

اثر بخشی اجتماع درمان مدار بر ارتقای مهارت‌های زندگی و کاهش عود در مردان معتاد

مسیب یارمحمدی واصل^۱

خلاصه

مقدمه: اجتماع درمان مدار رویکردی است که به افراد دچار مشکل مصرف مواد کمک می‌کند. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی اجتماع درمان مدار بر افزایش مهارت‌های زندگی و کاهش عود در مردان معتاد می‌باشد. روش: این پژوهش بر اساس طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پی‌گیری انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه مردان مصرف کننده مواد مراجعه کننده به مراکز اجتماع درمان مدار بود. نمونه پژوهش به صورت نمونه گیری خوشه‌ای از مراکز اجتماع درمان مدار همدان، اصفهان و یزد انتخاب شد و شامل ۴۴۲ نفر مصرف کننده مواد بود که در طی دو سال ارزیابی شدند. در این مطالعه مراجعان در سه نوبت پیش‌آزمون (زمان پذیرش)، پس‌آزمون (۳ تا ۶ ماه پس از درمان) و پی‌گیری (یک سال پس از درمان) با استفاده از پرسش‌نامه‌های مهارت‌های زندگی و تست مرفین مورد آزمون قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که اجتماع درمان مدار مهارت‌های زندگی (مهارت حل مسأله، ارتباطی، خودآگاهی، مدیریت هیجان‌ها، مهارت ابراز وجود و خودمراقبتی) مردان مصرف کننده مواد را افزایش داده ($P < 0/05$) و هم‌چنین پس از یک سال در کاهش عود مردان به مصرف مواد مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری: این مطالعه شواهدی را فراهم کرده است که برنامه اجتماع درمان مدار در درونی‌سازی مهارت‌های زندگی و کاهش عود در مردان معتاد مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: اجتماع درمان مدار، مهارت زندگی، مردان معتاد، عود، اعتیاد

۱- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا همدان

آدرس: همدان، بلوار جانبازان، بلوار بهادر بیگی، مجتمع مسکونی اساتید، بلوک ۱، واحد ۲۰۲ آدرس پست الکترونیک: Vasel999@Yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۷/۱۹ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۹/۹/۲۲ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱۰/۱۵

مقدمه

در سی سال گذشته، درمان اعتیاد (Addiction) گسترش یافته و اسامی مختلفی را به خود اختصاص داده است. هر نظام درمانی ادعا می کند که اثربخشی متفاوتی دارد و از قابلیت منحصر به فردی برخوردار است. به هر حال اگر چه اکثریت معتادان با این درمان ها کمک دریافت می کنند اما میزان عود یک سال پس از درمان حدود ۷۰ درصد است (۱). اغلب بیماران دارای اختلال سوء مصرف مواد در پاسخ به درمان های مختلف (طبی، روان شناختی و اجتماعی) موفق نبوده اند. یکی از مشکلات مهم درمانگران در رابطه با بیماران دچار سوء مصرف مواد بازگشت مجدد این بیماری پس از درمان های ظاهراً موفقیت آمیز است، و بنابر تحقیقات موجود هر چند اختلال سوء مصرف مواد با شیوه های مختلف قابل درمان است، دارای پیش آگهی نامطلوبی است. حداقل نیمی از افراد درمان شده تا ۶ ماه بعد از درمان دوباره به این بیماری مبتلا می شوند و این میزان برای یک سال پس از درمان ۷۵ درصد است (۲).

بنابراین درمان اختلال سوء مصرف مواد نیازمند درمان هایی با اثربخشی بالا و میزان عود پایین است. اجتماع درمان مدار (Therapeutic community = TC) یک برنامه ساختار یافته و نظارتی قوی است که برای درمان مسائل رفتاری، هیجانی و نگرش خانوادگی مصرف کنندگان مواد طراحی شده است. برنامه اجتماع درمان مدار برای یاری رساندن و حمایت در جهت بهبودی معتادانی است که استعداد بازگشت به مصرف مواد را دارند. رویکرد اجتماع درمان مدار رویکردی است که از طریق به وجود آوردن تغییرات کلی در شیوه زندگی فرد معتاد به وی امکان طی طریق بهبودی را می دهد (۳). اجتماع درمان مدار میزان ارتکاب جرم و جنایت، سوء مصرف مواد، اشتغال و وضعیت روانی مراجعین را بهبود می بخشد (۴).

مصرف مواد مخدر پدیده ای پیچیده و چند وجهی است که از عوامل متعدد جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی و

فرهنگی تأثیر می پذیرد. کاربرد هر برنامه درمانی که بر این ابعاد تأکید کند می تواند، اثربخش باشد. چون TC یک پروتکل درمانی است که بر اساس مفاهیم و درمان یادگیری اجتماعی، شناختی، رفتاری، گشتالت، انسان گرایی و روانکاوای رشد یافته است، لذا می تواند تغییرات چندبعدی در افراد ایجاد نماید (۵).

اجتماع درمان مدار شامل یک دوره شش یا سه ماهه برای ترک اعتیاد است که خود شامل ۵ مرحله می باشد: مرحله اول مرحله جهت یابی (orientation)، مرحله دوم درمان (Treatment)، مرحله سوم پیش از ورود مجدد (Pre - reentry) (پیش از ترخیص)، مرحله چهارم ورود مجدد (Reentry) یا مرحله ترخیص، مرحله پنجم پی گیری پس از درمان (Post - treatment follow - up) و پیشگیری از عود است که بعد از ترخیص انجام می شود (۶).

اجتماع درمان مدار یک درمان عمیق برای بازسازی و ایجاد اعتماد به نفس است و به مراجعان مهارت های اجتماعی لازم را آموزش می دهد و آنها را آماده می کند که حرفه ای را در پیش بگیرند و خود را با زندگی عاری از مواد سازگار نمایند (۷).

در مراجعان TC ناپختگی روانی و ناکارآمدی اجتماعی وجود دارد، بنابراین بهترین شیوه برخورد با این مشکلات فراهم آوردن محیط درمانی است که به افزایش این مهارت ها و شایستگی های فردی کمک کند. البته اهداف دراز مدت اجتماع درمان مدار با نیاز مراجعان برای حفظ بهبودی و دوره پرهیز بسیار مرتبط است. این نیازها در زمینه مهارت های زندگی و مهارت های مقابله ای لازم در سه حیطه حذف مهارت های ناکارآمد، غنی سازی مهارت های کارآمد و ایجاد مهارت های لازم در خزانه رفتاری مراجعان است تا بتوانند در برابر وسوسه، واکنشی مقتضی و سازش یافته از خود نشان دهند و مهارت های رشدی، شخصیتی را فرا بگیرند. مفاهیمی نظیر تفکر واقع بینانه درباره خود و جهان، تحمل ناکامی و به تعویق انداختن ارضای تمایلات،

این روش در کاهش مصرف مواد، بیکاری و رفتار مجرمانه و افزایش مهارت‌های زندگی مؤثر است و اینکه طول درمان یک پیش‌بینی کننده مهم در نتایج درمان است، بدین معنی که هرچه طول درمان افزایش یابد میزان کاهش عود و تغییرات رفتاری و اثربخشی TC بیشتر است. بنابراین یک رابطه قوی بین طول مدت درمان و اثربخشی TC وجود دارد (۱۲).

در یک مطالعه که با عنوان بررسی فرایند درمان TC انجام شد، نشان داده شد که ابعاد چندگانه TC، فرایند درمان، ابعاد تغییر، عدم عود و نتایج پس از درمان در بین مصرف‌کنندگان مواد بهتر شدند. بدین معنی که ۱- نگرش آنها نسبت به خودشان مثبت‌تر شد. ۲- تعهد آنها نسبت به خویشتن‌داری و پرهیز بهتر شد. ۳- توانایی مهارت‌های زندگی و مهارت حل مسأله بهبود یافت. هم‌چنین نتایج نشان داد که نگهداری بیشتر در TC به منظور یادگیری چگونگی TC اثرات بهتری برای نوجوانان دارد (۱۳).

در ایران یافته‌های پژوهش صدر السادات و همکاران (۱۳۸۴) نشان داده است که اجتماع درمان‌مدار در بهبود روابط اجتماعی مراجعه‌کنندگان مؤثر است و اینکه اجتماع درمان‌مدار نحوه گذران یک زندگی اجتماعی توأم با آرامش را به آنها می‌آموزد. هم‌چنین در پژوهش مذکور بین میزان مشارکت بیماران در درمان TC و بهبود روابط اجتماعی آنان پس از درمان ارتباط وجود داشت (۱۴).

فعالیت‌های TC دربردارنده گستره‌ی متنوعی شامل آموزش پیشگیری از عود، گروه‌های مهارت‌آموزی، گروه‌های بهداشت، گروه‌های حرفه‌ای و مهارت‌های زندگی است (۱۵). صاحب‌نظران عوامل متعددی را در ایجاد اعتیاد مؤثر دانسته‌اند که یکی از مهم‌ترین آنها عوامل مربوط به خود فرد به‌ویژه فقدان مهارت‌های زندگی (Life skills)، توانایی حل مسأله، توانایی تصمیم‌گیری، تفکر خلاق، تفکر انتقادی، برقراری ارتباط مؤثر، روابط بین فردی، آگاهی از خود و همدلی، کنترل هیجان و استرس است. به نظر

انتقادپذیری، برخورد مناسب با مراجع قدرت، توانایی حفظ موقعیت شغلی / تحصیلی، قضاوت مناسب درمورد امور، تصمیم‌گیری و توانایی حل مسأله از جمله آموزه‌های مهمی است که محیط برنامه اجتماع درمان‌مدار برای مراجعان فراهم می‌کند (۷).

اجتماع درمان‌مدار دارای احکام و معیارهای معینی است که آن را برای بهبودی خودیارانه، یادگیری اجتماعی، رشد شخصیتی، زندگی سالم و افزایش مهارت‌های زندگی ضروری می‌سازد. در TC افراد، تشویق می‌شوند تا مسئولیت‌پذیری شخصی را در واقعیت فعلی و نیز سرنوشت آینده‌شان بپذیرند.

امروزه در برنامه‌های اجتماع درمان‌مدار تمرکز اساسی بر برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی و پیشگیری از بازگشت است. برنامه‌های ۲۴ ساعته به مراجعان یاد می‌دهد که چگونه در برابر مصرف مواد و رفتارهای منفی ایستادگی کنند. مراجعان در بافت یادگیری خوددرگیر نشانه‌های اجتماعی، عاطفی و محیطی هستند که میل به مصرف را دامن می‌زند و لذا برای رفع مشکلات فوق، آنها نیازمند برنامه آموزش مهارت‌های زندگی و پیشگیری از بازگشت هستند (۶).

شواهد تجربی متعددی تأثیر اجتماع درمان‌مدار TC را در بهبود اختلال سوءمصرف مواد و پیشگیری از عود (۸،۹) و میزان مانایی (۱۰) ثابت کرده است. سی سال ارزیابی TC اثربخشی آن را اثبات و مستند می‌کند و این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که فرایند درمانی TC میزان جرم و جنایت را کاهش می‌دهد، وضعیت روان‌شناختی مراجعان را بهبود می‌بخشد و یک رویکرد ویژه و خاص برای درمان سوءمصرف مواد و مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی است (۱۱).

تحقیقات انجام یافته نشان می‌دهد TC اثر بخشی بالایی در درمان اعتیاد و جلوگیری از برگشت آن دارد. نتایج پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی TC نشان داده است که

روش بررسی

این پژوهش به روش طرح نیمه آزمایشی (Quasi-experimental design) پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پی‌گیری انجام شد. جامعه آماری پژوهش کلیه افراد دچار سوءمصرف مواد مراجعه کننده به مراکز اجتماع درمان‌مدار (T.C) از شش ماهه دوم سال ۱۳۸۴ تا شش ماهه دوم سال ۱۳۸۶ بودند که شامل ۴۴۲ نفر می‌شدند و با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی طی دو مرحله انتخاب شدند. در مرحله اول که انتخاب مراکز T.C بود، از کل مراکز T.C کشور با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۳ مرکز T.C (همدان، اصفهان و یزد) انتخاب شدند. در مرحله دوم که شامل انتخاب آزمودنی‌ها بود، بعد از انتخاب مراکز T.C آزمودنی‌های پژوهش به‌طور تصادفی ساده انتخاب شدند. اطلاعات و داده‌های لازم به‌وسیله پرسش‌نامه‌های خود گزارشی (۱) آزمون مهارت‌های زندگی (Life Skills Inventory) و (۲) آزمایش مرفین (Morphin Test) به‌دست آمد.

آزمون مهارت‌های زندگی

با توجه به طرح تحقیق ابتدا مرور گسترده‌ای بر منابع و تحقیقات پیشین در زمینه مهارت‌های زندگی و منابع مربوط به آن انجام شد. سپس پرسش‌نامه مهارت‌های زندگی با توجه به تعاریف این سازه، فهرست‌ها، طبقه بندی‌ها و پرسش‌نامه‌های موجود و پژوهش‌های پیشین طراحی شد. در مرحله اول ابعاد مهارت‌های زندگی (مهارت حل مسأله / تصمیم‌گیری، مدیریت احساسات و هیجانات، مهارت ارتباطی، مهارت خود مراقبتی، مهارت ابراز وجود و مهارت خود آگاهی) مشخص و تعریف شدند. در مرحله دوم پس از تعریف ابعاد، اقدام به تهیه و طراحی سؤالات و عبارتهایی شد که بتواند جوانب مختلف هر بعد را به دقت مورد ارزیابی قرار دهند. سؤالات پس از بررسی و ویرایش، به منظور تعیین اعتبار صوری و محتوا در اختیار

می‌رسد با آموزش مهارت‌های زندگی به معتادین بتوان از برگشت آنها جلوگیری نمود.

افراد دچار سوءمصرف مواد دچار اختلالات شناختی و سبک زندگی همراه با مشکلات سوءمصرف می‌باشند که عبارت از فقدان آگاهی، مشکلاتی در تصمیم‌گیری، قضاوت ضعیف، فقدان بینش، آزمون واقعیت ضعیف، فقدان مهارت حل مسأله، مهارت شغلی، مهارت اجتماعی و بین فردی و ادراکات منفی از خود می‌باشد. در این افراد احترام به خود پایین است و ارزیابی آنها از خودشان از لحاظ شناختی، رفتاری، اخلاقی و روابط با خانواده پایین است (۱۰، ۱۳).

مراجعات TC در تجربه و سازش با احساسات و هیجانات خود با مشکل مواجه هستند. اغلب آنها دارای خزانه محدود عاطفی در روابط اجتماعی هستند و واکنش‌های عاطفی محدودی نشان می‌دهند و از مدیریت عواطف خود عاجز بوده و آستانه تحمل پایینی در برابر مشکلات دارند. این ویژگی‌ها اغلب باعث تحریب روابط بین فردی و انحرافات اجتماعی می‌شوند. آنها در جلوگیری از رفتارهای منفی مشکل دارند. بنابراین TC ناتوانی در تحمل ناکامی را به‌عنوان مشکل اساسی در مدیریت عاطفی می‌دانند و آموزش یادگیری تحمل و افزایش آنرا پایه‌ای برای به تأخیر انداختن و کنترل تکانه‌ها (مدیریت عاطفی مؤثر) می‌داند (۷).

با توجه به این عقیده که اجتماع درمان‌مدار در افزایش مهارت‌های زندگی و ابراز وجود، افزایش اعتماد به نفس، کاهش اضطراب اجتماعی، توانایی بیان احساسات و مشکلات، یادگیری ارتباط مؤثر با دیگران، انتقادپذیری و تفکر منطقی، توانایی نه گفتن و کاهش عود مصرف کنندگان مواد تأثیر دارد، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی اجتماع درمان‌مدار بر ارتقای مهارت‌های زندگی و کاهش عود در افراد دارای اختلال مصرف مواد انجام شد.

فرایند درمان و پی‌گیری به‌طور متناوب و تصادفی تست مرفین به‌عمل آوردند. در این فرایند افرادی که در حین درمان، آزمایش مرفین آنها نشان دهنده مصرف مواد مخدر بود، از درمان خارج شدند (ریزش کردند) و افرادی که آزمایش آنها منفی بود تا انتهای درمان در TC باقی ماندند. داده‌های آماری پژوهش به‌وسیله نرم‌افزار آماری SPSS 16 و با استفاده از آزمون t زوجی مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در این پژوهش میانگین سن مراجعان ۳۰/۶۶ سال ($SD = 7/70$) و میانگین سن شروع مصرف مواد مراجعان ۲۰/۰۳ سالگی ($SD = 8/48$) بود. از نظر سطح تحصیلات، ابتدایی ۱۳ نفر (۶/۶۰ درصد)، راهنمایی ۶۷ نفر (۳۴/۰۱ درصد)، زیر دیپلم ۳۵ نفر (۱۷/۷۷ درصد)، دیپلم ۷۱ نفر (۳۶/۰۴ درصد) و لیسانس و بالاتر ۱۱ نفر (۵/۵۸ درصد) بودند. شایع‌ترین مواد سوءمصرف شده به‌ترتیب عبارت بودند از هروئین ۷۴ نفر (۳۷/۵۶ درصد)، کراک ۵۰ نفر (۲۵/۳۸ درصد)، تریاک ۴۹ نفر (۲۴/۸۷ درصد)، نورجیزک ۱۷ نفر (۸/۶۲ درصد) و سایر مواد ۷ نفر (۳/۵۵ درصد). اولین مواد سوءمصرف به‌ترتیب عبارت بودند از: تریاک ۱۱ نفر (۵۷/۸۷ درصد)، حشیش ۴۹ نفر (۲۴/۸۷ درصد)، هروئین ۱۱ نفر (۵/۵۸ درصد)، الکل ۹ نفر (۴/۵۷ درصد)، کراک ۳ نفر (۱/۵۲ درصد) و سایر مواد ۳ نفر (۱/۵۲ درصد).

با انجام آزمون t مشخص گردید که بین دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مهارت‌های زندگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/05$). این بدین معنی است که پس از مداخله TC مهارت‌های زندگی مراجعان افزایش یافته است (جدول ۱).

شش نفر از اساتید دانشگاه و صاحب‌نظران قرار گرفت. پس از دریافت نظرات و پیشنهادات اصلاحی، سؤالاتی که نقص داشتند مورد اصلاح و ارزیابی قرار گرفتند و سؤالات نامناسب حذف و سؤالات دیگری جایگزین آنها شدند. در این پژوهش به‌منظور بررسی روایی هم‌گرا از سه پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی، ابراز وجود و هوش اجتماعی به‌عنوان متغیر ملاک استفاده گردید و ضریب همبستگی آنها با آزمون مهارت‌های زندگی محاسبه گردید. ضریب همبستگی بین آزمون مهارت‌های زندگی با آزمون مهارت‌های اجتماعی $r = 0/50$ و $P = 0/001$ ، با آزمون مهارت ابراز وجود گمبریل و ریچی $r = 0/37$ و $P = 0/002$ و با آزمون هوش هیجانی سبیریاشرینگ $r = 0/26$ و $P = 0/001$ به‌دست آمد (۱۶-۱۸). میزان همبستگی بین نمرات آزمون‌ها در دو آزمون فوق از لحاظ آماری معنی‌دار بود و می‌توانیم بگوییم آزمون مهارت‌های زندگی از روایی سازه کافی برخوردار است. پایایی آزمون مهارت‌های زندگی ۰/۹۲ و پایایی خرده‌مقیاس‌های آن یعنی مهارت حل مسئله / تصمیم‌گیری ۰/۹۳، مدیریت احساسات و هیجانات ۰/۹۰، مهارت ارتباطی ۰/۸۹، مهارت خود مراقبتی ۰/۹۱، مهارت ابراز وجود ۰/۸۷ و مهارت خود آگاهی ۰/۹۰ بود.

آزمایش مرفین

یکی از راه‌های ساده برای تشخیص مصرف، سوءمصرف یا وابستگی به انواع مواد مخدر، انجام تست‌های ادراری است. این تست‌ها بر پایه‌ی تشخیص مواد، داروها یا متابولیت‌های آنها در ادرار عمل می‌کنند. آزمایش مرفین یک روش غربالگری ادراری سریع است و تست یک مرحله‌ای برای ردیابی تریاک، هروئین، کراک و مرفین در ادرار می‌باشد. در مراکز اجتماع درمان‌مدار تیم پژوهش و درمان به‌منظور اطلاع از حفظ پاک‌ی شرکت‌کنندگان در

جدول ۱. نتایج آزمون t در مورد تأثیر TC بر مهارت‌های زندگی افراد وابسته به مواد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مهارت‌های زندگی	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار t	سطح معنی‌داری
پیش آزمون	۳۰۰/۲۲	۶۱/۱۵	۵۸	۹/۰۲	۰/۰۰۱
پس آزمون	۳۸۲/۱۵	۳۶/۵۹			

مراجعات تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < ۰/۰۵$) و پس از مداخله TC این مهارت‌ها در مراجعان افزایش یافته بود (جدول ۲).

نتایج آزمون t نشان داد که بین دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در خرده‌مقیاس‌های مهارت‌های زندگی یعنی مهارت حل مسأله، مهارت ارتباطی، مهارت خودآگاهی، مدیریت هیجان، مهارت ابراز وجود و مهارت خودمراقبتی

جدول ۲. نتایج آزمون t در مورد تأثیر TC بر خرده‌مقیاس‌های مهارت‌های زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مهارت‌های زندگی	آزمون	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار T	سطح معنی‌داری
حل مسأله	پیش آزمون	۶۰/۲۷	۱۶/۲۴	۵۸	۸/۲۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۸۱/۳۴	۱۱/۳۸			
مهارت ارتباطی	پیش آزمون	۵۷/۶۹	۱۲/۴۲	۵۸	۴/۹۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۶۵/۸۳	۵/۹۵			
خودآگاهی	پیش آزمون	۴۰/۰۵	۱۱/۰۴	۵۸	۸/۴۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۵۳/۸۸	۸/۰۲			
مدیریت هیجان	پیش آزمون	۵۲/۹۸	۱۲/۶۱	۵۸	۸/۰۰۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۶۷/۰۳	۸/۵۴			
ابراز وجود	پیش آزمون	۴۵/۲۵	۹/۸۸	۵۸	۸/۶۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۵۸/۲۲	۶/۶۶			
خودمراقبتی	پیش آزمون	۴۳/۹۷	۹/۵۷	۵۸	۷/۷۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۵۵/۸۵	۷/۰۹			

تفکیک مراکز TC، اصفهان ۱۷ نفر (۴۳/۵۸ درصد)، همدان ۲۹ نفر (۶۱/۷۰ درصد) و یزد ۱۷ نفر (۵۴/۸۴ درصد) بود (جدول ۳).

هم‌چنین یافته‌های پژوهش نشان داد که تعداد کل افراد پذیرش شده در TC ۴۴۲ نفر، بهبود یافته‌ها ۱۱۷ نفر (۳۸/۱۲ درصد)، افراد در حال بهبودی ۶۳ نفر (۵۳/۳۷ درصد)، افراد عود کرده ۵۴ نفر (۴۶/۶۲ درصد)، افراد در حال بهبودی به

جدول ۳. توصیف فراوانی بهبود یافته‌ها، افراد در حال بهبودی و عود کرده مراکز TC پس از یک سال

مراکز T.C	فراوانی			
	تعداد (درصد)	افراد پذیرش شده	بهبود یافته‌های TC	افراد در حال بهبودی TC
اصفهان	۲۴۲	۳۹ (۱۶/۱۲)	۱۷ (۴۳/۵۸)	۲۲ (۵۶/۴۱)
همدان	۶۲	۴۷ (۷۵/۸)	۲۹ (۶۱/۷۰)	۱۸ (۳۸/۳۰)
یزد	۱۳۸	۳۱ (۲۲/۴۶)	۱۷ (۵۴/۸۴)	۱۴ (۴۵/۱۶)
جمع کل	۴۴۲	۱۱۷ (۳۸/۱۲)	۶۳ (۵۳/۳۷)	۵۴ (۴۶/۶۲)

بحث

نتایج تحلیل داده‌ها حاکی است اجتماع درمان‌مدار بر ارتقای مهارت‌های زندگی شامل مهارت حل مسأله، مهارت ارتباطی، خودآگاهی، مدیریت هیجان‌ها، ابراز وجود و خودمراقبتی افراد مبتلا به اختلال وابستگی به مواد مؤثر بوده است. آموزش مهارت‌های زندگی اصطلاحی است که برای مداخله‌های متعدد مانند ابراز وجود، مدیریت استرس، مدیریت هیجان‌ها، مهارت حل مسأله، خودآگاهی، خودمراقبتی، مدیریت زمان، مدیریت رفتاری، مهارت انتقادی و... اطلاق می‌شود. به نظر می‌رسد با آموزش مهارت‌های زندگی (Life skills training) به معتادین بتوان از برگشت آنها جلوگیری نمود. افراد وابسته به مواد چرخه‌ای از آسیب‌های کارکردی دارند که در نتیجه ناتوانی آنها در کسب مهارت‌های لازم برای زندگی است. این آسیب‌ها بر سلامت و کارکرد فردی این افراد تأثیر منفی دارد. امروزه علی‌رغم ایجاد تغییرات عمیق فرهنگی و تغییر در شیوه‌های زندگی، بسیاری از افراد در رویارویی با مسائل زندگی فاقد توانایی‌های لازم و اساسی هستند و همین امر آنان را در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی و مقتضیات آن آسیب‌پذیر کرده است. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که فقدان مهارت‌های زندگی با سوء مصرف مواد ارتباط دارد (۱۹). تحقیقات نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های زندگی به‌طور وسیعی در برنامه‌های اجتماع درمان‌مدار به

کاربرده می‌شوند و آموزش این مهارت‌ها در پیشگیری از بازگشت افراد مبتلا به اختلال وابستگی به مواد مؤثر است (۲۰).

در سال‌های اخیر اجتماع درمان‌مدار به‌طور وسیع باعث کاهش مصرف مواد و رفتارهای جنایی و افزایش مهارت‌های اجتماعی و اشتغال مراجعان شده است (۲۱، ۲۰). بوتوین (Botovin) و همکاران از سال ۱۹۵۵ تا ۱۹۸۰، ده مطالعه جداگانه را در دبیرستان‌های آمریکا انجام دادند و نتایج نشان داد که اجرای این برنامه‌ها یک کاهش ۴۰ تا ۸۰ درصدی را در مصرف سیگار، مواد و الکل داشته است (۲۲).

برخی مطالعات نشان داده اجتماع درمان‌مدار می‌تواند خودآگاهی، تعهد نسبت به خویش‌داری، توانایی حل مسأله و پرهیز سوء مصرف کنندگان مواد را افزایش دهد (۲۳). هم‌چنین پژوهش‌های دیگر نشان دادند اجتماع درمان‌مدار بر مهارت‌های زندگی، انگیزش، کفایت، افکار، احساسات، رفتار، مثبت‌نگری، توانایی مشاوره، احساس امنیت، کفایت خود، مهارت‌های روانی-اجتماعی (مدیریت هیجانات) و نتایج پی‌گیری تأثیر مثبت داشته است (۲۴). بنابراین این یافته‌های قبلی در مورد تأثیر رویکرد اجتماع درمان‌مدار بر ارتقای مهارت‌های زندگی افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف با یافته‌های این پژوهش هم‌خوان و هماهنگ است.

است. بنابراین این نوع مداخلات در اجتماع درمان‌مدار می‌تواند برای افزایش مهارت‌های زندگی افراد دچار سوءمصرف مواد مفید باشد (۸).

در پژوهشی با عنوان پی‌گیری اثربخشی اجتماع درمان‌مدار که در آن بیماران از مرحله پذیرش تا پی‌گیری مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند، نتایج نشان داده که متغیرهای درمان پیش‌بینی‌کننده نتایج مثبت در تداوم اجتماع درمان‌مدار بوده و اینکه اجتماع درمان‌مدار در پرهیز از سوءمصرف مواد و الکل و عود آن مؤثر است (۹). هم‌چنین پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی اجتماع درمان‌مدار برای افراد وابسته به مواد شیمیایی مبتلا به AIDS انجام شده و نتایج نشان داده اجتماع درمان‌مدار بر خودپنداره، شاخص‌های سلامت جسمانی و سایر ملاک‌های درمان اعتیاد (پرهیز و خویشتن‌داری) مؤثر است (۲۰).

در پژوهشی دیگر با عنوان اثربخشی اجتماع درمان‌مدار بر نوجوان سوءمصرف‌کننده مواد نتایج حاکی از کاهش سوءمصرف مواد و عود بوده و هم‌چنین شواهد نشان داده که اجتماع درمان‌مدار برای این گروه پس از یک‌سال اثربخش بوده است (۲۹).

بنابراین درمان اعتیاد به شیوه اجتماع درمان‌مدار از جمله روش‌های ترک اعتیاد می‌باشد که در آن به افراد مراجعه‌کننده به قصد ترک پایدار یا طولانی مدت مواد، آموزش‌هایی داده می‌شود، که این آموزش‌ها موجب تغییر گام به گام و مؤثر در نگرش افراد نسبت به امور مختلف زندگی از جمله مصرف مواد می‌شود (۱۴).

سپاسگزاری

اینجانب بر خود لازم می‌دانم از کلیه همکاران مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی جناب آقای دکتر حسن رفیعی، خانم فاطمه قنادی و همکاران TC جناب آقای ربیعی (اصفهان)، علی محمد محمدی (همدان)، دشتیان (یزد) که در تمام مراحل پژوهش مرا یاری نمودند تشکر و قدردانی نمایم.

هم‌چنین در این مطالعه ۵۳/۳۷ درصد از آزمودنی‌های پژوهش پس از یک‌سال درمان از مصرف مجدد مواد پرهیز کردند. بنابراین رویکرد اجتماع درمان‌مدار بر کاهش عود افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مؤثر است. هم‌چنین نتایج پژوهش‌های مشابه اثربخشی اجتماع درمان‌مدار را در پرهیز از سوءمصرف مواد و کاهش عود تأیید کرده است (۲۹-۲۵). هم‌چنین یافته‌های پژوهش حاضر در مورد تأثیر رویکرد اجتماع درمان‌مدار بر کاهش عود افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف با یافته‌های تعدادی از پژوهش‌های قبلی (۷، ۲۵، ۲۷) و پژوهش‌های ذکر شده در زیر هم‌خوان و هماهنگ است.

مطالعات دیگر حاکی است میزان بهبودی مراجعان فارغ‌التحصیل شده اجتماع درمان‌مدار ۷۵ تا ۹۳ درصد و میزان بهبودی در بین انصرافی‌های اجتماع درمان‌مدار از ۳۱ تا ۵۶ درصد است (۴). هم‌چنین در اجتماع درمان‌مدار حدود ۴۹/۷ درصد از بیماران در پی‌گیری پس از درمان سالم بودند (۳۰). در نهایت مطالعات اجتماع درمان‌مدار نشان داد آموزش و باقی ماندن طولانی در اجتماع درمان‌مدار از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های درمان و عود می‌باشد (۳۱). در پژوهشی که با عنوان روند درمانی افراد پذیرش‌شده در مرکز اجتماع درمان‌مدار بندرعباس انجام یافته است، از تعداد ۱۷۶ نفر از افراد پذیرش‌شده، ۵۸ نفر دوره درمان را کامل کرده‌اند، از ۵۸ نفر افراد ترخیص‌شده، ۳۹ نفر (۶۷ درصد) پاک و ۱۸ نفر (۲۴/۶۷ درصد) عود کرده بودند. هم‌چنین این مطالعه نشان داد روش درمانی TC روشی مؤثر و کارآمد بوده، به طوری که تأثیر آن در کلیه تغییرات فردی افراد پذیرش‌شده مشخص بود (۳۲).

مطالعه‌ای در اجتماع درمان‌مدار بلژیک حاکی از این است که حمایت اجتماعی و انگیزش در درمان، آمادگی برای تغییر سطح معنی‌داری از واریانس کاهش عود در درمان را تبیین می‌کند. یافته‌ها نشان داد که مداخلات اجتماعی با بهبود اعتیاد و کاهش عود در درمان مرتبط

The Efficacy of Therapeutic Community on Life Skills Improvement and Reduction of Relapse in Male Addicts

Yarmohammadi Vasel M., Ph.D.

Assistant Professor of Psychology, BuAli sina University, Hamedan, Iran, e-mail: Vasel999@Yahoo.com

(Received: 11 Oct. 2010 Accepted: 5 Jan. 2011)

Abstract

Background & Aims: Therapeutic community (TC) is an approach that its primary aim is to help people with problems of substance abuse. The aim of the present study was to examine the efficacy of TC in the improvement of life skills and reduction of relapse in male addicts.

Method: This research was a quasi-experimental study by using pre-post tests and Follow-up. Research population constitutes all male substance abusers referred to the TC centers of Hamedan, Isfahan and Yazd. samples were selected by stratified sampling in TC centers of mentioned cities and included 442 substance abusers. They were examined during 2 years in three stages of pretest (admission time), posttest (3-6 months after the treatment) and Follow-up (1-year after the treatment) using life skills questionnaire and morphine test.

Results: Therapeutic community significantly increased life skills (problem solving, emotion management, communication skill, assertive skill, self awareness and self care skill) of substance abusers after 3 to 6 months of treatment ($P < 0.05$) and was effective in reduction of relapse after 1 year.

Conclusion: This study provides evidence that TC program is effective in internalizing life skills and can reduce the rate of relapse.

Keyword: Therapeutic community, Substance abuse

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2011; 18(4): 358-368

References

- Hunt W, Barnett LW, Branch LG. Relapse rates in addiction programs. *J Clin Psychol* 1971; 27(4): 455-6.
- 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, 2003; PP: 120-50 [Persian].
- De leon G. From theory to practice: the planned treatment of drug users. *Int J Addict* 1989; 24(8): 785-820.
- De leon G, Wexler HK, Jainchill N. The Therapeutic community: success and improvement rates 5 years after treatment. *Int J Addict* 1982; 17(4): 703-47.
- Ebrahimi A (translator). Therapeutic community: treatment of addiction, by: De Leon G. Isfahan, kankash Publications, 2002; PP: 30-50 [Persian].
- Nourouzi JS. Principle of Therapeutic Community for Addicts. Tehran, Organization of Iran Welfare, 2001; PP: 1-20 [Persian].
- De Leon G. Therapeutic communities for addictions: a theoretical framework. *Int J Addict* 1995; 30(12): 1603-45.
- Soyez V, De Leon G, Rosseel Y, Broekaert E. Motivation and readiness for therapeutic community treatment: psychometric evaluation of the Dutch translation of the Circumstances, motivation, Readiness, and Suitability

- scales. *J Subst abuse Treat* 2006; 30(4): 297-308.
9. 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* 1998; 33(8): 1611-27.
 10. Sacks S, Sacks JY, De Leon G. Treatment for MICAs: design and implementation of the modified TC. *J Psychoactive Drugs* 1999; 31(1): 19-30.
 11. De Leon G. Therapeutic Community for addictions: a theoretical framework. *Int J Addict* 2006; 30(12): 455-8.
 12. Condelli WS, Hubbard RL. Relationship between time spent in treatment and client outcomes from therapeutic communities. *J Subst Abuse Treat* 1994; 11(1): 25-33.
 13. Edelen MO, Tucker JS, Wenzel SL, Paddock SM, Ebener P, Dahl J, Mandell W. Treatment process in the therapeutic community associations with retention and outcomes among adolescent residential clients. *J Subst Abuse Treat* 2007; 32(4): 415-21.
 14. Sadr- alsadat SJ, Mohammadi Z, Kaldi A. A study on the association between therapeutic community program and social relationship of previously addicted persons. *J Rehabilitation* 2005; 6(3): 10-13 [Persian].
 15. Bell DC. Connection in Therapeutic communities. *Int J Addict* 1994; 29(4): 525-43.
 16. Abasi H. life skill inventory of students. Thesis of Master of Science in psychology. Allame Tabatabaie University, 2006; PP: 80-100 [Persian].
 17. Yaghoobi H. Efficacy of assertiveness with group and role playing method on social skills of students. Thesis of Master of Science in psychology. Allame Tabatabaie University, 1998; PP 60-90 [Persian].
 18. Mansoori B. Reliability of emotional intelligence skills on students of university. Thesis of Master of Science in psychology. Allame Tabatabaie University, 2001; PP 70-110. [Persian].
 19. Botvin G, Griffin K.W, Paul E, Macaulay A.P. Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through Life Skills Training. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 2003; 12(4):1-18.
 20. Carroll JF, McGovern JJ, McGinley JJ, Torres JC, Walker JR, Pagan ES, et al. A program evaluation study of a nursing home operated as a modified therapeutic community for chemically dependent persons with AIDS. Project Samaritan AIDS services. *J Subst Abuse Treat* 2000; 18(4): 373-86.
 21. De Leon G, Andrews M, Wexler HK, Jaffe J, Rosenthal MS. Therapeutic community dropouts: Criminal behavior 5 years after treatment. *J Drug Alcohol Abuse* 1979; 6: 253-71.
 22. Botvin GJ, Kantor LW. Preventing alcohol and tobacco use through life skills training. *Alcohol Research health* 2000; 24(4): 250-7.
 23. 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* 2007; 33(4): 537-46.

24. Newbern D, Dansereau DF, Pitre U. Positive Effects on Life Skills Motivation and Self-Efficacy: Node-Link Maps in a Modified Therapeutic Community. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999; 25(3): 407-23.
25. Sacks S, Sacks j, De Leon G, Bernhardt AI, Staines GL. Modified therapeutic community for mentally ill chemical "abusers": background; influences; Program description; preliminary findings. *J Subst Use Misuse* 1997; 32(9): 1217-59.
26. Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 25(1): CD00 5338.
27. Rosenthal MS. The therapeutic community: exploring the boundaries. *Br J Addict* 1989; 84(2): 141-50.
28. De Leon G, Sack S, Staines G, Mckendrick k. Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: treatment outcomes. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2000; 26(3): 461-80.
29. Jainchill N, Hawke J, De Leon G, Yagelka J. Adolescents in therapeutic communities: one- year post-treatment outcomes. *J Psychoactive Drugs* 2000; 32(1): 81-94.
30. Dekel R, Benbenishty R, Amram Y. Therapeutic communities for drug addicts: prediction of long- term outcomes. *Addict Behav* 2004; 29(9): 1833-7.
31. Cutter HS, Samaraweera A, Price B, Haskell D, Schaeffer C. Prediction of treatment effectiveness in a drug-free therapeutic community. *Int J Addict* 1977; 12(2-3): 301-21.
32. Drakhshanpour F, Parsayinia M, Shekari F. Trend Treatment people with problems of substance use in Therapeutic community of Bandarabas. *J Hormozgan Univ Med Sci* 2005; 9(2): 77-84 [Persian].