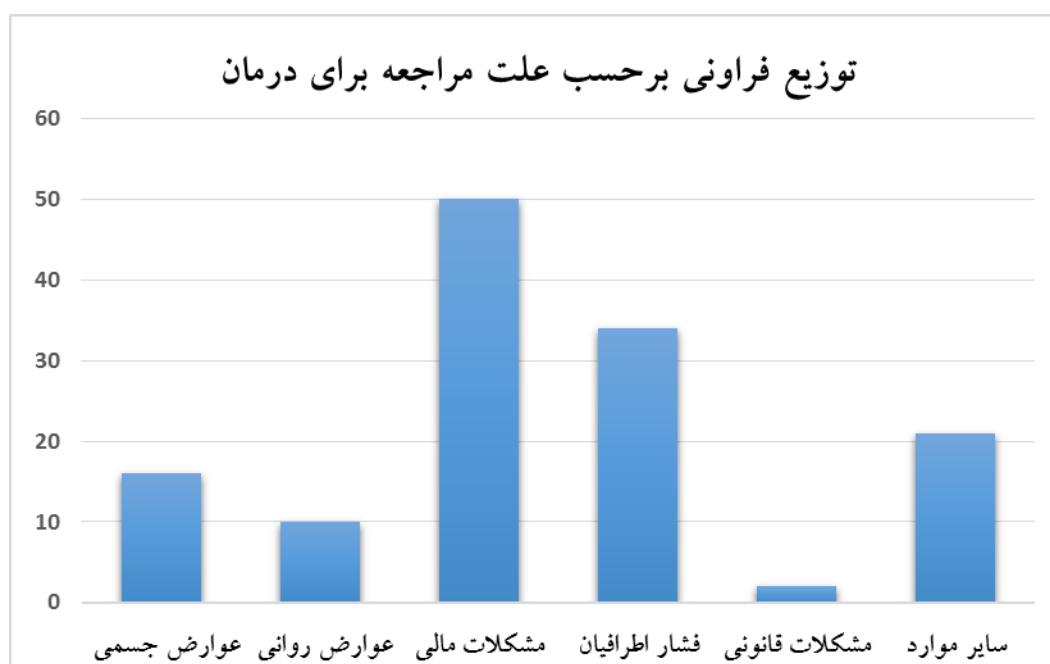


شکل ۴-۸: نمودار میله ای توزیع فراوانی نمونه برحسب پیشنهاد دهنده اولین مصرف

توزیع فراوانی نمونه برحسب اینکه اولین بار مصرف مواد را به پیشنهاد چه کسی شروع کرده اند، در جدول و شکل ۴-۸ گزارش شده است. چنانچه ملاحظه می شود بیشترین فراوانی گزارش شده در گروه نمونه (۳۷ نفر معادل ۲۷/۸ درصد) مربوط به طبقه افرادی است اولین بار مصرف مواد را با پیشنهاد دوستان (مدرسه یا دانشگاه) شروع کرده اند.

جدول ۹-۴: توزیع فراوانی نمونه برحسب علت مراجعه برای درمان (N=۱۳۳)

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد فراوانی
علت مراجعه برای درمان	عوارض جسمی مصرف ماده	۱۶	۱۲/۰
	عوارض روانی مصرف ماده	۱۰	۷/۵
	مشکلات مالی	۵۰	۳۷/۶
	فشار اطرافیان	۳۴	۲۵/۶
	مشکلات قانونی	۲	۱/۵
	سایر موارد	۲۱	۱۵/۸
	کل	۱۳۳	۱۰۰/۰

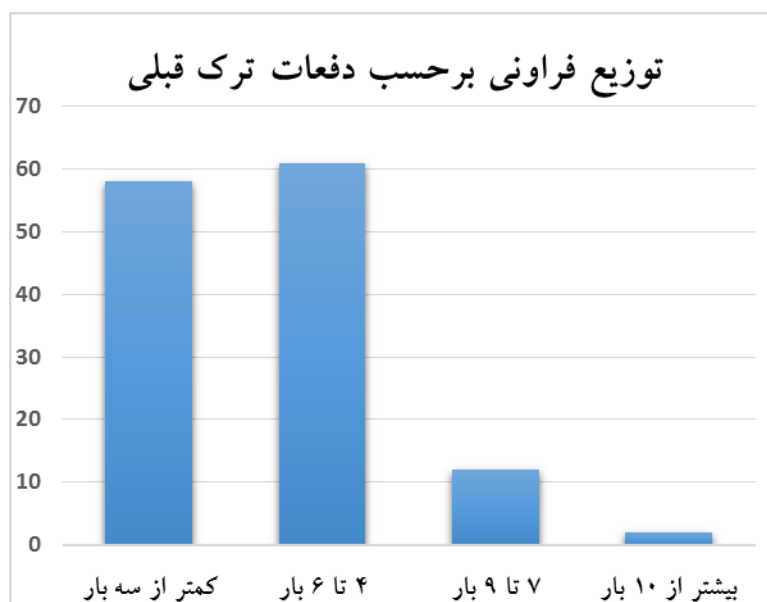


شکل ۹-۴: نمودار میله ای توزیع فراوانی نمونه برحسب علت مراجعه برای درمان

توزیع فراوانی نمونه برحسب علت مراجعه برای درمان، در جدول و شکل ۴-۹ گزارش شده است. چنانچه ملاحظه می شود بیشترین فراوانی گزارش شده در گروه نمونه (۵۰ نفر معادل ۳۷/۶ درصد) مربوط به طبقه افرادی است به دلیل مشکلات مالی برای درمان مراجعه کرده اند.

جدول ۴-۱۰: توزیع فراوانی نمونه برحسب دفعات ترک قبلی (N=۱۳۳)

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد فراوانی
دفعات ترک قبلی	کمتر از سه بار	۵۸	۴۳/۶
	۴ تا ۶ بار	۶۱	۴۵/۹
	۷ تا ۹ بار	۱۲	۹/۰
	بیشتر از ۱۰ بار	۲	۱/۵
	کل	۱۳۳	۱۰۰/۰

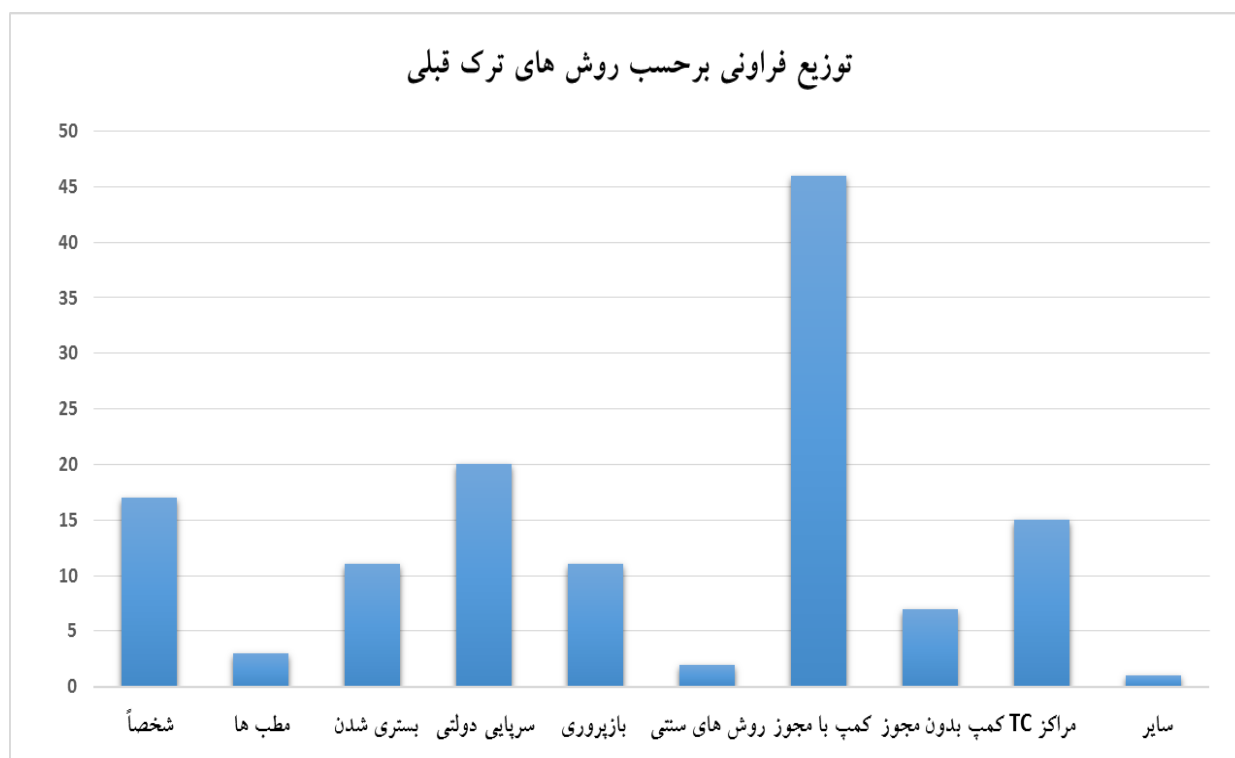


شکل ۴-۱۰: نمودار میله ای توزیع فراوانی نمونه برحسب دفعات ترک قبلی

توزیع فراوانی نمونه برحسب دفعات ترک قبلی در جدول و شکل ۴-۱۰ گزارش شده است. چنانچه ملاحظه می شود بیشترین فراوانی گزارش شده در گروه نمونه (۶۱ نفر معادل ۴۵/۹ درصد) مربوط به طبقه افرادی است که تاکنون ۴ الی ۶ بار اقدام به ترک نموده اند.

جدول ۴-۱۱: توزیع فراوانی نمونه برحسب روش های ترک قبلی (N=۱۳۳)

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد فراوانی
روش های ترک قبلی	شخصاً	۱۷	۱۲/۸
	مراجعه سرپایی به مطب ها	۳	۲/۳
	بستری شدن در بخش خصوصی	۱۱	۸/۳
	مراجعه به مراکز سرپایی دولتی	۲۰	۱۵/۰
	اقامت در مراکز بازپروری	۱۱	۸/۳
	روش های سنتی	۲	۱/۵
	کمپ های با مجوز بهزیستی	۴۶	۳۴/۶
	کمپ های بدون مجوز بهزیستی	۷	۵/۳
	مراکز TC	۱۵	۱۱/۳
	سایر	۱	۰/۸
	کل	۱۳۳	۱۰۰/۰

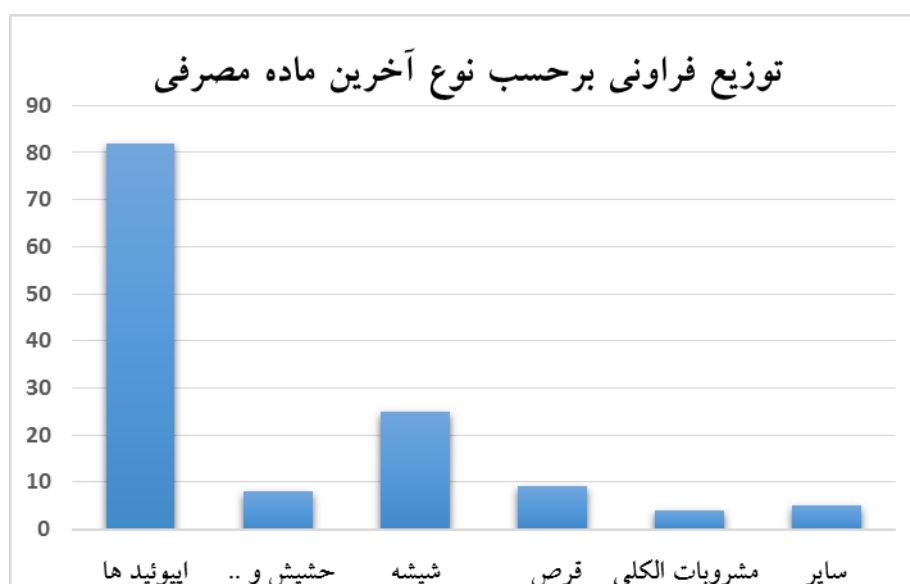


شکل ۴-۱۱: نمودار میله ای توزیع فراوانی نمونه برحسب روش های ترک قبلی

توزیع فراوانی نمونه برحسب روش های ترک قبلی در جدول و شکل ۴-۱۱ گزارش شده است. چنانچه ملاحظه می شود بیشترین فراوانی گزارش شده در گروه نمونه (۴۶ نفر معادل ۳۴/۶ درصد) مربوط به طبقه افرادی است که با مراجعه به مراکز اقامتی کوتاه مدت (کمپ ها) که از سازمان بهزیستی مجوز دریافت کرده اند، اقدام به ترک نموده اند.

جدول ۴-۱۲: توزیع فراوانی نمونه برحسب آخرین ماده مصرفی (N=۱۳۳)

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد فراوانی
آخرین ماده مصرفی	اپیوئید ها (هروئین، تریاک)	۸۲	۶۱/۷
	حشیش و مشتقات	۸	۶/۰
	شیشه	۲۵	۱۸/۸
	قرص (ترامادول، دیازپام و...)	۹	۶/۸
	الکل و سایر مشروبات	۴	۳/۰
	سایر	۵	۳/۸
	کل	۱۳۳	۱۰۰/۰



شکل ۴-۱۲: نمودار میله ای توزیع فراوانی نمونه برحسب نوع آخرین ماده مصرفی

توزیع فراوانی نمونه برحسب پاسخ به این سوال که در طول ماه گذشته به کدام ماده وابسته بوده اید، در جدول و شکل ۴-۱۲ گزارش شده است. چنانچه ملاحظه می شود بیشترین فراوانی گزارش شده در گروه نمونه (۸۲ نفر معادل ۶۱/۷ درصد) مربوط به طبقه افرادی است که وابستگی به اپیوئیدها را گزارش کرده اند.

۴-۲. شاخص های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

به منظور بررسی شاخص های توصیفی متغیر های اصلی پژوهش میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش مولفه های پرسشنامه CMR شامل شرایط، انگیزش و آمادگی مقیمان مراکز اجتماع درمان مدار محاسبه شد. نتایج این محاسبات در ادامه گزارش شده است.

جدول ۴-۱۳ : نمره مولفه های شرایط، انگیزش و آمادگی و نمره کل مقیاس CMR

متغیر	میانگین	انحراف معیار
نمره کل	۷۰/۳۸	۷/۹۹
۱- شرایط	۲۱/۱۴	۴/۰۲
۲- آمادگی	۲۵/۱۷	۴/۰۴
۳- انگیزش	۲۴/۰۸	۳/۳۷

چنانچه در جدول ۴-۱۳ ملاحظه می شود میانگین نمره کل برابر ۷۰/۳۸ و انحراف معیار آن برابر ۷/۹۹ می باشد. همچنین میانگین مولفه های مقیاس شامل شرایط، انگیزش و آمادگی به ترتیب برابر با ۲۱/۱۴، ۲۴/۰۸، ۲۵/۱۷ می باشد.

۴-۳. تجزیه و تحلیل فرضیه های پژوهش

در این بخش به منظور پاسخگویی به فرضیه های مطرح شده در پژوهش به تجزیه و تحلیل اطلاعات پرداخته شده است. در ابتدا به منظور مقایسه توزیع فراوانی ویژگی های جمعیت شناختی در افرادی که یک دوره اقامت کامل TC را گذرانده اند، از آزمون ناپارامتریک خی دو استفاده شد. سپس به منظور بررسی رابطه متغیرهای اصلی پژوهش (شرایط، آمادگی و انگیزه) با مدت اقامت در مراکز TC از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و

تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. در ادامه نتایج تحلیل فرضیات با آزمون های آماری مربوطه گزارش شده است.

قابل ذکر است دوره کامل اقامت در مراکز TC حداقل ۱۲۰ روز می باشد. لذا تعداد افرادی که در نمونه حاضر دوره کامل TC را طی کرده اند، ۲۶ نفر می باشند.

فرضیه اول: بیشترین افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند سن آنها در بازه ۳۰ تا ۴۰ سال می باشد.

در جدول ۴-۱۴ توزیع فراوانی سن افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند، گزارش شده است.

جدول ۴-۱۴: توزیع فراوانی سن افراد با یک دوره اقامت کامل در مراکز TC

متغیر	طبقات	فراوانی	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
سن (برحسب سال)	کمتر از ۲۰	۱	۹/۳۸	۴	۰/۰۵۲
	۲۱-۳۰	۷			
	۳۱-۴۰	۹			
	۴۱-۵۰	۷			
	۵۱-۶۰	۲			
	کل	۲۶			

برطبق آمار توصیفی گزارش شده در جدول ۴-۱۴، بیشتر افرادی که دوره کامل TC را گذرانده اند در طبقه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال می باشند. اما نتایج آمار استنباطی با آزمون خی دو نشان داد سطح معناداری آماره خی دو از ۰/۰۵ بیشتر است ($\chi^2=9/38, p>0/05$) لذا در توزیع فراوانی افرادی که دوره اقامت TC را بطور کامل طی کرده اند برحسب طبقات سنی تفاوت معناداری وجود ندارد.

فرضیه دوم: بیشترین افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند تحصیلات آنها بالای دیپلم می باشد.

در جدول ۴-۱۵ توزیع فراوانی میزان تحصیلات افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند، گزارش شده است.

جدول ۴-۱۴: توزیع فراوانی تحصیلات افراد با یک دوره اقامت کامل در مراکز TC

متغیر	طبقات	فراوانی	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
تحصیلات	بی سواد	۱	۱۲/۸۴	۴	۰/۰۱۲
	ابتدایی	۲			
	سیکل	۱۰			
	دیپلم	۷			
	بالتر از دیپلم	۶			
	کل	۲۶			

برطبق آمار توصیفی گزارش شده در جدول ۴-۱۵، بیشتر افرادی که دوره کامل TC را گذرانده اند، دارای تحصیلات سیکل می باشند. همچنین نتایج آمار استنباطی با آزمون خی دو نشان داد سطح معناداری آماره خی دو از ۰/۰۵ بیشتر است ($\chi^2=12/84, p<0/05$) لذا در توزیع فراوانی افرادی که دوره اقامت TC را بطور کامل

طی کرده اند برحسب تحصیلات تفاوت معناداری وجود دارد و چنانچه گزارش شد بطور معناداری بیشتر افرادی که دوره کامل TC را گذرانده اند، دارای تحصیلات سیکل هستند.

فرضیه سوم: بیشترین افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند متأهل می باشند.

در جدول ۴-۱۶ توزیع فراوانی وضعیت تاهل افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند، گزارش شده است.

جدول ۴-۱۶: توزیع فراوانی وضعیت تاهل افراد با یک دوره اقامت کامل در مراکز TC

متغیر	طبقات	فراوانی	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
وضعیت تاهل	مجرد	۲۱			
	متاهل	۲			
	مطلقه/ متارکه	۲	۴۳/۲۳	۳	۰/۰۰۱
	فوت شده	۱			
	کل	۲۶			

برطبق آمار توصیفی گزارش شده در جدول ۴-۱۶، بیشتر افرادی که دوره کامل TC را گذرانده اند، مجرد می باشند. همچنین نتایج آمار استنباطی با آزمون خی دو نشان داد سطح معناداری آماره خی دو از ۰/۰۵ کمتر است ($\chi^2=43/23$, $p<0/05$) لذا در توزیع فراوانی افرادی که دوره اقامت TC را بطور کامل طی کرده اند برحسب وضعیت تاهل تفاوت معناداری وجود دارد و بطور معناداری بیشتر افرادی که دوره کامل TC را گذرانده اند، مجرد هستند.

فرضیه چهارم: بیشترین افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند متوسط درآمد آنها بالای ۲

میلیون تومان در ماه می باشد.

در جدول ۴-۱۷ توزیع فراوانی وضعیت درآمد افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند، گزارش شده است.

جدول ۴-۱۷: توزیع فراوانی وضعیت درآمد افراد با یک دوره اقامت کامل در مراکز TC

متغیر	طبقات	فراوانی	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
وضعیت درآمد	بدون درآمد	۶			
	کمتر از ۵۰۰ هزار	۴			
	۵۰۰ هزار تا ۱	۹			
	۱ تا ۱/۵ میلیون	۴	۱۳/۲۳	۵	۰/۰۲۱
	۱/۵ تا ۲ میلیون	۲			
	بالای دو میلیون	۱			
	کل	۲۶			

برطبق آمار توصیفی گزارش شده در جدول ۴-۱۷، بیشتر افرادی که دوره کامل TC را گذرانده اند، درآمد خود را بین ۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون گزارش کرده اند. همچنین نتایج آمار استنباطی با آزمون خی دو نشان داد سطح معناداری آماره خی دو از ۰/۰۵ کمتر است ($\chi^2=13/23$ ، $p<0/05$) لذا در توزیع فراوانی افرادی که دوره اقامت TC را بطور کامل طی کرده اند برحسب وضعیت درآمد تفاوت معناداری وجود دارد و بطور معناداری بیشتر افراد درآمد خود را بین ۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون گزارش کرده اند.

فرضیه پنجم: بیشترین افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند از مسکن شخصی برخوردار هستند.

در جدول ۴-۱۸ توزیع فراوانی وضعیت مسکن افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند، گزارش شده است.

جدول ۴-۱۸: توزیع فراوانی وضعیت مسکن افراد با یک دوره اقامت کامل در مراکز TC

متغیر	طبقات	فراوانی	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
وضعیت مسکن	شخصی	۲۰			
	استیجاری یا رهن	۲			
	اقوام و دوستان	۲	۳۷/۳۸	۳	۰/۰۰۱
	بدون سرپناه	۲			
	کل	۲۶			

برطبق آمار توصیفی گزارش شده در جدول ۴-۱۸، بیشتر افرادی که دوره کامل TC را گذرانده اند، دارای منزل شخصی هستند. همچنین نتایج آمار استنباطی با آزمون خی دو نشان داد سطح معناداری آماره خی دو از ۰/۰۵ کمتر است ($\chi^2=37/38$, $p<0/05$) لذا در توزیع فراوانی افرادی که دوره اقامت TC را بطور کامل طی کرده اند برحسب وضعیت مسکن تفاوت معناداری وجود دارد، لذا فرض پژوهش تایید می شود و چنانچه ملاحظه شد می توان نتیجه گرفت بیشترین افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند از مسکن شخصی برخوردار هستند.

فرضیه ششم: بیشترین افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند دارای شغل فصلی می باشند.

در جدول ۴-۱۹ توزیع فراوانی وضعیت اشتغال افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند، گزارش شده است.

جدول ۴-۱۹: توزیع فراوانی وضعیت اشتغال افراد با یک دوره اقامت کامل در مراکز TC

متغیر	طبقات	فراوانی	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
وضعیت اشتغال	فصلی	۸			
	خدمات فنی تخصصی	۴			
	راننده	۳			
	غیررسمی	۵			
	بیکار	۶			
	کل	۲۶			
			۲/۸۴	۴	۰/۵۸

برطبق آمار توصیفی گزارش شده در جدول ۴-۱۹، بیشتر افرادی که دوره کامل TC را گذرانده اند، دارای مشاغل فصلی (کشاورزی، کارگری و ...) هستند. همچنین نتایج آمار استنباطی با آزمون خی دو نشان داد سطح معناداری آماره خی دو از ۰/۰۵ بیشتر است ($\chi^2=2/84$, $p>0/05$) لذا در توزیع فراوانی افرادی که دوره اقامت TC را بطور کامل طی کرده اند برحسب وضعیت اشتغال تفاوت معناداری وجود ندارد.

فرضیه هفتم: بیشترین افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند نوع ماده مصرفی آنها اپیوئید می باشد.

در جدول ۴-۲۰ توزیع فراوانی نوع ماده مصرفی افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند، گزارش شده است.

جدول ۴-۲۰: توزیع فراوانی نوع ماده مصرفی افراد با یک دوره اقامت کامل در مراکز TC

متغیر	طبقات	فراوانی	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
ماده مصرفی	اپیوئید	۱۹			
	حشیش و مشتقات	۱			
	شیشه	۴			
	قرص (ترامادول و..)	۱			
	سایر	۱			
	کل	۲۶	۴۷/۰۷	۴	۰/۰۰۱

برطبق آمار توصیفی گزارش شده در جدول ۴-۲۰، بیشتر افرادی که دوره کامل TC را گذرانده اند، آخرین ماده ای که مصرف کرده اند از نوع اپیوئیدها (تریاک و هروئین) بوده است. همچنین نتایج آمار استنباطی با آزمون خی دو نشان داد سطح معناداری آماره خی دو از ۰/۰۵ کمتر است ($p < ۰/۰۵$, $\chi^2 = ۴۷/۰۷$) لذا در توزیع فراوانی افرادی که دوره اقامت TC را بطور کامل طی کرده اند برحسب نوع ماده مصرفی تفاوت معناداری وجود دارد، لذا فرض پژوهش تایید می شود و با توجه به نتایج جدول می توان نتیجه گرفت بیشترین افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند نوع ماده مصرفی آنها اپیوئید بوده است.

فرضیه هشتم: بیشترین افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند بالای ۴ بار تجربه ترک مواد را دارند.

در جدول ۴-۲۱ توزیع فراوانی دفعات ترک قبلی در افرادی که دوره اقامت را کامل طی کرده اند، گزارش شده است.

جدول ۴-۲۱: توزیع فراوانی دفعات ترک قبلی افراد با یک دوره اقامت کامل در مراکز TC

متغیر	طبقات	فراوانی	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
دفعات	کمتر از ۴ بار	۱۲			
ترک	بیشتر از ۴ بار	۱۴	۰/۱۵	۱	۰/۶۹
قبلی	کل	۲۶			

برطبق آمار توصیفی گزارش شده در جدول ۴-۲۱، بیشتر افرادی که دوره کامل TC را گذرانده اند، بیشتر از ۴ بار اقدام به ترک نموده اند. اما نتایج آمار استنباطی با آزمون خی دو نشان داد سطح معناداری آماره خی دو از ۰/۰۵ بیشتر است ($\chi^2=0/15$, $p>0/05$) لذا در توزیع فراوانی افرادی که دوره اقامت TC را بطور کامل طی کرده اند برحسب دفعات ترک تفاوت معناداری وجود ندارد.

فرضیه نهم: : بین شرایط (فشارهای خارجی) بیماران و مدت اقامت در مرکز اجتماع درمان مدار همبستگی وجود دارد .

برای بررسی این فرضیه از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج این آزمون در ادامه گزارش شده است. قابل ذکر است نمرات مولفه شرایط در مقیاس CMR نشان دهنده شرایطی است که باعث ورود فرد به برنامه درمان و ادامه دادن درمان شده است.

جدول ۴- ۲۲: ضریب همبستگی پیرسون بین مولفه شرایط با میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار

متغیر		مدت اقامت در برنامه اجتماع درمان مدار
		ضریب همبستگی پیرسون
		سطح معناداری
شرایط		۰/۲۲
		۰/۰۱۰

چنانچه در جدول ۴- ۲۲ ملاحظه می شود متغیر شرایط با مدت اقامت در برنامه اجتماع درمان مدار دارای ضریب همبستگی معنادار و مثبت می باشد ($r=0/22$ ، $p<0/05$) و این بدین معناست که با افزایش نمرات متغیر شرایط، میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار افزایش می یابد و بالعکس.

فرضیه دهم: : بین آمادگی بیماران و مدت اقامت در مرکز اجتماع درمان مدار همبستگی وجود دارد. برای بررسی این فرضیه از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج این آزمون در ادامه گزارش شده است.

جدول ۴- ۲۳: ضریب همبستگی پیرسون بین مولفه آمادگی با میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار

متغیر		مدت اقامت در برنامه اجتماع درمان مدار
		ضریب همبستگی پیرسون
		سطح معناداری
آمادگی		۰/۲۹
		۰/۰۰۱

چنانچه در جدول ۴- ۲۳ ملاحظه می شود متغیر آمادگی با مدت اقامت در برنامه اجتماع درمان مدار دارای ضریب همبستگی معنادار و مثبت می باشد ($r=0/22$ ، $p<0/05$) و این بدین معناست که با افزایش میزان آمادگی، میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار افزایش می یابد و بالعکس.

فرضیه یازدهم: بین انگیزش (فشارهای درونی) بیماران و مدت اقامت در مرکز اجتماع درمان مدار همبستگی وجود دارد.

برای بررسی این فرضیه از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج این آزمون در ادامه گزارش شده است.

جدول ۴-۲۴: ضریب همبستگی پیرسون بین مولفه انگیزش با میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار

متغیر		مدت اقامت در برنامه اجتماع درمان مدار
انگیزش		ضریب همبستگی پیرسون
		سطح معناداری
		۰/۲۸
		۰/۰۰۱

چنانچه در جدول ۴-۲۴ ملاحظه می شود متغیر انگیزش با مدت اقامت در برنامه اجتماع درمان مدار دارای ضریب همبستگی معنادار و مثبت می باشد ($r=0/28$ ، $p<0/05$) و این بدین معناست که با افزایش میزان انگیزش، میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار افزایش می یابد و بالعکس.

فرضیه دوازدهم: نمره کل مقیاس CMR با میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار همبستگی دارد.

برای بررسی این فرضیه از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج این آزمون در ادامه گزارش شده است.

جدول ۴-۲۵: ضریب همبستگی پیرسون بین نمره کل مقیاس CMR با میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع

درمان مدار

متغیر		مدت اقامت در برنامه اجتماع درمان مدار
انگیزش		ضریب همبستگی پیرسون
		سطح معناداری
		۰/۳۷
		۰/۰۰۱

چنانچه در جدول ۴-۲۵ ملاحظه می شود نمره کل مقیاس CMR با مدت اقامت در برنامه اجتماع درمان مدار دارای ضریب همبستگی معنادار و مثبت می باشد ($r=0/37$ ، $p<0/05$) و این بدین معناست که با افزایش نمره کل مقیاس CMR، میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار افزایش می یابد و بالعکس.

فرضیه سیزدهم: مولفه های شرایط، آمادگی و انگیزش میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار را پیش بینی می کنند.

برای بررسی این فرضیه از تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد (همزمان) استفاده شد، به این صورت که میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار به عنوان متغیر پیش بینی شونده (ملاک) و مولفه های شرایط، آمادگی و انگیزش به عنوان متغیرهای پیش بینی کننده به صورت همزمان وارد تحلیل شدند. در ادامه خلاصه نتایج آماره های مربوط به مدل رگرسیونی این متغیرها گزارش شده است.

جدول ۴-۲۶: خلاصه نتایج آماره های مربوط به برازش مدل

مدل	R	R ^۲	خطای استاندارد برآورد	F	Sig
۱	۰/۳۸	۰/۱۵	۶۲/۰۵	۷/۶۳	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج جدول ۴-۲۶، ضریب همبستگی چندگانه بین مجموع متغیرهای پیش بین (مولفه های شرایط، آمادگی و انگیزش) و متغیر ملاک (مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار) برابر ۰/۳۸ می باشد. همچنین مقدار ضریب تعیین (مجذور آر) برابر با ۰/۱۵ است که نشان می دهد مولفه های شرایط، آمادگی و انگیزش، ۱۵ درصد از تغییرات میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار را تبیین می کنند. همچنین معناداری آماره F بدست آمده نشان می دهد مجموعه مولفه های شرایط، آمادگی و انگیزش قادرند تغییرات مربوط به مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار را به خوبی تبیین کنند و نشان دهنده مناسب بودن مدل

رگرسیوني ارائه شده اند. در ادامه ضرایب غیر استاندارد و استاندارد هر یک از متغیرهای پیش بین و معناداری این ضرایب در جدول ۴-۲۷ گزارش شده است.

جدول ۴-۲۷: جدول ضرایب B و Beta حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان بین مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار با مولفه های شرایط، آمادگی و انگیزش

مدل	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده		T	Sig
	B	خطای استاندارد	Beta			
ثابت	۱۵۳/۰۵	۴۹/۳۴	---		۳/۱۰	۰/۰۰۲
شرایط	۱/۹۰	۱/۴	۰/۱۱		۱/۳۴	۰/۱۸
آمادگی	۳/۵۵	۱/۴۰	۰/۲۱		۲/۵۳	۰/۰۱۲
انگیزش	۴/۳۲	۱/۶۵	۰/۲۱		۲/۶۰	۰/۰۱۰

طبق اطلاعات مندرج در جدول ۴-۲۷، مولفه های شرایط، آمادگی و انگیزش به ترتیب دارای ضرایب B برابر با ۳/۵۵، ۴/۳۲ و ۱/۹۰ می باشند. با توجه به سطح معناداری آماره t این مولفه ها، می توان نتیجه گرفت ضرایب B مربوط به مولفه های آمادگی و انگیزش دارای سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ و لذا معنادار می باشند ($p < ۰/۰۵$). اما ضریب B مربوط به مولفه شرایط دارای سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ و بنابراین معنادار نمی باشد ($p > ۰/۰۵$). لذا با توجه به ضرایب به دست آمده می توان معادله پیش بینی مانایی در برنامه اجتماع درمان مدار را به وسیله مولفه های آمادگی و انگیزش به شرح زیر نوشت:

$$(۴/۳۲ \times \text{مولفه انگیزش}) + (۳/۵۵ \times \text{مولفه آمادگی}) + ۱۵۳/۰۵ = \text{مانایی در برنامه اجتماع درمان مدار}$$

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۵-۱. بحث

همانطور که در منابع نشان داده شده است اعتیاد به هر دلیل که در فرد اتفاق افتاده باشد اما یک اختلال است اختلالی که تمام ابعاد وجودی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد به بیان دیگر عملکرد جسمی ، عملکرد روانی ، عملکرد اجتماعی و حتی عملکرد معنوی فرد را متاثر می کند. اکثر افراد که دچار اختلال مصرف مواد می شوند در اثر بازخوردی که از خود و محیط دریافت می کنند از این وضعیت رهایی می جویند و در واقع مصرف را ادامه نمی دهند و وابسته نمی شوند اما متأسفانه به هر دلیل تعدادی از افراد که دچار سوء مصرف مواد شده اند این روند را ادامه داده و دچار وابستگی می شوند. با توجه به شیوع بالای افراد معتاد همواره عده ای درمانده از رهایی اند و امیدوار به خلاص شدن از این درد هر روش و مدلی را مایل به تجربه آن هستند .

هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر مولفه های شرایط، انگیزش و آمادگی بر مانایی مقیمان مرکز TC در بدو ورود می باشد.

بدین منظور در این مطالعه از پرسشنامه CMR استفاده شد. فرضیه های جمعیت شناختی در ارتباط با بیماران معتاد شامل؛ فراوانی بازه سنی افراد، تحصیلات، وضعیت تأهل، سطح درآمد، اشتغال، وضعیت اسکان، و تعداد دفعات ترک فرضیه های تخصصی مورد بررسی این مطالعه به شرح زیر بررسی گردیدند.

- تعیین رابطه میزان مانایی در درمان مقیمان مراکز اجتماع درمان مدار با نمرات مقیاس "شرایط"
- تعیین رابطه میزان مانایی در درمان مقیمان مراکز اجتماع درمان مدار با نمرات مقیاس "انگیزش"

- تعیین رابطه میزان مانایی در درمان مقیمان مراکز اجتماع درمان مدار با نمرات مقیاس "آمادگی"

معتادین مرد وابسته به مواد در مراکز اجتماع درمان مدار چهار شهر تهران، مشهد، اصفهان و رشت می باشد .

داده های پژوهش حاضر شامل نمرات به دست آمده از دو پرسشنامه می باشد برای بررسی وضعیت سوء مصرف مواد افراد شرکت کننده از پرسشنامه "محقق ساخته" استفاده شد و بخش دیگر داده ها و در واقع بخش اصلی شامل نمرات بدست آمده از پرسشنامه CMR می باشد .

۵-۲. نتیجه گیری

۵-۲-۱. بین "شرایط" (فشارهای خارجی) بیماران و مدت اقامت در مرکز اجتماع درمان مدار همبستگی وجود دارد.

چنانچه در جدول ۴-۲۲ ملاحظه می شود متغیر "شرایط" با مدت اقامت در برنامه اجتماع درمان مدار دارای ضریب همبستگی معنادار و مثبت می باشد ($r=0/22$, $p<0/05$) و این بدین معناست که با افزایش نمرات متغیر شرایط، میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار افزایش می یابد و بالعکس.

نتیجه به دست آمده در مطالعه دی لئون، ملنیک، کرسل و جینس هیل (۱۹۹۴) که برای اولین بار مقیاس شرایط، انگیزش و آمادگی را برای اندازه گیری ادراکات مراجعان اجتماع درمان مدار از چهار حیطه مرتبط با هم تدوین نمودند نشان داده است. این چهار حیطه عبارت بود از: شرایط (فشارهای خارجی)، انگیزش (فشارهای درونی) و آمادگی و مناسبت.

همچنین در پژوهشی دیگر دی لئون، ملنیک و کرسل (۱۹۹۷) از مقیاس CMR برای سنجش انگیزش و آمادگی نمونه بزرگی از معتادان به الکل، ماری جوانا، هرویین و کوکائین که در مراکز اجتماع درمان مدار پذیرش شده بودن استفاده کردند. یافته های آنها نشان داد که نمرات ابتدایی انگیزش و آمادگی، شاخص پیش بینی کننده معناداری برای مانایی کوتاه مدت در درمان در میان همه مراجعه کنندگان بود و در واقع ارتباط

مستقیمی میان نمره به دست آمده از مقیاس "شرایط" در پرسشنامه CMR با مانایی در درمان مراجعین وجود دارد.

با توجه به یافته های فوق می توان احتمال داد که یکی از مولفه های موثر بر مراجعه افراد با اختلال مصرف مواد به درمان در مراکز اجتماع درمان مدار، شرایط می باشد. این شرایط دوجه غالب دارند که به صورت شرایطی که فرد را مجبور به آمدن به مرکز و ماندن در آن می کند و شرایطی که فرد را وادار به ترک درمان می کند و زمانی که شرایط نوع اول غلبه یابد فرد اقامت را انتخاب نموده و انگیزش بیرونی اش هم به سمت انگیزش درونی سوق پیدا می کند.

۵-۲-۲. بین "انگیزه" (فشارهای درونی) بیماران و مدت اقامت در مرکز اجتماع درمان مدار همبستگی وجود دارد.

مطابق جدول ۴-۲۴ متغیر "انگیزش" با مدت اقامت در برنامه اجتماع درمان مدار دارای ضریب همبستگی معنادار و مثبت می باشد ($r=0/28$, $p<0/05$) و این بدین معناست که با افزایش میزان انگیزش، میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار افزایش می یابد و بالعکس. اریکسون ، استیونز ، مک کی نایت و فیگورد (۱۹۸۶) دریافتند که تمایل و خواست مراجعان به طور مثبتی با میزان ماندن در درمان رابطه دارد .

کاماگو، ویلیامز و همکاران ، ۱۹۹۵ رابطه میان انگیزش اولیه برای درمان را بررسی کرده اند . این مولفان خاطر نشان می کنند که " نبودن انگیزه" یکی از فراوان ترین دلایل ذکر شده بیمارانی بود که درمان را ترک گفته بودند ، یا بازگشت داشتند و یا سایر جنبه ها شکست درمان را نشان دادند.

سویز، دی لئون، راسل و بروکرت (۲۰۰۶) مقیاس CMR را روی گروهی از افراد با اختلال مصرف مواد در هلند که در برنامه اجتماع درمان مدار پذیرش شده بودند، اجرا نمودند. تحلیل عاملی آنها نشان داد که مقیاس دارای سه عامل می باشد و دارای قدرت پیش بینی قوی جهت مانایی مراجعان در درمان می باشد (۱۴). اریکسون ، استیونز ، مک کی نایت و فیگورد (۱۹۸۶) دریافتند که تمایل و خواست مراجعان به طور مثبتی با میزان ماندن در درمان رابطه دارد .

انگیزش چه به صورت بیرونی و چه به صورت درونی باعث مانایی بیشتر و در نتیجه نتایج درمانی بهینه می گردد. انگیزش باعث درک درست از اثرات منفی مواد بر خود و تغییر سبک زندگی می گردد. در همین زمان تأثیرات اجتماع درمان مدار بر فرد این تغییرات را تسریع و تشدید نموده و باعث ادراکات مثبت نسبت به خویشتن می گردد و بازخوردهای حاصل از همتاها و کادر درمانی و خانواده این ادراکات را تقویت نموده و به نوبه خود انگیزش را بیشتر می کند و انگیزش بیشتر باعث مانایی بیشتر در برنامه و پیامدهای درمانی بهینه می گردد.

۵-۲-۳. بین "آمادگی" بیماران و مدت اقامت در مرکز اجتماع درمان مدار همبستگی وجود دارد.

چنانچه در جدول ۴-۲۳ ملاحظه می شود متغیر آمادگی با مدت اقامت در برنامه اجتماع درمان مدار دارای ضریب همبستگی معنادار و مثبت می باشد ($r=0.22$ ، $p<0.05$) و این بدین معناست که با افزایش میزان آمادگی، میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار افزایش می یابد و بالعکس. دی لئون و همکاران (۱۹۹۸) در مقاله با عنوان اثرات آمادگی برای درمان سوء مصرف مواد بر مانایی در درمان و ارزیابی فرایند نشان دادند که در انگیزه قبل از درمان در همه مودالیت‌های درمانی، آمادگی قویترین مقیاس پیشگویی کننده در درمان اقامتی بلند مدت (TC) و درمان با متادون بود. آمادگی درمانی بالاتر همچنین با میزان درگیر شدن با درمان مرتبط بود. در مطالعه مذکور شاخص های اصلی انگیزه؛ بطور ویژه آمادگی برای درمان نه فقط شاخص مهم پیشگویی کننده در درگیر شدن و بقا در درمان می باشد بلکه اهمیت بیشتری نسبت به وضعیت اجتماعی، مصرف مواد و دیگر متغیر های زمینه ای دارد. برنامه ریزی و ارزیابی مداخلات که روی مراحل آمادگی برای تغییر و بهبود تمرکز دارند سیستم درمان و بهبود را کمک می کند. [۳۱]

جرالد ملنیک و همکاران (۱۹۹۷) در مطالعه با هدف بررسی انگیزش و آمادگی برای درمان نوجوانان و جوانان وابسته به مصرف مواد در مرکز TC پذیرش شدند نشان دادند افزایش نمره CMRS پیشگویی کننده قوی در دوره اقامت در تمام رده های سنی را می باشد. [۳۰]

در پژوهشی که توسط جرالده ملنیک، جوزفین هاک و جرج دی لئون (۲۰۱۴) صورت گرفت نشان دادند که افرادی که تمایل به درمان دارند افزایش انگیزه آنها را به سمت مودالیت‌های درمانی شمال سرپایی، نگهدارنده و در قوی‌ترین سطح به برنامه‌های اقامتی سوق می‌یابند. و بطور معناداری افراد ویژه در پذیرش در مودالیت‌های درمانی از انگیزه پایینی برخوردارند. در واقع این مطالعه نقش آمادگی (انگیزه بیرونی) در تعهد به پذیرش در برنامه‌های اقامتی از جمله TC را نشان می‌دهد. [۲۹]

۵-۲-۴. نمره کل مقیاس CMR با میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار همبستگی دارد.

چنانچه در جدول ۴-۲۵ ملاحظه می‌شود نمره کل مقیاس CMR با مدت اقامت در برنامه اجتماع درمان مدار دارای ضریب همبستگی معنادار و مثبت می‌باشد ($r=0/37$ ، $p<0/05$) و این بدین معناست که با افزایش نمره کل مقیاس CMR، میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار افزایش می‌یابد و بالعکس. این نتیجه در راستای مطالعه جرالده ملنیک و همکاران (۱۹۹۷) که نشان دادند افزایش کل نمره CMRS پیشگویی کننده قوی در دوره اقامت در تمام رده‌های سنی را می‌باشد. [۳۰]

۵-۲-۵. مولفه‌های شرایط، آمادگی و انگیزش میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار را پیش‌بینی می‌کنند.

با توجه به نتایج جدول ۴-۲۶، ضریب همبستگی چندگانه بین مجموع متغیرهای پیش‌بین (مولفه‌های شرایط، آمادگی و انگیزش) و متغیر ملاک (مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار) برابر $0/38$ می‌باشد. همچنین مقدار ضریب تعیین (مجذور آر) برابر با $0/15$ است که نشان می‌دهد مولفه‌های شرایط، آمادگی و انگیزش، ۱۵ درصد از تغییرات میزان مانایی مقیمان در برنامه اجتماع درمان مدار را تبیین می‌کنند.

۳-۵. محدودیت های مطالعه

۱. نبود گروه کنترل یکی از محدودیت های مطالعه حاضر بود که امکان مقایسه نتایج را با مشکل روبرو می کند.
۲. این مطالعه فقط بر روی مردان انجام شده که باعث محدودیت در تعمیم نتایج به جامعه زنان می شود.
۳. به علت محدودیت زمانی امکان پیگیری های متعدد نبود.

۴-۵. پیشنهادات

۱. انجام پژوهش های مشابه همراه با گروه کنترل.
۲. انجام پژوهش های مشابه در جمعیت هایی با ویژگی های جمعیت شناختی متفاوت.
۳. انجام پژوهش های مشابه در مقیمان زن و مرد مراجعه کننده به مراکز اجتماع درمان مدار
۴. به منظور تعیین اثربخشی و قدرت پیشگویی کنندگی ابزار مورد استفاده (CMR) لازم است مطالعات متعدد دیگری صورت گیرد.
۵. به عنوان یک پیشنهاد کاربردی، پیشنهاد می گردد از نتایج این مطالعه به منظور سیاستگذاری در زمینه اقدامات و سیاست های افزایش آمادگی، انگیزه و ارتقاء شرایط فرد متقاضی درمان قبل از ورود به سیستم درمانی استفاده گردد.

منابع

۱. ممتازی، سعید. (۱۳۸۴). *خانواده و اعتیاد*. تهران. (چاپ اول) مه‌دیس.
۲. وزیریان محسن و مستشاری، گلاره. (۱۳۸۲). *راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد*. تهران. پرشکوه.
۳. نادری، شهرام و همکاران. (۱۳۸۷). *درسنامه جامع درمان اعتیاد*. (چاپ اول). تهران. ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۴. اسدی، حسن. (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی در دو رویکرد درمانی؛ اقامتی میان مدت و سرپایی. پایان نامه
۵. De Leon G. The therapeutic community: Theory, model and method. Springer Publishing Company, New York: ۲۰۰۰. pp. ۱۰۰۱۲-۳۹۵۵.
۶. Pealer JA. A Community of Peers-Promoting Behavior Change. The Effectiveness of a Therapeutic Community for Juvenile Male Offenders in Reducing Recidivism. ۲۰۰۴.
۷. De Leon G. From theory to practice: The planned treatment of drug users International. Journal Addict. ۱۹۸۹. ۲۴(۸), pp. ۷۸۵-۸۲۰.
۸. Vander plasschen W, Vandeveld S, Broekaert E. Therapeutic communities for treating addictions in Europe Evidence, current practices and future challenges. Publications Office of the European Union. ۲۰۱۴. ۹۷۸-۹۲-۹۱۶۸-۶۸۳-۴.
۹. Escabel EB, Abliter PJM, Asi RG, Dimaano RD, Villavicencio RA, Seco AMG. Effectivness Of Therapeutic Community Modality Program. European Journal of Research in Social Sciences. ۲۰۱۵. ۳(۴), pp. ۲۰۵۶-۵۴۲۹.
۱۰. Paget S, Thorne J, Das A. Service Standards for Therapeutic Communities, ۹th Edition. ۲۰۱۵.
۱۱. صرامی حمید، قربانی مجید، مینوئی محمود. (۱۳۹۲) *بررسی چهار دهه تحقیقات شیوع شناسی اعتیاد در ایران*. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۷(۲۶) ص ۵۲-۲۹.
۱۲. روشن پژوه، محسن (۱۳۹۴). *شیوع شناسی مصرف مواد در ایران*. ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۱۳. مری تیسون، لوئیزا و دیجنه‌ه‌ارت، وین‌هال. (۱۳۸۴). *اعتیاد*. (چاپ اول). صادقی بنیس، منیژه و همکاران. تهران. ساوالان.

۱۴. رحیمی موقر ، آفرین و همکاران . (۱۳۷۶) . *راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد* . تهران . سازمان بهزیستی کشور .
۱۵. طارمیان ، فرهاد . (۱۳۸۷) . *حقایق درباره زندگی سالم به دور از مواد* . (چاپ اول) . دانشگاه تهران
۱۶. پرفاس فرناندو . (۱۳۹۶) *راهنمای عملیاتی کار در برنامه اجتماع درمان مدار* . اصفهان: نشر نوشته . ترجمه: ابراهیمی، علی اکبر و اسدی، حسن.
۱۷. world Drug Report(۲۰۱۶).www.unodc.org
۱۸. Hunt W, Barnett LW, Branch LG._Relapse rates in addiction programs. J Clin Psychol_۱۹۷۱; ۲۷(۴): ۴۵۵-۶.
۱۹. Vazirian M, Mostashari G. Applied handbook of treatment of drug users. Tehran, Ministry of Health and Medical Education with assistance of Iran Drug Control Headquarters. Institute of Porshukoh Publications, ۲۰۰۳; PP: ۱۲۰-۵۰ [Persian].
۲۰. De leon_G. From theory to practice:the planned treatment of drug users. Int J Addict ۱۹۸۹; ۲۴(۸):P۷۸۵-۸۲۰.
۲۱. De_leon G, Wexler HK,_Jainchill N. The Therapeutic community: success and improvement rates ۵ years after treatment. Int J Addict ۱۹۸۲; ۱۷(۴): ۷۰۳-۴۷.
۲۲. De Leon, G. (۲۰۰۰). The Therapeutic Community: Theory, Model and Method.ew York, NY: Springer Publishing Co
۲۳. یارمحمدی واصل، مسیب، و قائمی، فاطمه، و قنادی، فاطمه. (۱۳۹۱). تاثیر رویکرد اجتماع درمان مدار در درمان اعتیاد و اختلال های روانی همراه. فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی، ۶(۲)، ۳۹-۱.
۲۴. Erickson, J.R., Stevens, S., McKnight, P., & Figueredo, A. J. (۱۹۹۵). Willingness for treatment as a predictor of retention and outcomes. Journal of Addictive Diseases, ۱۴, ۱۳۵-۱۵۰.
۲۵. رحیمیان بوگر، اسحق و گودرزی، ناصر(۱۳۹۲). عوامل پیش بین آمادگی برای درمان در سوء مصرف کنندگان مواد محرک. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، ۱۵(۲)، ۱۶-۲۵.
۲۶. ابراهیمی، علی اکبر. (۱۳۹۵). اجتماع درمان مدار، جامعترین روش درمان اعتیاد. تالیف جرج دی لئون. اصفهان: انتشارات کنکاش(چاپ دوم).
۲۷. De Leon, G. (۱۹۹۷). Community As Method: Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings. Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc., pp. ۳-۱۸.
۲۸. DeLeon, G., Melnick, G., Kressel, D., Jainchill, N.(۱۹۹۴). Circumstances, motivation, readiness and suitability (The CMRS Scales): Predicting retention in

therapeutic community treatment. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, ۲۰(۴), ۴۹۵-۵۱۵.

۲۹. Gerald Melnick, George de Leon, Josephine Hawke. (۲۰۱۴). Motivation and Readiness for Drug treatment: Differences by Modality and Special Populations. Journal of Addictive Diseases.

۳۰. Gerald Melnick & et al. (۱۹۹۷). Motivation and Readiness for Therapeutic Community Treatment among Adolescents and Adult Substance Abusers. American Journal of Drug and Alcohol Abuse.

۳۱. DeLeon, G., Melnick, G., Kressel, D. (۱۹۹۷). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among cocaine and other drug abusers. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, ۲۳(۲), ۱۶۹-۱۸۹.

۳۲. Norozi, Ensiyeh, Reza Miri, Mohammad, Soltani, Raheleh, Ali Eslami, Ahmad, Harivandi, Ali Reza and Dastjerdi, Reza (۲۰۱۶). Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Persian Version of the Circumstances, Motivation, and Readiness Scale. Int J High Risk Behav Addict. ۲۰۱۶ June; ۵(۲):e۲۳۲۴۲.

۳۳. Joe GW, Simpson DD, Broome (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. Wiley online library

۳۴. Soye, Veerle., De Leon, George and Rossel, Yves (۲۰۰۷). Motivation and readiness for therapeutic community treatment: Psychometric evaluation of the Dutch translation of the Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability scales. International Journal of High Risk Behaviors & Addiction. (۲).

۳۵. ابراهیمی، علی اکبر (۱۳۸۲). انگیزش، آمادگی و مناسبت برای درمان. اصفهان: نشر پارسیان

۳۶. Burdon WM, Dang J, Prendergast ML, Messina NP, Farabee D. (۲۰۰۷). Differential effectiveness of residential versus outpatient aftercare for parolees from prison-based therapeutic community treatment programs. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. ۱۵;۲:۱۶.

۳۷. Kressel, D, De Leon G, Palgi, M & Rabin, T. Modified Therapeutic Community for Homeless Mentally III Chemical Abusers: Treatment Outcomes. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, Volume ۲۶, ۱۹۹۹ - Issue ۳. **Published online:** ۰۷ Jul ۲۰۰۹

۳۸. De Leon G, Staines GL, Perlis TE. Therapeutic community methods in methadone maintenance (Passages):an open clinical trial. Drug and alcohol dependence. ۱۹۹۵. ۳۷(۱), pp. ۴۵-۵۷
۳۹. Bratter B I, Bratter T E, Radda, H T, Steiner, K M. The residential therapeutic caring community. ۱۹۹۳. ۳۰, pp. ۲۹۹-۳۰۴.
۴۰. Bunt G, Muehlbach B, Moed C. The therapeutic community: an international perspective. Substance Abuse. ۲۰۰۸. ۲۹(۳), pp. ۸۱-۸۷.
۴۱. یارمحمدی واصل مسیب. (۱۳۹۰) بررسی اثربخشی اجتماع درمان مدار بر علایم روانی مردان وابسته به مواد. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۹(۲) ص ۹۳-۸۳.
۴۲. حبیب پور، کرم و صفری شالی، رضا. (۱۳۸۸). راهنمای جامع کاربرد *spss* در تحقیقات پیمایشی. تهران، متفکران.
۴۳. Cancriny G. Therapeutic community in Italy. Journal of drug issue. ۱۹۹۴; ۲۴(۴), ۶۳۹-۶۴۱.
۴۴. Paddock SM, Edelen MO, Wenzel SL, Ebener P, Mandell W, Dahl J. Measuring changes in client-level treatment process in the therapeutic community (TC) with the Dimensions of Change Instrument (DCI). Am J Drug Alcohol Abuse. ۲۰۰۷. ۳۳(۴), pp. ۵۳۷-۴۶.
۴۵. Van De Velde JC, Schaap GE, Land H. Follow-up at a Dutch addiction hospital and effectiveness of therapeutic community treatment. J Subst Use Misuse. ۱۹۹۸. ۳۳(۸) pp. ۱۶۱۱-۲۷.
۴۶. Belenko S, Hiller M, Hamilton L. Treating Substance Use Disorders in the Criminal Justice System. Curr. Psychiatry Rep. ۲۰۱۳. ۱۵, pp. ۴۱۴.

پیوست

پرسشنامه

هموطن گرامی

سلام

با عنایت به اینکه پژوهش در هر کاری بنیادی ترین اصل در تصمیم‌گیری و افزایش کیفیت آن می‌باشد و خواهشمند است جهت ارتقاء کیفی برنامه درمان اعتیاد در کشور ما با راری فرمایید. لذا پژوهشی در این راستا در حال انجام می‌باشد که سالاتی در دو بخش ویژه متقاضیان درمان طراحی گردیده است لطفاً ضمن قرائت و توجه به گزینه‌ها آن‌ها را پاسخ دهید.

با سیاست مجدد

سوالات بخش اول

۱- تاریخ تولد:									
۲- تحصیلات: ۱- بیسواد ۲- خواندن و نوشتن یا ابتدایی ۳- راهنمایی یا سیکل ۴- پیش‌دانشگاهی یا دیپلم ۵- فوق‌دیپلم ۶- لیسانس و بالاتر ۷- حوزوی									
۳- وضعیت تأهل: ۱- مجرد ☐ ۲- متأهل ☐ ۳- مطلقه یا متارکه‌کرده ☐ ۴- همسر فوت کرده است ☐									
۴- شغل: الف - عناوین شغلی ۱- کارگر ساده ☐ ۲- کارگر ماهر ☐ ۳- کشاورز ☐ ۴- مشاغل خدماتی تخصصی فنی ☐ ۵- راننده برون‌شهری ☐ ۶- راننده درون‌شهری ☐ ۷- مشاغل غیررسمی ☐ ۸- مغازه‌دار ☐ ۹- بیکار ☐ ۱۰- سایر: عناوین جایگزین شغلی ۱- خانه‌دار ☐ ۲- سرباز ☐ ۳- دانشجو ☐ ۴- بازنشسته ☐ ۵- مستمری‌بگیر ☐ ۶- هیچکدام ☐									
۵- وضع مسکن: ۱- منزل شخصی ☐ ۲- منزل استیجاری یا رهنی ☐ ۳- منزل پدری ☐ ۴- منزل پدر همسر ☐ ۵- منزل سازمانی ☐ ۶- منزل اقوام یا دوستان ۷- بدون سرپناه ۸- سایر									
۶- درآمد ماهیانه (تومان):									
۷- تعداد افراد خانوار:									
۸- اولین بار مصرف مواد (غیر از سیگار) را به پیشنهاد چه کسی شروع کرده‌اید؟ (چه گزینه‌ای)									
۱- یکی از افراد خانواده ☐ ۲- یکی از بستگان ☐ ۳- دوستان (مدرسه یا دانشگاه) ☐									
۴- دوستان (خارج از مدرسه) یا همکاران محل کار ☐ ۵- افراد غریبه ☐ ۶- بدون پیشنهاد دیگران ☐									
۹- علت مراجعه برای درمان (پاسخ می‌تواند چند گزینه را شامل شود)									
۱- عوارض جسمی مصرف ماده ☐ ۲- عوارض روانی مصرف ماده ☐ ۳- مشکلات مالی ☐									

گزینه	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
-------	---------------	--------	------------	--------	---------------

۴ - فشار ☐ (فشار همسر، فشار پدر یا مادر، فشار برادر یا خواهر، فشار فرزندان، فشار سایر اعضای خانواده، فشار دوستان / همکاران، مدیر یا مسئول ارشد در محیط کار)
۶ - مشکلات قانونی ☐ ۷ - ازدواج ☐ ۸ - سایر ... ☐

۱۰ - تعداد دفعات ترک قبلی:

اولین بار است که اقدام نموده ام ☐ یک بار ☐ دو بار ☐ بیشتر از دو بار ☐

۱۱ - (چنانچه اقدام به ترک اعتیاد قبلی داشته اید) ترکهای قبلی شما چگونه بوده است؟ (چند گزینه‌ای)

۱ - شخصاً ☐ ۲ - با مراجعه سرپایی به مطبها ☐ ۳ - با بستری شدن در بخش خصوصی ☐ ۴ - با مراجعه به مراکز سرپایی دولتی ☐ ۵ - با اقامت در مراکز بازپروری ☐
۶ - با اقامت در اردوگاههای بازتوانی ☐ ۷ - روش بیهوشی ☐ ۸ - روشهای سنتی (گیاهی، طب سوزنی و ...) ☐ ۹ - مراکز اقامتی کوتاه مدت (کمپها) که از سازمان بهزیستی مجوز دریافت کرده اند ☐ ۱۰ - مراکز اقامتی کوتاه مدت (کمپها) که از سازمان بهزیستی مجوز دریافت نکرده اند ☐ ۱۱ - مراکز TC ☐
۱۲ - سایر ☐ (لطفاً بنویسید)

۱۲ - در طول ماه گذشته به کدام یک از مواد زیر وابسته بودید؟ (می تواند چند گزینه را شامل شود)

۱ - تریاک ☐ ۲ - حشیش و مشتقات ☐ ۳ - شیشه ☐ ۴ - هروئین ☐ ۵ - قرص (ترامادول، دیازپام، اکسازپام و...) ☐ ۶ - الکل و سایر مشروبات الکلی ☐
۷ - سایر (لطفاً بنویسید) ☐

					۱- مطمئنم اگر به این مرکز نمی امدم باید به زندان می رفتم
					۲- من بدون اجبار دادگاه و پلیس به این مرکز آمده ام
					۳- اگر به این مرکز نمی امدم خانواده ام اجازه نمی دادند که من در خانه بمانم
					۴- باور دارم که خانواده ام بعد از چند ماه می خواهند که من این مرکز را ترک کنم
					۵- من نگرانم که اگر اینجا بمانم دچار مشکل شدید مالی می شوم
					۶- احساس می کنم که در بیرون از این مرکز مشکلات زیادی دارم که مانع کامل کردن دوره درمانم می شود
					۷- بطور کلی فکر می کنم که مصرف مواد، مشکلی بسیار جدی در زندگی من است
					۸- اغلب خودم را به دلیل مصرف مواد دوست ندارم
					۹- در حال حاضر احساس می کنم که اگر ترک نکنم، زندگی ام بسیار خراب تر می شود
					۱۰- واقعا احساس می کنم که مصرف مواد و سبک زندگی ام خیلی به دیگران آسیب رسانده است
					۱۱- مهمترین مساله من در حال حاضر، ترک مواد است
					۱۲- واقعا باور ندارم که باید در این مرکز بمانم تا ترک کنم، من می توانم هر وقت که بخواهم ترک کنم
					۱۳- من به این مرکز امدم چون واقعا احساس می کردم که برای ترک آماده ام
					۱۴- هر کاری انجام می دهم تا زندگی ام رو به راه شود
					۱۵- اساسا، انتخاب دیگری برای دریافت کمک و ترک مواد نداشتم بخاطر همین به این مرکز امدم
					۱۶- واقعا فکر نمی کنم که بتوانم با کمک دوستانم، خانواده و... مصرف موادم را ترک کنم، من واقعا به خدمات این مرکز نیاز دارم
					۱۷- واقعا تلاش می کنم تا مصرف موادم را ترک کنم و تغییر کنم اما می دانم که خودم به تنهایی نمی توانم
					۱۸- می خواهم هر چه زودتر در این مرکز موادم را ترک کنم

با تشکر از مشارکت شما

پایان

Abstract

Investigate the retention in treatment of residents of the Therapeutic Community (TC) centers based on circumstances ,motivation and readiness.

Background and Aim: The purpose of study was to investigate the retention in treatment of residents of the Therapeutic Community (TC) centers based on circumstances ,motivation and readiness.

* **Methods:** This is a Cross-sectional and correlational study. The study population consisted of all male drug dependent referring to the TC centers. The sample consisted of ۱۳۳ participants who were selected by accessible sampling of Tehran, Isfahan, Mashhad and Rasht. For measure circumstances ,motivation and readiness before entering treatment, CMR questionnaire was used. Nonparametric test (X^۲) and Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis were used to analyze the data.

* **Results:** The findings indicated that there was a significant and positive correlation between circumstances, readiness and motivation with the retention in the therapeutic community. The total score of the scale with retention in the therapeutic Community has a significant and positive correlation coefficient.

* **Conclusion:** Circumstances, readiness and motivation have a positive relationship with retention in treatment.

* **Keywords:** CMR questionnaire, Treatment program community, retention in the treatment



Tehran University of Medical Sciences

School of Public Health

On: Master of Public Health(M.P.H)

Subject:

**Investigate the retention in treatment of residents of the
Therapeutic Community (TC) centers based on
circumstances, motivation and readiness**

Thesis Advisor:

Dr Hassan Eftekhari Ardabili

By:

Hassan Asadi

۲۰۱۷