MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Aug. **Research Article**

A Treatment Evaluation Comparative Study of Mandatory Residential Centers Versus Rehabilitation Camps: Issues of Life satisfaction, Emotion Regulation and Mental Health

*Ensiyeh Babaie[1], Nader Razeghi[2], Hossein Nazoktabar[3], Zeynab Jalali[4]

Author Address
1. Assistant professor of Payame Noor University, Iran;
2. Associate professor, Mazandaran University, Mazandaran, Iran;
3. Assistant professor of Payame Noor University, Iran;
4. Expert of Social Assistance and Crime Prevention Officers of Mazandaran Province, Department of Social Studies and Criminology Planning, Mazandaran, Iran.
***Corresponding Author Address:** Babol P.C: 635; Mazandaran, Iran.
***Tel:** +98 (11)32296807
***Email:** e_babaei@pnu.ac.ir

Received: 2016 September 24**; Accepted:** 2016 October 15.

Abstract

Objective: According to WHO Expert Committee on Drug Dependence, treatment refers to a process in which the person who has substance abuse disorder is put under contact with a care system or a physician or any social service and moves in an interceptive direction in order to achieve the highest welfare, health and public health level (WHO, 1998). The aim of present study was to compare the effect of treatment programs of mandatory residential canters versus rehabilitation camps on life satisfaction, emotion regulation and mental health in males with substance abuse disorder in Sari-Iran.

Methods: This is a two-group pretest-posttest quasi-experimental research. Convenience sampling was used to recruit 260 men with substance abuse disorder. The participants were randomly assigned to two groups in equal numbers, namely, those who were staying in mandatory residential centers, and those who were admitted to rehabilitation camps. One-way covariance (ANOCOVA) and analysis of multivariate variance (ANOVA) were used to analyze the data.

Results: The results showed that the both groups in the pre-intervention and post-intervention were significantly different (p<0.001) on life satisfaction, emotion regulation and mental health scales. The mean scores of life satisfaction scale in the participants who were admitted to the rehabilitation camps were higher than those in the mandatory compulsory treatment on all scales except for mental health and emotion regulation. The mean score of mental health of the participants in compulsory treatment was higher than those of the rehabilitation camps. Regarding emotion regulation, no tangible difference was observed in the two groups' performance.

Conclusion: The results highlighted the fact that no method can be effective alone. Therefore, each method can have its practical implications in substance abuse interventions and preventive measures. It can also be concluded that the treatment programs regardless of the particular method of treatment, voluntarily or compulsorily, may merely help those understanding and identifying their own solutions for getting to change and develop with an intention to recover.

Keywords: Drug Addicts Compulsory Treatment Centers, Rehabilitation Camp, Life Satisfaction, Emotional Regulation, Mental Health.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.59.7]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷).

انتشار برخط مردادماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی برنامه‌های درمانی مرکز اقامتی اجباری بر رضایت از زندگی، تنظیم هیجانی و سلامت روان در افراد با اختلال سوءمصرف مواد

*انسیه بابایی[۱]، نادر رازقی[۲]، حسین نازک‌تبار[۳]، زینب جلالی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران؛

۲. دانشیار گروه علوم اجتماعی، دانشگاه مازندران، مازندران، ایران؛

۳. استادیار گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران؛

۴. کارشناس معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم دادگستری کل استان مازندران، ادارهٔ برنامه‌ریزی مطالعات اجتماعی و جرم شناسی.

*آدرس نویسندهٔ مسئول: بابل صندوق پستی ۶۹۵/ ساری، خیابان ۱۵ خرداد، دانشگاه پیام نور، گروه روان‌شناسی.

*تلفن: ۰۱۱۳۲۲۹۶۸۰۷؛ *رایانامه: e_babaei@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۳ مهر ۱۳۹۵؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۴ مهر ۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی برنامه‌های درمانی در مراکز اقامتی اجباری بر رضایت از زندگی، تنظیم هیجانی و سلامت روان در افراد با اختلال سوءمصرف مواد در سطح شهرستان ساری بود. نمونه‌های این بررسی در دو مرکز اقامتی اجباری (دولتی) و مراکز غیردولتی (کمپ‌ها) به‌سر می‌بردند.

روش‌بررسی: مطالعه از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون برای هر یک از گروه‌ها بود. جامعهٔ آماری شامل تمامی مردان وابسته به مواد، مستقر در مرکز اقامتی (دولتی) و مراکز غیردولتی درمان (کمپ‌ها) در شهرستان ساری در نیمهٔ دوم سال ۱۳۹۳ و نیمهٔ اول ۱۳۹۴ بود. از هر گروه ۱۳۰ نفر به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. هر دو گروه از نظر سن، تحصیلات با یکدیگر همتا شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های تنظیم هیجانی، سلامت روان، و رضایت از زندگی استفاده شد. داده‌ها با روش آماری آنالیز کوواریانس با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد اختلاف معناداری بین میانگین نمرات متغیرهای رضایت از زندگی، سلامت روان در قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه وجود دارد؛ اما در متغیر تنظیم هیجانی، این اختلاف معنادار تنها در گروه دولتی در قبل و بعد از مداخله دیده شد ($p<۰/۰۵$). همچنین بین هر دو گروه در متغیرهای رضایت از زندگی، سلامت روان اختلاف معنادار بعد از مداخله مشاهده شد ($p<۰/۰۵$) و در متغیر تنظیم هیجانی بعد از مداخله تفاوتی دیده نشد.

نتیجه‌گیری: هر دو روش برنامه‌های درمانی (دولتی) و غیردولتی ارزش درمانی داشته و می‌توانند به‌عنوان مداخله‌ای مناسب در ارتقای رضایت از زندگی، تنظیم هیجانی و سلامت روان به‌کار روند.

کلیدواژه‌ها: مرکز اقامتی غیردولتی (کمپ‌ها)، مرکز دولتی نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادین، رضایت از زندگی، تنظیم هیجانی، سلامت روان.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.59.7]

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

1 مقدمه

اختلال سوءمصرف مواد چه به‌صورت قانونی و چه غیرقانونی موضوع بحث‌برانگیزی است. دفتر سازمان ملل در ارتباط با مواد و جرائم مرتبط با مواد برآورد نموده است که بین ۱۵۵ تا ۲۵۰ میلیون نفر در جهان (۳/۵ تا ۵/۷درصد از جمعیت بین سنین ۱۵ تا ۶۴ سال) در سال ۲۰۰۸ حداقل یک‌بار از موادمخدر استفاده کرده‌اند (۱).

سیستم‌های طبقه‌بندی اختلالات روانی در حال حاضر سوءمصرف مواد را به‌عنوان اختلال یا بیماری در نظر می‌گیرند (۲). نظریه‌های مختلف درمانی هرکدام فرآیند روانی خاصی را در تبیین اختلال سوءمصرف مواد و خصوصیات رفتاری آن مدنظر قرار می‌دهند. ازاین‌رو انتظار می‌رود که مطابق با دیدگاه‌های پذیرفته‌شدهٔ نظری، فرآیندهای تغییر از طریق سازوکارهای مناسب و مداخلات درمانی ایجاد گردد.

برطبق نظر کمیتهٔ تخصصی درمانی سازمان بهداشت جهانی[1]، درمان به فرآیندی اطلاق می‌شود که در آن، فرد با اختلال سوءمصرف مواد در تماس با یک سیستم مراقبتی یا پزشک یا هر سرویس اجتماعی قرار می‌گیرد و در مسیر مداخله‌ای برای به‌دست‌آوردن بالاترین سطح رفاه، سلامت و بهداشت عمومی حرکت می‌کند (۳). در این خصوص رویکردهای متفاوتی در درمان اختلال سوءمصرف مواد وجود دارد که رویکردهای مختلف رفتاری تا رویکردهای دارویی را شامل می‌شود. در سال ۱۹۸۶، سازمان بهداشت جهانی یک نظر کلی در خصوص ترک اجباری به‌صورت قانونی را برای افرادی که اختلال سوءمصرف موادمخدر دارند ارائه داده بود. بر این اساس ترک مواد به‌صورت قانونی زمانی می‌تواند موجه باشد که: (۱) حقوق افراد در مراحل دادرسی رعایت شود؛ (۲) درمان‌های مؤثر و انسانی برای این افراد ارائه شود. در صورت عدم این دو شرط ذکرشده، درمان اجباری تنها می‌تواند منجر به زندانی‌کردن افراد باشد و منزلت انسانی را متزلزل سازد و زندان‌ها مملو از انسان‌هایی با اختلال سوءمصرف مواد می‌شود. بخش داروها و جرائم سازمان ملل متحد اظهار می‌دارد که درمان دارویی اجباری به‌عنوان راه‌حل تکمیلی و جایگزین برای زندانیانی که اختلال سوءمصرف به مواد دارند، پذیرفته است. البته دفتر سازمان ملل متحد در بخش داروها و جرائم این نکته را نیز بیان می‌دارد که درمان اجباری و طولانی‌مدت اقامتی برای این زندانیان زمانی مؤثر است که به‌صورت داوطلبانه و با نظر موافق این زندانیان باشد در غیراین‌صورت این درمان‌ها نه تنها مؤثر واقع نمی‌شوند بلکه با قوانین بین‌المللی حقوق بشر نیز منافات دارند. توجیه اصلی برای این شیوهٔ درمانی این است که استفاده از سوءمصرف مواد و بازگشت دوبارهٔ آن‌ها را کاهش دهد (۱). این مسئله به‌خصوص دربارهٔ مصرف‌کنندگان هروئین صدق می‌کند که اگر در زمان محکومیت‌شان درمان نشوند، در زمان آزادشدن از زندان، به مصرف هروئین ادامه می‌دهند. دکر و همکاران مطالعه‌ای به‌منظور مقایسهٔ کمپ‌های اجباری و کمپ‌های داوطلبانه در پنج کشور اروپایی ایتالیا، آلمان، اطریش، سوییس و انگلیس انجام دادند. نمونه‌ها به تعداد ۸۴۵ نفر بودند. پیگیری نتایج درمانی به‌مدت ۶ تا ۱۲ ماه بوده است. نتایج در خصوص اثرات این دو شیوهٔ درمانی بر روی سلامت روان، تغییر در میزان مصرف، خودکارآمدی، میزان ارتکاب جرم نشان داده است که کمپ‌های اجباری به‌اندازهٔ کمپ‌های داوطلبانه در کاهش استفاده از مواد و سایر متغیرهای ذکرشده مؤثر بوده است (۴). مطالعاتی از این دست سؤالاتی را ایجاد می‌کند مبنی‌بر اینکه درمان اختلال سوءمصرف مواد در چه موقعیت درمانی بهتر انجام می‌شود؟ اجبار به ترک سوءمصرف مواد تا چه حد کارآیی دارد؟

نظریه‌های رفتاری و شناختی‌رفتاری، سوءمصرف مواد را بر طبق اصول یادگیری شرطی‌سازی کنش‌گر و نظریهٔ یادگیری اجتماعی قابل توجیه می‌دانند. جنبه‌های تقویت‌کنندهٔ اختلال سوءمصرف مواد (هم از طریق ایجاد یا افزایش حالات روانی مثبت و هم از طریق تقلیل یا حذف حالات روانی منفی) به‌طور واضحی منطبق بر چارچوب شرطی‌سازی عاطفی هستند. اصول شرطی‌سازی کلاسیک کمک به تبیین تداعی قوی بین نشانه‌های محیط و تجربهٔ میل به مواد می‌کند. مؤلفه‌های اساسی نظریهٔ یادگیری اجتماعی برای درک اختلال سوءمصرف مواد شامل نقش سرمشق‌گیری و میانجی‌گری شناختی یک رفتار است. شاید مشخص‌ترین عامل خطرزای سوءمصرف مواد، تداعی با سایر سوءمصرف‌کنندگان مواد (هم در خانواده و هم در گروه هم‌سال) باشد که سرمشق الگوهای مصرف یا سوءمصرف مواد هستند. عوامل شناختی زمینه‌ساز برای سوءمصرف مواد شامل مهارت‌های مقابله و حل مسئلهٔ ضعیف، حس خودکارآمدی کم و انتظارات مثبت از اثرات مواد است. از تکنیک‌های یادگیری در فرآیند درمان شناختی‌رفتاری استفاده می‌شود. درمانگر به بیماران یادآوری می‌کند که یکی از اهداف درمان این است که به آن‌ها کمک کند تا رفتارهای ناکارآمد خود را از یاد ببرند و رفتارهای جدید بیاموزند (۵). یکی دیگر از رویکردها در خصوص درمان سوءمصرف مواد، رویکرد عوامل چندگانه[2] است. برطبق این رویکرد ویژگی‌های زیست‌شناختی و روان‌شناختی فردی، خانوادگی، عوامل درون‌گروه همسالان و ویژگی‌های بافت اجتماعی وسیع‌تری که افراد در آن زندگی می‌کنند ممکن است در ایجاد و نگهداری سوءمصرف مواد مؤثر واقع شوند. چنین نظریه‌هایی براساس بازنگری بر روی عوامل خطر و سوءمصرف مواد کارول و همکارانش تدوین شده است. برطبق این دیدگاه برنامه‌های مداخله‌ای باید عوامل بیولوژیکی، روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی نگهدارندهٔ سوءمصرف مواد را هدف قرار دهند. شواهد حاکی از آن است که برنامه‌های چندسیستمی که بیشتر از یک عامل خطر را هدف قرار می‌دهند احتمالاً هم در پیشگیری و هم در درمان اختلال سوءمصرف مواد، بیشترین تأثیر را دارند (۶).

در ایران به‌منظور ارائهٔ خدمات درمان و نیز کاهش آسیب در افرادی که به‌نحوی دچار اختلال سوءمصرف مواد گردیده‌اند مراکزی در دو بخش دولتی و غیردولتی تحت عنوان مادهٔ ۱۶ و مادهٔ ۱۵ مبارزه با موادمخدر مشغول به فعالیت هستند. مادهٔ ۱۶ اصلاحیهٔ قانون مبارزه با موادمخدر، شامل معتادان پرخطر خیابانی و لامکان و تزریقی است که در ملاء عام تظاهر به اعتیاد می‌کنند. درمان در این مراکز به روش مداخلات درمانی اجباری است. اما براساس مادهٔ ۱۵ اعتیاد، جرم است. ولی به تمامی

[1]. World Health Organization
[2]. Dekker

[1]. Multiple risk factor theories

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.59.7]

معتادان اجازه داده می‌شود، به مراکز مجازی که از سوی وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی مشخص می‌گردد مراجعه و جهت درمان و بازپروری خود اقدام نمایند. مراجع در طول مراحل درمانی در مرکز درمانی اقامت داشته و تنها به حکم ضرورت یا براساس مراحل ترخیصی از پیش‌تعیین‌شده مجاز به خروج از مرکز هستند. برنامهٔ روزانهٔ این مراکز با توجه به پروتکل ارائه‌شده از سوی سازمان بهزیستی کشور از تنوع و جامعیت بسیاری برخوردار است.

شناسایی و ارزیابی رویکردهای مداخله‌ای مناسب از این جهت حائز اهمیت است که می‌تواند تعیین‌کنندهٔ نوع مداخله برای درمان یا کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز و همین‌طور مدیریت‌کردن منابع مالی در امر پیشگیری، آموزش و درمان باشد؛ بنابراین شناسایی رویکردهای درمانی مختلف در درمان سوءمصرف موادمخدر ضروری است. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند به کاهش هزینه‌های تحمیل‌شده بر جامعه، خانواده، ارگان‌های مربوطه و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و دیگر آسیب‌های وابسته کمک نماید.

باتوجه به مطالب ذکرشده و در راستای هدف تحقیق و باتوجه به پژوهش‌های پیشین، این هدف تدوین و آزمایش شد که آیا مداخلهٔ درمانی به روش اقامتی اجباری (دولتی) و مداخله به روش اقامتی (غیردولتی) بدون توسل به اجبار باعث افزایش رضایت از زندگی، تنظیم هیجانی و سلامت روان در افراد با اختلال سوءمصرف مواد خواهد شد یا خیر؟

2 روش بررسی

روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون بود که با توجه به هدف از نوع کاربردی است.

جامعهٔ آماری شامل تمامی افراد مرد با اختلال سوءمصرف مواد مستقر در مرکز اقامتی دولتی و مراکز غیردولتی (کمپ‌ها) در سطح شهرستان ساری بین سنین ۱۸ الی ۵۵ سال به بالا بود که در نیمهٔ دوم سال ۱۳۹۳ و نیمهٔ اول سال ۱۳۹۴ حضور داشتند.

برای برآورد حجم نمونه از جدول کریجسی مورگان[1] استفاده شد. حجم نمونهٔ لازم با توجه به جدول مذکور در هر دو گروه تعداد ۱۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

پرسشنامه‌های استفاده‌شده در این بررسی شامل:

ـ پرسشنامهٔ تنظیم هیجانی: این پرسشنامه توسط گراتز و رومر[2](۲۰۰۴) ساخته شد. پرسشنامه شاخص خودگزارشی است که برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجانی بوده که دارای ۳۶ عبارت و ۶ خرده‌مقیاس است. این مقیاس دارای همسانی درونی بال، کل مقیاس (α=۰/۹۳)، خرده‌مقیاس عدم پذیرش(α=۰/۸۵)، خرده‌مقیاس اهداف (α=۰/۸۹)، خرده‌مقیاس تکانه (α =۰/۸۶)، خرده‌مقیاس آگاهی (α=۰/۸۰)، خرده‌مقیاس راهبردها (α=۰/۸۸)، خرده‌مقیاس شفافیت (α=۰/۸۴) و پایایی آزمون ـ بازآزمون خوب، برای نمرات کلی این مقیاس (۰/۸۸، $p<$۰/۰۱) و همچنین برای خرده‌مقیاس‌ها به‌ترتیب ۰/۶۹ برای عدم پذیرش، ۰/۶۹ برای اهداف، ۰/۵۷ برای تکانه، ۰/۶۸ برای آگاهی، ۰/۸۹ برای راهبردها و ۰/۸۰ برای شفافیت است. بررسی‌ها نشانگر روایی سازه و خصیصه‌های مدنظر است (۸). امینیان برای تعیین اعتبار پرسشنامهٔ دشواری در تنظیم هیجانی، نمرهٔ آن را با نمرهٔ پرسشنامهٔ هیجان‌خواهی زاکرمن همبسته نمود که مشخص شد همبستگی مثبت معناداری بین آن‌ها وجود دارد ($p=$۰/۰۴۳ و r=۰/۲۶ و n=۵۹). پایایی این پرسشنامه به دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه شد و به‌ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۰ به دست آمد (۸).

ـ پرسشنامهٔ رضایت از زندگی[3]: از پرسشنامه‌ایی که داینر[4] و همکاران (۱۹۸۵) با پنج سؤال و مقیاس پاسخگویی هفت‌درجه‌ای لیکرت (قویاً موافق=۷، تا قویاً مخالف=۱) تهیه نمود، استفاده شد. براساس گزارش داینر و همکاران (۱۹۸۵) پرسشنامه از روایی و همسانی درونی بالایی برخوردار است، به‌ترتیبی که آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۷۸ و پایایی بازآزمایی با فاصلهٔ دو ماه ۰/۸۲ ($p<$۰/۰۱) بوده است (۹). خسروی نسخه‌ای از این پرسشنامه را در ایران ترجمه و آماده نمود و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ را برای آن گزارش کرد (۱۰).

ـ پرسشنامهٔ سلامت روان[5] : توسط گلدبرگ و هیلر[6] (۱۹۷۲) برای غربال‌گری اختلالات روان‌شناختی غیرسایکوتیک طراحی شد و مبتنی‌بر خودگزارش‌دهی است. گلدبرگ و همکاران (۱۹۸۸) پایایی این آزمون را در حدود ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (۱۱). هومن در هنجاریابی پرسشنامهٔ سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در ایران، هماهنگی درونی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های فرعی، به‌ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۷، ۰/۷۹ و ۰/۹۱ گزارش نمود و برای کل مقیاس که نشان‌دهندهٔ سلامت عمومی است، برابر با ۰/۸۵ برآورد کرد (۱۲).

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ در دو سطح توصیفی و آماری تحلیل شد که در آن متناسب با سطح سنجش متغیرها از آمارهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون t زوجی و تحلیل کوواریانس) استفاده شد.

3 یافته‌ها

از ۲۶۰ آزمودنی پژوهش حاضر، ۱۳۰ آزمودنی را افراد مستقر در گروه مرکز دولتی و ۱۳۰ آزمودنی افراد مستقر در مراکز غیردولتی تشکیل دادند. میانگین سنی آزمودنی‌ها در دو گروه دولتی و مراکز غیردولتی بین ۳۴ـ۳۶ سال بوده که کمترین سن ۱۸ سال بوده و بالاترین سن ۵۴ سال بود. ۸۰درصد افراد مستقر در مرکز دولتی و ۴۷درصد افراد مستقر در مراکز غیردولتی میزان تحصیلات‌شان زیردیپلم بود. ۷۷/۷درصد آزمودنی‌ها در گروه دولتی و ۹۶/۲ در گروه غیردولتی دارای مشاغل آزاد بودند.

جدول ۱. نتایج آزمون t وابسته بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر رضایت از زندگی

گروه‌ها	قبل از مداخله	بعد از مداخله	مقدار p

[1]. Krejcie & Morgan
[2]. Gratz & Romer
[3]. Life satisfaction Questionnaire
[4]. Diener
[5]. General Health Questionnaire
[6]. Goldberg & Hillir

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.59.7]

	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
گروه دولتی	۱۷/۴۵	۷/۴۶	۱۹/۱۷	۶/۷۱	۰/۰۱۴
گروه غیردولتی	۲۰/۰۲	۸/۲۳	۲۱/۹۲	۷/۰۷	۰/۰۲۲
مقدار p	۰/۰۰۹		۰/۰۱۴		

در جدول ۱ نشان داده شده است که میانگین پیش‌آزمون متغیر رضایت از زندگی با میانگین پس‌آزمون آن در گروه دولتی دارای تفاوت معنادار است (p=۰/۰۱۴) و همچنین در گروه غیردولتی نیز در متغیر رضایت از زندگی میانگین پیش‌آزمون با میانگین پس‌آزمون نیز دارای تفاوت معنادار است (p=۰/۰۲۲). این نتیجه نشان می‌دهد مداخله هم به‌روش دولتی و هم به‌روش غیردولتی منجر به افزایش معنادار رضایت از زندگی در مرحلهٔ پس‌آزمون در هر گروه شده است.

باتوجه به معنادار بودن میانگین نمرهٔ رضایت از زندگی در پیش‌آزمون برای بررسی فرضیهٔ پژوهش و مقایسهٔ نمرات پس‌آزمون متغیر رضایت از زندگی در دو گروه دولتی و غیردولتی، جهت تعدیل اثر نمرهٔ پیش‌آزمون در پس‌آزمون از آزمون آنالیز کوواریانس استفاده شد و ملاحظه شد که بین میانگین گروه دولتی و گروه غیردولتی تفاوت معنادار وجود دارد (p=۰/۰۱۴). همان‌گونه که ملاحظه می‌شود رضایت از زندگی در مراکز غیردولتی بیشتر از مرکز دولتی است.

جدول ۲. نتایج آزمون t وابسته بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر سلامت روان

گروه‌ها	قبل از مداخله		بعد از مداخله		مقدار p
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
گروه دولتی	۲۴/۶۶	۱۵/۳۶	۶۶/۵۲	۱۴/۶۸	p<۰/۰۰۱
گروه غیردولتی	۲۳/۲۶	۱۵/۵۸	۲۸/۵۹	۱۶/۸۷	۰/۰۰۷
مقدار p	۰/۴۶۶		p<۰/۰۰۱		

در جدول ۲ نشان داده شده است که میانگین پیش‌آزمون متغیر سلامت روان با میانگین پس‌آزمون آن در گروه دولتی دارای تفاوت معنادار است (p<۰/۰۰۱) و همچنین در گروه غیردولتی در متغیر سلامت روان میانگین پیش‌آزمون با میانگین پس‌آزمون نیز دارای تفاوت معنادار است (p=۰/۰۰۷). این نتیجه نشان می‌دهد مداخله هم به‌روش دولتی و هم به‌روش غیردولتی منجر به افزایش معنادار سلامت روان در مرحلهٔ پس‌آزمون شده است.

برای بررسی دقیق‌تر فرضیهٔ پژوهش و مقایسهٔ نمرات پس‌آزمون متغیر سلامت روان در دو گروه دولتی و غیردولتی، جهت تعدیل اثر نمرهٔ پیش‌آزمون در پس‌آزمون از آزمون آنالیز کوواریانس استفاده شد و ملاحظه گردید که بین میانگین نمرهٔ متغیر سلامت روان گروه دولتی و گروه غیردولتی تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۰۱). بدین معنا که مداخله در گروه دولتی بر روی سلامت روان، بیشتر از مرکز غیردولتی تأثیرگذار است.

جدول ۳. نتایج آزمون t وابسته بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر تنظیم هیجانی

گروه‌ها	قبل از مداخله		بعد از مداخله		مقدار p
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
گروه دولتی	۱۰۷/۶۶	۲۴/۷۸	۹۷/۳۸	۲۰/۵۷	p<۰/۰۰۱
گروه غیردولتی	۹۹/۲۹	۱۷/۶	۹۹/۹۵	۲۰/۷۱	۰/۷۴۷
مقدار p	۰/۰۰۳		۰/۰۶۶		

در جدول ۳ نشان داده شده است میانگین پیش‌آزمون متغیر تنظیم هیجانی با میانگین پس‌آزمون آن در گروه دولتی دارای تفاوت معنادار است (p<۰/۰۰۱) اما در گروه غیردولتی این تفاوت دیده نشد. این نتیجه نشان می‌دهد مداخله به‌روش دولتی منجربه افزایش معنادار تنظیم هیجانی در مرحلهٔ پس‌آزمون شده است.

باتوجه به معنادار بودن میانگین نمرهٔ تنظیم هیجانی در پیش‌آزمون برای بررسی فرضیهٔ پژوهش و مقایسهٔ نمرات پس‌آزمون متغیر تنظیم هیجانی در دو گروه دولتی و غیردولتی، جهت تعدیل اثر نمرهٔ پیش‌آزمون در پس‌آزمون از آزمون آنالیز کوواریانس استفاده شد و ملاحظه گردید که بین میانگین گروه دولتی و گروه غیردولتی تفاوت معنادار وجود ندارد (p=۰/۰۶۶). بدین معنا که مداخله در گروه دولتی و غیردولتی بر روی تنظیم هیجانی تأثیرگذار نیست.

4 بحث

هدف اصلی این پژوهش پاسخ‌گویی به این پرسش بود که آیا برنامه‌های درمانی مرکز اقامتی اجباری بر رضایت از زندگی، تنظیم هیجانی و سلامت روان در افراد با اختلال سوءمصرف مواد تأثیر دارد؟ نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات در قبل و بعد از درمان در هر دو گروه وجود دارد. عملکرد مرکز دولتی برای تنظیم هیجانی، رضایت از زندگی و سلامت روان اثربخش بوده است؛ اما عملکرد مراکز غیردولتی تنها برای سلامت روان و رضایت از زندگی اثربخش بوده است. با استفاده از آزمون t زوجی تفاوت معناداری بین

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.59.7]

میانگین نمرات در عملکرد هر دو گروه مشاهده شد. میانگین نمرهٔ متغیر رضایت از زندگی در مراکز اقامتی بیش‌تر از مرکز دولتی بوده است؛ اما میانگین نمرهٔ سلامت روان در مرکز دولتی بیشتر از مراکز اقامتی نشان داده شد و در متغیر تنظیم هیجانی عملکرد در مراکز غیردولتی بیشتر از مرکز دولتی نشان داده است اما تفاوت معنادار در عملکرد گروه دولتی مشاهده نشد. یافته‌های این بررسی مبنی‌بر اثربخش‌بودن عملکرد مرکز دولتی برای تنظیم هیجانی، رضایت از زندگی و سلامت روان و عملکرد مراکز غیردولتی تنها برای سلامت روان و رضایت از زندگی با یافته‌های بوردون و همکاران (۱۳)، میتچل و همکاران (۱۴)؛ رورکه و همکاران (۱۵)؛ کلارک و یونگ (۱۶)؛ بندوسی و همکاران (۱۷)؛ اوربانوسکی (۱۸)؛ وایلد و همکاران (۱۹)؛ برشت و همکاران (۲۰)؛ پرندارگست و همکاران (۲۱)؛ مرکز ملی سوءمصرف موادمخدر در دانشگاه کلمبیا (۲۲) که با نمونه‌هایی مشابه با نمونه‌های بررسی حاضر و در دو مراکز اقامت اجباری و مراکز اقامتی غیراجباری (اختیاری) انجام شده است، همسوست.

توضیح و تبیین احتمالی برای یافته‌های حاصل از بررسی روش‌های متفاوت درمانی در افراد با اختلال سوءمصرف مواد وجود دارد. نظر به تنوع عوامل مؤثر در گرایش افراد به موادمخدر از نظر روانی، اجتماعی و فرهنگی و نیز تعدد مشکلات حاصل از ابتلا به اعتیاد، ضروریست ویژگی‌های فردی بیماران در تدوین برنامه‌های درمانی مد نظر قرار گیرد (۲۳). ماهیت مداخلات درمانی می‌تواند شامل درمان‌های دارویی، روان‌شناختی، درمان‌های سنتی و دیگر سرویس‌های بازپروری باشد که در کشورهای مختلف متفاوت است. تا قبل از سال ۱۹۱۴ درمان اعتیاد در مقایسه با امروز از تنوع کافی برخوردار نبود و بسیار مشکل بود زیرا تنها مادهٔ درمانی دردسترس مورفین بوده است که معمولاً خالص و مصرف آن مشکل بود (۲۴). بیمارانی که در آن زمان بدین‌صورت به ترک مواد می‌پرداختند معمولاً دوباره به وظایف و تکالیف خویش روی می‌آوردند و میزان درمان نیز اغلب به توانایی بیمار برای پرداخت هزینه‌های درمانش بستگی داشت (۲۴). در چند دههٔ اخیر تحقیقات زیادی بر روی افراد وابسته به سوءمصرف مواد به‌منظور ایجاد انگیزه برای ترک موادمخدر در آنان صورت گرفته است.

رویکردهای متفاوتی در درمان سوء استفاده از مصرف موادمخدر ارائه شده است که رویکردهای مختلف رفتاری تا رویکردهای دارویی را شامل می‌شود. انواع مختلف مداخلات درمانی شامل مداخلات گوناگون درمانی کوتاه‌مدت مانند چندهفته سم‌زدایی به‌صورت سرپایی یا بستری که در وابستگی‌های شدید به مواد شبه‌افیونی به کار می‌رود تا اقامت شبانه‌روزی در خانه‌های بهبودی و خانه‌هایی با تمرکز بر رویکرد اجتماع درمان‌مدار و اقامت اجباری در زندان‌ها را می‌توان برشمرد. بهترین نتیجه زمانی به دست می‌آید که درمان‌هایی با رویکردهای چندگانه شامل درمان‌های دارویی و مداخلات روان‌شناختی‌ـ اجتماعی برای پاسخ به احتیاجات گوناگون افراد وابسته به مواد به کار گرفته شوند و بر کیفیت زندگی به‌عنوان یکی از شاخص‌های بهداشتی با ترکیبی از شناخت‌های هر فرد در جنبه‌های مختلف زندگی و عملکرد در روابط انسانی، کاری و اجتماعی که برای ادامهٔ بهینه حیات و به‌زیستی فرد ضروری می‌نماید، تأثیرگذار باشد (۲۵).

5 نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر ارزش هر یک از روش‌های مداخله‌ای در درمان اختلال سوءمصرف مواد را برجسته نمود. به نظر می‌رسد که هیچ روشی به‌تنهایی نمی‌تواند مؤثر باشد، لذا هر روش در جایگاه خود می‌تواند دارای تلویحات کاربردی مهمی در مداخلات و اقدامات پیشگیرانه اختلال سوءمصرف مواد باشد و ظاهراً اگر در خوشبینانه‌ترین وضعیت قرار بگیریم باید گفت برنامه‌های مداخله‌ای صرف‌نظر از شیوهٔ خاص درمانی چه به‌صورت داوطلبانه و چه به‌صورت اجباری ممکن است تنها به افرادی کمک کنند که راه‌حل‌های خود برای تغییر و تحول را فهمیده و شناسایی نمایند و خواهان تغییر باشند.

6 تشکر و قدردانی

از معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم دادگستری کل استان مازندران واحد مطالعات جرم‌شناسی و اجتماعی که با همکاری‌های بی‌شائبهٔ خود، گروه محققان را در این امر یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.59.7]

References

1. Gerra G, Clark NC. From coercion to cohesion: treating drug dependence through health care, not punishment. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime;2009.[Link]
2. Casas M, Duro P, Pinet C. Otras drogodependencias. Introd Psicopatología Ya Psiquiatr. 2006. [Link]
3. Dependence WEC on D. WHO Expert Committee on Drug Dependence. World Health Organ Tech Rep Ser. 2006;(942):i–1. [Link]
4. Dekker J, O'Brien K, Smith NE. An Evaluation of the Compulsory Drug Treatment Program (CDTP). NSW Bureau of Crime Statistics and Research; 2010. [Link]
5. Schaub M, Stevens A, Berto D, Hunt N, Kerschl V, McSweeney T, et al. Comparing outcomes of 'voluntary'and 'quasi-compulsory'treatment of substance dependence in Europe. Eur Addict Res. 2010;16(1):53–60. [Link]
6. Carroll KM, Onken LS. Behavioral therapies for drug abuse. Bakhshipour Roodsari A, Mohamadkhani Sh. (Persian Translators). 1st ed. Tehran: Espande Honar; 2001,pp: 17-22. [Link]
7. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. J Psychopathol Behav Assess. 2004;26(1):41–54. [Link]
8. Aminian M. The relationship between emotional regulation difficulties, negative life events and image of the body with eating disorders among women and girls in Ahwaz city. [MA Dissertation]. Ahwaz Azad University;2009. [Persian] [Link]
9. Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. J Pers Assess. 1985;49(1):71–75. [Link]
10. Khosravi Z. Role of Negative stereotypes in the formation and persistence of depression in childhood and adolescence. Journal of Alzahra University. 1997; 21:1-16.[Persian][Link]
11. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med. 1979;9(1):139–145. [Link]
12. Masoudian M, Baratian M, Hooman A, Montazeri A, Ghafouri A, Jalali MR. Standardization and Normalization of General Health Questionnaire, Educational Research Institute. Teacher Training University.1997 [Persian] [Link]
13. Burdon WM, Dang J, Prendergast ML, Messina NP, Farabee D. Differential effectiveness of residential versus outpatient aftercare for parolees from prison-based therapeutic community treatment programs. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2007;2(1):16. [Link]
14. Mitchell O, Wilson DB, MacKenzie DL. Does incarceration-based drug treatment reduce recidivism? A meta-analytic synthesis of the research. J Exp Criminol. 2007;3(4):353–375. [Link]
15. Rourke P, Howard J, Martire KA. Legal Mandates and Perceived Coercion in Residential Alcohol and Other Drug Treatment. Psychiatry Psychol Law. 2015;22(5):756–768.[Link]
16. Clark C, Young MS. Outcomes of mandated treatment for women with histories of abuse and co-occurring disorders. J Subst Abuse Treat. 2009;37(4):346–352. [Link]
17. Banducci AN, Dahne J, Magidson JF, Chen K, Daughters SB, Lejuez CW. Clinical characteristics as a function of referral status among substance users in residential treatment. Addict Behav. 2013;38(4):1924–1930. [Link]
18. Urbanoski KA. Coerced addiction treatment: Client perspectives and the implications of their neglect. Harm Reduct J. 2010;7(1):7-13.[Link]
19. Wild TC, Cunningham JA, Ryan RM. Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. Addict Behav. 2006;31(10):1858–1872. [Link]
20. Brecht M-L, Anglin MD, Dylan M. Coerced treatment for methamphetamine abuse: Differential patient characteristics and outcomes. Am J Drug Alcohol Abuse. 2005;31(2):337–356.[Link]
21. Prendergast M, Greenwell L, Farabee D, Hser Y-I. Influence of perceived coercion and motivation on treatment completion and re-arrest among substance-abusing offenders. J Behav Health Serv Res. 2009;36(2):159–176.[Link]
22. Addiction NC on, (CASA) SA at CU. Crossing the Bridge: An Evaluation of the Drug Treatment Alternative-to-Prison (DTAP) Program. 2003.[Link]
23. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Lehmann P, Strang J. Methadone treatment practices and outcome for opiate addicts treated in drug clinics and in general practice: results from the National Treatment Outcome Research Study. Br J Gen Pr. 1999;49(438):31–34.[Link]
24. Morgan HW. Drugs in America: A social history, 1800-1980. Vol. 1017. Syracuse University Press; 1981.[Link]
25. Esmaieli I, Ghiasi M, Najafi L, Shah Hosseini R. The impact of methadone treatment on quality of life of prisoners in province of Tehran. Police Management Studies.2011; 7(1):76-86.[Persian].[Link]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.59.7]