

مقایسه میزان رضایتمندی از روند درمانی مراکز اجتماع درماندار تهران و گرگان

علی نجاتی

کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی

چکیده

اعتیاد از جمله مهمترین آسیبهای اجتماعی سالهای اخیر در جامعه ما می باشد و اجتماع درماندار رویکردی است که افراد معتاد پس از طی دوره سمزدایی جهت آموزش شیوه های صحیح زندگی به مدت شش ماه در این مرکز به سر می برند و با توجه به اینکه مددجویان داوطلبانه به این مراکز مراجعه می نمایند، رضایت سنجی می تواند زمینه مناسبی را به منظور ارائه خدمات و ایجاد فرصتهای مناسب در جهت توانمندی افراد و گروه ها فراهم می سازد.

این مطالعه بر روی سی نفر از مددجویان همراه با خانواده آنها در تهران و سی نفر از مددجویان همراه با خانواده شان در گرگان به صورت تکمیل پرسشنامه صورت گرفت. برای تعیین میزان رضایتمندی از پرسشنامه محقق ساخته استفاده گردید.

به طور کلی میانگین رضایت در دو استان ۴۹/۴۵ درصد با انحراف معیار ۹/۳۰ درصد می باشد که در تهران، میزان رضایت ۶۷/۲۱ درصد با انحراف معیار ۱۱/۶۳ درصد و در گرگان، میزان رضایت ۵۲/۴ درصد با انحراف معیار ۳/۸۴ درصد می باشد. در این پژوهش مشخص گردید که با افزایش سالهای اعتیاد، میزان رضایت از برنامه های مرکز افزایش می یابد که این میزان در سطح $a=0/05$ معنادار نبوده است و با افزایش دفعات ترک، رضایت از برنامه کاهش می یابد که این مورد در سطح $a=0/05$ معنادار نبوده است. با توجه به اینکه کیفیت ارائه خدمات یکی از مفاهیم اساسی در حوزه مددکاری اجتماعی است، بررسی نقاط قوت و ضعف آن می تواند به بهبود ارائه خدمات مددکاری اجتماعی بینجامد و زمینه ساز طرح سؤال جدی در زمینه نحوه کیفیت ارائه خدمات در سازمانهای اجتماعی باشد.

کلید واژه ها: اعتیاد، اجتماع درماندار، رضایتمندی.

مقدمه

مشکل اعتیاد را می‌توان مهمترین مسأله و آسیب اجتماعی سالهای اخیر دانست. ویژگی خزننده و پیش‌رونده اعتیاد بر اهمیت و حساسیت مسأله می‌افزاید. به دلایل مختلف هر روز بر تعداد کسانی که به مصرف مواد مخدر وابسته می‌شوند، افزوده می‌شود. به نظر نمی‌رسد آمارهای رسمی بیانگر تمامی واقعیت‌های موجود باشد. حتی اگر بپذیریم که آمارهای موجود تعداد واقعی معتادان را معین می‌کند، باز هم ماهیت مسأله تغییر نخواهد کرد. علی‌رغم اینکه در سراسر دنیا کسان بسیاری با اعتیاد دست به گریب‌بند، هنوز شیوه‌ای که بتوان این بیماری را به صورت دائمی و قطعی درمان کرد، یافت نشده است. حتی پس از اینکه معتاد مصرف مواد مخدر را برای مدت طولانی قطع نماید، باز هم نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر نگیرد «اجتماع درمانمدار» شیوه‌ای درمانی است که از سه دهه پیش برای درمان بیماران مبتلا به مصرف مواد مخدر به کار گرفته شده است؛ این رهیافت در واقع مکمل رهیافتهای طبی، سنتی و روانپزشکی می‌باشد و شیوه درمانی روانشناختی است. «اجتماع درمانمدار» یک برنامه سازمان یافته و نظارتی مؤثری می‌باشد که برای درمان مسائل رفتاری، هیجانی و خانوادگی مصرف‌کنندگان مواد افیونی طراحی شده است. سنجش رضایتمندی درمان، حدود دو دهه پیش وارد حوزه خدمات بهداشتی شده و با سرعتی غیرمنتظره مورد توجه جدی سازمانهای بهداشتی قرار گرفته است؛ به طوری که امروزه در مراقبتهای پزشکی از چنان اهمیتی برخوردار می‌باشد که اساس بسیاری از برنامه‌ریزیها و تصمیم‌گیریها قرار گرفته و تعداد بیشماری از پژوهشهای دانشگاهی، تخصصی و حرفه‌ای را به خود اختصاص داده است. با توجه به اینکه فرایند نظرخواهی و رضایت‌سنجی مبتنی بر این هدف است که رابطه بین دریافت‌کننده و ارائه‌دهنده خدمات را از حالت خطی محدود و مبتنی بر اجبار، به وضعیت شبکه‌ای نامحدود و همراه با اختیار درآورد، می‌تواند زمینه‌های مناسبی

را به منظور ارایه خدمات و ایجاد فرصتهای مناسب در جهت توانمندسازی افراد و گروه‌ها فراهم سازد.

تعریف اجتماع درمانمدار

اجتماع درمانمدار^۱، یک برنامه سازمان یافته و نظارتی قوی است که برای درمان مسائل رفتاری، هیجانی و خانوادگی مصرف‌کنندگان مواد افیونی طراحی شده است. اجتماع درمانمدار بر خودیاری، رشد فردی و حمایت همسالان تأکید دارد. (لئون: ۱۹۹۴: ۵)

افراد در اجتماع درمانمدار اعضای یک خانواده بزرگ هستند. اجتماع درمانمدار یک برنامه درمانی اقامتی است و شامل مراحل^۲ می‌باشد که از جهت یابی آغاز و تا مراقبت^۳ پس از بهبودی ادامه می‌یابد. طول مدت اجتماعات درمانمدار متفاوت می‌باشد و به اجتماعات درمانمدار بلندمدت و کوتاه مدت تقسیم می‌شود. اقامت در این اجتماعات از سی روز تا سه سال متغیر می‌باشد. (همان)

اجتماع درمانی، یکی از درمانهای مهم برای معتادان است که از مواد افیونی آسیبهای شدیدی دیده‌اند. مدت اقامت در اجتماعات درمانی بلندمدت بیش از دو سال است که در این مدت، افراد در کنار یکدیگر کار و زندگی می‌کنند و سعی می‌نمایند مکانیسمهای مقابله‌ای بدون مواد را در خود رشد دهند. این اجتماعات، جامع و دارای قواعد سختی هستند و برای توانبخشی و تواناسازی افراد تلاش می‌کنند.

اجتماعات درمانی برای معتادان نوعی «اردوگاه» نیز خوانده می‌شود. این اجتماعات عموماً توسط مراکز بهداشتی و پزشکی پایه‌گذاری شده است. معتاد، پس از گذر از مراحل درمانی اجتماع درمانمدار، از طریق کسب موفقیت‌آمیز شیوه زندگی کردن در

اجتماعی کوچک، سازمان یافته و سخت، برای ورود دوباره به دنیای بیرون و کار در آنجا آمادگی بهتری کسب می کند. (مک داول، ۲۰۰۱: ۲۳۲)

انواع اجتماع درماندار

امروزه اجتماعات درماندار متنوع و جدیدی راه اندازی شده است. که عبارتند از:

- ۱- اجتماع درماندار برای زندانیان؛
- ۲- اجتماع درماندار برای نوجوانان؛
- ۳- اجتماع درماندار برای بی خانمانها؛
- ۴- اجتماع درماندار برای زنان؛
- ۵- اجتماع درماندار برای معتادان با بیماریهای همراه^۲. (جوزف و همکاران، ۱۹۹۷:

(۵۸)

۱- اجتماع درماندار برای زندانیان

شاید بتوان با یک تقسیم بندی، دو نوع اجتماع درماندار را از یکدیگر متمایز کرد:

- اجتماع درماندار مبتنی بر جامعه^۳؛

- اجتماع درماندار مبتنی بر زندان^۴. (همان ۵۹)

اجتماع درماندار برای زندانیان الگوی رایج در محیطهای تادیبی، تصحیحی^۵ و

زندان است. اولین برنامه اجتماع درماندار برای زندانیان در سال ۱۹۷۷/۱۳۵۶ در

مجموعه تصحیحی آرتورکیل^۶ در زندان ایالتی نیویورک افتتاح شد که بعداً به سایر

مجموعه های زندان تسری یافت، شرایط پذیرش فرد در اجتماع درماندار زندان عبارت

است از:

1- Home lessees

2- Dual Diganosis

3- Community Based therapeutic community.

4 - Prison Based Therapeutic community

5- Correctional

6- Arthur Kill

- سابقه اعتیاد؛

- تمایل برای بهبودی؛

- عدم سابقه خشونت و رفتارهای ضداجتماعی در طول هشت ماه پس از پذیرش در

اجتماع درمانمدار؛

- عدم سابقه بیماری روانی، تهاجمی و رفتارهای آزارگرانه جنسی. (همان)

همانند برنامه‌های سایر اجتماعات درمانمدار، برنامه این اجتماع نیز یک برنامه سازمان‌یافته است و اعضای آن از سایر زندانیان جدا هستند. این اجتماع، عموماً از معتادان در حال بهبودی و بهبود یافته تشکیل شده است که به عنوان سرمشق عمل می‌کنند. جلسات مشاوره گروهی با استفاده از نیروی فشار گروهی، حس نظم را در مراجعان تقویت می‌کند. اعضا در این برنامه همبند^۱ نامیده می‌شوند. همبندها هویت اجتماع درمانمدار را با انجام کارهای اجباری^۲ تقویت می‌کنند.

هنگامی که یک همبند به شیوه‌ای عمل می‌کند که طبق اصول برنامه است، او به سطوح بالاتری از کار یا حرفه یا مسئولیت و موقعیت بهتر می‌رود و تشویق می‌شود و اجازه می‌یابد تا مدتی را در اجتماعات درمانمدار، جدای از زندان نیز بگذراند. امروزه در آمریکا نیمی از مراجعان این گونه عمل می‌کنند. پژوهشها نشان داده است که افزایش زمان ماندگار شدن در این برنامه نیز با کاهش جرم، جنایات و مصرف مجدد موادمخدر همراه است. (همان: ۶۱)

برخی از اجتماعهای درمانمدار در زندان، خدمات سم‌زدایی، برنامه نگهداری با متادون و استفاده از داروهای همستیز، همکنش^۳ را نیز ارائه می‌دهند. برنامه‌های آموزشی اجتماع درمانمدار، شامل مشاوره فردی، گروهی و جلسات پیشگیری از مصرف مجدد مواد افیونی است. (همان)

هدف اصلی در این برنامه بازگشت مراجعان به الگوهای رفتاری جنایی و اعتیادی است و مداخله‌ها نیز برای رسیدن به هدف فوق طراحی شده است. مراجعان این برنامه، ویژگی‌هایی نظیر شروع زودرس اعتیاد، فقر، عضویت در گروه‌های تبهکاری و مشکلات اعصاب و روان دارند که درمانگران حرفه‌ای تمایل چندانی برای کار با آنها ندارند؛ زیرا مراجعان یکدیگر را بهتر درک می‌کنند؛ لذا به کارگیری رهیافت خودیاری^۱ در این نوع برنامه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. (همان)

اصولی که برای راه‌اندازی اجتماع درمانمدار در زندان وجود دارد به شرح زیر است:

- مشخص بودن رهیافت و فلسفه درمانی؛

- وجود پایوران مجرب؛

- تعیین قوانین سلوک و رفتار؛

- ایجاد جو همدلی و امنیت جسمانی و روانی؛

- به کارگیری معتادان و مهاجمان بهبود یافته به عنوان سرمشق؛

- وارد کردن فشار گروهی از طرف همبندها؛

- آموزش عوامل پیشگیری از بازگشت؛

- تداوم مراقبت از پذیرش، درمان و خدمات ترخیصی؛

- حفظ هویت، ساختار، انسجام، خودمختاری و انعطاف‌پذیری متناسب با برنامه.

(همان)

زمان برنامه اجتماع درمانمدار در زندان تقریباً یک سال است. علاوه بر موضوعات عمومی مورد استفاده در کلیه اجتماعهای درمانمدار، مؤلفه‌های اختصاصی برای این برنامه درون زندان، به شرح ذیل وجود دارد:

- مباحث مرتبط با تجاوز^۲؛

- انواع آزارگریها؛

- پیشگیری از ایدز و شیوع آن؛

- برنامه‌های سوادآموزی. (همان)

۲- اجتماع درمانمدار نوجوانان

به منظور افزایش پیامد درمانی، جلوگیری از بدآموزیهای ناشی از ادغام نوجوانان با بزرگسالان و خصایص رفتاری و شخصیتی خاص نوجوانان معتاد، برای آنها اجتماعهای درمانمدار خاصی طراحی و فراهم شده است. نوجوانان معتاد دارای ویژگیهایی به شرح ذیل هستند که لزوم تدارک برنامه مجزایی برای آنها را گوشزد می‌کند.

- اکثر نوجوانان معتاد بزهکار نیز هستند و درمان بزهکاری متفاوت از درمان اعتیاد

است؛

- نوجوانان معتاد غالباً در خانواده‌هایی که کارکرد نامناسب دارند، پرورش یافته‌اند که

لزوم مداخله جدی و جامع را می‌طلبد؛

- مشکلات آموزشی و تحصیلی دارند؛

- در رشد روانی - اجتماعی آنها وقفه وجود دارد؛

- انگیزه درمان در آنها کم است و از مکانیسمهای دفاعی در آنها شایع است؛

- آنها گرایش به مصرف مواد مخدر سبک^۱، نظیر ماری‌جوآنا و الکل دارند. (همان)

اجتماع درمانمدار برای نوجوانان، بیشتر بر خانواده‌درمانی و جلب مشارکت آنها در درمان تأکید دارد. این اجتماعات با برنامه‌ریزی متمرکز برای حل مسأله، خانواده را بخشی از راه‌حل می‌داند و نمی‌خواهد بخشی از مشکل خانواده را به نظام حمایتی وارد کند؛ با این شیوه، خانواده‌ها از نقش صحیح خود مطلع می‌شوند و الگوهای هم‌وابستگی^۳

و میدان‌دهی^۱ و نقشهای غلط را به کنار می‌گذارند و الگوهای سالم و ارتباط مثبت را فرامی‌گیرند: در صورت حمایت خوب خانواده، اقامت درازمدت نوجوانان در اجتماع درمانمدار به اقامت کوتاه‌مدت یا درمان سرپایی تبدیل خواهد شد و یا نوجوان به عنوان مددجو خدمات دریافت خواهد کرد و یا به برنامه نیازمندیابی منتقل خواهد شد. (همان: ۶۷)

اجتماع درمانمدار برای نوجوانان با مشکلات عدیده‌ای روبه‌رو است که از مهمترین آنها فقدان پایوران همسنی است که به عنوان سرمشق عمل می‌کنند؛ چون پایوران مسن بیشتر به عنوان جانشین والدین عمل می‌کنند تا سرمشق. از طرف دیگر، مشکل کمبود فرصتهای شغلی پس از ترخیص از برنامه درمانی، باعث افزایش ناکامی و بازگشت به اعتیاد در آنها می‌شود. در اجتماع درمانمدار برای نوجوانان علاوه بر اصول مشترک در سایر برنامه‌ها، از برنامه‌های خانواده‌درمانی و گروه‌های حمایتی والدین نیز استفاده می‌شود. (همان)

۳- اجتماع درمانمدار برای بی‌خانمانها

بی‌خانمانها و آنهایی که وضعیت زندگی باثباتی ندارند، داوطلبان خوبی برای برنامه درمان سرپایی نیستند. برای آنها برنامه‌های اجتماع درمانمدار همراه با تجویز داروهای نگهدارنده، نظیر متادون از نظر مشارکت در درمان و خاتمه آن کارآیی فراوانی داشته است. پژوهشها نشان می‌دهد که افراد بی‌خانمان، از ادامه درمان سرپایی منصرف می‌شوند و باید برای آنها برنامه‌های اقامتی همراه با خدمات حفظ درمان با داروهای نگهدارنده، حرفه‌آموزی، اشتغال و تهیه مسکن تدارک دیده شود. (همان: ۷۰)

بدیهی است که نظام مددکاری فعال همراه با برنامه نیازمندیابی که دربردارنده خدمات گسترده و متنوعی باشد، پس از ترخیص برای آنها ضروری است.

در هنگام ترخیص، تجویز متادون برای افراد بی‌خانمان درون درماندار بسیار حیاتی است. (همان)

به طور کلی بی‌خانمانها با مشکلاتی به شرح زیر مواجه هستند:

- فقدان مسکن؛

- بیکاری؛

- نداشتن مهارت شغلی؛

- اعتیاد به الکل؛

- بیماری روانی؛

- گسیختگی خانواده؛

- ایدز. (همان: ۷۱)

مشکلات فوق باعث شده است که برنامه‌های اجتماع درماندار با رفع این مشکلات متناسب باشد و در رفع آنها تلاش نماید؛ این برنامه‌ها برای خانه‌یابی و اسکان بی‌خانمانها، حرفه‌آموزی، کاریابی و کارگماری، درمان اعتیاد، آموزشهای لازم درباره ایدز و سایر بیماریهای واگیر متمرکز می‌باشد. پژوهشها نشان می‌دهد رفتارهای مخاطره‌آمیز - که منجر به بخش وپروس انسانی کمبود ایمنی می‌شود - در میان بی‌خانمانها و یا در میان افرادی که در مسکنهای غیر استاندارد زندگی می‌کنند، بیشتر شایع می‌باشد. (همان: ۷۱)

۴- اجتماع درماندار برای معتادان با بیماریهای همراه

از آنجا که بهبودی بیماری روانی به دنبال بهبودی اعتیاد به اثبات رسیده است، معتادان روانی به خدماتی ویژه نیاز دارند. برای این دسته از مراجعان، با توجه به ویژگیهای خاص خودشان برنامه‌هایی طراحی شده است. پنجاه تا نود درصد این معتادان پذیرش می‌شوند و در درمانگاه‌ها به طور سرپایی و یا در بیمارستانها بستری و درمان

می‌شوند و برنامه نگهداری با متادون برای آنها اجرا می‌شود. بیماران روان‌پریش در شمول این برنامه درمانی قرار ندارند. (همان: ۷۵)

ویژگی عمده این دسته از برنامه‌ها به شرح ذیل است:

- چون دامنه توجه این دسته از مراجعان محدود است، زمان جلسات، فعالیت‌های گروهی و نشست‌ها کوتاهتر است؛

- هدایت اکثر جلسات با درمانگران حرفه‌ای است؛

- در این برنامه، درمان‌های سایکوتروپیک نیز به چشم می‌خورد؛

- خدمات فردی به وفور ارائه می‌شود؛

- بیماران بیشتر از افراد حرفه‌ای سرمشق می‌گیرند؛

- بیماران زنگ تفریح و استراحت بیشتری دارند؛

- سلسله مراتب کمتر و ضعیف‌تری به چشم می‌خورد؛

- بیشتر از تکالیف درمانی استفاده می‌شود. (همان: ۷۶)

۵ - اجتماع درمانمدار برای زنان

اجتماع درمانمدار در ابتدا یک رویکرد مردم‌محور بوده است و تنها به آنها خدمات‌رسانی می‌کرد. رشد بی‌وقفه زنان معتاد و نیازهای خاص این گروه، گرایش به ارائه خدمات به آنها را به اثبات رساند. بین سالهای ۱۹۸۵ - ۱۹۹۴ / ۱۳۶۴ - ۱۳۷۰ در نیویورک تعداد زنان معتاد به هروئین در طول دوران بارداری چهار برابر شد.

برنامه‌ریزان درمان اعتیاد متوجه شدند که زنان به دلیل داشتن مسئولیت‌های خانوادگی و ترس جدایی از فرزندانشان، از برنامه‌های درمانی اقامتی طولانی‌مدت گریزانند. برای پاسخ به این نیازها، برنامه‌هایی طراحی شد که خدمات لازم را به آنها ارائه کند. اینک برنامه‌هایی وجود دارد که تنها زنان باردار معتاد را می‌پذیرند تا وضعیت پیش از تولد

فرزندان، آنها را کنترل کنند و راه را بر سم‌زدایی و درمانهای بعدی هموار سازند. (ویلیام
۱۳۷۶/۱۹۹۷: ۵۷)

مدل و چهارچوب نظری اجتماع درمانمدار

رشد و تکامل و همراه آن شکل‌گیری سیستمهای اجتماع درمانمدار، باعث روشن شدن تعاریف و دورنمای پایه‌ای آن گردیده است. در حال حاضر حدود هشتاد هزار نفر داوطلب ورود به این سیستم می‌باشند. این افراد، معتادان به مواد افیونی و یا کسانی هستند که دارای مشکلات متعدد روانی - اجتماعی می‌باشند. (لئون، ۱۹۹۷: ۹۷)

اجتماع درمانمدار معمولاً زیرمجموعه سازمانهای رفاه اجتماعی و درمانی می‌باشد و هدف آن داشتن دنیای بدون مواد مخدر است. این اجتماع، زندگی سالم را با برنامه‌های آموزشی و پیشگیری به اجتماعات و مدارس وارد کرده است. (همان)

همچنین این برنامه‌ها در چند دهه اخیر تغییرات بسیار زیادی داشته و توانسته است با توجه به مفاهیم رشد و تغییر، پاسخگوی نیازهای افراد با مسائل و مشکلات مختلف روانشناختی و جامعه‌شناختی باشند. (همان)

اجتماع درمانمدار به دو علت اساسی با سایر روشهای درمانی ترک اعتیاد تفاوت دارد: اول اینکه دارای رویکرد درمانی نظام‌مند است و دیدگاه‌های خاصی نسبت به مفاهیم اختلال، شخص، بهبودی و زندگی سالم دارد؛ دوم اینکه اولین درمانگر در اجتماع درمانمدار متنی است که هم تغییر رفتار در آن صورت می‌گیرد و هم ایجاد‌کننده تغییر رفتاری است. (همان: ۹۸)

دیدگاه های اجتماع درمانمدار

اجتماع درمانمدار مصرف مواد افیونی را بیماری یا اختلالی می داند که تمامی و یا بخشی از زمینه های عملکردی فرد در حوزه های شناختی، رفتاری، هیجانی، طبی، اجتماعی یا معنوی را در بر می گیرد. به این جهت، وابستگی فیزیولوژیک نسبت به کل شرایط مؤثر بر شخص، ثانویه تلقی می گردد. در اجتماع درمانمدار مشکل یا مسأله اصلی خود شخص است؛ مواد و اعتیاد یک علامت است، نه ریشه اصلی. اختلال و سم زدایی شیمیایی شرط وارد شدن به اجتماع درمانمدار است، نه هدف آن؛ هدف بازتوانی و ایجاد شرایط زندگی بدون مواد افیونی است. همچنین در اجتماع درمانمدار، افراد علاوه بر الگوهای مصرف مواد مخدر، از ابعاد عملکرد روانی و نقایص اجتماعی نیز تمایز داده می شوند. (همان: ۹۹)

افراد معتاد، اغلب افرادی کم تحمل و در برابر مشکلات ضعیف هستند؛ اعتماد به نفس آنها پایین است و مسئولیت پذیر نیستند؛ تفکرات غیرواقعی، عدم صداقت، خودفریبی و ... از دیگر ویژگیهای این افراد است. با توجه به این خصوصیات، در اجتماع درمانمدار از افراد خواسته می شود در حد توان خود، به گونه ای که باید باشند، رفتار کنند، نه به صورتی که هستند. اعتقاد بر این است که مطابق هنجارها رفتار کردن، باعث تغییر در شناخت و هیجانات فرد می شود. این تغییر مرحله به مرحله انجام می گیرد. هر رفتاری که آموخته شود و به عمل درآید، گذر از یک مرحله به مرحله بعد را آسانتر می کند. عواملی که در فرایند تغییر مؤثر می باشد، عبارت است از: داشتن انگیزه، خودیاری و یادگیری اجتماعی. در تمامی آموزشهای اجتماع درمانمدار، به آنچه لازمه یک زندگی درست است، تأکید می شود؛ مواردی چون: صداقت و درستکاری تأکید بر حال فرد، مسئولیت پذیری فردی و اجتماعی، اعتماد به نفس، آموزش یادگیری، مشارکت اجتماعی، اخلاق کاری و ... (همان: ۱۰۰)

فعالتهای اجتماع درمانمدار، فعالتهای متنوعی را شامل می‌شود که اساساً جزء وظایف مشخص اجتماع درمانمدار نیست؛ اما به طور فزاینده‌ای به عنوان مداخله‌های فرعی و مکمل، در اجتماع درمانمدار به کار برده می‌شود. این فعالتهای شامل آموزش پیشگیری از بازگشت، گروه‌های مهارت‌آموزی (نظیر مهارتهای پدر بودن)، گروه‌های آموزش سلامت و بهداشت، گروه‌های حرفه‌ای و مهارتهای زندگی است. (همان: ۱۰۱)

دورنمای اجتماع درمانی، چهار دیدگاه مرتبط به هم

الف - دیدگاه نسبت به اختلال

اعتیاد بیماری‌ای است که تمام وجود فرد را در برمی‌گیرد و برخی یا تمام حیطه‌های عملکرد او را شامل می‌شود: حیطه‌های شناختی، رفتاری، هیجانی، پزشکی، اجتماعی و معنوی.

وابستگی جسمی باید در بستر وضعیت روان‌شناختی و سبک زندگی فرد مورد ملاحظه قرار گیرد. مشکل، خود فرد است نه مواد مخدر. (همان)

ب - دیدگاه نسبت به فرد
در اجتماعات درمانمدار، مراجعان در ابعاد کژکارکردی، روان‌شناختی و نقایص اجتماعی متمایز می‌شوند، نه بر پایه الگوی مصرف مواد مخدر. برخی خصایص مشترک آنها عبارت است از:

- تحمل ناکافی وضعیت ناکامی، عدم آسایش، تأخیر در ارضای نیازها؛

- اعتماد به نفس پایین؛

- مشکل با مسئولان؛

- مشکل در زمینه مسئولیت‌پذیری؛

- کنترل ضعیف؛

- غیرواقع‌بینی؛

- مقابله با احساسات؛

- عدم صداقت و خودفریبی؛

- احساس گناه نسبت به خود، دیگران و جامعه؛

- ناتوانی در خواندن، نوشتن، توجه و ارتباط. (همان: ۱۰۲)

ج - دیدگاه نسبت به بهبودی

اهداف درمان، ایجاد تغییرات کلی در سبک زندگی و هویت است. برخی مفروضات

در زمینه بهبودی عبارت است از:

- بهبودی، یک یادگیری رشد است؛

- خودیاری و خودیاری دوجانبه؛

- انگیزش؛

- یادگیری اجتماعی؛

- درمان، مرحله‌ای از فرآیند بهبودی است. (همان: ۱۰۳)

د - دیدگاه نسبت به زندگی سالم

برای بهبود خودیار، ایجاد باور به ارزشهایی مانند یادگیری اجتماعی، رشد شخصی و

زندگی سالم لازم است. برخی ارزشها که خودیار باید به آنها باور داشته باشد، عبارت

است از:

- حقیقت و صداقت؛

- اینجا و اکنون؛

- مسئولیت شخص برای سرنوشت خویش؛

- مسئولیت اجتماعی؛

- اصول اخلاقی مرتبط با رفتار صحیح و غلط؛

- اخلاق کار؛

- فرد «خوب» است اما رفتارش می تواند «بد» باشد؛

- تنها واقعیت موجود «تغییر» است؛

- یاد بگیریم که چگونه باید یاد بگیریم؛

- اعتماد به نفس؛

- مشارکت در اجتماع؛

- شهروند خوب بودن. (همان: ۱۰۴)

روش کار

این مطالعه در سال ۱۳۸۲ بر روی سی نفر از مددجویان مرکز اجتماع درمانمدار تهران همراه با خانواده آنها و سی نفر از مددجویان مرکز اجتماع درمانمدار گران همراهِ با خانواده آنها صورت گرفت. نمونه گیری به صورت تمام شماری از مددجویان دو مرکز انجام شد و اطلاعات مورد نیاز از طریق تکمیل پرسشنامه گردآوری شد و پایایی درونی آن از طریق روش آلفای کرونباخ که مقدار آن ۰/۸۳۹ می باشد، به دست آمد. در این تحقیق از نظریات سرکار خانم دکتر مریم شریفیان ثانی و دکتر عبداللهی و کارشناسان قسمت پژوهش مرکز اجتماع درمانمدار جهت اصلاح و بهبود پرسشنامه بهره گرفته شد. آزمونهای آماری این پرسشنامه، شامل یومن ویتنی، آنالیز کواریانس، ضریب همبستگی و کای - اسکوئر می باشد. که تجزیه و تحلیل آن از طریق نرم افزار S.P.S.S صورت گرفت. مؤلفه های پرسشنامه حاوی شاخصهای رضایتمندی از متغیرهایی نظیر وضعیت محیط مجتمع، نحوه برخورد مدیر مرکز، خدمات کاردرمانی، برگزاری جلسات یوگا، جلسات صبحگاه، جلسات سمینار، انجام آزمایش، نحوه اجرای دوره جهت یابی و

رضایتمندی خانواده مددجویان از بهبود رفتاری مددجو، ملاقات مددجو و جلسات آموزش خانواده بود.

پاسخ افراد مورد مطالعه به پنج گزینه (کاملاً موافقم، بی‌نظم، مخالفم، کاملاً مخالفم) دسته‌بندی و به هر یک از پاسخهای داده شده، بین ۰ تا ۴ امتیاز داده شد؛ به طوری که گرفتن امتیاز ۴ نشان دهنده رضایت کامل و امتیاز صفر نشان‌دهنده مخالفت کامل بود. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات که از طریق پرسشنامه استاندارد گردآوری شده بود، از نرم‌افزار S.P.S.S استفاده گردید و نتایج حاصل از اجرای آزمونهای آماری، شامل یومن و تینی، آنالیز کوارینانس، ضریب همبستگی و کای-اسکوئر تجزیه و تحلیل گردید.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار میزان رضایت در دو استان تهران و گلستان

استان	تعداد	میانگین رضایت	انحراف معیار	میانگین رتبه نمره رضایت	آماره آزمون	مقدار احتمال
گلستان	۳۰	۵۲/۴۷	۳/۸۴	۳۴/۵۷	-۲/۳۷۴	۰/۰۱۸
تهران	۲۸	۴۶/۲۱	۱۱/۶۳	۱۱/۶۳	-۲/۳۷۴	

به کمک آزمون ناپارامتری من-ویننی، میانگین نمره رضایت مددجو از اجرای برنامه در دو استان بررسی شد. با توجه به جدول فوق، در بین میانگین نمره رضایت در دو استان رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد که این جدول نشان می‌دهد میانگین نمره رضایت در استان گلستان بیشتر از استان تهران است و میانگین رضایت در مجموع دو استان ۴۹/۴۵ درصد با انحراف معیار ۹/۰۳ درصد می‌باشد.

یافته‌ها

به طور میانگین رضایت در دو استان ۴۹/۴۵ درصد با انحراف معیار ۹/۰۳ درصد می‌باشد که در تهران میزان رضایت ۴۶/۲۱ درصد با انحراف معیار ۱۱/۶۳ درصد و در گرگان میزان رضایت ۵۲/۴ درصد با انحراف معیار ۳/۸۴ درصد می‌باشد. با افزایش سالهای اعتیاد، دفعات ترک کمتر صورت می‌گیرد که این میزان در سطح $a=0/05$ معنادار نبوده است و نیز با افزایش سالهای اعتیاد، میزان رضایت از برنامه‌های مرکز افزایش می‌یابد که این میزان در سطح $a=0/05$ معنادار است. و با افزایش دفعات ترک، رضایت از برنامه کاهش می‌یابد که این مورد در سطح $a=0/05$ معنادار نبوده است.

با توجه به اینکه این پژوهش قبلاً در ایران صورت نگرفته بود و ادبیات تحقیق در این زمینه وجود نداشت، جهت مقایسه و بررسی این مطالعه یک رویکرد کاملاً محقق‌محور و خلاق اتخاذ شد که می‌تواند عاری از اشتباه نباشد؛ اما می‌تواند نقطه‌ای برای شروع و مطالعه‌های بعدی در زمینه محیط درمانی و فضای محیطی باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهشی که توسط اکلونند (۲۰۰۱) صورت گرفت، مشخص شد که فضای محیط درمانی، ارتباط معناداری با رضایت بیمار دارد و می‌تواند باعث انگیزه بیشتر و پیشرفت بهتر روند درمانی شود. مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد که میزان رضایتمندی و انگیزه افراد، ارتباط معنادار با نحوه درک و تصور افراد از فضای محیطی مراکز درمانی دارد. در پژوهشی که توسط محقق در مراکز اجتماع درمانمدار تهران و گرگان صورت گرفت، مشخص گردید که میزان رضایتمندی از فضای محیطی مجتمع در تهران بیشتر از گرگان می‌باشد.

مرکز اجتماع درماندار گرگان در جنگل توسکستان و در فضایی بسیار بزرگ و سرسبز قرار دارد و مرکز اجتماع درماندار تهران در تهرانپارس واقع می‌باشد تفاوت موقعیت جغرافیایی این دو مرکز، محقق را بر این امر ترغیب نمود که از شیوه بحث گروهی برای شناخت محتوای پاسخ به این سؤال استفاده نماید و به این نتیجه برسد که افراد ساکن در مجتمع گرگان، هنگام مصرف مواد مخدر بیشتر به سمت جنگل و محیط خلوت روی می‌آورند و این محیط درمانی می‌تواند تداعی کننده حالتی باشد که مددجویان، در هنگام مصرف مواد مخدر دارند و تغییر محیط درمانی در مرکز درماندار گرگان می‌تواند تأثیر بسزایی در پیشبرد روند درمانی داشته باشد و فضایی مثبت و مناسب درمانی برای مددجویان فراهم نماید. (به نظر می‌رسد از آنجا که تقریباً در همه جای گرگان جنگل وجود دارد، این متغیر نیست بلکه ثابت است) محیط درمانی می‌تواند در مکانی باشد که در آن جنگل وجود ندارد؛ یعنی در درون جنگل نباشد.

با توجه به اینکه افرادی که مدت زیادی مواد مخدر مصرف کرده‌اند، کمتر به سمت ترک مصرف این مواد اقدام می‌نمایند، نظام توانبخشی و درمانی می‌تواند شیوه پیشگیری دیگری را که کارایی مناسبتر و مؤثرتری خواهد داشت، به اجرا درآورد: بهتر است افراد معتادی که در مراحل اولیه مصرف مواد مخدر هستند، شناسایی شوند و در زمینه اقدامات مربوط به پیگیریهای مراحل دوم و سوم درمان اقدامات لازم و مناسب صورت پذیرد؛ زیرا بر اثر گذشت زمان، معتاد انس بیشتری با مواد مخدر پیدا می‌نماید و به علت انس گیری و خوگیری مواد مخدر با زندگی فرد، معتاد کمتر به ترک مواد مخدر اقدام می‌کند.

منابع فارسی

مک داوول و همکاران؛ اعتیاد از اصول تا عمل؛ مترجم گل‌پرور و همکاران؛ انتشارات کانون گسترش علوم، ۱۳۸۰.

منابع انگلیسی

- De leon . G. **The therapeutic community and behavioral science** in national institute on drug abuse research monograph 84. DHHS pub. No (ADM) 90 – 1576. Washington, DC: U. S Govt point. Off. 1990.
- Joseph, Herman et al. (1997). Homeless. In Joyce H. Lowinson et al (Ed).
- Williams and wilkns (1997) **the comprehenaive substance abuse** (pp 740).



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



ثرويشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگي
پرتال جامع علوم انسانی