

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

اعظم شامحمدی قهساره<sup>۱</sup>، غلامرضا خیرآبادی<sup>۲</sup>

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

### چکیده:

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

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

**کلید واژه:** اجتماع درمان مدار، امید، معتاد

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. پست الکترونیک: Azam\_shamohammadi@yahoo.com

۲. استادیار گروه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

## مقدمه

سوء مصرف مواد مخدر به عنوان یک معضل بزرگ، اجتماعی، قانونی، خانوادگی و فردی مورد توجه سیاستمداران، جامعه‌شناسان، روان‌شناسان و بسیاری از علمای تعلیم و تربیت می‌باشد. این موضوع نشان دهنده آن است که پدیده اعتیاد دارای ابعاد چند گانه می‌باشد و عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی، قانونی، سیاسی و غیره در بروز آن تأثیر متقابل دارد (بک، وایت و بروساش ترجمه گودرزی، ۱۳۸۰). یکی از نگرانی‌های اساسی بسیاری از خانواده‌ها که دارای فرد معتاد به مواد مخدر هستند این است که مصرف این مواد باعث بروز ناهنجاری رفتاری و روانی و تغییرات شخصیتی در فرد معتاد شده تا جایی که علاوه بر مشکلات روانی منجر به بیکاری، طلاق، بزهکاری و اختلال در روابط بین فردی و اجتماعی او می‌شود. برای کاهش مشکلات حاد از اقدامات درمانی، سم‌زدایی، اقدامات مشاوره‌ای و حمایتی استفاده می‌شود و از اهداف بلندمدت درمان اعتیاد می‌توان به کسب مهارت‌های مواجهه و تطابق برای مقاومت در مورد مصرف مواد مخدر، کسب مهارت‌های رفتاری لازم برای به دست آوردن ظرفیت اجتماعی مناسب و کسب ظرفیت‌های لازم مرتبط با رشد شخصیت اشاره نمود (صدیقی، ۱۳۸۱).

تاکنون در بعد درمان‌های غیر دارویی درمان‌های متعددی برای درمان اعتیاد و غیره به کار برده شده است. از جمله رویکرد شناختی رفتاری، خانواده درمانی، انجمن معتادان گمنام و غیره و هر کدام اصول و روش‌هایی برای درمان اعتیاد داشته‌اند. اگرچه اکثریت مراجعین به مرکز درمان اجتماع مدار با این رویکردها درمان دریافت کرده‌اند و در هر درمان موفقیت‌ها و ناکامی‌هایی تجربه کرده‌اند اما تجربه درمانی اجتماع محور به لحاظ ورود این برنامه به حیطه روانشناسی مثبت و ارتقاء مهارت‌های زندگی اجتماعی از دیگر درمان‌ها متمایز می‌شود. بنابراین می‌توان گفت رویکرد اجتماع درمان مدار رویکردی است که از طریق به وجود آوردن تغییرات کلی در شیوه زندگی فرد معتاد به وی امکان طی طریق بهبودی را می‌دهد. این رویکرد درمانی که حدود سه دهه است به درمان بیماران

مبتلا به سوء مصرف مواد می‌پردازد یک برنامه ساختار یافته نظارتی و اقامتی برای بازتوانی معتادانی است که استعداد بازگشت به مواد دارویی و دارای سابقه مکرر عود را دارند (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۹).

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

اجتماع درمان مدار برنامه اقامتی و درازمدت است که مقیمان آن با یکدیگر کار و زندگی می‌کنند و برآند تا سازو کارهای مقابله‌ای را که عاری از مواد مخدر هستند را به کار گیرند. این روش یک برنامه با ساختار خود یاری درازمدت و عمیق است که مختص مراجعانی است که مصرف چندگانه مواد مخدر دارند و اعتیاد در آن‌ها مزمن شده و سایر روش‌های درمانی برای آن‌ها سودمند نبوده است. از دیدگاه اجتماع درمان مدار عوامل اجتماعی و روانشناختی به عنوان عوامل اصلی اختلال اعتیاد شناخته می‌شوند. در نگرش اجتماع درمان مدار مصرف مواد نشانه‌ای از بیماری اصلی است. اعتیاد به عنوان اختلالی در فرد قلمداد می‌شود که تمام جنبه‌های عملکرد او را در بر می‌گیرد. آنچه مهم است رفتار، نگرش‌ها، ارزش‌ها و سبک زندگی فرد معتاد می‌باشد، رفتارهای مخربی که به خود فرد و یا دیگران آسیب می‌رساند و با مصرف دائم مواد همراه است. این رفتارها عبارتند: از بد رفتاری و خشونت در خانه، روابط جنسی ناسالم، جرم و جنایت، اقدام به خودکشی، رفتار پر خاشگرانه نسبت به دیگران، تصادفات رانندگی، بی توجهی به فرزند و بی توجهی به سلامتی، اختلال در روابط خانوادگی (ابراهیمی، ۱۳۸۱).

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

تفکر عامل یک مؤلفه انگیزشی است برای به حرکت در آوردن فرد در مسیر راه‌هایی که برای رسیدن به هدف در نظر گرفته است. تفکر عامل را نه تنها به عنوان انرژی روانی متمرکز بر هدف بلکه به عنوان احساس مصمم بودن در دستیابی به هدف تعریف کرده‌اند. از نظر نظریه پردازان امید، این نوع انگیزه متمرکز بر هدف در جملاتی همچون: «من می‌توانم این کار را انجام دهم»، «من به آن خواهم رسید» و... نمایان می‌شود و تفکر گذرگاه یعنی توانایی ادراک شده برای گزینش راه‌های مناسب‌تر به سمت اهداف. از آنجا که برخی از طرح‌ها و نقشه‌ها ممکن است با شکست مواجه شوند، افراد دارای امید بالا، به منظور مقابله با موانع احتمالی، چندین گذرگاه را در نظر می‌گیرند. (اسنایدر، ۱۹۹۱، ۱۹۹۶؛ ایروینگ<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸). لازم به ذکر است که آثار سودمند امید، تنها ناشی از توانایی واقعی در ایجاد گذرگاه‌ها نیست بلکه ناشی از این ادراک است که چنین گذرگاه‌هایی در صورت لزوم می‌توانند تولید شوند (اسنایدر، ۱۹۹۱، ۱۹۹۶؛ ایروینگ، ۱۹۹۸). عامل منجر به ایجاد گذرگاه‌های تفکر می‌شود، بنابراین مؤلفه‌های عامل و گذرگاه یکدیگر را تقویت

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

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

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

درمانی اعتیاد و تلاش در جهت پیدا نمودن راهکارهای مؤثر و مفیدتر درمانی به منظور ایجاد تغییرات عمیق و ساختاری در شخصیت فرد معتاد از ضروریات هر جامعه می باشد. بیماری اعتیاد در بعضی افراد بر سیستم عصبی و روان آنها تأثیر می گذارد که تنها با یک روش درمانی مثلاً درمان نگهدارنده با نالتراکسون یا مشاوره های سرپایی قابل درمان نمی باشد از این رو اجتماع درمان مدار یک روش درمانی است که در آن از شیوه های درمانی درازمدت از مواد بلکه در کاهش رفتارهای مجرمانه ثابت شده است. اجتماع درمان مدار به عنوان یک رویکرد درمانی به بررسی مباحثی همچون تغییر سبک زندگی، بیان هیجانات، حل مسائل شخصی و اجتماعی، مهارت های بین فردی و تغییر رفتار و نگرش می پردازد.

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

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

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

به این منظور پرسشنامه امید بزرگسالان قبل از ارائه برنامه درمانی، پس از درمان و ۲ ماه پس از خاتمه درمان (مرحله پیگیری) در ۳ مرحله اجرا شد. برنامه درمانی، اجتماع درمان مدار می باشد که عبارت است از محیط اجتماعی، گروه همتا، کارکنانی که به عنوان سرمشق های موفق تغییرات شخصیتی در حکم راهنما در فرایند بهبودی عمل می کنند. هدف اجتماع درمان مدار ایجاد تغییرات کلی در سبک زندگی فرد معتاد است مداخلاتی که در اجتماع درمان مدار مورد استفاده قرار می گیرند.

در طی این درمان، مراجعه کننده یاد می گیرد که چگونه بدون مصرف مواد زندگی کند. تغییر مرحله به مرحله رفتارها، افکار، احساسات و عادات (مثل ناامیدی، پرخاشگری و بدبینی) که مدتی با آنها زندگی کرده و گاهی از آنها برای مقاصد خود سود برده است کنار گذاشته شود. یادگیری هایی که در این مرحله به دست می آید، مسیر تغییرات و یادگیری های بعدی را هموار و تسهیل می کند. به طور کلی این دوره ۶ ماه است که مراجعان از مراحل درمانی مشخص عبور می کنند در اجتماع درمان مدار چهار مرحله عمده وجود دارد:

۷۷

77

مرحله اول یا جهت یابی که ۰ تا ۱۵ روز را در برمی گیرد. هدف عمده این مرحله ارزیابی از مراجعه کننده و آشنا نمودن او با محیط اجتماع درمان مدار است. از اهداف این مرحله کاستن اضطراب و ترس مراجعه کننده و تعدیل آنهاست. مرحله دوم یا مرحله اولیه که ۲۰ تا ۹۰ روز درمان را شامل می شود. فعالیت های آموزشی و درمانی روزانه که شامل جلسات گروهی، کارورزی، مشاوره با پرسنل و همتایان است و در طول این مرحله ادامه دارد.

مرحله سوم یا مرحله ترخیص تدریجی. هدف عمده این مرحله آماده ساختن مراجعان برای جدایی از اجتماع درمان مدار است، با این فرض که مراجعان به اندازه کافی مهارت های خود تدبیری را به دست آورده اند.

مرحله چهارم مرحله ترخیص نهایی است. هدف اصلی این مرحله جدایی کامل و موفقیت آمیز از اجتماع درمان مدار است. پس از ترخیص، تماس با اجتماع درمان مدار به صورت متناوب ادامه دارد و تدریجاً به تماس تلفنی هفته‌ای یکبار و ملاقات ماهانه تقلیل می‌یابد (دی لئون، ۲۰۰۶).

## ابزار

۱- مقیاس امید بزرگسالان اسنایدر: یک مقیاس خود گزارشی است که برای افراد ۱۵ سال به بالا تدوین شده و دارای ۱۲ سوالی و دو زیر مقیاس برای مؤلفه‌های عامل و گذرگاه می‌باشد (علاءالدینی و همکاران ۱۳۸۷). سوالات به صورت چهار گزینه‌ای و در یک پیوستار ۴ درجه‌ای (کاملاً غلط=۱ و کاملاً درست=۴) می‌باشد. بنابراین دامنه نمرات بین ۸ تا ۳۲ خواهد بود. ۴ سؤال مربوط به عامل و ۴ سؤال مربوط به گذرگاه است، ۴ سؤال دیگر انحرافی بوده و نمره گذاری نمی‌شوند. مجموع نمرات زیر مقیاس‌های عامل و گذرگاه، نمره کلی امید را مشخص می‌کند. مجموع نمرات زیر مقیاس‌های عامل و گذرگاه نمره کل امید را تشکیل می‌دهد. شواهد اولیه در مورد اعتبار<sup>۱</sup> و پایایی<sup>۲</sup> این آزمون توسط اسنایدر و همکاران فراهم شده است. آلفای کرونباخ آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و پایایی باز آزمایی آن در یک دوره ۱۰ هفته‌ای ۰/۸ به دست آمده است. تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی الگوی دو عاملی (عامل و گذرگاه) مقیاس را تأیید کرده‌اند (بایاک<sup>۳</sup>، اسنایدر و یوشینوبو<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳، راش<sup>۵</sup> و واگن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶).

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



## یافته‌ها

دامنه سنی نمونه ۱۵ تا ۴۵ سال می‌باشد که میانگین دامنه سنی در این نمونه ۳۰-۲۵ سال می‌باشد. تحصیلات شرکت کنندگان در این پژوهش از ابتدایی تا کارشناسی ارشد می‌باشد که تعداد آن‌ها در مقطع دیپلم (۱۴ نفر) بوده است. شرکت کنندگان در این پژوهش ۱۹ نفر مجرد و ۱۲ نفر متأهل بوده‌اند. شرکت کنندگان در این پژوهش ۱۸ نفر شاغل، ۱۲ نفر بیکار و یک نفر دانشجوی بوده‌اند. از نظر تعداد سوابق ترک، ۱۱ نفر ۴-۰ مرتبه، ۹ نفر ۸-۴ مرتبه، ۴ نفر ۱۲-۸ مرتبه و ۷ نفر تعداد زیاد ترک داشته‌اند. از نظر دفعات درمان: ۲۳ نفر ۳-۰ مرتبه، ۷ نفر ۶-۴ مرتبه، ۰ نفر ۹-۷ مرتبه و ۱ نفر ۱۲-۱۰ مرتبه تحت درمان قرار گرفته‌اند. و از نظر بیشترین مدت پاکی، تعداد ۲۳ نفر ۱۰-۱ ماه، ۶ نفر ۲۰-۱۰ ماه، ۰ نفر ۳۰-۲۰ ماه، ۱ نفر ۴۰-۳۰ ماه، ۰ نفر ۵۰-۴۰ ماه و ۱ نفر ۶۰-۵۰ ماه بیشترین مدت پاکی‌شان بوده است.

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

۷۹  
79

نتایج آمار توصیفی در نمرات کلی مقیاس امید نشان می‌دهد که میانگین سطح امید در مقیاس کل در پیش‌آزمون: ۲۲/۴۵ در پس‌آزمون: ۲۳/۹۳ و در پیگیری: ۲۴/۵۱ و انحراف استاندارد: در پیش‌آزمون: ۵/۴۳، در پس‌آزمون: ۳/۳۴ و در پیگیری: ۴/۲۱ می‌باشد که همان‌طور که مشاهده می‌شود در پس‌آزمون و پیگیری افزایش میانگین وجود دارد. به منظور بررسی معناداری این تفاوت از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: اثر تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نمرات کلی مقیاس امید در مراجعین به مراکز

مقیاس امید	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	توان آزمون	مقدار تأثیر
نمرات کلی	۱	۶۶/۰۶	۱۱۶/۵۳	۴/۳۴	۰/۰۴	۰/۵۲	۰/۱۱

همان گونه که نتایج آزمون تحلیل واریانس تکراری نشان می دهد بین نمرات امید در سه سطح پیش آزمون پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ) و میانگین ها نشان می دهد در مراحل پس آزمون و پیگیری، سطح امید افزایش داشته است. نتایج حاصل از مقایسه های زوجی در جدول ۲ ارائه شده است.

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

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

نتایج مقایسه های زوجی نشان می دهد بین میانگین نمرات امید در پیش آزمون و پس آزمون و همچنین بین پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). نتایج آمار توصیفی در نمرات مقیاس عامل نشان می دهد که میانگین و انحراف استاندارد سطح امید در مقیاس عامل در پیش آزمون: ۱۱/۱۶، در پس آزمون: ۱۱/۵۸ و در پیگیری: ۱۲/۰۳ می باشد و انحراف استاندارد: در پیش آزمون: ۳/۳۷، در پس آزمون: ۲/۶۳ و در پیگیری: ۲/۶۵ می باشد. همان طور که مشاهده می شود در پس آزمون و پیگیری افزایش میانگین وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه های تکراری در مورد متغیر عامل در جدول ۳ نشان داده شده است. به منظور بررسی معناداری این تفاوت از تحلیل واریانس با اندازه های تکراری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

**جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در نمرات عامل مقیاس امید سطح امید در مراجعین به مراکز اجتماع درمان مدار**

مقیاس امید	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	توان آزمون	اندازه تأثیر
نمرات تفکر عامل	۱	۱۱/۷۵	۱۱/۷۵	۲/۰۰	۰/۱۶	۰/۲۷	۰/۰۶

همان گونه که نتایج آزمون تحلیل واریانس تکراری نشان می دهد بین نمرات امید در سه سطح پیش آزمون پس آزمون و پیگیری تفاوت وجود ندارد و میانگین ها نشان می دهد در مراحل پس آزمون و پیگیری، سطح امید افزایش نداشته است. نتایج حاصل از مقایسه های زوجی در جدول ۴ ارائه شده است

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

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

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

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

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

همان‌گونه که نتایج آزمون تحلیل واریانس تکراری نشان می‌دهد بین نمرات امید در سه سطح پیش آزمون پس آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد ( $p < 0/05$ ) و میانگین‌ها نشان می‌دهد در مراحل پس آزمون و پیگیری، سطح امید افزایش داشته است. نتایج حاصل از مقایسه‌های زوجی در جدول ۶ ارائه شده است.

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

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

نتایج مقایسه‌های زوجی نشان می‌دهد بین میانگین نمرات امید در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ) ولی بین پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری دیده می‌شود ( $p < 0/05$ ).

## بحث و نتیجه گیری

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

چنانچه نتایج نشان می دهد میانگین نمرات عامل پس آزمون و پیگیری سطح امید نسبت به میانگین پیش آزمون افزایش نداشته است. چنانچه در قسمت های قبل در توضیح مقیاس امید گفته شد تفکر عامل یک مؤلفه انگیزشی است برای به حرکت در آوردن فرد در مسیر راه هایی که برای رسیدن به هدف در نظر گرفته است. بنابراین نیاز است تا در این برنامه درمانی به آموزش و تمرین تکنیک های آموخته شده از جمله: خودگویی های مثبت که یکی از مهم ترین عوامل در ایجاد و حفظ عامل است بیشتر پرداخته شود و این مؤلفه انگیزشی را در مراجعان افزایش داد.

مطالعات انجام شده در رابطه با اجتماع درمان مدار نشان دادند که اگر چه در طول ۳۰ روز اول، درمان به طور مستقیم (در پس آزمون) افزایشی نداشته است ولی در طول زمان (۹۰ روز) میزان پرهیز را افزایش داده است. این نکته اشاره دارد که شرکت در جلسات خود یاری پس از ترک می تواند ضامن درمان پس از ترک باشد (ادلن و همکاران، ۲۰۰۷).

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

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

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

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

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

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

## منابع

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

بک، آرون. تی؛ وایت کوری، فرد دی و بروشاش، اف نیومن (۱۳۸۰). **درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر**. ترجمه محمد علی گودرزی. شیراز: انتشارات راه‌گشا.

درخشان پور، فیروزه؛ پارسایی نیا، مرضیه و شکاری، فائزه (۱۳۸۴). روند درمانی افراد پذیرش شده در مرکز اجتماع درمان مدار بندرعباس طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۸۱. **مجله پزشکی هرمزگان**، ۱۰، ۱، (۲)، ۷۷-۸۴

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

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

صدیقی، کمال (۱۳۸۱). **بورسی اثر بخشی اجتماع درمان مدار بر نیم‌رخ روانی سوءمصرف کنندگان مواد در اصفهان**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.

علاءالدینی، زهره؛ کجاف، محمدباقر؛ مولوی، حسین (۱۳۸۷). **بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس‌های امید بزرگسالان و امید در حیطه‌های خاص**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.

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

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

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

- Abuse Treatment**, 32, 415-421.
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year follow up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Studies. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 25, 125-134.
- Irving, M. L., Snyder, C. R. and Crowson, J. J. (1998). Hop and coping with cancer by college females. **Journal of personality**, 66, 195-214
- Mandell, W. Edelen, N. M. O. Wenzel, S. L. Dahl, J. Ebener, P. (2008). Dimensions of therapeutic community treatment predict retention and outcomes? **Journal of Substance Abuse Treatment**, 35, 223-231
- Sacks, S. Banks, S. (2008). Modified therapeutic community for co-occurring disorders: A summary of four studies. **Journal Of substance abuse treatment**, 34, 112-122.
- Schinka, J. A., Hughes, P. H., Colotti, S. D., Hamilton, N. L., Renard, C. G., Urmann, C. F., Neri, R. L. (2007). Change in personality characteristics in woman treated in A therapeutic community. **Journal Of substance abuse treatment**, 16, 137-142.
- Secades-villa, R. Garcla-Rodriguez, O. Higgins, S. T. (2008). Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes. **Journal Of substance abuse treatment**, 34, 202-207.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langella, C. and Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual differences measure of hope. **Journal of Personality and Social Psychology**, 60, 570-585.
- Snyder, C. R. (2000). **Handbook of hope**. San Diego: Academic Press.