

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 -depeendent 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 Tabatabai University, Tehran, Iran. Email: drahdai5@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 تاب آوری در افراد وابسته به مواد در حال بھبود شاغل و غیرشاغل *

سید احمد قائمی^۱، حسن احمدی^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 تاب آوری در افراد وابسته به مواد در حال بھبود شاغل و غیرشاغل انجام شد. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پس آزمون 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 کردند. از این بین، ۹۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت 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 شرکت کنندگان پرسشنامه تاب آوری را تکمیل کردند. داده‌ها با روش تحلیل واریانس طرح دو عاملی تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در میزان تاب آوری افراد وابسته به مواد در حال بھبود شاغل با غیرشاغل تفاوت معنادار وجود دارد و میزان تاب آوری افراد وابسته به مواد در حال بھبود شاغل و غیرشاغل در گروههای درمانی با گروه کنترل تفاوت معنادار داشت، بهنحوی که در گروههای درمانی تاب آوری بیشتر از گروه کنترل بود. به طور کلی نتایج نشان داد اثر هر دو مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری در افزایش تاب آوری افراد وابسته به مواد در حال بھبودی شاغل بیشتر از افراد وابسته به مواد در حال بھبودی غیرشاغل بود. همچنین، هر دو مداخله درمانی در افزایش تاب آوری افراد وابسته به مواد در حال ترک نقش داشت اما بین میزان اثر درمانی دو روش تفاوت معنادار وجود نداشت. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاکی از اثربخشی شاغل بودن (حمایت اجتماعی) به عنوان یک مداخله درمانی برای درمان افراد وابسته به مواد و پیشگیری از عود بود. بنابراین، استغال حلقة مفقوده در درمان اعتیاد است و استفاده از درمان‌های شناختی توان با استغال افراد وابسته به مواد روش مؤثری در درمان اعتیاد و کاهش عود است.

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

*. این مقاله برگفته 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، دبی، 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 مخاطره‌آمیز و پیچیده فرد، خانواده و جامعه را تهدید می‌کند (کریمی و زرگر شیرازی، ۱۴۰۳). اعتیاد و وابستگی به مواد، به عنوان یک بیماری تشخیص داده می‌شود و دسته‌ای از علائم رفتاری، شناختی و فیزیولوژیکی را شامل می‌شود که با تحمل^۲ همراه است؛ به طوری که فرد علی‌رغم مشکلات قابل توجه به مصرف بیشتر مواد ادامه می‌دهد و درنهایت، این مسئله با آسیب‌های اجتماعی، اقتصادی، جسمانی و روانی همراه می‌شود (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 مصرف‌کننده 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 می‌دهد هر ساله این آمار رو به افزایش است. آمارهای غیررسمی نیز در این رابطه نشان می‌دهند ۱۴ میلیون نفر از جمعیت ایران با مشکلات اعتیاد به صورت مستقیم و غیرمستقیم در گیر هستند (کیان‌ارثی 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 بهویژه 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 می‌شود (کیسیا^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، به دلیل پایین بودن موفقیت در درمان اعتیاد، ضرورت پژوهش‌های گسترده‌تر و کاربردی پیرامون درمان‌های پایدار اجتناب ناپذیر است.

یکی از راهبردها و مؤلفه‌های 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

4. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)

2. tolerance

5. Kabisa

3. Onaemo

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 قابلیتی سعی می‌کنند از گرایش به مصرف مواد خودداری ورزند (بدیع و همکاران، ۱۴۰۱). تاب آوری، سازه پیچیده‌ای است که از دیدگاه‌های گوناگون بررسی شده است و برخی از پژوهشگران تاب آوری را به عنوان پیامد سازه می‌نگرند؛ به عبارت دیگر، آن را ناشی از نبود مشکلات روان‌شناختی در پاسخ به رویدادهای آسیب‌زا می‌دانند (خواجوی و همکاران، ۱۴۰۲). تاب آوری به افراد توانایی می‌بخشد تا با مشکلات و نامالایمات زندگی و شغلی روبرو شوند، بدون اینکه دچار آسیب شوند و حتی از این موقعیت‌ها به عنوان فرصتی برای رشد و ارتقای شخصیت خود استفاده کنند. همچنین، تاب آوری 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 تاب آوری و گرایش به اعتیاد رابطه منفی وجود دارد و هر چقدر که تاب آوری بالاتر باشد، احتمال اعتیاد و عود کاهش پیدا می‌کند.

مؤلفه اشتغال و مهارت نیز به مثابه حلقه‌ی مفقوده و حل نشده برای ماندگاری افراد در حال بهبودی در درمان است و به عنوان 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، به ویژه برخورداری از شغلی که در خدمت ارزش‌های اجتماعی باشد، موجب انسجام هویت، افزایش عزت نفس عمومی، تاب آوری و احساس امنیت در فرد می‌شود (علی‌مندگاری و همکاران، ۱۳۹۹). ابعاد مختلف حمایت اجتماعی که مهمترین آن تأمین شغل است، به عنوان قوی‌ترین و نیرومندترین نیروهای مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شرایط تنفس‌زا 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

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

با بررسی پژوهش‌های انجام شده 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 تحریف شده از باورهای منفی انباسته شده در حافظه بلندمدت نشأت می‌گیرد و به طور 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 به نظر 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 رویکرده‌ی 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 امیدوار کننده‌ای را نشان می‌دهد (قانعی و همکاران، ۱۴۰۲). در این میان رویکرد شناختی-رفتاری می‌تواند در مقابله با وسوسه و عود، افزایش تاب‌آوری، خویشتن‌داری و تغییر نگرش مفید باشد (آگبریا^۵؛ ۲۰۲۳؛ مگیل^۶ و همکاران، ۲۰۲۳؛ تاجری و همکاران، ۱۳۹۴). عبدالزیرین و مهدوی (۱۳۹۷) اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بر خودکارآمدی و تاب‌آوری در معتادان مراجعه کننده به

1. Myers

4. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

2. Beck

5. Agbaria

3. Cognitive Behavior Therapy (CBT)

6. Magill

کمپ‌های ترک اعتیاد بهشهر بررسی کردند و براساس نتایج به دست آمده، درمان شناختی-رفتاری منجر به افزایش خودکارآمدی و تاب آوری معتادین در حال ترک اعتیاد در کمپ شده است. همچنین، سپهوندی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با موضوع اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر تاب آوری اجتماعی در معتادان مرد شهر خرم‌آباد، به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی شناختی-رفتاری بر تاب آوری معتادین مؤثر است. مگیل و همکاران (۲۰۲۳) نیز در مطالعه فراتحلیل خود به بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر اختلالات مصرف مواد و الكل پرداختند که نتایج امیدوارکننده بود. در همین راستا، پژوهش کای اوغلو و شاهین‌آلتون^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 فرایند محور است و آسیب روانی یا رنج روانی را ناشی از عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌داند، نتایج امیدوارکننده‌ای در تقویت تاب آوری افراد معتاد نشان داده است (کشاورز افشار و همکاران، ۱۳۹۶). در همین راستا، باجرات (۱۳۹۸) در پژوهشی با موضوع «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری افراد معتاد در حال ترک» تأثیر مستقیم درمان بر افزایش تاب آوری 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 رنج آور 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. Kayaoglu & 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 (اودونوهویی^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 متوجه 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 تاب آوری 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 تاب آوری 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 کاردروماني و حرفة‌آموزی 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 خلاصه بزرگ‌ترین 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 تاب آوری معتادین در حال بهبود شاغل و غیرشاغل متفاوت است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پس آزمون با گروه کنترل (متشكل 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 طرح های نیمه آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر یک از زیر گروه ها توصیه شده است (دلاور، ۱۴۰۱)؛ با لین وجود، از این جامعه، بنا به احتیاط پژوهشی و احتمال افت آزمودنی ها در طول چند هفته و همچنین با توجه به ملاک های ورود ۹۰ نفر به روش نمونه گیری 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 گروه های آزمایشی اول و دوم ۸ نفر و گروه کنترل ۴ نفر افت آزمودنی وجود داشت. ملاک های ورود عبارت بودند از گذشت حداقل دو ماه از حضور مردان در مرکز توانمندسازی، باقی ماندن 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 گروه ها و فقدان بیماری خاص، حاد و معلولیت که امکان مشارکت در گروه های 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 گروه ها از اجرای پیش آزمون و کسب نمره مناسب در پرسشنامه تاب آوری (نمره ۲۵ تا ۷۵) استفاده شد. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس طرح دو عاملی در نرم افزار اس پی اس اس تحلیل شدند.

۶۲

62

۱۴۰۱، نهمین همایش ملی آنلاین
ویژه ایام انجمن اسلامی ایثارگران

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 (۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۲۲، ۲۴، ۲۵)، اعتماد به غرایز فردی (۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰)، پذیرش مثبت تغییر (۱، ۲، ۴، ۵، ۸)، کنترل (۱۳، ۲۱، ۲۲) و تاثیرات معنوی (۹ و ۳) است. نمره گذاری در این مقیاس به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً نادرست= صفر، بهندرت= ۱، گاهی درست= ۲، اغلب درست= ۳ و کاملاً درست= ۴) است. طیف نمره از صفر تا ۱۰۰ و نقطه‌ی برش 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 هنگاریابی کرد و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است. همچنین، در پژوهش معانلو 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.

1. Development of a new resilience scale

2. Connor & Davidson
3. Hayes

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

جلسه	اهداف و تمرین ها
اول	خوش آمدگویی، آشنایی و معارفه ای 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.
	بیان قوانین گروه و ده اصل تئوری انتخاب و ارائه تکلیف: تهیه لیستی از کارهایی که نمی توانند انجام دهند. بررسی تکلیف جلسه قبل، سنجش مشکلات بیماران از نگاه ACT (استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش های فرد ا).
دوم	تکلیف: تهیه فهرست شیوه های 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.
	بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره ها و آموزش تمايل نسبت به هیجانات و تجارب منفی.
سوم	تکلیف: ثبت مواردی که بیماران موفق به کنار گذاشتن شیوه های ناکارآمد کنترل شده اند. جایگزینی نظریه انتخاب و کنترل درونی به جای کنترل بیرونی، بررسی خواسته ها و اعمال و اینکه آیا در جهت رسیدن به اهداف هستند؟
چهارم	تکلیف: تهیه فهرستی از رفتارها که تحت کنترل بیرونی هستند و چگونگی تحت کنترل درونی درآوردن آن ها.
	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارتباط با زمان حال، در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه (استعاره شترنج) و آموزش فون ذهن آگاهی. تعریف، شناخت دنیای کیفی و واقعی و تفاوت بین انسان ها در این زمینه.
پنجم	تکلیف: در دنیای کیفی شما و رابطه رفع نیازها و دنیای کیفی شما چه می گذرد؟ ارائه تعریف راهبردهای تنظیم هیجان، تصویر بدنبی و تاب آوری، رابطه آن ها با دنیای کیفی و نیازهای بینایی، آموزش طرح و برنامه ریزی برای رسیدن به خواسته ها.
ششم	تکلیف: انجام طرح و برنامه ریزی برای رسیدن به خواسته ها
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع و به کارگیری استعاره ها و برنامه ریزی برای تعهد و پیگیری ارزش ها.
	تکلیف: گزارشی از گام های پیگیری ارزش ها و تفکر در مورد نتایج جلسات
هشتم	جمع بندی مفاهیم ارائه شده، درخواست از اعضاء برای ارائه دستاوردهایشان و برنامه شان 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 رابطه‌درمانی	آشنایی با اعضا و ایجاد ارتباط در جهت برقراری رابطه حسن، 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 تغیر شناختی	شناخت اعتماد و توضیح در مورد فرایندهای آن، تلاش برای ایجاد شناخت بین اعضا، آشنایی با اصول بهبودی، آشنایی با نقشه تغیر شناختی و معرفی موقعیت‌های پرخطر
سوم	کنترل پیش آیندها	آشنایی با عوامل وسوسه‌انگیز، تلاش برای شناسایی و کنترل پیش آیندها 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، تسهیل کننده، اجازه‌دهنده و تحریف‌های شناختی، آموزش توقف فکر، آشنایی با نحوه مقابله هیجان‌مدار و بررسی تصمیم‌های بهاظهر 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 پس آزمون

ما فته ها

از نظر ویژگی جمعیت شناختی، 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 زیر دیپلم، ۲۵ درصد دیپلم، ۲۱ درصد فوق دیپلم، ۱۸ درصد لیسانس و ۹ درصد فوق لیسانس و بالاتر و در گروه کنترل ۱۵ درصد افراد زیر دیپلم، ۳۳ درصد دیپلم، ۱۷ درصد فوق دیپلم، ۲۳ درصد لیسانس و ۱۲ درصد فوق لیسانس و بالاتر بودند. از نظر تأهیل، گروه‌های آزمایشی ۴۲ درصد افراد متاهل 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 تاب آوری در جدول ۳ ارائه شده است.

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

متغیرها	گروه درمانی پذیرش و تهدید	گروه درمانی شناختی-رفتاری	گروه درمانی کنترل
میانگین انحراف استاندارد میانگین انحراف استاندارد میانگین انحراف استاندارد			
تاب آوری معتادین در حال بهبودی شاغل	۷۲/۰۱	۳/۵۱	۴/۵۳
تاب آوری معتادین در حال بهبودی غیرشاغل	۶۳/۵۰	۶۲	۴/۱۷

نتایج جدول ۳ نشان داد که بین میانگین متغیر تاب آوری 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 تاب آوری 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 غیرشاغل

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

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین تابآوری معتادین در حال بهبودی شاغل و غیرشاغل با یکدیگر تفاوت معناداری وجود دارد و تابآوری معتادین شاغل در حال بهبودی بیشتر از گروه معتادین غیرشاغل 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)
۰/۱۵۱	۰/۰۰۳	۶/۳۸	۹۲۵/۸۹	۲	۱۸۵۱/۷۹		
			۱۴۵/۰۳	۷۲	۱۰۴۴۲/۵۴	خطا	

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 در صد از واریانس متغیر تاب آوری را تبیین می کند. در جدول ۶ تحلیل حاصل از آزمون تعقیبی شفه متغیر تاب آوری معتادین در حال بهبودی ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی شفه متغیر تاب آوری معتادین در حال بیهودی گروه درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رقارتاری و گروه کنترل

تعهد و شناختی-رفتاری و گروه کنترل

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

با مقایسه میانگین‌های متغیر تاب آوری بین این سه گروه براساس آزمون تعقیبی شفه که در جدول ۶ گزارش شده است، مشخص شد که بین میزان تاب آوری 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 تاب آوری یکسان است و هیچ کدام از این دو مداخله درمانی انتخابی نیستند. در جدول ۷ نتایج تحلیل واریانس طرح دو عاملی متغیر تاب آوری 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 دو عاملی متغیر تاب آوری بر اساس شرایط ترکیبی معتادین شاغل و غیرشاغل در حال بهبودی گروههای درمانی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری و گروه کنترل

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
۰/۰۰۶	۰/۸۱۷	۰/۲۰۳	۲۹/۴۴۷	۲	۵۸/۸۹۳	گروه متغیر (تاب آوری)

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 تابآوری 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 تابآوری معتادین در حال بھبودی شاغل بیشتر از معتادین در حال بھبودی غیرشاغل بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی دو رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر تابآوری معتادین در حال بھبود شاغل و غیرشاغل انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که در گام اول، بین تابآوری معتادین در حال بھبودی شاغل با غیرشاغل تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که تابآوری معتادین در حال بھبود شاغل بیشتر از گروه معتادین در حال بھبودی غیرشاغل است. هر چند 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 بھبود درمان معتادین مؤثر است. در گام دوم، یافته‌ها نشان داد که بین تابآوری معتادین در حال بھبود که در دو گروه آزمایشی مداخله درمانی دریافت کرده با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به این صورت که تابآوری در گروه‌های آزمایشی که مداخله درمانی دریافت کرده نسبت به گروه کنترل بیشتر بود. همسو با این یافته، پژوهش‌های باقری و همکاران (۱۴۰۲)، قانعی و همکاران (۱۴۰۳)، محمدی سلطان‌آبادی و همکاران (۱۴۰۱)، احمدیان و همکاران (۱۳۹۹)، باجرات (۱۳۹۸)، عبدالزیرین و مهدوی (۱۳۹۷)، سپهوندی و همکاران (۱۳۹۵) و تاجری و همکاران (۱۳۹۴) نیز تایید کننده افزایش تابآوری 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 بھبودی می‌تواند بر سطح تابآوری 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 بھبودی از اعتیاد داشته باشند؛ از این‌رو 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؛ با وجود 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 خواجهی 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 اعتماد به نفس 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 می‌توانند 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 باشد. 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 تائید می‌کنند.

1. García-Izquierdo
2. Yeruf & Sefin

3. Meister

همچنین، در تبیین یافته دیگر پژوهش مبنی بر اینکه تاب آوری معتادین شاغل و غیرشاغل در حال بهبودی گروههای درمانی از گروه کنترل بیشتر است، باید گفت که ایناشه شدن خطر می‌تواند حتی تاب آورترین 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 تاب آوری نام برد که افزایش آن می‌تواند فرد را در برابر فشارهای محیطی مصنوع نگه دارد. تاب آوری یکی از مؤثرترین عوامل روان‌شناختی است که در برگیرنده عملکرد مثبت، سازگاری و پاسخ‌دهی مناسب به استرس و شرایط ناخوشایند زندگی است (يانگ و همکاران، ۲۰۱۸؛ يروف 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 تاب آوری 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 تاب آوری در وی می‌شود؛ لذا، تاب آوری 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 (دانترر^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). درمان شناختی-رفتاری نیز باعث می‌شود تا بیمار ضمن برخوردار شدن از تاب آوری، مهارت‌های مقابله‌ای لازم را بهمنظور مدیریت موقعیت‌های خطرساز کسب کند و به این باور بررسد 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 درنهایت تاب آوری می‌کوشد (مگیل و همکاران، ۲۰۲۳).

همچنین، یافته‌ها نشان داد که اثر هر دو مداخله درمانی (درمان‌های مبتنی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری) به یک میزان بر تاب آوری 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؛ در حالی 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 القاکنندگان 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 دوره‌ای 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 به‌منظور 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، تقليد 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 امنی منش، ۱۴۰۰). به اعتقاد میتوون فریدمن^۲ مسئله پیکاری 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). به طور 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 امیدوار کننده‌تر 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؛ جدی‌پور، شعریه و احمدیان، حسام (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غلط شناختی در افراد با درمان نگهدارنده متادون. *فصلنامه علمی اعتمادپژوهی*، ۱۴(۵۶)، ۳۱۲-۲۸۷.
- باباجنفی، علیرضا و امینی‌منش، سجاد (۱۴۰۰). پیش‌بینی خودکارآمدی پرهیز از سوءصرف مواد در بیماران تحت درمان با متادون براساس سرمایه روان‌شناختی، اختلال خواب و راهبردهای مقابله‌ای. *سلامت اجتماعی*، ۹(۱)، ۱۴-۵.
- بابائیان، نعمه؛ معارف‌وند، معصومه و حسین‌زاده، 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 نوآوری‌های اخیر روان‌شناسی.
- باقری، شیخان؛ اسرافیلیان، فروغ؛ صوابی، وحید؛ حقیقت‌بیان، نازنین و دهقان، راضیه (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های مقابله‌ای، تحمل پریشانی و باورهای فراشناختی در افراد وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه علمی اعتمادپژوهی*، ۱۷(۷۰)، ۲۲۰-۱۹۵.
- بدیع، علی؛ مکوندی، بهنام؛ بختیاری‌پور، سعید و پاشا، رضا (۱۴۰۱). نقش الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب آوری و استرس در پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتماد. *فصلنامه علمی اعتمادپژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۱۶۶-۱۴۵.
- تاجری، بیوک؛ احمدی، حسن و جمهري، فرهاد (۱۳۹۴). بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر پرهیز و سوشه عود و تغییر نگرش معتادین به شیشه. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۲(۷)، ۲۹-۱.
- جنا‌آبادی، حسین و جوادی‌فر، پروانه (۱۴۰۰). رابطه حمایت اجتماعی و سرخختی روان‌شناختی با تاب آوری در زنان دارای همسر وابسته به مواد تحت درمان دارویی، *فصلنامه علمی اعتمادپژوهی*، ۱۵(۶۲)، ۲۶۰-۲۴۵.
- خواجوي، سميه؛ ادھمي، عبدالرضا و نوابخش، مهرداد (۱۴۰۲). ارزیابی مؤلفه‌های تاب آوری هویت بهبودیافتگان اعتماد در جامعه‌پذیری مجدد: مورد مطالعه مراجعه‌کنندگان مراکز بازتوانی ترک اعتماد. *مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۴(۲)، ۱۳۳-۱۲۶.

74
76

۱۴۰۰-۱۴۰۹
۱۴۰۱-۱۴۰۷
۱۴۰۲-۱۴۰۵
۱۴۰۳-۱۴۰۳
۱۴۰۴-۱۴۰۴

- دادفر، محبوبه؛ صابری‌زفرقدی، 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.
- شيخ‌الاسلامی، علی؛ قمری‌کیوی، 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، مليحه؛ بی‌بی‌رازقی‌نصرآباد، حجیه؛ کارگر‌شورکی، محمدرضا و میری، راضیه (۱۳۹۹). پیامدهای ییکاری بر زندگی روزمره جوانان شهر کرمانشاه. جامعه‌شناسی معاصر، ۱۷(۹)، ۱۸۳-۱۴۷.
- قانعی، عبدالکریم؛ شهبازی، مسعود و کرایی، 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 سوء‌صرف‌کننده مواد. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۵(۶۲)، ۱۴۰-۱۱۳.
- قهستانی، سجاد (۱۴۰۱). تعیین شاخص‌های حمایت اجتماعی در درمان اعتیاد. مطالعات علوم اسلامی، ۴(۴۳)، ۳۶-۲۹.

۷۵
۷۵

سال هجری، شماره ۷۳، Autumn 2024
Vol. 18, No. 73, Autumn 2024

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

کشاورزافشار، حسین؛ قاضی نژاد، نیکو و امیری، احمد (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش به مصرف و کیفیت زندگی در سوءصرف کنندگان مواد مخدر. *طب انتظامی*، ۱۵، (۱)، ۱-۵.

کیان ارشی، سارا؛ عباس پور، ذیح الله و اصلانی، خالد (۱۴۰۱). اثربخشی خانواده درمانی رفتاری بر وسوسه مصرف مواد در نوجوانان ترک کننده سوءصرف مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۶۱-۸۰، (۶۴)، ۶.

محمدی سلطان آبادی، آرزو؛ متقی، شکوفه و کردی اردکانی، احسان (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرشی به منابع اسلامی بر تصمیم گیری تکانشی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان مصرف کننده مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶، (۶۳)، ۳۳۴-۳۰۹.

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

مغانلو، مهناز و والیوند، یاسر (۱۴۰۱). مدل یابی گرایش به اعتیاد براساس صفات مدل پنج عاملی شخصیت با میانجی گری تاب آوری در دانشجویان. *اعتیادپژوهی*، ۱۶، (۶۳)، ۲۸۴-۲۶۷.

نیازی، محسن و حسینی زاده، سیدسعید (۱۳۹۹). ترک پایدار اعتیاد. تهران: نقد فرهنگ.

76
76

۱۴۰۱-۰۷-۱۸: نامه ایام بزرگداشت ۲۰۲۴

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.
- Kayaoglu, 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 Resilienceas Mediators Between Stress and Life Satisfaction Among People Withsubstance Use Disorder in China. *Frontiers in Psychiatry*, 9(436), 1-7.
- Yeruf, E., & Sefin, P. (2017). The Relationship Between Resilience Andalexithymia 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.