

Research
Article

Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Resilience in Employed and Unemployed Substance-Dependent Individuals in Recovery*

Seyyed Ahmad Ghaemi¹, Hassan Ahadi², Biyouk Tajeri³

Received: 2024/06/01

Accepted: 2024/08/03

Abstract

Objective: This study aimed to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on resilience among employed and unemployed substance –dependent individuals in recovery.

Method: The research method was a quasi-experimental design with a posttest design with a control group. The study population consisted of all employed and unemployed men who had sought for addiction treatment at two rehabilitation centers in Tehran province in 2022. Of these, 90 individuals were selected using the convenience sampling method and randomly divided into two experimental groups (n=60) and one control group (n=30). The experimental groups received 8 sessions of 90-minute group therapy (one session per week), and participants completed the resilience questionnaire. Data were analyzed using a two-way analysis of variance.

Results: The results showed that there was a significant difference in the level of resilience between employed and unemployed substance-dependent individuals in recovery. Additionally, the level of resilience in employed and unemployed individuals recovering from substance dependence in the treatment groups differed significantly from the control group, with higher resilience observed in the treatment groups. Overall, the results indicated that the effects of both ACT and CBT interventions in increasing resilience were greater for employed individuals recovering from substance dependence compared to unemployed individuals. Furthermore, both interventions were effective in increasing resilience among individuals recovering from substance dependence, but there was no significant difference between the effects of the two methods. **Conclusion:** The findings of the study suggest that employment (social support) is an effective intervention for treating individuals with substance dependence and preventing relapse. Therefore, employment is the missing link in addiction treatment, and the use of cognitive therapies in conjunction with employment for individuals with substance dependency is an effective method for treating addiction and reducing relapse.

Keywords: Resilience, Cognitive-behavioral therapy, Acceptance and commitment therapy, Individuals recovering from substance dependence, Employed and unemployed

*. This article has been extracted from the first author's doctoral dissertation at the Islamic Azad University, United Arab Emirates Branch, and was completed with the financial support of the Anti-Narcotics Headquarters, and this support is appreciated and thanked.

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, United Arab Emirates Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.

2. Corresponding Author: Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. Email: drahadi5@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد در حال بهبود شاغل و غیرشاغل*

سیداحمد قائمی^۱، حسن احدی^۲، بیوک تاجری^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد در حال بهبود شاغل و غیرشاغل انجام شد. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مردان شاغل و غیرشاغل بود که در سال ۱۴۰۱ برای ترک اعتیاد و درمان به دو مرکز توانمندسازی استان تهران مراجعه کرده بودند. از این بین، ۹۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۶۰ نفر) و یک گروه کنترل (۳۰ نفر) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) درمان گروهی را دریافت کردند و شرکت‌کنندگان پرسشنامه تاب‌آوری را تکمیل کردند. داده‌ها با روش تحلیل واریانس طرح دو عاملی تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در میزان تاب‌آوری افراد وابسته به مواد در حال بهبودی شاغل با غیرشاغل تفاوت معناداری وجود دارد و میزان تاب‌آوری افراد وابسته به مواد در حال بهبود شاغل و غیرشاغل در گروه‌های درمانی با گروه کنترل تفاوت معنادار داشت، به‌نحوی که در گروه‌های درمانی تاب‌آوری بیشتر از گروه کنترل بود. به‌طور کلی نتایج نشان داد اثر هر دو مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری در افزایش تاب‌آوری افراد وابسته به مواد در حال بهبودی شاغل بیشتر از افراد وابسته به مواد در حال بهبودی غیرشاغل بود. همچنین، هر دو مداخله درمانی در افزایش تاب‌آوری افراد وابسته به مواد در حال ترک اعتیاد نقش داشت اما بین میزان اثر درمانی دو روش تفاوت معناداری وجود نداشت. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاکی از اثربخشی شاغل بودن (حمایت اجتماعی) به‌عنوان بک مداخله درمانی برای درمان افراد وابسته به مواد و پیشگیری از عود بود. بنابراین، اشتغال حلقه مفقوده در درمان اعتیاد است و استفاده از درمان‌های شناختی توأم با اشتغال افراد وابسته به مواد روش مؤثری در درمان اعتیاد و کاهش عود است.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد وابسته به مواد در حال بهبود، شاغل و غیرشاغل

*. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات است و با حمایت مالی ستاد مبارزه با

مواد مخدر به سرانجام رسیده است و این حمایت قابل تقدیر و تشکر می‌باشد.

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دب، امارات متحده عربی.

۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. پست الکترونیک:

drahadi5@gmail.com

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

مقدمه

مسئله وابستگی به مواد و اعتیاد^۱ یک آسیب اجتماعی رو به افزایش است که پیامدهای آن به طور مخاطره آمیز و پیچیده فرد، خانواده و جامعه را تهدید می کند (کریمی و زرگرشیرازی، ۱۴۰۳). اعتیاد و وابستگی به مواد، به عنوان یک بیماری تشخیص داده می شود و دسته ای از علائم رفتاری، شناختی و فیزیولوژیکی را شامل می شود که با تحمل^۲ همراه است؛ به طوری که فرد علی رغم مشکلات قابل توجه به مصرف بیشتر مواد ادامه می دهد و در نهایت، این مسئله با آسیب های اجتماعی، اقتصادی، جسمانی و روانی همراه می شود (اونائیمو^۳ و همکاران، ۲۰۲۴؛ سلمانی و همکاران، ۱۴۰۳). طبق گزارش دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد^۴ (۲۰۲۳)، میزان مصرف مواد مخدر در سراسر جهان بالا و همچنان رو به افزایش است؛ به طوری که، تعداد افراد مصرف کننده مواد مخدر از ۲۴۰ میلیون نفر در سال ۲۰۱۱ به ۲۹۶ میلیون نفر در سال ۲۰۲۱ افزایش یافته است. نگاهی به آمارهای مصرف مواد و اعتیاد در ایران نیز نشان می دهد هر ساله این آمار رو به افزایش است. آمارهای غیررسمی نیز در این رابطه نشان می دهند ۱۴ میلیون نفر از جمعیت ایران با مشکلات اعتیاد به صورت مستقیم و غیرمستقیم درگیر هستند (کیان ارثی و همکاران، ۱۴۰۱). اگرچه در کشورهای مختلف جهان، درمان اعتیاد همواره مورد توجه قرار گرفته است، اما مسئله مصرف دوباره مواد مخدر یا عود پس از بازپروری، یک مشکل رایج در جهان به ویژه کشورهای فقیر است. عود اعتیاد، به شکست در تلاش فرد برای تغییر در رفتار مصرف مواد مخدر و بازگشت به وضعیت قبل از درمان اطلاق می شود (کیسا^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، به دلیل پایین بودن موفقیت در درمان اعتیاد، ضرورت پژوهش های گسترده تر و کاربردی پیرامون درمان های پایدار اجتناب ناپذیر است. یکی از راهبردها و مؤلفه های مهم اجتناب از مصرف، تاب آوری^۶ است. تاب آوری به عنوان قابلیت فرد برای حفظ تعادل در برابر شرایط بسیار نامطلوب تعریف شده است.

1. addiction
2. tolerance
3. Onaemo

4. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)
5. Kabisa
6. resiliency

این عامل مهم روان‌شناختی با گرایش به اعتیاد و مصرف مواد مخدر و ضعف در خودکارآمدی ترک مرتبط است و افراد با چنین قابلیت‌هایی سعی می‌کنند از گرایش به مصرف مواد خودداری ورزند (بدیع و همکاران، ۱۴۰۱). تاب‌آوری، سازه پیچیده‌ای است که از دیدگاه‌های گوناگون بررسی شده است و برخی از پژوهشگران تاب‌آوری را به‌عنوان پیامد سازه می‌نگرند؛ به عبارت دیگر، آن را ناشی از نبود مشکلات روان‌شناختی در پاسخ به رویدادهای آسیب‌زا می‌دانند (خواجه‌ای و همکاران، ۱۴۰۲). تاب‌آوری به افراد توانایی می‌بخشد تا با مشکلات و ناملازمات زندگی و شغلی روبه‌رو شوند، بدون اینکه دچار آسیب شوند و حتی از این موقعیت‌ها به‌عنوان فرصتی برای رشد و ارتقای شخصیت خود استفاده کنند. همچنین، تاب‌آوری به عنوان عاملی فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود و توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک است (مستن^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج پژوهش یانگ^۲ و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که بین تاب‌آوری و گرایش به اعتیاد رابطه منفی وجود دارد و هر چقدر که تاب‌آوری بالاتر باشد، احتمال اعتیاد و عود کاهش پیدا می‌کند.

مؤلفه اشتغال و مهارت نیز به‌مثابه حلقه‌ی مفقوده و حل‌نشده برای ماندگاری افراد در حال بهبودی در درمان است و به‌عنوان یک مداخله مهم در پیشگیری از عود مورد توجه است. از منظر دیگر، هویت شغلی هر انسان بخش مهمی از مجموعه هویت او را تشکیل می‌دهد و داشتن شغل، به‌ویژه برخورداری از شغلی که در خدمت ارزش‌های اجتماعی باشد، موجب انسجام هویت، افزایش عزت‌نفس عمومی، تاب‌آوری و احساس امنیت در فرد می‌شود (علی‌مندگاری و همکاران، ۱۳۹۹). ابعاد مختلف حمایت اجتماعی که مهمترین آن تأمین شغل است، به‌عنوان قوی‌ترین و نیرومندترین نیروهای مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا است که تحمل مشکلات را برای فرد تسهیل می‌نماید (لی^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). قهرمانی (۱۴۰۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که حمایت‌های اجتماعی مناسب با پرهیز از مصرف

1. Masten
2. Yang

3. Lee

کوکائین در بیماران تحت درمان نگهدارنده مواد مخدر ارتباط دارد. همچنین، یافته‌های پژوهش جناآبادی و جوادی فر (۱۴۰۰) با موضوع رابطه حمایت اجتماعی و سرسختی روان‌شناختی با تاب‌آوری همسران وابسته به مواد نشان داد که بین حمایت‌های اجتماعی و تاب‌آوری رابطه مثبتی وجود دارد.

با بررسی پژوهش‌های انجام‌شده می‌توان اذعان داشت که نگرش‌های ناکارآمد، باورهای غلط شناختی و عدم حمایت‌های اجتماعی از عوامل مهم در عدم موفقیت در درمان پایدار اعتیاد، بازگشت و عود هستند (مایرز^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). براساس نظریه شناختی بک^۲، افکار منفی، باورهای غلط شناختی و متغیرهای تحریف‌شده از باورهای منفی انباشته‌شده در حافظه بلندمدت نشأت می‌گیرد و به‌طور بالقوه عاملی برای گرایش به مواد مخدر است. این نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غلط شناختی، عامل مهمی در عدم موفقیت درمان و بازگشت مجدد و عود هستند. بنابراین، در جهت درمان اعتیاد به‌نظر می‌رسد در کنار حمایت‌های اجتماعی، رویکردهای درمان شناختی اثرگذار باشد (مستن و همکاران، ۲۰۲۱). رویکرد شناختی (موج دوم و سوم) یعنی درمان شناختی-رفتاری^۳ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ رویکردی هدفمند با تمرکز بر بازسازی شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی است (احمدیان و همکاران، ۱۳۹۹) که لازم است در کنار حمایت‌های اجتماعی در اولویت‌های پژوهشی و درمان پایدار اعتیاد قرار گیرد.

در بررسی پژوهش‌های مختلف، اثرگذاری درمان‌های رویکرد شناختی که برای معتادین مورد استفاده قرار گرفته است، نتایج امیدوارکننده‌ای را نشان می‌دهد (قانع و همکاران، ۱۴۰۲). در این میان رویکرد شناختی-رفتاری می‌تواند در مقابله با وسوسه و عود، افزایش تاب‌آوری، خویش‌داری و تغییر نگرش مفید باشد (آگبریا^۵، ۲۰۲۳؛ مگیل^۶ و همکاران، ۲۰۲۳؛ تاجری و همکاران، ۱۳۹۴). عبدی‌زرین و مهدوی (۱۳۹۷) اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بر خودکارآمدی و تاب‌آوری در معتادان مراجعه‌کننده به

1. Myers
2. Beck
3. Cognitive Behavior Therapy (CBT)

4. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
5. Agbaria
6. Magill

کمپ‌های ترک اعتیاد به‌شهر بررسی کردند و براساس نتایج به‌دست‌آمده، درمان شناختی-رفتاری منجر به افزایش خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادین در حال ترک اعتیاد در کمپ شده است. همچنین، سپهوندی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با موضوع اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری اجتماعی در معتادان مرد شهر خرم‌آباد، به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری معتادین مؤثر است. مگیل و همکاران (۲۰۲۳) نیز در مطالعه فراتحلیل خود به بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر اختلالات مصرف مواد و الکل پرداختند که نتایج امیدوارکننده بود. درهمین راستا، پژوهش کای اوغلو و شاهین آلتون^۱ (۲۰۲۱) نشان داد که رویکرد شناختی-رفتاری می‌تواند موجب بازسازی شناختی در زمینه افکار، افزایش خودکارآمدی و ارتقای توانمندی‌های شناختی افراد وابسته به مواد شود. زامبونی^۲ و همکاران (۲۰۲۱) نیز در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر اختلال مصرف مواد پرداختند و نتایج حاصل از پژوهش حاکی از آن بود که درمان شناختی-رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مداخلات مؤثری برای اختلالات مصرف مواد هستند. همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که یک درمان فرایندمحور است و آسیب روانی یا رنج روانی را ناشی از عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌داند، نتایج امیدوارکننده‌ای در تقویت تاب‌آوری افراد معتاد نشان داده است (کشاورزافشار و همکاران، ۱۳۹۶). در همین راستا، باجرات (۱۳۹۸) در پژوهشی با موضوع «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری افراد معتاد در حال ترک» تأثیر مستقیم درمان بر افزایش تاب‌آوری معتادین در حال ترک را نشان داد. همچنین، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد یک گزینه درمانی مناسب برای رفتارهای اعتیادآور و اختلالات هم‌افزایی زنان زندانی است (محمدی‌سلطان‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش می‌دهد که تجربیات ناخوشایند و رنج‌آور را با آگاهی مشاهده کنند و از انکار و فرار از آن خودداری نمایند (وایت‌فورد^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه‌بر آن، این رویکرد تأکید دارد که حضور ذهنی

1. Kayaoğlu & ŞahinAltun
2. Zamboni

3. Whiteford

در لحظه حال مهم است و افراد با آگاهی از تجربیات فوری خود و عدم گمانه‌زنی در آینده یا حسرت در گذشته، می‌توانند به بهترین شکل ممکن با چالش‌ها با مواجه شوند (اودونوهیوی^۱، ۲۰۲۳). به عبارتی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد وابسته به مواد مخدر کمک می‌کند تا ارزش‌های زندگی‌شان را شناسایی کرده و به آن‌ها متعهد شوند (گول و عقیل^۲، ۲۰۲۱). درمان پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری مکمل یکدیگر در درمان اعتیاد و پیشگیری از عود هستند، به طوری که رویکرد شناختی-رفتاری باورهای ناکارآمد را هدایت می‌کند تا هیجانات و رفتارها اصلاح شود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز به فرد آموزش می‌دهد که ابتدا هیجانات خود را کنترل کند؛ به همین دلیل در این درمان‌ها فنون شناختی-رفتاری را با ذهن آگاهی ترکیب می‌کنند (احمدیان و همکاران، ۱۳۹۹). در درمان اختلالات مرتبط با مصرف مواد، تمرکز رویکرد شناختی-رفتاری بر افکار خودآیند منفی و اصلاح آن است و تمرکز اصلی رویکرد پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری، اجتناب و تجربه است (قوتی و همکاران، ۱۴۰۰).

مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد مقایسه و تفاوت اثربخشی دو رویکرد درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری کمتر مورد توجه پژوهشی قرار گرفته است. همچنین، متغیر مهم دیگری که تاکنون در مطالعات علمی نادیده گرفته شده است، اثر شغل و مهارت بر روی درمان معتادین و بازگشت مجدد و تأثیر آن بر تاب‌آوری است؛ در واقع، شغل متغیری است که در ایران به عنوان یک مؤلفه مهم در ترک و بهبودی بیماران معتاد مورد تأکید است و حتی در چهار دهه گذشته در کشور در مورد آن سرمایه‌گذاری مانند ایجاد اردوگاه‌های کاردرمانی و حرفه‌آموزی سازمان زندان‌ها و بهزیستی در سطح کشور صورت گرفته است؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که انجام این پژوهش از اهمیت بسزایی برخوردار است و این پژوهش دارای نوآوری بوده و به خلأ بزرگ پژوهشی در درمان اعتیاد و پیشگیری از عود و بازگشت مجدد پرداخته است و به این سؤال پاسخ داده شد که آیا اثربخشی دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و

درمان شناختی-رفتاری بر روی تاب‌آوری معتادین در حال بهبود شاغل و غیرشاغل متفاوت است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پس‌آزمون با گروه کنترل (متشکل از دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) بود. جامعه آماری شامل تمامی مردان شاغل و غیرشاغل بود که در بهار سال ۱۴۰۱ در دو مرکز توانمندسازی و بازپروری تهران (مرکز توانمندسازی بهزیستی اخوان و مرکز توانمندسازی رویال) در حال ترک اعتیاد بودند. حجم نمونه در طرح‌های نیمه‌آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر یک از زیرگروه‌ها توصیه شده است (دلاور، ۱۴۰۱)؛ با این وجود، از این جامعه، بنا به احتیاط پژوهشی و احتمال افت آزمودنی‌ها در طول چند هفته و همچنین با توجه به ملاک‌های ورود ۹۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس به روش تصادفی ۳۰ نفر در گروه آزمایشی اول، ۳۰ نفر در گروه آزمایشی دوم و ۳۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند و در انتهای مداخلات درمانی در گروه‌های آزمایشی اول و دوم ۸ نفر و گروه کنترل ۴ نفر افت آزمودنی وجود داشت. ملاک‌های ورود عبارت بودند از گذشت حداقل دو ماه از حضور مردان در مرکز توانمندسازی، باقی‌ماندن حداقل دو ماه از پایان حضور آنان در مرکز، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۵ سال، تحصیلات حداقل پایان دوره ابتدایی، رضایت آگاهانه و تمایل به حضور و همکاری برای مشارکت در گروه‌ها و فقدان بیماری خاص، حاد و معلولیت که امکان مشارکت در گروه‌های درمانی را محدود نکند. معیارهای خروج نیز شامل بیش از دو جلسه غیبت و عدم تمایل به ادامه حضور در پژوهش بود. برای همتا و همگن‌سازی گروه‌ها از اجرای پیش‌آزمون و کسب نمره مناسب در پرسشنامه تاب‌آوری (نمره ۲۵ تا ۷۵) استفاده شد. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس طرح دو عاملی در نرم‌افزار اسپاس تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسشنامه تاب‌آوری^۱: این پرسشنامه توسط کانر و دیویدسون^۲ (۲۰۰۳) طراحی گردید و دارای ۲۵ گویه است که هدف آن سنجش میزان تاب‌آوری براساس مولفه‌های شایستگی فردی (۲۵، ۲۴، ۲۳، ۱۷، ۱۶، ۱۲، ۱۱، ۱۰)، اعتماد به غرایز فردی (۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۵، ۱۴، ۷، ۶)، پذیرش مثبت تغییر (۵۸، ۴، ۲، ۱)، کنترل (۲۲، ۲۱، ۱۳) و تاثیرات معنوی (۹ و ۳) است. نمره‌گذاری در این مقیاس به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً نادرست = صفر، به ندرت = ۱، گاهی درست = ۲، اغلب درست = ۳ و کاملاً درست = ۴) است. طیف نمره از صفر تا ۱۰۰ و نقطه ی‌برش آن ۵۰ است و نمرات بالاتر از ۵۰ نشانگر تاب‌آوری بالا و نمرات پایین‌تر از ۵۰ نشانگر تاب‌آوری پایین است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضریب پایایی در فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ گزارش شده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). محمدی (۱۳۸۴) این پرسشنامه را در ایران هنجاریابی کرد و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است. همچنین، در پژوهش مغاللو و والیوند (۱۴۰۱) آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمده است.

روش اجرا

پس از گمارش تصادفی نمونه‌ها در سه گروه، گروه آزمایشی اول پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس بسته آموزشی هایس^۳ و همکاران (۱۹۹۹) را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه دریافت نمودند. تمرکز این رویکرد درمانی بر کنترل یا اجتناب از احساسات و هیجانات ناخوشایند، تقویت گشودگی، انعطاف‌پذیری شناختی، توجه به کنترل درونی به جای کنترل بیرونی، شناسایی ارزش‌های شخصی و کاهش تدریجی نیاز به مصرف بود. کلیات جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مطابق بسته آموزشی هایس و همکاران (۱۹۹۹)

جلسه	اهداف و تمرین‌ها
اول	خوش آمدگویی، آشنایی و معارفه‌ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، توضیح دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند، تشریح اهداف درمانی مرتبط با اعتیاد و مصرف مواد. تکلیف: پنج تا از مشکلات مهم زندگی خود را بنویسند.
دوم	بیان قوانین گروه و ده اصل تئوری انتخاب و ارائه تکلیف: تهیه لیستی از کارهایی که نمی‌توانند انجام دهند. بررسی تکلیف جلسه قبل، سنجش مشکلات بیماران از نگاه ACT (استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فردا).
سوم	تکلیف: تهیه فهرست شیوه‌های کنترل مشکلات و مزایا و معایب. تمرکز بر شش فرایند اصلی درمان پذیرش و تعهد و تأثیر آن در کاهش مصرف، بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و هیجانات ناخوشایند.
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی. تکلیف: ثبت مواردی که بیماران موفق به کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل شده‌اند. جایگزینی نظریه انتخاب و کنترل درونی به جای کنترل بیرونی، بررسی خواسته‌ها و اعمال و اینکه آیا در جهت رسیدن به اهداف هستند؟
پنجم	تکلیف: تهیه فهرستی از رفتارها که تحت کنترل بیرونی هستند و چگونگی تحت کنترل درونی در آوردن آن‌ها.
ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارتباط با زمان حال، در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه (استعاره شطرنج) و آموزش فنون ذهن آگاهی. تعریف، شناخت دنیای کیفی و واقعی و تفاوت بین انسان‌ها در این زمینه. تکلیف: در دنیای کیفی شما و رابطه رفع نیازها و دنیای کیفی شما چه می‌گذرد؟
هفتم	ارائه تعریف راهبردهای تنظیم هیجان، تصویر بدنی و تاب‌آوری، رابطه آن‌ها با دنیای کیفی و نیازهای بنیادین، آموزش طرح و برنامه‌ریزی برای رسیدن به خواسته‌ها. تکلیف: انجام طرح و برنامه‌ریزی برای رسیدن به خواسته‌ها.
هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع و به کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد و پیگیری ارزش‌ها. تکلیف: گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها و تفکر در مورد نتایج جلسات جمع‌بندی مفاهیم ارائه شده، درخواست از اعضا برای ارائه دستاوردهایشان و برنامه‌شان برای زندگی.

گروه آزمایشی دوم نیز، پروتکل درمانی شناختی-رفتاری مطابق با بسته آموزشی بک (۲۰۱۱) را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه دریافت نمودند. در این رویکرد درمانی، تمرکز بر مهارت‌های مقابله‌ای، عوامل درون‌فردی و بین‌فردی، مقابله با حالت‌های هیجانی منفی، مقابله با ناکامی و خشم، مقابله با تعارضات بین‌فردی، شناسایی موقعیت‌های پرخطر و نحوه مقابله با آن و تحلیل عملکرد مقابله با خطر مرتبط با وسوسه بود. خلاصه جلسات رفتاردرمانی شناختی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات رفتاردرمانی شناختی مطابق با بسته آموزشی بک (۲۰۱۱)

جلسه	موضوع جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی و ایجاد رابطه درمانی	آشنایی با اعضا و ایجاد ارتباط در جهت برقراری رابطه حسنه، سعی در ایجاد اتحاد درمانی، توافق با اعضا در خصوص اهداف درمانی، ایجاد انگیزه در بیماران جهت شرکت مؤثر در جلسات و بازخورد انگیزشی فردی
دوم	آشنایی با نقشه تغییر شناختی	شناخت اعتیاد و توضیح در مورد فرایندهای آن، تلاش برای ایجاد شناخت بین اعضا، آشنایی با اصول بهبودی، آشنایی با نقشه تغییر شناختی و معرفی موقعیت‌های پرخطر
سوم	کنترل پیش‌آیندها	آشنایی با عوامل وسوسه‌انگیز، تلاش برای شناسایی و کنترل پیش‌آیندها و پیامدهای مصرف مواد مخدر، مقابله با میل و مصرف مواد (مقابله با وسوسه)
چهارم	آشنایی با خطاهای شناختی	آشنایی با عوامل لغزش و آشنایی با خطاهای شناختی مسبب آن، روش‌های مقابله‌ای در خصوص مدیریت افکار منفی و روش‌های کاهش لغزش و شناسایی عوامل هشداردهنده و مقابله با تفکر منفی
پنجم	آشنایی با افکار انتظاری	شناسایی و کنترل افکار انتظاری، تسهیل‌کننده، اجازه‌دهنده و تحریف‌های شناختی، آموزش توقف فکر، آشنایی با نحوه مقابله هیجان‌مدار و بررسی تصمیم‌های به‌ظاهر نامرتب
ششم	آشنایی با خطاهای بارز شناختی	آشنایی با خطاهای شناختی مسبب ایجاد ولع مصرف، علت‌های وسوسه و افزایش توانمندی در مدیریت بهتر شرایط خطر و برنامه‌ریزی در زمینه موارد اضطراری
هفتم	آموزش مهارت‌های امتناع	آشنایی با هیجان‌های مثبت و منفی، افزایش مهارت‌های مدیریت و کنترل اضطراب و روش‌های تغییر حال بد به حال خوب و آموزش مهارت‌های امتناع
هشتم	جمع‌بندی	مرور جلسات گذشته و ایجاد برنامه‌ریزی‌های بنیادی در خصوص تداوم بهبودی و آموزش انتقاد و انتقاد کردن، انجام پس‌آزمون

یافته‌ها

از نظر ویژگی جمعیت‌شناختی، افراد مورد مطالعه در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۵ سال بودند. در گروه‌های آزمایشی ۳۳ درصد از افراد در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۷ درصد ۳۱ تا ۴۰ سال، ۲۵ درصد ۴۱ تا ۵۰ سال، ۲۵ درصد بالاتر ۵۰ سال و در گروه کنترل نیز ۲۷ درصد از افراد در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۲۳ درصد ۳۱ تا ۴۰ سال، ۳۱ درصد ۴۱ تا ۵۰ سال، ۱۹ درصد بالاتر ۵۰ سال بود. از نظر تحصیلات، گروه‌های آزمایشی ۲۷ درصد افراد زیردیپلم، ۲۵ درصد دیپلم، ۲۱ درصد فوق‌دیپلم، ۱۸ درصد لیسانس و ۹ درصد فوق‌لیسانس و بالاتر و در گروه کنترل ۱۵ درصد افراد زیردیپلم، ۳۳ درصد دیپلم، ۱۷ درصد فوق‌دیپلم، ۲۳ درصد لیسانس و ۱۲ درصد فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. از نظر تأهل، گروه‌های آزمایشی ۴۲ درصد افراد متأهل و ۵۸ درصد آن‌ها مجرد بودند و در گروه کنترل ۶۵ درصد افراد متأهل و ۳۵ درصد آن‌ها مجرد بودند. از نظر شاغل و غیرشاغل بودن، گروه‌های آزمایشی ۴۸ درصد افراد شاغل و ۵۲ درصد افراد غیرشاغل و گروه کنترل ۴۶ درصد افراد شاغل و ۵۴ درصد آن‌ها غیرشاغل بودند. میانگین و انحراف استاندارد متغیر تاب‌آوری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: یافته‌های توصیفی متغیر تاب‌آوری به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه درمانی پذیرش و تعهد		گروه درمانی شناختی-رفتاری		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی شاغل	۷۲/۰۱	۳/۵۱	۷۱/۰۸	۴/۵۳	۶۳/۰۸	۴/۵۷
تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی غیرشاغل	۶۳/۵۰	۳/۴۲	۶۲	۴/۱۷	۵۰/۶۴	۴/۳۲

نتایج جدول ۳ نشان داد که بین میانگین متغیر تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی شاغل و غیرشاغل براساس گروه‌های درمانی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و با مقایسه میانگین‌ها مشخص می‌شود که میزان تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی شاغل از معتادین در حال بهبودی غیرشاغل بیشتر است. پس از انجام تحلیل توصیفی متغیر مورد

مطالعه، به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس طرح دو عاملی استفاده شد. قبل از به کارگیری آزمون تحلیل واریانس طرح دو عاملی، مفروضه‌های این آزمون به وسیله آزمون لوین برای برابری واریانس‌ها و آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت ارزیابی نرمال بودن مورد بررسی قرار گرفت، سپس آزمون اجرا و نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: تحلیل حاصل از تحلیل واریانس طرح دو عاملی متغیر تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی شاغل و غیر شاغل

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه متغیر (تاب‌آوری)	۱۹۴۵/۳۷	۱	۱۹۴۵/۳۷	۱۳/۴۱	۰/۰۰۰۵	۰/۱۵۷
خطا	۱۰۴۴۲/۵۴	۷۲	۱۴۵/۰۳			

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی شاغل و غیر شاغل با یکدیگر تفاوت معناداری وجود دارد و تاب‌آوری معتادین شاغل در حال بهبودی بیشتر از گروه معتادین غیر شاغل در حال بهبودی است و متغیر گروه ۱۵ درصد از واریانس متغیر تاب‌آوری را تبیین می‌کند. در جدول ۵ نتایج حاصل از تحلیل واریانس طرح دو عاملی متغیر تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی گروه درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری و گروه کنترل ارائه شده است.

جدول ۵: تحلیل واریانس طرح دو عاملی متغیر تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی گروه درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری و گروه کنترل

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه متغیر (تاب‌آوری)	۱۸۵۱/۷۹	۲	۹۲۵/۸۹	۶/۳۸	۰/۰۰۳	۰/۱۵۱
خطا	۱۰۴۴۲/۵۴	۷۲	۱۴۵/۰۳			

نتایج جدول ۵ نشان داد که تاب‌آوری معتادین در حال بهبود که در دو گروه آزمایشی مداخله درمانی دریافت کردند با گروه کنترل متفاوت و معنادار بود (یعنی تاب‌آوری در گروه‌های آزمایشی که مداخله درمانی دریافت کردند نسبت به گروه کنترل بیشتر بود) و

متغیر گروه ۱۵ درصد از واریانس متغیر تاب‌آوری را تبیین می‌کند. در جدول ۶ تحلیل حاصل از آزمون تعقیبی شفه متغیر تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی شفه متغیر تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی گروه درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری و گروه کنترل

گروه	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
گروه درمانی	گروه درمانی شناختی-رفتاری	۱/۲۳	۳/۳۴	۰/۹۲۸
پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۱۱/۲۰	۳/۳۱	۰/۰۰۳
گروه درمانی	گروه کنترل	۹/۹۷	۳/۳۷	۰/۰۱۲
شناختی-رفتاری				

با مقایسه میانگین‌های متغیر تاب‌آوری بین این سه گروه براساس آزمون تعقیبی شفه که در جدول ۶ گزارش شده است، مشخص شد که بین میزان تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی گروه درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری تفاوت معناداری وجود ندارد؛ به عبارتی، تاثیر دو مداخله درمانی (یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری) در دو گروه آزمایشی بر تاب‌آوری یکسان است و هیچ کدام از این دو مداخله درمانی انتخابی نیستند. در جدول ۷ نتایج تحلیل واریانس طرح دوعاملی متغیر تاب‌آوری براساس شرایط ترکیبی معتادین شاغل و غیرشاغل در حال بهبودی گروه‌های درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری و گروه کنترل ارائه شده است.

جدول ۷: نتایج تحلیل واریانس طرح دوعاملی متغیر تاب‌آوری براساس شرایط ترکیبی معتادین شاغل و غیرشاغل در حال بهبودی گروه‌های درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری و گروه کنترل

منبع پراش	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه متغیر (تاب‌آوری)	۵۸/۸۹۳	۲	۲۹/۴۴۷	۰/۲۰۳	۰/۸۱۷	۰/۰۰۶
خطا	۱۰۴۴۲/۵۴۸	۷۲	۱۴۵/۰۳۵			

طبق نتایج جدول ۷، بین تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی شاغل و غیرشاغل براساس گروه‌های درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری و گروه کنترل با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد؛ به عبارت دیگر، بین دو گروه معتادین در حال بهبودی شاغل و غیرشاغل براساس گروه‌های درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری و گروه کنترل در

میزان متغیر تاب آوری تفاوت معنادار وجود ندارد و هیچ کدام از این دو مداخله درمانی انتخابی نیستند. به طور کلی نتایج نشان داد اثر هر دو مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری در افزایش تاب آوری معتادین در حال بهبودی شاغل بیشتر از معتادین در حال بهبودی غیر شاغل بوده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی دو رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر تاب آوری معتادین در حال بهبود شاغل و غیر شاغل انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که در گام اول، بین تاب آوری معتادین در حال بهبودی شاغل با غیر شاغل تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که تاب آوری معتادین در حال بهبود شاغل بیشتر از گروه معتادین در حال بهبودی غیر شاغل است. هرچند که در راستای این یافته پژوهش مستقیمی یافت نشد؛ ولی نتایج پژوهش قهرمانی (۱۴۰۱) همسو با نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که حمایت‌های اجتماعی و شغل در بهبود درمان معتادین مؤثر است. در گام دوم، یافته‌ها نشان داد که بین تاب آوری معتادین در حال بهبود که در دو گروه آزمایشی مداخله درمانی دریافت کردند با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به این صورت که تاب آوری در گروه‌های آزمایشی که مداخله درمانی دریافت کردند نسبت به گروه کنترل بیشتر بود. همسو با این یافته، پژوهش‌های باقری و همکاران (۱۴۰۳)، قانعی و همکاران (۱۴۰۲)، محمدی سلطان آبادی و همکاران (۱۴۰۱)، احمدیان و همکاران (۱۳۹۹)، باجرات (۱۳۹۸)، عبدی زرین و مهدوی (۱۳۹۷)، سپهوندی و همکاران (۱۳۹۵) و تاجری و همکاران (۱۳۹۴) نیز تایید کننده افزایش تاب آوری ناشی از مداخله درمان پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری به عنوان پیش‌بینی کننده معناداری برای کاهش وابستگی به مواد هستند. طبق این یافته فرض می‌شود که وضعیت شغلی فرد در حال بهبودی می‌تواند بر سطح تاب آوری او نقش داشته باشد؛ همچنین، با ایجاد احساس مفید و ارزشمند بودن، برقراری ارتباط با محیط، بودن در اجتماع و گریز از تنهایی و انزوا موجب می‌شود که افراد شاغل توانایی بیشتری در مقابله با استرس‌ها و فشارهای زندگی در فرآیند بهبودی از اعتیاد داشته باشند؛ از این رو می‌توان از این نتایج برای تداوم و پایداری فرآیند

بهبودی معتادین استفاده کرد. در گام سوم، یافته‌ها نشان داد که بین تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی گروه‌های درمانی پذیرش و تعهد با شناختی-رفتاری تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو درمان اثر یکسان داشتند و هیچ کدام از این دو مداخله درمانی انتخابی نیستند؛ باوجود اینکه پژوهشی مستقیم در راستای این یافته یافت نشد، اما نتایج پژوهش همکاران (۲۰۲۱)، یانگ و همکاران (۲۰۱۸)، گراسیا-ایسکیردو^۱ و همکاران (۲۰۱۸)، مستن و یروف و سفین^۲ (۲۰۱۷)، میستر^۳ و همکاران (۲۰۱۵)، بدیع و همکاران (۱۴۰۱) و خواجه‌وی و همکاران (۱۴۰۲) همسو با یافته‌های مذکور نشان از تأثیر درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری معتادین دارند.

در تبیین این یافته‌ها و در زمینه ارتباط تاب‌آوری با شغل می‌توان نتیجه گرفت که شغل و مهارت اساساً شاخص‌ترین حمایت اجتماعی است و می‌تواند باعث افزایش اعتمادبه‌نفس و احساس توانایی در فرد شود که تاب‌آوری را ارتقا می‌دهد؛ همچنین شغل می‌تواند فرصت‌های بیشتری برای برقراری ارتباط با محیط اجتماعی را فراهم کند و این ارتباطات می‌تواند به افزایش حمایت اجتماعی و تقویت تاب‌آوری کمک کند. علاوه بر آن، انجام وظایف مرتبط با شغل می‌تواند به فرد احساس معنا و هدف در زندگی دهد و در مواجهه با چالش‌ها و استرس‌ها تأثیرگذار باشد. شغل باعث تقویت مهارت‌ها و توانایی‌های فرد می‌شود که این امر به افزایش قدرت مقابله و تاب‌آوری در مواجهه با مشکلات کمک می‌کنند. بنابراین، مؤلفه‌های تاب‌آوری و ویژگی‌های افراد تاب‌آور در افراد شاغل بیشتر بوده و داشتن یک جایگاه اجتماعی در غالب یک شغل می‌تواند در میزان تاب‌آوری مؤثر واقع شود. در مقابل افراد بیکار در برابر آسیب‌های روان‌شناختی و اجتماعی همچون اعتیاد به مواد مخدر آسیب‌پذیرتر می‌شوند. در همین راستا، پژوهش جناآبادی و جوادی‌فر (۱۴۰۰)، شیخ‌الاسلامی و همکاران (۱۳۹۹)، علی‌مندگاری و همکاران (۱۳۹۹) و بابائیان و همکاران (۱۳۹۵) نیز تا حدودی این یافته را تأیید می‌کنند.

1. García-Izquierdo
2. Yeruf & Sefin

3. Meister

همچنین، در تبیین یافته دیگر پژوهش مبنی بر اینکه تاب‌آوری معتادین شاغل و غیرشاغل در حال بهبودی گروه‌های درمانی از گروه کنترل بیشتر است، باید گفت که انباشته شدن خطر می‌تواند حتی تاب‌آورترین افراد را تحت تأثیر قرار دهد. عوامل متعددی در علت‌شناسی مصرف مواد مؤثر هستند که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف مواد می‌شوند؛ از آن میان می‌توان از تاب‌آوری نام برد که افزایش آن می‌تواند فرد را در برابر فشارهای محیطی مصون نگه دارد. تاب‌آوری یکی از مؤثرترین عوامل روان‌شناختی است که دربرگیرنده عملکرد مثبت، سازگاری و پاسخ‌دهی مناسب به استرس و شرایط ناخوشایند زندگی است (یانگ و همکاران، ۲۰۱۸؛ یروف و سفین، ۲۰۱۷). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که با کاهش علائم عاطفی، شناختی، جسمی و رفتاری بر رفتارهای مضر معتادان اثر بگذارد و بر بهبود سلامت روانی و تاب‌آوری افراد وابسته به مواد مخدر مؤثر باشد (باقری و همکاران، ۱۴۰۳). با توجه به اینکه هدف نهایی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری فرد است، بنابراین هرچه انعطاف‌پذیری فرد افزایش یابد باعث افزایش تاب‌آوری در وی می‌شود؛ لذا، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری مترادف می‌باشند و منجر به ایجاد ظرفیت بالایی برای سلامت روانی و جسمانی در فرد می‌شوند و به فرد کمک می‌کنند تا با شرایط ناخوشایند سازگار شود (دانتزر^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). درمان شناختی-رفتاری نیز باعث می‌شود تا بیمار ضمن برخورداری شدن از تاب‌آوری، مهارت‌های مقابله‌ای لازم را به‌منظور مدیریت موقعیت‌های خطر ساز کسب کند و به این باور برسد که می‌تواند بر مصرف مواد کنترل داشته باشد (عبدی‌زرین و مهدوی، ۱۳۹۷). این رویکرد، افکار و نگرش‌های نادرست را به چالش می‌کشد و با آموزش روش‌های مقابله، گفتگوی درونی و راهبردهای حل مسئله در جهت ارتقای رفتاری اجتماعی، افزایش صمیمیت و ارتباط مثبت و در نهایت تاب‌آوری می‌کوشد (مگیل و همکاران، ۲۰۲۳).

همچنین، یافته‌ها نشان داد که اثر هر دو مداخله درمانی (درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری) به یک میزان بر تاب‌آوری معتادین شاغل و غیرشاغل در حال

بهبودی مؤثر بودند و هیچ کدام از این دو مداخله درمانی انتخابی نیستند. این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر تأکید بر قبول و تعهد، همچنین توجه به حالت ذهنی و هیجانی فرد است؛ درحالی که درمان شناختی-رفتاری بیشتر به تغییر افکار و رفتارهای منفی متمرکز است. علی‌رغم تفاوت‌هایی که بین این دو رویکرد درمانی وجود دارد، هر دو درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اهداف نهایی تغییر توجه، تفکر و رفتار را با استفاده از فنون درمانی متفاوت دنبال می‌کنند (احمدیان و همکاران، ۱۳۹۹). در تبیین این یافته‌ها می‌توان به مبانی نظری رویکرد شناختی اشاره کرد که گرایش به مصرف مواد را نتیجه نقص یادگیری رفتارهای مناسب برای مقابله با تأثیر اجتماع، دوستان و همسالان، نگرش‌ها، انتظارات و نقص مهارت‌های مقابله با القاکندگانی مواد می‌داند. افراد مبتلا به مصرف مواد دارای سبک مقابله‌ای متمرکز بر هیجان، تکانش‌وری، عزت‌نفس و تاب‌آوری پایین می‌باشند (دادفر و همکاران، ۱۳۹۳). براساس نظریه شناختی بک، درمان معتادین در یک فرایند دومارحله‌ای امکان‌پذیر است. در مرحله اول، با مداخله درمان‌های شناختی، آموزش رفتار خودکنترلی و انعطاف‌پذیری شناختی باید بر تغییر رفتار معتادین با ایجاد تعادل تمرکز نمود. در مرحله دوم، بر نگهداری اعتدال در مصرف، آموزش مهارت‌های اجتماعی به منظور افزایش عزت‌نفس، تاب‌آوری، حمایت اجتماعی و ایجاد ارتباط با افراد مؤثر تمرکز کرد (نیازی و حسینی‌زاده، ۱۳۹۹). براساس نظر بندورا^۱، اعتیاد و مصرف مواد از یک سو به وسیله الگوبرداری، تقلید و تقویت در حوزه روابط بین افراد آموخته می‌شود؛ بنابراین، یک رفتار اجتماعی است. از سوی دیگر، تحت تأثیر عوامل درون‌فردی همچون خودکارآمدی و شناخت و باورهای فرد قرار می‌گیرد. خودکارآمدی درجه‌ای از احساس تسلط فرد در مورد توانایی خود برای انجام فعالیت‌ها است. خودکارآمدی از نظر بندورا به نقش اعتماد، اطمینان، عزت‌نفس فرد و تاب‌آوری نسبت به توانایی در انجام رفتار خواسته شده تأکید دارد. خودکارآمدی اطمینانی است که شخص رفتار خاص را با موفقیت به اجرا می‌گذارد و انتظار نتایج مثبت دارد (باباجعفری و امینی‌منش، ۱۴۰۰). به اعتقاد میلتون فریدمن^۲ مسئله بیکاری از طریق فراهم

ساختن معاشرت‌های آلوده زمینه را برای گرایش به اعتیاد و مواد مخدر مساعد می‌سازد و تأثیر منفی بر امید فرد به آینده می‌گذارد. کاهش امید به آینده نیز احتمال گرایش فرد به اعتیاد مواد مخدر را افزایش می‌دهد و این امر موجب بروز بیکاری بیشتر می‌شود و این چرخه ادامه پیدا می‌کند و موجب اعتیاد می‌شود (نیازی و حسینی‌زاده، ۱۳۹۹). به‌طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که اشتغال حلقه مفقوده در درمان اعتیاد و پیشگیری از عود است و هر اثر دو مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری در افزایش تاب‌آوری معتادین در حال بهبودی شاغل بیشتر از معتادین در حال بهبودی غیرشاغل بوده است. همچنین، هر دو روش درمانی در درمان اعتیاد موثرند، ولی در میزان اثر دو روش درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد؛ بنابراین، از اشتغال پایدار حین درمان اعتیاد در بازسازی شخصیت اجتماعی بهبودیافتگان و افزایش تاب‌آوری و روند بهبود روانی آنها نباید غافل شد تا درمان پایدار و امیدوارکننده‌تر باشد و در کاهش عود نیز تحول ایجاد شود.

این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی همراه بود، از جمله اینکه پژوهش در شهر تهران انجام شده است و از تعمیم نتایج به سایر شهرها لازم است با احتیاط عمل کرد. عدم پیگیری نتایج نیز از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. براین اساس پیشنهاد می‌شود، مراکز اشتغال‌زایی گروهی و انفرادی برای معتادین در حال درمان و پس از بهبودی گسترش یابد و فرهنگ‌سازی به کارگیری معتادین و معتادین در حال بهبود و بهبودیافته در سطح جامعه انجام پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود دولت از اشخاص حقیقی و حقوقی که این قبیل افراد را به کار می‌گیرند و زمینه تشویق اشتغال بهبودیافتگان را فراهم می‌کنند، حمایت نماید. پیشنهاد دیگر این است که در مراکز ترک اعتیاد و کمپ‌های دولتی و خصوصی همزمان با درمان، زمینه اشتغال و مهارت‌آموزی فراهم شود. همچنین، درمان‌های شناختی-پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری همزمان با اشتغال، یکی روش‌های مؤثر درمان معتادین و پیشگیری از عود است که توصیه می‌شود از این روش‌های درمانی در مراکز نگهداری و کمپ‌های دولتی و خصوصی بهره‌مند شوند.

منابع

- احمدیان، حمزه؛ جدی پور، شعریه و احمدیان، حسام (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرش های ناکارآمد و باورهای غلط شناختی در افراد با درمان نگهدارنده متادون. *فصلنامه علمی/اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۶)، ۳۱۲-۲۸۷.
- باباجعفری، علیرضا و امینی منش، سجاد (۱۴۰۰). پیش بینی خودکارآمدی پرهیز از سوء مصرف مواد در بیماران تحت درمان با متادون براساس سرمایه روان شناختی، اختلال خواب و راهبردهای مقابله ای. *سلامت اجتماعی*، ۹(۱)، ۱۴-۵.
- بابائیان، نغمه؛ معارف وند، معصومه و حسین زاده، سمانه (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی اشتغال در شبکه شغلی بهبودیافتگان بر ماندگاری مبتلایان به اختلال مصرف مواد در درمان. *مددکاری اجتماعی*، ۵(۳)، ۵۹-۵۳.
- باجرات، خدیجه (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تاب آوری افراد معتاد در حال ترک. *پنجمین کنفرانس ملی نوآوری های اخیر روان شناسی*.
- باقری، شیخان؛ اسرافیلیان، فروغ؛ صوابی، وحید؛ حقیقت بیان، نازنین و دهقان، راضیه (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک های مقابله ای، تحمل پریشانی و باورهای فراشناختی در افراد وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه علمی/اعتیادپژوهی*، ۱۷(۷۰)، ۲۲۰-۱۹۵.
- بدیع، علی؛ مکوندی، بهنام؛ بختیارپور، سعید و پاشا، رضا (۱۴۰۱). نقش الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب آوری و استرس در پیش بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد. *فصلنامه علمی/اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۱۶۶-۱۴۵.
- تاجری، بیوک؛ احدی، حسن و جمهری، فرهاد (۱۳۹۴). بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر پرهیز و سوسه عود و تغییر نگرش معتادین به شیشه. *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۲(۷)، ۲۹-۱.
- جناآبادی، حسین و جوادی فر، پروانه (۱۴۰۰). رابطه حمایت اجتماعی و سرسختی روان شناختی با تاب آوری در زنان دارای همسر وابسته به مواد تحت درمان دارویی، *فصلنامه علمی/اعتیادپژوهی*، ۱۵(۶۲)، ۲۶۰-۲۴۵.
- خواجهی، سمیه؛ ادهمی، عبدالرضا و نوابخش، مهرداد (۱۴۰۲). ارزیابی مؤلفه های تاب آوری هویت بهبودیافتگان اعتیاد در جامعه پذیری مجدد: مورد مطالعه مراجعه کنندگان مراکز بازتوانی ترک اعتیاد. *مطالعات روان شناختی نوجوان و جوان*، ۴(۲)، ۱۳۳-۱۲۶.

- دادفر، محبوبه؛ صابری زفرقندی، محمدباقر؛ کولیوند، پیرحسین و کاظمی، هادی (۱۳۹۳).
رویکردهای روان‌شناختی در درمان اعتیاد. تهران: نشر میرماه.
- دلاور، علی (۱۴۰۱). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش.
- سپهوندی، محمدعلی؛ صادقی، مسعود و نورمحمدی، اعظم (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی گروه درمانی
شناختی-رفتاری بر عزت نفس اجتماعی در معتادان مرد شهر خرم‌آباد. نخستین همایش جامع
بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی.
- سلمانی، علی؛ بشرپور، سجاد و صالحی‌نژاد، محمدعلی (۱۴۰۳). اثربخشی تحریک الکتریکی
مستقیم فراجمجمه‌ای بر ولع مصرف و سبک‌های تصمیم‌گیری در افراد مصرف‌کننده مواد.
فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۸(۷۱)، ۵۴-۳۱.
- شیخ‌الاسلامی، علی؛ قمری کیوی، حسین و فیاضی، مینا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های
زندگی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی،
۱۴(۵۸)، ۳۰-۱۱.
- عبدی‌زرین، سهراب و مهدوی، حسین (۱۳۹۷). اثربخشی درمان روان‌شناختی رفتاری بر
خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان مراجعه‌کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد بهشهر. فصلنامه
علمی اعتیادپژوهی، ۱۲(۴۹)، ۵۶-۳۹.
- علی‌مندگاری، ملیحه؛ بی‌بی‌رازی نصرآباد، حجه؛ کارگشورکی، محمدرضا و میری، راضیه
(۱۳۹۹). پیامدهای بیکاری بر زندگی روزمره جوانان شهر کرمانشاه. جامعه‌شناسی معاصر،
۹(۱۷)، ۱۸۳-۱۴۷.
- قانع، عبدالکریم؛ شهبازی، مسعود و کرای، امین (۱۴۰۲). اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد
و شناختی-رفتاری بر وسوسه مصرف و پیشگیری از عود در معتادان خودمعرف مراکز ترک
اعتیاد. دستاوردهای روان‌شناختی دانشگاه شهید چمران، ۳۰(۲)، ۳۹۲-۳۶۹.
- قوتی، عاطفه؛ آهوان، مسعود و بلغان‌آبادی، مصطفی (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره درمانی و رفتار
درمانی شناختی و تاب‌آوری تنظیم شناختی هیجان و ولع مصرف در افراد سوءمصرف‌کننده
مواد. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۵(۶۲)، ۱۴۰-۱۱۳.
- قهرمانی، سجاد (۱۴۰۱). تعیین شاخص‌های حمایت اجتماعی در درمان اعتیاد. مطالعات علوم
اسلامی، ۴(۴۳)، ۳۶-۲۹.

کریمی، فاطمه و زرگرشیرازی، فریبا (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی در زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۷(۷۰)، ۱۹۴-۱۷۵.

کشاورزافشار، حسین؛ قاضی‌نژاد، نیکو و امیری، احمد (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش به مصرف و کیفیت زندگی در سوءمصرف کنندگان مواد مخدر. *طب انتظامی*، ۱۷(۱)، ۵-۱.

کیان‌ارثی، سارا؛ عباس‌پور، ذبیح‌اله و اصلانی، خالد (۱۴۰۱). اثربخشی خانواده‌درمانی رفتاری بر وسوسه مصرف مواد در نوجوانان ترک‌کننده سوءمصرف مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۸۰-۶۱.

محمدی‌سلطان‌آبادی، آرزو؛ متقی، شکوفه و کردی‌اردکانی، احسان (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرشی به منابع اسلامی بر تصمیم‌گیری تکانشی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان مصرف‌کننده مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۳۳۴-۳۰۹.

محمدی، مسعود (۱۳۸۴). *بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوءمصرف مواد*. رساله دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

مغانلو، مهناز و والیوند، یاسر (۱۴۰۱). مدل‌یابی گرایش به اعتیاد بر اساس صفات مدل پنج عاملی شخصیت با میانجی‌گری تاب‌آوری در دانشجویان. *اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۲۸۴-۲۶۷.

نیازی، محسن و حسینی‌زاده، سیدسعید (۱۳۹۹). *ترک پایدار/اعتیاد*. تهران: نقد فرهنگ.

References

- Agbaria, Q. (2023). Cognitive Behavioral Intervention in Dealing with Internet Addiction among Arab Teenagers in Israel. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21(3), 2493-2507.
- Beck, J. S. (2011). Cognitive-behavioral therapy. *Clinical textbook of addictive disorders*, 491, 474-501.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Dantzer, R., Cohen, S., Russo, S.J., & Dinan, T.G. (2018). Resilience and Immunity. *Brain, Behavior, and Immunity*, 74(5), 28-42.
- García-Izquierdo, M., MeseguerDePedro, M., RíosRisquez, M.I., & Sánchez, M.I.S. (2018). Resilience as a Moderator of Psychological Health in Situations of Chronic Stress (Burnout) in a Sample of Hospital Nurses. *Journal of Nursing Scholarship: an Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 50(2), 228-236.

- Gul, M., & Aqeel, M. (2021). Acceptance and Commitment Therapy for Treatment of Stigma and Shame in Substance Use Disorders: A Double-blind, Parallel-Group, Randomized Controlled Trial. *Journal of Substance Use*, 26(4), 413-419.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experimental Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.
- Kabisa, E., Biracyaza, E., Habagusenga, J., & Umubyeyi, A. (2021). Determinants and Prevalence of Relapse Among Patients with Substance Use Disorders: Case of icyizere Psychotherapeutic Centre. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 13(1), 21-47.
- Kayaoğlu, K., & ŞahinAltun, Ö. (2021). The Effect of Combined Cognitive-Behavioral Psychoeducation and Music Intervention on Stress, Self-efficacy, and Relapse Rates in Patients with Alcohol and Substance use Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Perspectives in Psychiatric Care*, 5(2), 102-109.
- Lee, E.B., An, W., Levin, M.E., Twohig, M.P. (2015). An Initial Meta-Analysis of Acceptance and Commitment Therapy for Treating Substance Use Disorders. *Drug Alcohol Depend*, 155(7), 1-7.
- Magill, M., Kiluk, B. D., & Ray, L. A. (2023). Efficacy of cognitive behavioral therapy for alcohol and other drug use disorders: is a one-size-fits-all approach appropriate?. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 14(6), 1-11.
- Masten, A.S., Lucke, C.M., Nelson, K.M., & Stallworthy, I.C. (2021). Resilience in Development and Psychopathology: Multisystem Perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17(1), 521-549.
- Meister, R. E., Weber, T., Princip, M., Schnyder, U., Barth, J., Znoj, H., ... & von Känel, R. (2015). Resilience as a correlate of acute stress disorder symptoms in patients with acute myocardial infarction. *Open heart*, 2(1), e000261.
- Myers, E. J., Abel, D. B., Mickens, J. L., Russell, M. T., Rand, K. L., Salyers, M. P., ... & Minor, K. S. (2024). Meta-analysis of the relationship between metacognition and disorganized symptoms in psychosis. *Schizophrenia Research*, 264, 178-187.
- O'Donohue, W. (2023). The Scientific Status of Acceptance and Commitment Therapy: An Analysis from The Philosophy of Science. *Behavior Therapy*, 54(6), 956-970.
- Onaemo, V.N., Chireh, B., Fawehinmi, T.O., & D'Arcy, C. (2024). Comorbid substance use disorder, major depression, and associated disability in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*, 348(6), 8-16.
- UNODC, World Drug Report 2023 (United Nations publication, 2023).

- Whiteford, S., Quigley, M., Dighton, G., Wood, K., Kitchiner, N., Armour, C., & Dymond, S. (2024). Anxiety, Distress Tolerance, and The Relationship Between Complex Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Alcohol Use in Veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 80(1), 158-169.
- Yang, C., Xia, M., Han, M., & Liang, Y. (2018). Social Support and Resilience as Mediators Between Stress and Life Satisfaction Among People With Substance Use Disorder in China. *Frontiers in Psychiatry*, 9(436), 1-7.
- Yeruf, E., & Sefin, P. (2017). The Relationship Between Resilience and Alexithymia with Tendency in Addiction. *Cognitive Behavior Therapy*, 34(4), 26-32.
- Zamboni, L., Centoni, F., Fusina, F., Mantovani, E., Rubino, F., Lugoboni, F., & Federic, A. (2021). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Techniques for The Treatment of Substance Use Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(11), 835-845.