

بررسی علل ورود به درمان اقامتی پرهیزمدار یک ماهه در بین درمانجویان مرد مصرف کننده کراک: یک گزارش کوتاه

مسعوده باباخانیان^۱، سحر مرادی^۲، زهرا علم مهرجردی^۳، نعمت ستوده^۴

دریافت مقاله: ۹۰/۱۲/۲ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۱/۴/۱۸ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۱/۸/۳ پذیرش مقاله: ۹۱/۸/۹

چکیده

زمینه و هدف: درمان پرهیزمدار اقامتی یک ماهه به عنوان یک درمان فراگیر برای وابستگی به مواد مخدر در کشور ایران مطرح است، لیکن مطالعات ناچیزی در رابطه با علل گزینش این درمان صورت پذیرفته است. از این رو پژوهش حاضر، با هدف بررسی علل ورود به این درمان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش مقطعی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و با مراجعه حضوری به مرکز اقامتی راهی به سوی نور در شرق تهران، روی ۸۱ نفر مرد مصرف‌کننده کراک انجام شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک، جزئیات مربوط به مصرف مواد و رفتارهای مخاطره آمیز بر اساس مقیاس شدت اعتیاد، با آن‌ها مصاحبه حضوری در رابطه با علل درگیر در ورود به درمان اقامتی صورت پذیرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج داده‌های به دست آمده نشان‌دهنده تأثیر داشتن تجربه مثبت پیشین درمان اعتیاد با این روش درمانی ۵۸ نفر (۷۱/۶٪) دیدن موفقیت دیگران در این روش درمان ۳۳ نفر (۴۰/۷٪) وجود گروه درمانی معنویت مدار در طی درمان ۲۷ نفر (۳۳/۳٪) درمان طبیعی و فاقد استفاده از داروی شیمیایی ۲۱ نفر (۲۵/۹٪) وجود محیط عاری از مواد در طی دوره درمان ۲۰ نفر (۲۴/۷٪) عدم موفقیت در سایر درمان‌های اعتیاد ۱۶ نفر (۱۹/۷٪) هزینه کم درمان ۱۱ نفر (۱۳/۶٪) و میل به تجربه این نوع از درمان ۴ نفر (۴/۹٪) بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های حاصل از این تحقیق، مبین خصایص ترغیب‌کننده درمانی هم‌چون درمان طبیعی و معنوی است که می‌تواند عوامل انگیزشی خوبی برای ورود به درمان باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان اقامتی، کراک، علل گزینش

- ۱- کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، بیمارستان برادران رضایی دامغان، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
تلفن: ۰۲۳۲-۵۲۳۵۱۱۱، دورنگار: ۰۲۳۲-۵۲۴۲۹۹۰، پست الکترونیکی: Babakhanian.m@gmail.com
- ۲- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
- ۳- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۴- دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

انگیزه‌های درگیر در ورود به این درمان، می‌تواند در بهبود و ارتقاء کم و کیف این درمان کمک‌کننده باشد. از این رو مطالعه مقدماتی حاضر با هدف بررسی علل گزینش درمان اقامتی اجراء شده است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی، نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس و با تکیه بر اصل رسیدن به اشباع اطلاعات صورت پذیرفته است. در زمان انجام مطالعه از ۱۱۰ نفر بیمار، ۸۱ نفر شرایط ورود به مطالعه را داشتند و داوطلبانه قبول نمودند که مورد مصاحبه قرار گیرند. بنابراین، نمونه آماری، شامل ۸۱ درمانجوی مرد وابسته به هرویین کراک در ردیف سنی ۴۰-۱۸ سال می‌باشد که با استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس و با مراجعه حضوری از مرکز اقامتی مؤسسه راهی به سوی نور در شرق تهران در سال ۱۳۸۸ انتخاب و مورد مصاحبه حضوری قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه، عبارت بودند از: حداقل سن ۱۸ سال، داشتن معیارهای وابستگی به کراک تدخینی، عدم ابتلاء به بیماری شدید جسمانی و روان پزشکی. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند: از وجود علائم مسمومیت یا تحمل مواد و مصرف سایر مواد در زمان ورود به درمان. لازم به ذکر است که پروتکل این مطالعه توسط دانشگاه علوم پزشکی تهران تصویب گردید. مطابق با پروتکل مطالعه، ابتدا فرم رضایت‌نامه کتبی شرکت در مطالعه، توسط درمانجویان امضاء شد. سپس اطلاعات دموگرافیک بیماران در بخش داده‌های جمعیت شناختی، تاریخچه مصرف مواد و رفتارهای مخاطره‌آمیز مطابق با نمایه جهانی شاخص شدت اعتیاد [۴] جمع‌آوری گردید.

اگرچه در طی چند سال گذشته پوشش درمان اقامتی پرهیز مدار یک ماهه در کشور ایران گسترش یافته است، لیکن توجه علمی کمی به این درمان صورت پذیرفته است. مطالعات نشان می‌دهد که سابقه درمان اقامتی در دنیا به سال ۱۹۸۵ میلادی و فعالیت خانه بهبودی سینانان و پس از آن خانه‌های بهبودی فونیکس و اودسی در آمریکا باز می‌گردد [۱]. لیکن علی‌رغم متداول شدن این درمان در دنیا، در ارتباط با ترجیح بسیاری از معتادین به درمان با این شیوه، مطالعات زیادی وجود ندارد.

در یک مطالعه که توسط اداره مواد آمریکا در پورتوریکو در سال ۱۹۹۷ شروع شد و تا سال ۲۰۰۵ ادامه یافت، مشخص شد که این کشور در زمینه درمان اعتیاد، نتایج خوبی را داشته است و نتایج این مطالعه، نشان داد که در این کشور، ۷۵٪ از معتادان توسط سیستم درمان اقامتی درمان شدند [۲]. همچنین، آژانس ملی خدمات درمانی بریتانیا، در سال ۲۰۰۶ طبق یک بررسی پیمایشی، به این نتیجه رسید که سوء مصرف‌کنندگان مواد و الکل، درمان اقامتی را به عنوان بهترین شیوه درمان معرفی نمودند [۳]. اگرچه در طی چند سال گذشته به نظر می‌رسد که درمان اقامتی در بستر اجرای گروهی و معنویت محور درمان و همراهی گروه‌های هم‌تا، موفقیت چشمگیری نشان داده است و گسترش آن در سطح کشور بیانگر پذیرش بالای اجتماعی آن است، با این وجود، هنوز مطالعات جدی بر روی این درمان صورت نپذیرفته است و در ابتدای‌ترین قدم، حتی هنوز مشخص نیست که درمانجویان طالب این درمان، با چه انگیزه‌هایی وارد این درمان می‌گردند. این در حالی است که شناسایی

رجوع خود به این درمان ذکر نمودند. نتایج نشان داد که وجود گروه درمانی معنویت‌مدار در طی درمان برای ۲۷ نفر (۳۳/۳٪)، درمان طبیعی و فاقد استفاده از داروی شیمیایی برای ۲۱ نفر (۲۵/۹٪)، وجود محیط عاری از مواد در طی دوره درمان برای ۲۰ نفر (۲۴/۷٪)، عدم موفقیت در سایر درمان‌های اعتیاد برای ۱۶ نفر (۱۹/۷٪)، هزینه کم درمان برای ۱۱ نفر (۱۳/۶٪) و میل به تجربه این نوع از درمان برای ۴ نفر (۴/۹٪) در رتبه‌های بعدی قرار داشتند.

بحث

نتایج این بررسی نشان داد که تجربه پیشینی که درمان جویان، در رابطه با درمان داشته‌اند، مهم‌ترین عامل انگیزشی درونی در گرایش مجدد آنان، به این نوع از درمان بوده است. این مسأله نشان‌دهنده آن است که داشتن آگاهی و دانش نسبت به یک درمان، چنان در انتخاب مجدد آن درمان می‌تواند مهم باشد که انتخاب سایر درمان‌ها را تحت‌الشعاع خود قرار دهد. بنابراین، این یافته گویای آن است که اطلاع‌رسانی درست در جامعه در رابطه با درمان اقامتی می‌تواند کمک شایانی باشد. در تأیید این نظر، نتایج مطالعه Weisner، بر روی گروهی از مصرف‌کنندگان الکل نشان داد که تجربه پیشین مثبت درمانی در بین مصرف‌کنندگان وابسته به الکل، عامل مهمی برای توقف مصرف و ورود به درمان بوده است [۶].

نتایج این پژوهش نشان داد که مشاهده موفقیت دیگران در درمان اقامتی عامل انگیزشی بیرونی تأثیرگذاری در گزینش این درمان بوده است. این نتیجه پژوهشی مبین آن است که مشاهده پیامدها و آثار مثبت

پایایی این آزمون در مطالعات مختلف بین ۸۷٪-۹۰٪ و روایی آن ۸۱٪-۹۲٪ گزارش شده است [۵]. پس از جمع‌آوری داده‌های پایه، مصاحبه حضوری با هر بیمار در رابطه با علل درگیر در گزینش درمان اقامتی صورت پذیرفت و از روش‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار برای گزارش داده‌ها استفاده گردید.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سنی افراد مورد مطالعه ۳۳±۶/۱ سال بود. اکثریت مصاحبه شونده‌گان، یعنی تعداد ۴۳ نفر (۵۳/۱٪) متأهل و بقیه، مجرد و مطلقه بودند. از لحاظ وضعیت تحصیلات، اکثریت درمانجویان ۵۱ نفر (۶۳٪)، دیپلم بوده و ۲۸ نفر ابتدایی (۳۴/۶٪) و مابقی یعنی ۲ نفر (۲/۴٪) بالاتر از دیپلم بودند. اکثریت درمانجویان یعنی ۶۷ نفر (۸۲/۷٪) با خانواده زندگی می‌کردند و ۵۲ نفر (۶۴/۲٪) فاقد شغل بودند. میانگین و انحراف معیار سن شروع مصرف کراک ۲۹±۵/۷ سال بود.

میانگین و انحراف معیار سال‌های اعتیاد ۳±۱/۶ سال بود. از لحاظ سابقه رفتارهای مخاطره‌آمیز، تعداد قابل توجه‌ای از درمانجویان یعنی ۳۸ نفر (۴۶/۹٪)، دارای رفتار جنسی مخاطره‌آمیز در طول عمر بودند و تعدادی از آنها یعنی ۱۲ نفر (۱۴/۸٪)، دارای رفتار جنسی مخاطره‌آمیز در ماه پیش از ورود به درمان بودند.

در رابطه با علل گزینش درمان اقامتی، اکثریت درمانجویان یعنی ۵۸ نفر (۷۱/۶٪) آن‌ها داشتن تجربه شخصی مثبت درمان به شیوه درمان اقامتی در گذشته ۳۳ نفر (۴۰/۷٪) و مشاهده موفقیت نزدیکان و دوستان معتاد خود در این درمان را به عنوان مهم‌ترین عوامل

یک درمان در سایر افرادی که در وضعیت یکسانی با فرد معتاد به سر می‌بردند، می‌تواند نقش مشوق را بازی نماید. در حقیقت، موفقیت دیگران در درمان اقامتی، منجر به الگوبرداری مشاهده‌ای و پیمودن همان مسیر توسط درمان‌جویان شده بود. نتایج این پژوهش در این قسمت، همگام با یافته‌های مطالعه Grella بر روی گروهی از سوء مصرف‌کنندگان مواد زن و مرد است که نشان داد که مشاهده موفقیت دیگران در درمان، عامل انگیزشی مهمی برای مردان در ورود به درمان است [۷].

یکی از یافته‌های مهم این پژوهش وجود مجموعه‌ای از خصایص مثبت در درون درمان بود که کمتر در سایر شیوه‌های درمانی دیده می‌شود. تعدادی از مصاحبه شونده‌گان گزارش نمودند که وجود گروه درمانی معنویت‌مدار که به آن‌ها انگیزه مقاومت در برابر اعتیاد می‌داد، عامل با ارزشی برای رجوع به این درمان بوده است. این یافته مبین آن است که بسیاری از درمان‌جویان در غلبه بر وسوسه، نیازمند نیروی معنوی و ایمان‌مداری بوده و درمان اقامتی، چنین نیازی را پاسخگو بوده است.

در کنار این مسأله، مصاحبه شونده‌گان گزارش نمودند که در بدو ورود به درمان تمایل داشتند تا تأثیرات جسمی مواد به تدریج و بدون استعمال دارو از بدن آنان دفع شود. آنها گزارش نمودند که در ابتدا، بر این باور بودند که با تحمل درد، باید درمان را به سختی به دست آورده تا ارزش آن را بدانند و در حفظ آن بکوشند و افرادی که با مصرف دارو و بدون تحمل پیامدهای جسمی و روحی، اعتیاد را رها می‌کنند، برای مدت طولانی نمی‌توانند آن را حفظ نمایند. علاوه بر این، وجود محیط فاقد مواد، تحت نظارت و هزینه کم درمان و میل به تجربه این درمان نیز

از خصایص دیگر درمان اقامتی از دید درمان‌جویان بود که به عنوان عوامل انگیزشی تأثیرگذار در ورود به درمان از آن یاد نمودند.

آن‌ها گزارش کردند که محصور شدن آنان، برای یک مدت مشخص در فضای بسته که رابطه آنان را با فروشندگان و مصرف‌کنندگان مواد، قطع کرده بود، زمانی را برایشان فراهم ساخته بود که بدون مصرف هیچ‌گونه ماده‌ای زندگی کنند و این امر در بدو ورود به درمان تشویق‌کننده بوده است.

نتایج این قسمت از پژوهش، تأییدکننده این نکته است که در ابتدای ورود به درمان می‌توان با برشمردن این خصایص مثبت درمانی به افراد متقاضی درمان، آنان را برای ورود به درمان تشویق نمود. وجود این نکات مثبت درمانی همگام با یافته‌های Gabriel و همکاران است که در پژوهش خود بر روی گروهی از مصرف‌کنندگان هرویین نشان دادند که وجود برخی از خصایص برخاسته از درون درمان اقامتی، همانند جلسات گروه درمانی منسجم، هزینه کم و محیط فاقد مواد می‌تواند در ترغیب درمان‌جویان برای ورود به درمان رهگشا باشد [۸].

یافته‌های این پژوهش همچنین مؤید آن بود که عدم موفقیت در سایر درمان‌ها، علت عمده‌ای در رجوع به درمان اقامتی بوده است. این یافته پژوهشی تأییدکننده آن است که درمان اقامتی در مواقعی که درمان‌جویان از تجربه طیف وسیعی از درمان‌ها ناامید شده‌اند می‌تواند کمک‌کننده باشد و آن‌ها را به درمان سوق دهد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این تحقیق، مبین خصایص ترغیب‌کننده درمانی هم چون درمان طبیعی و معنوی

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی پژوهشگرانی که در امر جمع‌آوری داده‌ها و انجام مصاحبه‌ها ایشان را یاری کردند، بویژه آقای محمود زمانی و آقای علی‌مهرابی روانشناسان مرکز درمان اقامتی راهی به سوی نور، تشکر و قدردانی نمایند.

است که می‌تواند عوامل انگیزشی خوبی برای ورود به درمان باشد. لیکن نیاز فزاینده جامعه به اطلاع‌رسانی وسیع در رابطه با این درمان الزامی می‌باشد که پیشنهاد می‌گردد از طریق برنامه‌های آموزشی در رسانه‌های گروهی صورت پذیرد.

References

- [1] Humphreys K. Alcoholics Anonymous and 12-step alcoholism treatment programs. In *Recent Developments in Alcoholism, Volume 6: Research on Alcoholism Treatment*. Galanter M, ed. New York: Kluwer Academic Plenum Publishers 2003; 16, 149-64.
- [2] Fiorentine R, Hillhouse MP. Exploring the additive effects of drug misuse treatment and twelve-step involvement: Does twelve-step ideology matter? *Substance Use Misuse* 2000; 35:367-9.
- [3] NTA (2006) Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers: Update 2006. London: National Treatment Agency.
- [4] McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, et al. The 5th Ed., of the Addiction Severity Index. *Substance Abuse Treatment* 1992; 9: 199-213.
- [5] National Center on Addiction and Substance Abuse (Columbia University). *Under the Rug: Substance Abuse and the Mature Woman*. New York: National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, 2007.
- [6] Weisner C. *Toward an alcohol treatment entry model: A comparison of problem drinkers in the general population and in treatment*. *Alcoholism. Clin Experim Res*. 1993; 17:746-52.
- [7] Grella CE. Services for perinatal women with substance abuse and mental health disorders: The unmet need. *J Psychoactive Drugs* 1997; 29:67-78.
- [8] Gabriel J, Caracelli V, and Graham, W. Mixed-Method Evaluation in a group of heroin addicts in a residential center in Spain in comparison with a group in MMT. *Educational Evaluation and Policy Analysis* 2006; 11: 255-74.

A Preliminary Study on the Reasons Associated with Entry to One Month Abstinence-Based Residential Treatment among Male Kerack Addicts: A Short Report

M. Babakhanian¹, S. Moradi², Z. Alam Mehrjerdi³, N. Sotodeh⁴

Received: 21/02/2012 Sent for Revision: 08/07/2012 Received Revised Manuscript: 24/10/2012 Accepted: 30/10/012

Background and Objective: One month abstinence-based residential treatment is one of the common drug dependence treatments in Iran but there is a paucity of research on the reasons associated with entering this treatment. To contribute to this understanding, the present preliminary study aimed to explore these reasons.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 81 heroin addicts. Who had entered the residential center in the east of Tehran. After completing demographics information, details of drug use and risky behaviors based on the Addiction Severity Index, an interview was conducted to explore their reasons for entering the treatment. Descriptive methods of statistics including frequency, percent, mean and standard deviation were performed.

Results: The study findings indicated the roles of 1) previous positive treatment experience with residential treatment 58 respondents (71.6%), 2) others' success in residential treatment: 33 respondents (40.7%), 3) spiritual-based group therapy: 27 respondents (33.3%), 4) treatment without using chemical medications: 21 respondents (25.9%), 5) drug-free residential setting: 20 respondents (24.7%) 6) lack of success in other drug treatments: 16 respondents (19.7%), 7) cheap treatment: 11 respondents (13.6%) and 8) desire for experiencing this treatment: 4 respondents (4.9%).

Conclusion: The study results showed the strong influence of internal and external motivational factors in selecting the residential treatment.

Key words: Residential Treatment, Heroinkerack, Treatment entry

Funding: This study has not been funded by any financial resources.

Conflict of interest: There is no conflict of interest.

Ethical approval: The protocol of the study was approved by the Review Board of Tehran University.

How to cite this article: Babakhanian M, Moradi S, Alam Mehrjerdi Z, Sotodeh N. A Preliminary Study on the Reasons Associated with Entry to One Month Abstinence-Based Residential Treatment among Male Kerack Addicts. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2013; 12(9): 777-82. [Farsi]

1- MA in Social Worker, Baradaran e Rezaee Hospital of Damghan, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran
(Corresponding Author) Tel: (0232) 5242990, Fax: (0232) 5235111, E- mail: Babakhanian.m@gmail.com

2 - MA in Psychology, Faculty of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran

3 - MA in Psychology, Iranian National Center for Addiction Studies (INCAS), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 - PhD in Psychology, Faculty of Nursing and Midwifery, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran