

**بررسی عوامل موثر در پیشگیری از عود اعتیاد با تاکید بر رویکرد درمانی مرکز اجتماع درمان مدار
شهرستان خمین (۱۳۸۹-۱۳۹۰)**

دکتر معصومه مطلق^۱، دکتر حسین هادوی^۲، داود اسدی^۳

چکیده

هدف از مقاله حاضر بررسی عوامل موثر در پیشگیری از عود با رویکرد درمانی مرکز اجتماع درمان مدار^۴ (TC) شهرستان خمین می باشد. چارچوب نظری تحقیق با استفاده از نظراتی همچون برجسب زنی لمرت، اجتماعی شدن مید، انزوای مرتن، پاداش و موفقیت هومنز و پویای گروهی کورت لوین در تبیین عود می باشد. روش تحقیق یمایشی - اسنادی است که برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه استفاده شده است. از میان افراد مراجعه کننده برای درمان گروهی مرکز TC یک نمونه ۲۸۳ نفری با استفاده از فرمول کوکران بدست آمده است که به عنوان حجم نمونه انتخاب گردید. روش انتخاب نمونه ها به طریق تصادفی ساده انجام گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS و آزمون پیرسون و اسپیرمن استفاده شده است. نتایج تحقیق حاکی از آن است که بین دریافت برجسب و عود، و بین جامعه پذیری مجدد و کاهش میزان عود، و بین انزوای و عود و بین درمانهای گروهی و کاهش عود رابطه معنا دار وجود دارد. ولی بین رفتارهای لذت بخش و عود رابطه معناداری وجود ندارد.

واژگان کلیدی: گروه درمانی، اجتماع درمان مدار، گروه، عود، اعتیاد

^۱ عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک m-motlaq@iau-arak.ac.ir

^۲ عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک

مقدمه

امروزه مسئله اعتیاد به مواد و داروها، چه مواد مجاز و چه غیر مجاز، به صورت یک مشکل جهانی و فراگیر درآمده است از این رو در اکثر کشورها منجمله ایران روشهای درمانی زیادی را برای مقابله با این معضل در پیش گرفتند. و در حال حاضر تحت شرایطی آن را به عنوان بیماری در نظر می‌گیرند. امروزه در کشور ما ایران پدیده عود و بازگشت در افراد بیمار بعد از ترک به مشکل مهمی تبدیل شده است که در برگیرنده هزینه‌ها و فرصتهای زیادی می‌باشد از این رو سالیانست که درمانگران و متخصصان درمان و بازتوانی اعتیاد در پی دستیابی به یک درمان کارآمد در حوزه سوء مصرف مواد می‌باشند، روشی که بتوان در آن به درمان اعتیاد به عنوان درمان رفتار توجه کرده و در نهایت منجر به تغییر و سبک زندگی فرد معتاد در جهت مثبت بشود. مراکز اجتماع درمان مدار (T.C) یکی از واحدهای سازمان بهزیستی می‌باشند که رویکرد آن بر مبنای نظریه یادگیری اجتماعی است که درمان رفتارگرایی شناختی را توصیه می‌کند. بر این مبنای منظور تغییرات شناختی از آموزشها و فنون شناختی به کار رفته در مشاوره فردی و گروهی استفاده می‌شود و در زمینه رفتارگرایی از تشویق و تنبیه و رتبه‌هایی که به افراد داده می‌شود استفاده می‌شود. به عقیده T.C درمان به معنی تغییر در سبک زندگی فرد است و بدین سبب نیاز است تا فرد در ابعاد اجتماعی و فردی تغییر کند. دوره درمان در مراکز T.C از سه ماه تا ۶ ماه می‌باشد که فرد در این دوره درمان، فرایند اجتماعی شدن مجدد را فرا می‌گیرد زیرا عنصر وجودی T.C اجتماع است. اجتماع هم متن و هم روش را ایجاد می‌کند. این عنصر اجتماعی است که درمان گروهی T.C را از سایر درمانها جدایی سازد. محقق با بررسی روش درمان گروهی مرکز T.C استان مرکزی که در شهرستان خمین واقع است به این پرسش پاسخ می‌دهد که چقدر درمانهای گروهی و روان‌درمانی در میزان مانایی و موفقیت فرد در درمان اعتیاد اثر دارد و نگرش افراد تحت درمان به این فرایند درمانی چگونه می‌باشد.

بیان مساله

انسان موجودی است که اعمال و رفتارهای او متاثر از آداب و رسوم اجتماعی است. انسان بدون تعلق به گروه احساس امنیت نمی‌کند. به گفته (مورینو) انسان در گروه متولد می‌شود، در گروه بیمار می‌

شود، پس چرا در گروه درمان نشود (شفیع آبادی، ۱۳۷۰). امروزه در کشور ما پدیده عود^۱ و بازگشت در افراد بیمار اعتیاد بعد از ترک مواد به مشکل مهمی تبدیل شده است که در برگیرنده هزینه ها و فرصتهای زیادی می باشد از این رو سالهاست که درمانگران و متخصصان درمان باز توانی اعتیاد در پی دستیابی به یک درمان کارآمد در حوزه سوء مصرف مواد می باشند، روشی که بتوان در آن به درمان اعتیاد به عنوان درمان رفتار اجتماعی توجه کرده و در نهایت منجر به تغییر و سبک زندگی فرد معتاد در جهت مثبت بشود. بنابراین طرح این پرسش می تواند آغازگر مطالعه ای در این باب باشد که چه عواملی در پیشگیری از عود اعتیاد تاثیر دارند و مراکز اجتماع درمان مدار تا چه حد موثر هستند؟

اهداف مطالعاتی

هدف کلی در این تحقیق تبیین جامعه شناختی عوامل مصرف دوباره بعد از درمان با توجه به انگیزهای افراد و نحوه درمان و همچنین بررسی ساختارهای شخصیتی در ارتباط با روابط بین فردی و تعامل اجتماعی در جامعه و احساس آرامش و امنیت بیمار در دوره درمان از قضاوت منفی جامعه متأثر از رفتارهای گذشته فرد می باشد.

بدین لحاظ شناخت موضوع، برنامه ریزی که عمدتاً در جهت پیشگیری و درمان است و در نهایت اقدام برای حل مساله از رئوس موضوعات سیاست گذاری جامعه می باشد. امید است با تلاش همه جانبه از سوی کارگزاران و متخصصان (اعم از روان شناس، روانپزشک، جامعه شناس، پزشک و...) و دانشجویان دلسوز و فعال در جهت مقابله با اعتیاد به عمل آید

چارچوب نظری

نظریه برچسب تکرار اعتیاد را ناشی از دریافت برچسب جامعه می داند نظریه پردازان برچسب بیشتر به تحلیل کج رفتاری ثانوی (تکرار انحراف) پرداخته و برچسب را "الگوی پایدار کننده کج رفتاری حرفه ای یا زنجیره ای نامیده اند" (تیو، ۲۰۰۱: نقل از بهروان و میرانوری، ۱۳۸۹) در نظریه برچسب انحراف اولیه و قضاوتهای افراد سبب به وجود آمدن انحراف ثانویه می شود. در واقع انحراف ثانویه در اثر عمل انحرافی اولیه به وجود می آید و موقعیت خاصی را برای شخص

۱. Relapse

به عنوان منحرف ایجاد می‌کند (تونی لائوسون و دیگران، ۱۹۹۹) فرایند برچسب زنی می‌تواند آثار منفی خاص خود را داشته باشد، مانند اینکه شخص برچسب خورده نقشی را بپذیرد که در آن برچسب به او نسبت داده می‌شود. به بیان دیگر اگر بر شخصی رسماً انگ کجرو، خلافکار یا مجرم وارد آید این امر ممکن است موجب شود که به شکل مناسب با آن برچسب رفتار کند (وایت، ۱۳۸۳) می‌توان گفت پس از آنکه شخصی برچسب معتاد خورد اغلب از او انتظار دارند که به اعتیاد خود ادامه دهد. این کار می‌تواند فرصت‌های شخص معتاد را در زندگی محدود و او را به ادامه نقش معتاد وادار کند. مثلاً وی نمی‌تواند به کار مناسب مشغول شود و مجبور شود برای تأمین زندگی خود به کارهای انحرافی روی آورد (رایینگتن و واینبرگ، ۱۳۸۶: نقل از بهروان و میرانوری، ۱۳۸۹). نظریه پردازان برچسب زنی، کجروی را نه به عنوان مجموعه‌ای از ویژگی‌های افراد یا گروه‌ها بلکه به عنوان یک فرایند کنش متقابل میان کجروان و ناکجروان تبیین کنند (گیدنز^۱: ۱۴۳؛ نقل از بخارایی، ۱۳۸۲).

فرضیات TC در مورد مسئولیت‌پذیری اساس نظر این رویه درمانی در مورد بهبودی خودیاری است. اگر چه اختلال نماینگر نارسایی‌های اجتماعی و روان‌شناختی است، اما TCها به برچسب زدن به مقیم تحت عنوان بیمار هیجانی اکراه دارند، چون این برچسب بر قانونی کردن رفتار غیر مسئولانه دلالت دارد (باتر و همکاران، ۱۹۸۶). بنابراین، بجای بیماران این مقیمان هستند که بصورت مشارکت‌کنندگانی توصیف می‌شوند که مشارکت فعالی در اجتماع دارند تا خودشان را تغییر دهند. آنها وقتی خدمات ویژه‌ای (قانونی، حرفه‌ای، آموزشی، خانوادگی یا بهداشت روانی) دریافت می‌کنند، مراجع نامیده می‌شوند.

نظریه کنش متقابل نمادین و اجتماعی شدن: کنش متقابل نمادین^۲ بر اهمیت تعریف و برچسب زنی و معانی منتسب به مصرف مواد تأکید می‌کند. اگر تجربه نخستین مصرف مواد خوب تلقی و تعریف شود مصرف مواد تکرار خواهد شد و فرد ممکن است به تدریج برچسب معتاد بخورد. اگر این تعریف طوری درونی شود که فرد نیز خود را معتاد تلقی کند رفتار مزبور

^۱.Giddens

^۲. symbolic interactionism

(اعتیاد) استمرار و حتی افزایش خواهد یافت. مصرف مواد از طریق کنش متقابل نمادین در گروه‌های کوچک (همسالان و دوستان) نیز یادگیری می‌شود. زمانی که برخی مواد، رفتارها و تجارب نه تنها توسط گروه همسالان و دوستان، مقبول بلکه لذت بخش شمرده شود، احتمال ادامه مصرف وجود دارد (سروستانی، ۱۳۸۸). بنابراین، برطبق این نظریه این فرایند ممکن است بعد از درمان نیز دوباره اتفاق بیافتد و فرد بازگشت داشته باشد، و عود مجدد کند.

اریکسون می‌گوید: کجروی در هر نوع رفتاری، ویژگی ذاتی نیست. بلکه نوعی ویژگی است، که توسط مردم به رفتاری که فرد به طور مستقیم و غیرمستقیم با آن تماس دارد، نسبت داده می‌شود (پوستی، ۱۳۸۵). در درمان‌های گروهی و درمان TC سعی می‌شود تا این سطوح تغییر کرده و فرایند جامعه پذیری و اجتماعی شدن رخ بدهد یعنی از طریق درمان‌های شناختی- رفتاری ساختار شخصیتی فرد تغییر می‌کند و شخص از طریق بازیهای جمعی من اجتماعی خود را تقویت نموده و به سطح شخصیت بالغ می‌رسد. مداخله از طریق تئوری یادگیری اجتماعی همچنین به یادگیری مشاهده ای تاکید می‌کند و بیشتر جنبه های شناختی، که اکثر انگیزه ها را برای توسعه درمان شناختی _ اجتماعی فراهم می‌آورد را توصیه می‌کند (دروس اتنا، ۲۰۰۹).

فورسایت معتقد است که حرکت فرد از عضو بالقوه به عضو جدید آغاز گرا اجتماعی شدن است. از دید گروه، مبتدی تازه واردی است که باید چشم اندازهای سابق را به نفع دیدگاه گروه کنار بگذارد. از نظر عضو جدید، گروه باید در برآورده ساختن نیازهای خاص او به اندازه کافی انعطاف پذیر باشد. بار دیگر اجتماعی شدن یک فرایند دوسویه است: فرد از طریق درون سازی، هنجارها، ارزش ها و دیدگاه های گروه را می‌پذیرد، گروه نیز از طریق همسازی (برون سازی) می‌پذیرد که با نیازهای تازه وارد هماهنگ شود (فورسایت، ۱۹۵۳). در نظریه کنش متقابل نمادین، مید معتقد بود خود انگاره، از جریان کنش متقابل اجتماعی سرچشمه می‌گیرد. افراد می‌آموزند که نگرش به دیگران را نسبت به خود در یابند و با این کار خود را به عنوان موضوعی اجتماعی می‌بینند و در نتیجه بنا بر همان خود انگاره هم رفتار می‌کنند.

مرکز TC با تمرکز بر مشارکت اجتماعی، مسئولیت پذیری متقابل و روابط مبتنی بر اعتماد و ارزشهای زندگی درست، فرصتها و بافتی را برای رشد عناصر هویت اجتماعی مثبت فراهم می‌کند. این فرصتها و بافت شامل موارد زیر است: برای دیگران نقش الگو را داشتن (دیگری مهم)،

پیشرفت در ساختن کار، پیشرفت از طریق مراحل برنامه، و ارتباط با روشهای جدید با همتایان و کارمندان. این تغییرات در هویت اجتماعی با کلمات، مفاهیم اجتماع و شبکه روابط همتایان حمایت می شود (دی لئون^۱، ۱۳۸۱). اینها با امور متفاوتی مثل رفتار اجتماعی و صداقت مطلق و فراگیر عوض می شوند (دی لئون - ۱۳۸۱).

نظریه انزو اطلسی مرتون: این نظریه روایت دیگری از نظریه ی بی هنجاری است. طبق این نظریه، چون جوامع مدرن اغلب به موفقیت فردی اصالت داده و کسب آن در گروه، مشارکت فعال اجتماعی، داشتن کار مفید، بهره مندی مناسب از ثروت مادی، سواد متناسب با موفقیت اجتماعی فرد و غیره است. محدودیت از هر یک از این ها، به پیرامونی شدن و انزو اطلسی فرد منجر می شود.. این قبیل افراد، عموماً کسانی هستند که یا قادر به تطابق خود با محیط نیستند و یا از تطبیق محیط با خود ناتوانند و بنابراین برای گریز از این موقعیت به مصرف مخدر و مشروبات الکلی روی می آورند. جالب آن که همین راه فرار، خود عامل مهم در تقویت پیرامونی شدن این افراد است. افرادی که احساس موفقیت نمی کنند، اغلب تنگدست و فقیر یا بی کارند، سواد کافی یا موقعیت اجتماعی مناسب ندارند، درگیر روابط بد خانوادگی هستند یا حتی در صورت فقدان مشکلات مذکور، ارزش های حاکم بر جامعه را قبول ندارند. بیشتر در معرض انزو اطلسی و احتمالاً سوء مصرف مواد مخدر هستند. چرا که یکی از مهم ترین دلایل انزو اطلسی، تغییر برداشت خود از واقعیت، از طریق مصرف این گونه مواد است و معمولاً داروهای روان گردان را یکی از راه های فرار از واقعیت مطرح می کنند. این نکته نیز قابل توجه است که چنین فراری از واقعیت انزو اطلسی و گرایش به پیرامون - چنان که قبلاً اشاره شد، خود عاملی است تا فرد هر چه بیشتر از به دست آوردن هر توفیقی، اعم از شخصیتی یا اجتماعی، مادی یا معنوی (که دیگر اعضای جامعه از آن ها برخوردارند) محروم شود (به نقل از مرتن، ۱۹۶۸).

اجتماع درمان مدار و افراد منزوی: برخی از سوء مصرف کنندگان که برای درمان به TC می آیند. علاوه بر اعتیاد آشفتگی های روانشناختی مختلف، انحراف اجتماعی، بی خانمانی، فقر و محرومیت را نشان می دهند. بر طبق نظریه مرتن آنها همچنین دچار محدودیتهای اجتماعی هستند چون که از جامعه رانده شده اند و از طبقات اجتماع طرد شده اند. اگر چه این افراد در ویژگیهای

¹. de Leon

اجتماعی و جمعیت شناختی و خصوصیات روانی با هم تفاوت دارند اما تا حدی بیشتر یا کمتر منزوی (ناتوان اجتماعی، بی بهره از حقوق سیاسی و منزوی) سرخورده (آسیب دیده و ناامید از افراد مهم فعلی زندگی یا در دوران کودکی هستند). در دیدگاه TC کمک به مقیمان که با خودیاری همتاها در اجتماع پیوند زده می شود، گام اول و اصلی در آماده سازی آنها برای مشغول شدن و درگیر شدن با دنیای بیرون است. پرهیز از سوء مصرف مواد تثبیت شده، اجتماعی شدن و تا حدی مسئولیت پذیری فردی باید قبل از آنکه افراد بتوانند از خدمات متنوع اجتماعی، آموزشی و حرفه ای استفاده و سود ببرند، رخ داده باشد. یادگیری چگونگی استفاده سازنده از منابع اجتماع همتا، آنها را برای استفاده ی موثر از خدمات بیرون از TC آماده می کند. بنابراین همانند خانواده های سالم، TC « بنیان خانه ای» روانشناختی (جامعه ی کوچک) را می گذارد که مقیمان بتوانند بتدریج به دنیای بزرگتر وارد شوند (دی لئون ، ۱۳۸۱).

نظریه مبادله^۱: هومنز با تکیه بر نظریه اسکینر معتقد است هر رفتاری که پاداش بیشتری برای فرد به دنبال داشته باشد یا در انتظار چنین پاداشی باشد احتمال اینکه آن رفتار از وی سر بزند بیشتر خواهد بود.

بر اساس قضیه انگیزه (محرک) هومنز، اگر در گذشته یک محرک خاص یا مجموعه ای از محرکها موقعیتی را ساخته باشند که کنش فردی با پاداش روبرو شده باشد. هر چه محرکهای فعلی بیشتر شبیه محرکهای گذشته باشد احتمال اینکه فرد مورد نظر کنش مشابه انجام دهد بیشتر است (ریتزر، ۱۳۷۴: ۴۰۲).

برطبق این نظریه در پدیده اعتیاد فردی که به مصرف مواد پرداخته بخصوص اگر این مصرف مواد توأم با لذتهای دیگری همچون وجود دوستان و جنس مخالف و تشویق و تمجید آنان بر انجام مصرف در مکانی خاصی مثل باغ یا ویلا صورت پذیرد این لذتها در ذهن فرد نقش بسته و تبدیل به یادگیری می شود حال اگر همان فرد در موقعیتی مشابه موقعیت مصرف قبلی قرار بگیرد حتما مواد را مصرف خواهد کرد. مشکل اساسی درمان هم از همین جا شروع می شود که فرد وابستگی های روانی خود را نسبت به محرکها نمی تواند از بین ببرد و همیشه بصورت وسوسه باعث عود فرد می شود در رویکرد درمان گروهی TC بیشترین انرژی روی این مسئله صرف می شود. از

¹ Exchange theory

طریق گروه درمانی و آموزش فرد از روش شناخت رفتار درمانی در طول مدت درمان سعی می‌شود تا ذهن فرد از محرک‌های قوی که باعث ایجاد عود می‌شوند به مسائل و واقعیت‌های دیگر معطوف شود.

در نظریه پویایی گروهی لوین^۱ عقیده داشت که مهارت‌های خوب گروهی در عمل از راه تجربه روابط انسانی آسان‌تر آموخته می‌شود. بنابراین، یک برنامه کارآموزی آزمایشگاهی تدوین کرد که در آن اعضای گروه تشویق می‌شدند که فعالانه با مسائل بین فردی مواجه شوند و آنها را حل کنند تا بهتر بتوانند خود و دیگران را بشناسند. در واقع در چند جلسه اول تشکیل گروه T، اعضای گروه معمولاً از فقدان ساختار گروه و ابهام در موقعیت شکوه می‌کنند، و بخاطر ناراحتی شان مریبان را مقصر می‌دانند، اما باید دانست که این ابهام عمدی است، زیرا مسئولیت ساختار دادن به گروه، درک و کنترل فعالیت‌های گروهی را به دوش شرکت کنندگان می‌گذارد. همچنان که گروه با مسائل سازماندهی، دستور جلسه‌ها، اهداف، و ساختار گروه درگیر می‌شود، اعضای گروه سبک تعامل دلخواه شان را برای دیگران آشکار می‌سازند. همچنین یاد می‌گیرند که احساساتشان را صادقانه ابراز کنند، مهارت‌های کاهش تعارض را بیاموزند، واز کار کردن در روابط همیاری و تعاون لذت ببرند (فور سایت، ۱۹۵۳). این نظریه در ارتباط با گروه درمانی مرکز TC چنین مطرح می‌شود که مقیمانی که در درمان‌های قبلی شکست خورده‌اند و دوباره عود مجدد داشته‌اند، از برخورداری و شرکت در گروه درمانی که دارای انسجام و پویایی لازم باشد محروم بوده‌اند. در گروه‌های مقیمان TC، عناصر ذاتی مشخصی وجود دارد که اتحاد درمانی میان فرد و گروه را تقویت می‌کند. اول اینکه، مقیمان قبلاً در بافتی با همدیگر زندگی کرده‌اند که باعث اجتماعی شدن منفی می‌شده است.

فرایندهای گروهی TC این بافت را برای اجتماعی کردن مجدد مثبت بکار می‌گیرد. دوم اینکه، مقیمان به فرایند گروه اعتماد می‌کنند. آنها به پیام‌های مقیمان دیگر گوش می‌کنند و از آنها تاثیر می‌پذیرند. سوم اینکه، مقیمان مجموعه‌ای از روابطی را ایجاد می‌کنند که با مقیمان دیگر در گروه کار و زندگی می‌کنند، که این روابط اعتماد و صمیمیت آنها را افزایش می‌دهد. بنابراین افراد در درمان‌های قبلی بدون قرار گرفتن در گروه درمانی و بیان احساسات و مشکلات عمده روند

^۱Levin

درمان در موقعیت پر خطر قرار گرفته و دوباره بازگشت داشته اند، ولی قواعد اصلی در همه گروه‌های TC ثابت و یکسان است و از پویایی خاصی برخوردار است، درحالی که قوانین فرعی بسته به گروه یا برنامه خاص، تغییر می‌کند. یکی از اهداف اصلی هر گروهی (مواجهه، رویارویی، مارا تن، T و...)، فراهم کردن شکلی از خود افشایی و بیان آزادانه عواطف، چه مثبت و چه منفی بدون احتمال خطر آشفتگی اجتماعی یا آسیب فردی است. شرکت کنندگان در گروه باید احساس امنیت فیزیکی و روانی بکنند و به خود فرایند گروه اطمینان داشته باشند. بنابراین، قوانین اصلی امنیت و پویایی در همه گروه‌های برنامه حاکم است.

فرضیه های تحقیق

بنظرمی رسد بین افزایش میزان برچسب از جامعه و عود اعتیاد رابطه معنادار وجود دارد.
بنظر می رسد بین افزایش میزان جامعه پذیری مجدد و کاهش عود اعتیاد رابطه معنادار وجود دارد.
بنظر می رسد بین انزوا طلبی و عود اعتیاد رابطه معنادار وجود دارد.
بنظر می رسد بین رفتارهای لذت بخش مواد و عود اعتیاد رابطه معنادار وجود دارد.
بنظر می رسد بین درمانهای گروهی و عود اعتیاد رابطه معنادار وجود دارد

روش تحقیق:

برای بررسی نقش درمانهای گروهی در کاهش دفعات بازگشت معتادان به مصرف مجدد مواد (عود) از روش پیمایشی با ابزار پرسشنامه استفاده شده است. تعداد ۲۸۳ نفر به عنوان نمونه با استفاده از فرمول کوکران از جامعه آماری ۶۲۴ نفری معتادانی که حداقل یک بار سابقه ترک اعتیاد داشتند و برای درمان اعتیاد خود به مرکز اجتماع درمان مدار شهر خمین مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. شیوه نمونه گیری به صورت تصادفی ساده بود. به این صورت که اسامی افراد نمونه از فهرست کل معتادان قرعه کشی شد و افراد نمونه انتخاب شده و پرسشنامه را تکمیل کردند.

تجزیه و تحلیل یافته ها و داده ها:

در این پژوهش نیز محقق بر اساس سوالات و فرضیات تحقیق به ارائه داده توصیفی و استنباطی می پردازد. برای ارائه و تحلیل داده ها به شکل توصیفی و استنباطی از نرم افزار SPSS استفاده شده است.

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دو شکل توصیفی و استنباطی انجام می گیرد. در شکل توصیفی محقق به گزارش اطلاعات توصیفی نظیر میانگین ها، انحراف معیارها؛ درصد ها و... می پردازد.

آمار توصیفی آزمون:

نقش عامل برجسب زنی در مصرف مواد: بر این اساس میانگین ۱۹/۰۵، واریانس ۹/۰۴، انحراف معیار، ۳/۰۰، دامنه ۱۵، بالاترین نمره، ۲۵ و پایین ترین نمره ۱۰ گزارش شد. همچنین تعداد افرادی که بالاترین نمره را گرفته اند، یعنی به تمامی سوالات مربوط به عامل برجسب کاملاً موافق را انتخاب کرده بودند (به بدین معناست که افراد عامل برجسب را در عود بسیار مهم قلمداد می کنند) ۱۹ نفر می باشد. و ۵/۱ درصد کل جمعیت را تشکیل می دهند. و نیز تعداد افرادی که افرادی که پایین ترین نمره را گرفته اند یعنی به تمامی سوالات مربوط به این عامل گزینه کاملاً مخالف را انتخاب کرده بودند ۲ نفر می باشد که ۵/۵ درصد کل افراد را تشکیل می دهند.

فرایند جامعه پذیری مجدد: میانگین بدست آمده ۲۱/۱۵ می باشد. همچنین واریانس، ۳/۵۶، انحراف معیار، ۱/۸۸، دامنه، ۱۱، بالاترین نمره، ۲۵ و پایین ترین نمره ۱۴ به دست آمد. همچنین فراوانی بالاترین نمره ۱۰ که ۲/۷ درصد کل افراد می باشد. و فراوانی پایین ترین نمره ۲ می باشد، که ۵/۵ درصد کل افراد را تشکیل می دهد.

انزو و طلبی: میانگین و واریانس به ترتیب ۱۵/۲۵ و ۳/۵۶ گزارش شد. همچنین میزان انحراف معیار ۲/۲۶، دامنه ۱۰، بالاترین نمره، ۲۰ و پایین ترین نمره ۱۰ به دست آمد. فراوانی بالاترین نمره ۱۲ و فراوانی پایین ترین نمره ۲ می باشد. همچنین درصد فراوانی بالاترین نمره ۳/۲ درصد و درصد پایین ترین نمره ۵/۵ درصد می باشد.

رفتارهای لذت بخش: میانگین به دست آمده، ۱۷/۹۲، واریانس، ۳/۳۹، انحراف معیار ۱/۸۴، دامنه، ۸، بالاترین نمره، ۲۰ و پایین ترین نمره ۱۲ گزارش شد. همچنین فراوانی بالاترین نمره ۵۶ و فراوانی پایین ترین نمره ۶ می باشد. درصد فراوانی بالاترین نمره ۱۵/۱ درصد و پایین ترین نمره ۱/۶ درصد می باشد.

درمانهای گروهی: همچنین میزان میانگین ۲۳/۳۲، واریانس ۴/۲۶، انحراف معیار، ۲/۰۶، دامنه، ۱۲، بالاترین نمره ۲۵ و پایین ترین نمره ۱۳ گزارش شد. همچنین فراوانی بالاترین نمره ۱۰۶ و فراوانی پایین ترین نمره ۴ می باشد. درصد فراوانی بالاترین نمره ۲۸/۵ درصد و پایین ترین نمره ۱/۱ درصد می باشد.

آمار استنباطی (تجزیه و تحلیل استنباطی داده ها)

در تحقیق، اغلب نیازمند آن هستیم که از توصیف داده ها فراتر رویم. یعنی بعد از انجام مشاهده های لازم در مورد گروه نمونه، برای آنکه یافته های خود را به کل جامعه آماری، که گروه نمونه از آن انتخاب شده است، تعمیم دهیم، از استقراء یا استنباط و تکنیکهای آمار استنباطی استفاده می کنیم (دانالد و دیگران، ۱۳۸۰).

ضریب پیرسون در خصوص عامل برچسب:

رابطه بین عامل برچسب زنی از سوی جامعه و بازگشت مجدد به سمت مواد را بر اساس جدول ۶ می توان نشان داد. لازم به ذکر است در این تحقیق برای تحلیل رابطه بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است

جدول شماره (۱) رابطه بین عامل برچسب زنی و بازگشت به سمت مواد

همبستگی	میانگین	انحراف معیار	I پیرسون	سطح معنی داری
عود مجدد	۲/۲۶	۰/۹۶	۰/۳۵۹	۰/۰۰۰
برچسب زنی از طرف جامعه	۱۹/۰۵	۳/۰۰		

همانگونه که جدول فوق نشان می دهد میانگین عود ۲/۲۶ و برچسب زنی از طرف جامعه ۱۹/۵۰ می باشد. انحراف معیار در عود مجدد ۰/۹۶ و در برچسب زنی ۳ می باشد. ضریب همبستگی پیرسون ۰/۳۵۹ و سطح معنی داری $P < ۰/۰۰۰$ می باشد. داده ها بیانگر این امر هستند که میان برچسب زنی از سوی جامعه و بازگشت به سمت مصرف مواد (عود مجدد) رابطه وجود دارد. عبارت دیگر بین افزایش میزان برچسب زنی از سوی جامعه و بازگشت مجدد به سمت مصرف مواد رابطه مثبت وجود دارد. هر چقدر میزان برچسب زنی افزایش یابد بازگشت مجدد به سمت عود نیز افزایش می یابد.

ضریب پیرسون در خصوص عامل جامعه پذیری مجدد:

جدول شماره (۲) داده های مربوط به ضریب همبستگی پیرسون در رابطه با عامل جامعه پذیری و میزان عود مجدد

همبستگی	میانگین	انحراف معیار	I پیرسون	سطح معنی داری
عود مجدد	۲/۲۶	۰/۹۶	-۰/۱۳۵	۰/۰۲۳
جامعه پذیری	۲۱/۱۵	۱/۸۸		

براساس جدول بالا میانگین به دست آمده از عود مجدد ۲/۲۶ و میانگین جامعه پذیری ۲۱/۱۵ می باشد. انحراف معیار در عود مجدد ۰/۹۶ گزارش شده است و این مقدار در جامعه پذیری ۱/۸۸ می باشد. میزان ضریب I پیرسون ۰/۱۳۵- است و سطح معنی داری گزارش شده ۰/۲۳ می باشد. بدین ترتیب گزارش می شود که در سطح ۹۵ درصد اطمینان میان نقش عامل جامعه پذیری مجدد در کاهش عود رابطه وجود دارد. بدین ترتیب که هر چقدر میزان جامعه پذیری بالاتر باشد، احتمال عود مجدد در افراد نیز کاهش می یابد. بدین ترتیب میان جامعه پذیری و کاهش عود مجدد رابطه معناداری وجود دارد.

آزمون پیرسون در خصوص عامل انزوا طلبی:

جدول شماره (۳) داده های مربوط به ضریب همبستگی پیرسون در رابطه با عامل انزوا طلبی و عود مجدد

همبستگی	میانگین	انحراف معیار	I پیرسون	سطح معنی داری
عود مجدد	۲/۲۶	۰/۹۶	۰/۳۴۲	۰/۰۰۰
انزوا طلبی	۱۵/۱۵	۲/۲۱		

بر اساس جدول فوق میانگین و انحراف معیار در رابطه با عود مجدد به ترتیب ۲/۲۶ و ۰/۹۶ می باشد، این مقادیر در مورد انزوا طلبی ۱۵/۱۵ و ۲/۲۱ می باشد. همچنین مقدار I پیرسون در مورد رابطه این دو متغیر ۰/۳۴۲ می باشد و سطح معنی داری $p > ۰/۰۰۰$ گزارش شد. بدین ترتیب گزارش می شود که با ۹۹ درصد اطمینان میان عامل انزوا طلبی و بازگشت مجدد به سمت مصرف مواد رابطه معناداری وجود دارد. بدین ترتیب می توان اذعان داشت با افزایش گرایش انزوا طلبی در افراد معتاد، احتمال دوباره بازگشت آنان به سمت مصرف مواد نیز افزایش می یابد.

آزمون پیرسون در خصوص عامل رفتارهای لذت بخش:

جدول شماره (۴) داده های مربوط به ضریب همبستگی پیرسون در رابطه با عامل رفتارهای لذت بخش و عود

همبستگی	میانگین	انحراف معیار	I پیرسون	سطح معنی داری
عود مجدد	۲/۲۶	۰/۹۶	۰/۴۷	۰/۴۳۱
رفتارهای لذت طلبی	۱۷/۹۲	۱/۸۴		

بر اساس جدول فوق، میانگین و انحراف معیار در رابطه با عود مجدد به ترتیب ۲/۲۶ و ۰/۹۶ می باشد، این مقادیر در مورد رفتارهای لذت بخش ۱۷/۹۲ و ۱/۸۴ می باشد. میزان ضریب همبستگی به دست آمده ۰/۴۷ می باشد و سطح معنی داری نیز $P < ۰/۴۷$ می باشد. همانگونه که مشاهده می

شود میان دو متغیر رفتارهای لذت طلبی و بازگشت مجدد به سمت مصرف مواد رابطه معناداری وجود ندارد.

آزمون پیرسون در خصوص عامل درمانهای گروهی:

جدول شماره (۵) داده های مربوط به ضریب همبستگی پیرسون در رابطه با درمان های گروهی و بازگشت دوباره به سمت مصرف مواد

همبستگی	میانگین	انحراف معیار	I پیرسون	سطح معنی داری
عود مجدد	۲/۲۶	۰/۹۶	-۰/۱۸۳	۰/۰۰۲
درمان های گروهی	۲۳/۳۲	۴/۲۶		

بر اساس جدول فوق میانگین عدم مصرف مواد ۲/۲۶، انحراف معیار، ۰/۹۶، و در مورد درمان های گروهی میانگین ۲۳/۳۲، انحراف معیار ۴/۲۶ می باشد. میزان ضریب همبستگی به دست آمده ۰/۱۸۳ می باشد و سطح معنی داری نیز $P > -0.183$ می باشد. بنابراین با ۹۹ درصد اطمینان می توان گفت که میان درمان های گروهی و کاهش دوباره مصرف مواد رابطه معناداری وجود دارد. منتهی این رابطه در جهت منفی است. به عبارت دیگر به موازات افزایش شرکت در درمان های گروهی میزان عود مجدد و بازگشت به سمت مصرف مواد کاهش می یابد.

بحث و نتیجه گیری

سوء مصرف و اعتیاد به مواد مخدر تغییر دهنده خلق و خو و رفتار یکی از بارزترین آسیب های روانی - اجتماعی است که به راحتی می تواند بنیان زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک کشور را سست کند و پویایی های انسانی آن را به مخاطره اندازد و امکانات مادی و معنوی آن را تباه سازد. سوء مصرف مواد و وابستگی و اعتیاد به آن اختلالی پیچیده است که با علل و آثار زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی همراه است. درهم پیچیدگی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی این گرفتاری و معضل را به یکی از پیچیده ترین مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی تبدیل کرده است. معمولاً هنگامی که فرد معتادی مواد را مصرف نکند و یا در افرادی که اعتیاد خود را ترک کرده اند، اشتیاق و ولع و نیاز روانی شدیدی به مصرف ماده مورد نظر خود وجود دارد. این اشتیاق گاهی مستقیماً باعث مصرف مجدد می شود و گاهی نیز در اثر مقاومت فرد فقط به صورت گرایش به هر یک از عوامل شروع کننده فرآیند عود بروز می نماید. بنابراین حلقه ی معیوبی میان ولع عامل گرایش به عامل شروع کننده و عوامل شروع کننده عامل ولع ایجاد می شود و هر دوی این حالات باعث عود می شود. در نهایت محقق

می خواهد بداند از لحاظ جامعه شناختی چه عوامل اجتماعی باعث مصرف مجدد موادر افراد می شود و راهکارهای جامعه شناختی این مساله چیست؟ همچنین مرکز اجتماع درمان مدار (TC) چه رویکرد درمانی برای حل این معضل بزرگ ارائه می دهد؟

در تحقیق حاضر بعد از بررسی رویکرد برچسب، کنش متقابل نمادین، انزوا طلبی، مبادله و نظریه پویایی گروهی، همچنین بررسی تحقیقات صورت گرفته در ایران و جهان به تحلیل جامعه شناختی عوامل بازگشت به اعتیاد پرداخته شده است. داده های منتج از تحقیق پیمایشی و مبتنی بر تکنیک پرسشنامه بوده و بر پایه رویکرد نظری تحلیل و تنظیم شده است.

بررسی فرضیه اول بدین صورت مطرح شد بین افزایش میزان برچسب از جامعه و عود رابطه وجود دارد

از دیدگاه نظریه برچسب زنی متغیر نگرش و برچسب بر بازگشت و عود به اعتیاد تاثیر دارد. کسانی که خودپنداره مثبتی از اعتیاد دارند دفعات بیشتری بازگشت نموده اند که با تحقیقات پیشین همخوانی دارد (دین محمدی و دیگران، ۱۳۸۶؛ امینی و دیگران، ۱۳۸۲) بین برچسب و ابعاد آن با دفعات بازگشت به اعتیاد رابطه معنا دار مستقیم وجود دارد که این نتیجه با نظریه برچسب همخوانی دارد

بررسی فرضیه دوم بین افزایش میزان جامعه پذیری مجدد و کاهش عود رابطه وجود دارد در نظریه کنش متقابل نمادین در بررسی رابطه متغیرهای کنش، من فردی و من اجتماعی و فرایند جامعه پذیری مجدد با بازگشت مجدد به اعتیاد معلوم شد که با افزایش میزان فرایند اجتماعی شدن مجدد معتادان پس از ترک اعتیاد، دفعات بازگشت آنان به اعتیاد کاهش می یابد. نتایج آزمون نشان می دهد که در سطح ۹۵ درصد اطمینان میان نقش عامل جامعه پذیری مجدد در کاهش عود رابطه وجود دارد.

بررسی فرضیه سوم بدین صورت مطرح شد بین انزوا طلبی و عود رابطه وجود دارد نتایج تحقیق نشان داد که متغیرهای انزوا اجتماعی و سرخوردگی با دفعات بازگشت به اعتیاد رابطه معنادار دارد. این رابطه با ۹۵٪ اطمینان بدست آمد. افراد بعد از ترک، بدلیل فاصله ای که قبلا از جامعه گرفتند و طرد شدند، نمی توانند رابطه ای مطلوب با جامعه برقرار کنند و بخاطر دریافت برچسب و انگ، دوباره از جامعه فاصله می گیرند و به افرادی درخود فرو رفته و انزوا طلب تبدیل می شوند. این درخود فرو رفتگی باعث ایجاد سرخوردگی و احساس نارضایتی از

جامعه و اطرافیان می شود. بطوریکه جدا شدن از اجتماع و عدم تعامل با جامعه باعث ایجاد این تفکر می شود که تنها راه برون رفت از این تنهایی، پناه بردن به مصرف دوباره مواد می باشد. **بررسی فرضیه چهارم** بدین صورت مطرح شد بین رفتارهای لذت بخش و عود رابطه وجود دارد. نتایج بدست آمده از آزمون این فرضیه نشان داد که متغیرهای لذت طلبی و پاداش با عود مجدد رابطه ندارد و سطح معنی داری آن پایین می باشد. این فرضیه در قالب رفتارگرایی مطرح شده بود که رفتارهای انسانها مدام در حال تغییر است. نتایج تحقیق نشان داد که رفتارهای افراد را نمی شود پیش بینی کرد و افراد بعد از درمان سعی می کنند موقیعت های پر خطر را شناسایی نموده و از حضور در آنجا و انجام رفتارهای لذت بخش خودداری کنند.

بررسی فرضیه پنجم بدین صورت مطرح شد بین درمانهای گروهی و عدم بازگشت به مواد رابطه وجود دارد. نتایج بدست آمده از آزمون نشان داد که متغیرهای درمان گروهی، پویایی گروهی و انسجام گروهی در عدم ایجاد عود رابطه معنا دار دارد. که با ۹۹٪ اطمینان این فرضیه تایید شده است

در نهایت می توان خاطر نشان نمود که همه عوامل بازگشت به اعتیاد دارای تاثیرند. لذا نگاه جامع با استفاده از نظریات بیشتر تبیین موفق تری ارائه می کند. نتیجه کاربردی اینکه برای کاهش بازگشت به اعتیاد باید از دیدگاه های گوناگون به مساله بازگشت به اعتیاد نگاه کرد. از این رو اهمیت و جایگاه درمانهای گروهی بیش از پیش احساس می شود.

- گسترش مراکز T.C در تمامی شهرهای کشور.

- حمایت مالی جهت توسعه فرایند علمی در زمینه درمان بهتر.

- تشویق بیماران اعتیاد جهت گذراندن یک دوره درمان T.C.

- اهمیت دادن به درمانهای گروهی و غیر دارویی در بین بیماران.

- آگاه سازی و آموزش خانواده ها جهت تشویق بیماران خود برای درمان گروهی.

- نهادینه کردن درمانهای گروهی با رویکرد آموزش اجتماع محور (CB).

- افزایش انگیزه ی بیمار برای حفظ پرهیز از مواد.

- حذف رفتارهای ضد اجتماعی بیمار و بهبود روابط اجتماعی او.

- کمک به ارتقاء عملکردهای متنوع و مختلف فرد در زندگی.

- بهبود روابط فرد با افراد فامیل، دوستان و اطرافیان.

- بهبودی دوباره‌ی عملکرد حرفه‌ای فرد در جامعه.
- کسب مهارت‌های لازم در مواجهه با مشکلات زندگی برای مقاومت در برابر وسوسه‌ی مصرف مواد.

منابع

۱. بخارایی، احمد (۱۳۸۶). جامعه‌شناسی انحرافات در ایران، تهران، انتشارات پژوهش‌های جامعه، چاپ اول.
۲. بهروان، حسین، میرانوری، سیدعلیرضا، (۱۳۸۸) مقاله تحلیل جامعه‌شناختی بازگشت مجدد معتادان به اعتیاد در مرکز اجتماع درمان مدار مشهد.
۳. پوستی، سعیده، **اعتیاد به مواد مخدر از دیدگاه جامعه‌شناسی**، روزنامه اطلاعات، شماره ۲۳۶۰۸ به تاریخ ۸۵/۲/۳، صفحه ۱۱ (خانواده و اجتماع)
۴. توسلی، غلامعباس (۱۳۸۵) - **نظریه‌های جامعه‌شناسی**. تهران: انتشارات سمت چاپ دوازدهم
۵. دی لئون، جرج، **اجتماع درمان مدار جامع‌ترین روش درمان اعتیاد**. (علی اکبر ابراهیمی ۱۳۸۱، مترجم) انتشارات کنکاش.
۶. ریتزر، جورج، **نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر**. (محسن ثلاثی، ۱۳۸۴، مترجم) انتشارات چاووشگران نقش.
۷. ستوده، هدایت اله (۱۳۸۹)، **آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات)** تهران، انتشارات آوای نور، چاپ بیست و یکم.
۸. ساروخانی، باقر (۱۳۷۲)، **روش تحقیق در علوم اجتماعی**، تهران، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
۹. صدیق سروسستانی، رحمت اله (۱۳۸۸). **آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی)**، تهران: انتشارات سمت.
۱۰. فورسایت، دانلسون (۱۹۵۳)، **پویایی گروه (شناخت و سنجش)**، (جعفرنجفی زند، حسن پاشا شریفی ۱۳۸۰، مترجمین)، تهران: نشر دوران.
۱۱. گلشن فومنی، محمدرسول (۱۳۸۹)، **روانشناسی پویایی گروه**، چاپ پانزدهم، تهران: انتشارات پیام نور.
12. Drewes, Athena A. (2009) *blending play therapy with cognitive behavioral therapy*, published by jonwily & sons inc. hoboken, new jersey.

A survey about the factors affecting the prevention of relapse of addiction based on therapeutic community approach in Khomein city 2010-2011

Dr. Masoumeh Motlaq¹
Dr. Hossein Hadavi²
Davoud Assadi³

Abstract

This article attempts to examine the factors affecting the prevention of relapse of addiction based on therapeutic community approach in Khomein city. The theoretical framework considered with some theories like labeling, socialization, isolation, and reward system and group dynamism with the stand point of a variety of scientific

¹ Faculty member ,Islamic Azad university ,Arak Branch

² Faculty member ,Islamic Azad university ,Arak Branch

³ M.A student of sociology ,Islamic Azad university ,Arak Branch

theories, also brought in. this is a survey –documentary research and the questionnaire is used to collect data .the sample size was 283 people based on Cronbach’s formula who were selected through random sampling among T.C center. Having gathered the data, SPSS software is used for data processing with Pearson and Spearman Test. The results show that there are significant relationships between labeling, socialization, isolation and group therapy with the reduction of relapse but there is no significant relationship between enjoyable behavior and relapse.

Key words: group therapy, therapeutic community, group, relapse