

مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی دو الگوی درمان اختلالات مصرف مواد در مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی و مراکز اجتماع مدار مردان بر تاب آوری و وسوسه مصرف مواد

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۰۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۰۱

خلاصه

مقدمه: اختلالات مصرف مواد از چالش‌های اساسی سلامت روان هستند و انتخاب الگوی درمانی مؤثر نقش کلیدی در کاهش عود و افزایش تاب آوری بیماران دارد. هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی دو الگوی درمان اختلالات مصرف مواد در مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی و مراکز اجتماع مدار مردان بر تاب آوری و وسوسه مصرف مواد بود.

روش کار: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افرادی بودند که در سال ۱۴۰۴ در مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی و مراکز اجتماع مدار شهر تهران تشخیص وابستگی به مواد دریافت کرده بودند. حجم نمونه شامل ۴۵ نفر از جامعه آماری به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و در گروه‌های آزمایش و گواه بصورت تصادفی جایگماری شدند (هر گروه ۱۵ نفر). برای گروه آزمایشی اول الگوی درمانی مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی را دریافت و گروه آزمایشی دوم الگوی درمانی مراکز اجتماع مدار را دریافت کردند؛ گروه کنترل، تحت هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفتند و تنها مداخلات معمول و غیرتخصصی ترک اعتیاد را دریافت کردند. ابزار پژوهش شامل مقیاس (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و پرسشنامه سنجش وسوسه مصرف مواد پس از ترک (صالحی فدردی و همکاران، ۱۳۸۹) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته (با اندازه‌گیری مکرر) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی و مراکز اجتماع مدار بر تاب آوری و وسوسه مصرف مواد تاثیر دارد ($p < 0.05$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که بین دو روش درمانی بر تاب آوری و وسوسه مصرف مواد تفاوت معنی‌داری وجود دارد و مراکز اجتماع مدار اثربخش‌تری داشت ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که هر دو الگوی درمانی (مراکز اقامتی بهبود و مراکز اجتماع مدار) در افزایش تاب آوری و کاهش وسوسه مصرف مواد مؤثر هستند، اما الگوی اجتماع مدار از اثربخشی بیشتری برخوردار است. بنابراین، توصیه می‌شود در طراحی برنامه‌های درمانی برای اختلالات مصرف مواد در مردان، به ویژه در مراکز اقامتی، از اصول و فنون مراکز اجتماع مدار بیشتر بهره گرفته شود تا بهبودی پایدارتر و جامع‌تری حاصل گردد.

کلمات کلیدی: تاب آوری، وسوسه مصرف مواد، مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی، مراکز اجتماع مدار، اختلالات مصرف مواد.

سروناز کریمی کتکی^۱

الهام ضرغامی^{۲*}

فریبا مرادی عباس آبادی^۳

فرزانه رحیم پور^۴

^۱ گروه روانشناسی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.

^۲ گروه روانشناسی، واحد ورامین-پیشوا، دانشگاه آزاد اسلامی، ورامین، ایران. (نویسنده مسئول).

^۳ گروه روانشناسی، واحد ورامین-پیشوا، دانشگاه آزاد اسلامی، ورامین، ایران.

^۴ گروه روانشناسی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.

Email: elhamz50@iau.ir

مقدمه

اختلال مصرف مواد^۱ تاکنون به‌عنوان یکی از نگرانی‌های اصلی در سراسر جهان مستند شده است (حسینی و همکاران، ۲۰۲۴). طبق گزارش جهانی مواد مخدر ۲۰۲۳، از هر ۱۷ نفر بین ۱۵ تا ۶۴ سال، یک نفر حداقل از یک نوع ماده مخدر استفاده می‌کند که نسبت به یک دهه قبل ۲۳ درصد افزایش داشته و از ۲۴۰ میلیون نفر در سال ۲۰۱۱ به ۲۹۶ میلیون نفر در سال ۲۰۲۱ رسیده است (اونیانوا، ۲۰۲۳)؛ کاربندی و همکاران، ۲۰۲۴). سوءمصرف مواد مخدر علاوه بر آسیب اجتماعی، معضلی تهدیدکننده برای امنیت ملی و جهانی است که به تخریب شالوده خانواده، انزوای افراد، از دست دادن موقعیت‌های شغلی و اجتماعی، اختلالات روانپزشکی، بیماری‌های فیزیولوژیک همراه، و حتی قتل یا خودکشی منجر می‌شود (اسدیگی و همکاران، ۱۳۹۹).

از سوی دیگر، یکی از عواملی که در افراد با اختلال سوءمصرف مواد برای مقابله با فشارهای روانی، چالش‌های زندگی، و عوامل تنش‌زا ضروری است، تاب‌آوری روان‌شناختی^۲ است (نیسون و همکاران، ۲۰۲۵). تاب‌آوری توانایی سازگاری مثبت با استرس یا ناملازمات از طریق فرآیندی است که شامل ویژگی‌های درونی (شخصیتی) و بیرونی (محیطی) می‌شود (استرایوس و همکاران، ۲۰۲۰). ویژگی‌های درونی به عواملی مانند خودکارآمدی، انعطاف‌پذیری هیجانی و خوش‌بینی اشاره دارد، در حالی که ویژگی‌های بیرونی معمولاً به حمایت اجتماعی، روابط خانوادگی قوی و زندگی اجتماعی سالم مرتبط هستند (استین و همکاران، ۲۰۲۴). نکته مهم این است که پژوهش‌های اخیر تاب‌آوری را پدیده‌ای پویا و قابل بهبود می‌دانند، نه امری ذاتی و ثابت (اوفیش و ماتر، ۲۰۲۳). این ظرفیت ذهنی به فرد

کمک می‌کند تا در برابر شکست، طرد، استیگما، و شرایط دشوار محیطی مقاومت کند و بتواند خود را بازسازی نماید (پاشا و همکاران، ۲۰۲۵). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که تاب‌آوری یک عامل محافظتی مهم در درمان و بازتوانی افراد دارای سوءمصرف مواد است (اوزر و همکاران، ۲۰۲۳؛ ال-نگار و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین این مفهوم با خودتنظیمی هیجانی، پذیرش مسئولیت، مهارت‌های مقابله‌ای، و توان مواجهه با وسوسه‌ها در افراد با اختلال مصرف مواد ارتباط مثبت و معناداری دارد (استیلرن و همکاران، ۲۰۲۳؛ بادی و همکاران، ۲۰۲۰). به عبارت روشن‌تر، افراد با تاب‌آوری بالاتر، ظرفیت بیشتری برای حفظ عملکرد منظم در برابر محرک‌های مصرف و بازگشت به تعادل روانی پس از مواجهه با عوامل استرس‌زا دارند.

از سوی دیگر، تحقیقات نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد بیشتر در معرض بحران‌های روانی نظیر اضطراب، افسردگی و استرس قرار دارند که این عوامل می‌توانند به وسوسه مصرف مواد^۳ منجر شوند (بایلت و همکاران، ۲۰۲۴). وسوسه مصرف مواد به عنوان یک میل شدید، فوری و غیرقابل سرکوب برای مصرف مواد تعریف می‌شود که با انگیزه‌های درونی و بیرونی همراه بوده و در بیشتر موارد به از دست دادن کنترل منجر می‌گردد (گای و همکاران، ۲۰۲۲). بر خلاف بسیاری از عوامل خطر عود که عمدتاً تک‌بعدی هستند، وسوسه مصرف ماهیتی چندبعدی دارد و شامل ابعاد هیجانی، شناختی، رفتاری و روانی-جسمانی می‌شود و ارتباط پیچیده‌ای با تداوم وابستگی، عود، و شکست درمان دارد (کاسلی و همکاران، ۲۰۱۳). وسوسه‌ها از طریق چند مکانیسم بر عود تأثیر می‌گذارند: نخست، ایجاد سوگیری در توجه و انتخابی نمودن

پردازش اطلاعات به سمت نشانه‌های مرتبط با مصرف؛ دوم، افزایش حواس پرتی از عوامل برانگیزاننده محیطی و کاهش توانایی تمرکز بر آنها؛ سوم، تقویت آگاهی از حالات درونی فرد (مانند علائم ترک یا هیجانانگ منفی)؛ و چهارم، کند کردن ادراک گذشت زمان که تحمل دوره‌های پرهیز را دشوارتر می‌سازد (حاجی‌پور و همکاران، ۱۳۹۹). بنابراین، برای مهار رفتار اعتیادآور و پیشگیری از عود، کاهش وسوسه مصرف به عنوان یک هدف درمانی کلیدی و مفید در بیماران دارای اختلال مصرف مواد مانند الکل (چنگ و همکاران، ۲۰۲۲)، کوکائین (نیکولاس و همکاران، ۲۰۲۲)، هروئین (کوپولا و همکاران، ۲۰۱۹) و متامفتامین (قانع و همکاران، ۱۴۰۲) در نظر گرفته شده است.

با توجه به پیامدهای منفی مصرف مواد، درمان اختلالات مصرف مواد از اهمیت بالایی برخوردار است. دو رویکرد درمانی رایج در مراکز ترک اعتیاد شامل درمان اقامتی در مراکز بهبود و بازتوانی^۱ و درمان مبتنی بر اجتماع در مراکز اجتماع‌درمان‌مدار^۲ است. درمان اقامتی شامل یک برنامه ساختاریافته و فشرده در محیط بستری است که در آن افراد برای یک دوره مشخص (معمولاً چند هفته تا چند ماه) به‌طور کامل از محیط زندگی خود جدا شده و تحت نظارت متخصصان قرار می‌گیرند؛ این روش معمولاً شامل سم‌زدایی، روان‌درمانی فردی و گروهی، جلسات خودیاری، و آموزش مهارت‌های زندگی است (دانگاه-آموه و همکاران، ۲۰۱۷).

در مقابل، مراکز اجتماع‌درمان‌مدار (که هم به‌صورت اقامتی و هم غیراقامتی فعالیت می‌کنند) بر مشارکت فعال مددجو در برنامه‌های روزانه، رعایت قوانین ساختارمند مرکز، تعامل با دیگر اعضای جامعه درمانی، حمایت هم‌تایان و مسئولیت‌پذیری تدریجی تأکید دارند (دی‌لئون و همکاران،

۲۰۲۱). اگرچه هر دو الگو اهداف مشترکی مانند کاهش مصرف مواد، افزایش خودآگاهی، بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و کاهش احتمال بازگشت به مصرف را دنبال می‌کنند، اما میزان اثربخشی آن‌ها بسته به شرایط فرد متفاوت است و انتخاب بین این دو مدل به نیازهای خاص هر فرد و شرایط محیطی و خانوادگی او بستگی دارد (پیرس و همکاران، ۲۰۱۳؛ دانگاه-آموه و چاران، ۲۰۱۷).

با وجود پژوهش‌های متعدد در زمینه اثربخشی هر یک از این دو رویکرد به صورت جداگانه، شکاف پژوهشی مهمی در زمینه مقایسه مستقیم اثربخشی این دو الگو بر تاب‌آوری و وسوسه مصرف مواد در جامعه مردان ایرانی وجود دارد. به عبارت دیگر، مشخص نیست که آیا تفاوت معناداری بین این دو رویکرد در افزایش تاب‌آوری و کاهش وسوسه وجود دارد یا خیر؛ و در صورت وجود تفاوت، کدام الگو اثربخش‌تر است. این دانش برای سیاست‌گذاری دقیق‌تر در حوزه سلامت روان، تخصیص بهینه منابع درمانی، و ارائه راهکارهای مؤثرتر برای کاهش بازگشت به مصرف و ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد ضروری است. بر این اساس، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال بود که آیا بین اثربخشی دو الگوی درمانی مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی و مراکز اجتماع‌درمان‌مدار بر تاب‌آوری و وسوسه مصرف مواد تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش کار

روش روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افرادی بودند که در سال ۱۴۰۴ در مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی و مراکز اجتماع‌درمان‌مدار شهر تهران تشخیص وابستگی به مواد را مطابق با راهنمای تشخیص

ادراک شده $r=0/44$ و پایایی آن با همسانی درونی آن به روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ $\alpha=0/89$ گزارش کرد. در ایران توسط بخشایش اقبالی و همکاران (۲۰۲۲) این مقیاس ترجمه و اعتباریابی شد، روایی به روش تحلیل عاملی تایید بررسی و ۲۵ آیتم در زیرمقیاس تایید شدند و همه سوالات بار عاملی بیش از $0/30$ داشتند، همچنین پایایی به روش همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ $0/94$ محاسبه شد. در این پژوهش نیز پایایی ابزار با روش ضریب آلفای کرونباخ $0/80$ بدست آمد.

پرسشنامه سنجش وسوسه مصرف مواد پس از ترک^۲ (CDQ): پرسشنامه سنجش وسوسه مصرف مواد پس از ترک توسط صالحی فدردی و همکاران (۱۳۸۹) ساخته شده است که از ۲۰ گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش میزان افکار و خیالات مربوط به مواد و وسوسه مصرف بکار می رود. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۶ نقطه‌ای (کاملاً درست است = ۵ و اصلاً درست نیست = ۰) می باشد. صالحی فدردی و همکاران (۱۳۸۹) میزان اعتبار این پرسشنامه بر حسب آلفای کرونباخ $0/94$ گزارش کرده‌اند و برای سنجش روایی از پرسشنامه عواطف مثبت ($r=0/32$) و منفی ($r=0/55$) واتسون و همکاران (۱۹۸۸) استفاده شد که جهت و اندازه همبستگی‌ها تأیید کننده روایی آن بود. در پژوهش حاضر میزان پایایی پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ $0/85$ بدست آمد.

مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی (الگوی پرهیز مدار):

این مراکز با هدف ایجاد محیطی ایمن، ساختاریافته و حمایت‌گر برای ترک مصرف مواد، برنامه‌های خود را در چهار مرحله اجرا می‌کنند: مرحله سم‌زدایی (کنترل علائم قطع مصرف بدون استفاده از داروهای مخدر، تنها با داروهای

آماری اختلالات روانی دریافت کرده بودند. در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام گرفت و بر اساس مبانی پژوهش، تعداد ۴۵ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند (سرمد و همکاران، ۱۴۰۳). این افراد در سه گروه مساوی دسته‌بندی شدند: ۱۵ نفر از مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی، ۱۵ نفر از مراکز اجتماع درمان‌مدار، و ۱۵ نفر نیز به عنوان گروه کنترل. اعضای گروه کنترل از میان معنادانی برگزیده شدند که در سال ۱۴۰۴ با تشخیص وابستگی به مواد، خدمات درمانی را دریافت نموده‌اند، اما بدون شرکت در برنامه‌های ساختاریافته مداخله‌ای نظیر مراکز اقامتی یا اجتماع درمان‌مدار، و صرفاً تحت مداخلات معمول و غیر تخصصی ترک اعتیاد قرار داشته‌اند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: رضایت داوطلب برای حضور در پژوهش، دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال، جنسیت مرد، سواد خواندن و نوشتن، داشتن سابقه سوء مصرف مواد بر اساس پرونده روانپزشکی یا روانشناسی و عدم شرکت همزمان در برنامه‌های درمان دیگر در طول انجام پژوهش و معیارهای خروج نیز شامل: ابتلا به یکی از بیماری‌های شدید جسمانی در طی جلسات درمان و عدم مراجعه به مراکز در مدت زمان کمتر از ۳ ماه بودند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل موارد زیر بود.

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۱ (CD-RIS):

این مقیاس توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) طراحی شد و شامل ۲۵ سوال است و در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۴ (اصلاً درست نیست = ۱ تا تقریباً در همه اوقات درست است = ۵) ارزیابی می‌شود. بنابراین دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ قرار می‌گیرد و نمرات بالاتر نشان دهنده تاب‌آوری بالاتر است. یو و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای روایی همگرایی این مقیاس را با مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی

تسکین‌دهنده به تشخیص پزشک). مرحله بهبود و بازتوانی شامل جلسات گروه‌درمانی و راهبردهای مقابله‌ای. مرحله ترخیص با تأیید پزشک، روانشناس و شورای مرکز صورت می‌گیرد. مرحله پیگیری به مدت ۶ ماه پس از ترخیص انجام می‌شود (دانگاه-آموه و همکاران، ۲۰۱۷).

مراکز اجتماع درمان‌مدار: در این مراکز، درمان مبتنی بر مشارکت فعال مددجو در برنامه‌های روزانه، تعامل با دیگر اعضای جامعه درمانی، و مسئولیت‌پذیری تدریجی است. برنامه‌ها شامل آموزش مهارت‌های زندگی، جلسات گروهی، فعالیت‌های فرهنگی و ورزشی، الگوی دوازده‌قدم، و گفت‌وگوهای روزانه برای ارزیابی عملکرد فردی و جمعی است. مراحل درمان شامل: جهت‌یابی (جذب فرد در اجتماع و آشنایی با قوانین)، درمان (اجرای برنامه‌های روزانه با افزایش تدریجی مسئولیت‌ها و امتیازات) و پیگیری (به مدت ۶ ماه با حضور هفتگی در جلسات گروه درمانی ویژه بهبودیافتگان). مدت دوره معمولاً ۶ ماه و درمان عمدتاً غیردارویی است (دی‌لئون، ۲۰۰۰).

پس از انتخاب افراد، در ابتدا معرفی‌نامه‌های لازم برای اجرای پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه و بهزیستی استان تهران اخذ شد و نمونه پژوهش بر اساس ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب گردید. در مرحله پیش‌آزمون، پرسشنامه‌های تاب‌آوری، کیفیت زندگی و سوسه مصرف مواد از شرکت‌کنندگان در هر سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) اخذ شد. پس از انجام پیش‌آزمون، گروه

آزمایشی اول تحت الگوی درمانی مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی، گروه آزمایشی دوم تحت الگوی درمانی مراکز اجتماع‌مدار قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل، با وجود حضور در مراکز، هیچ مداخله‌ی تخصصی دریافت نکرد و تنها از خدمات معمول و غیرتخصصی ترک اعتیاد بهره‌مند شد. شش ماه پس از شروع مداخله، پرسشنامه‌های تاب‌آوری، کیفیت زندگی و سوسه مصرف مواد در مرحله‌ی پس‌آزمون تکمیل شدند و سپس یک ماه بعد، در مرحله‌ی پیگیری، همان پرسشنامه‌ها مجدداً توسط هر سه گروه پاسخ داده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار spss نسخه ۲۶ انجام یافت.

نتایج

بر اساس داده‌های جمعیت‌شناختی در گروه مراکز اقامتی بهبود از لحاظ تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به مقطع لیسانس با فراوانی ۹ نفر بود؛ میانگین سن نیز $(۴۵/۶۱ \pm ۴/۵۱)$ بود. همچنین در گروه اجتماع‌مدار از لحاظ تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به مقطع لیسانس با فراوانی ۱۰ نفر بود. میانگین سن نیز $(۴۹/۳۳ \pm ۳/۴۹)$ بود. در گروه کنترل نیز از لحاظ تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به مقطع لیسانس با فراوانی ۷ نفر بود. میانگین سن نیز $(۴۷/۳۱ \pm ۵/۲۰)$ بود. داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین معیار
پرهیزمدار	۳۶/۳۳	۴/۸۷	۴۱/۶۰	۳/۸۴
اجتماع‌مدار	۳۶/۴۰	۳/۵۹	۴۴/۲۶	۴/۴۹
کنترل	۳۶/۶۰	۳/۷۶	۳۷/۲۰	۳/۷۴
پرهیزمدار	۶۶/۷۳	۵/۲۸	۵۸/۰۰	۴/۴۵
اجتماع‌مدار	۶۷/۶۷	۸/۰۸	۴۸/۰۷	۶/۳۱
کنترل	۶۶/۸۶	۷/۶۶	۶۷/۰۰	۷/۸۹

رعایت پیش‌فرض‌های آزمون کوواریانس استفاده شد که نتایج آن نشان داد برابری واریانس در متغیرهای تاب‌آوری ($P=0/879$) و وسوسه مصرف مواد ($P=0/802$)، همچنین برای بررسی مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. با توجه به این که مقدار F مشاهده‌شده در متغیرهای تاب‌آوری ($F=1/137$) و وسوسه مصرف مواد ($F=1/457$) معنادار نبود؛ نتیجه گرفته می‌شود که مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس برقرار می‌باشد. بررسی نتایج آزمون کرویت موجلی نیز نشان داد سطح معنی‌داری در متغیرها کوچکتر از $0/05$ شده، لذا فرض کرویت رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین‌هاس - گایزر در این متغیرها استفاده شد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برقرار است.

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایشی در متغیر تاب‌آوری افزایش و در متغیر وسوسه مصرف مواد کاهش داشته است؛ اما در گروه کنترل نمرات در هر سه دوره تفاوت چندانی با هم ندارند. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع در گروه‌ها رد نشد ($P>0/05$). علاوه بر این، همبستگی بین پیش‌آزمون و پس-آزمون متغیرهای تاب‌آوری ($r=0/433$) و وسوسه مصرف مواد ($r=0/535$) نشان داد که مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرهای کمکی وابسته محقق شده است. جهت شناسایی داده‌های پرت، از نمودار جعبه‌ای استفاده شد و بر این اساس، هیچ داده‌ی پرت معناداری یافت نشد. از آزمون لوین برای

جدول ۲. نتایج آزمون چند متغیری (لامبدای ویلکز) متغیرهای وابسته

متغیر	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	Sig	اندازه اثر
تاب‌آوری	۰/۲۶۴	۱۹/۳۹۰	۴	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸۶
وسوسه مصرف مواد	۰/۱۰۰	۴۴/۳۲۸	۴	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸۴

درصد و برای متغیر وسوسه مصرف مواد ۶۸ درصد از کل واریانس های گروه های آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است.

نتایج آماره لامبدای ویلکز در آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که بین گروه ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0/01$). با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، برای متغیر تاب آوری ۴۹

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی

مؤلفه	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر	توان آزمون
	زمان	۶۵۷/۳۴۸	۱/۵۰۵	۴۳۶/۸۶۷	۲۱۱/۱۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۳۴	۱/۰۰۰
تاب آوری	زمان × گروه	۲۴۳/۲۳۰	۳/۰۰۹	۸۰/۸۲۴	۳۹/۰۶۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵۰	۱/۰۰۰
	گروه	۴۳۲/۹۰۴	۲	۲۱۶/۴۵۲	۲۴/۵۰۵	۰/۰۱۰	۰/۵۳۹	۱/۰۰۰
	زمان	۲۵۰۸/۹۳۳	۱/۶۰۰	۱۵۶۸/۴۷۶	۲۲۸/۶۵۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴۵	۱/۰۰۰
وسوسه مصرف مواد	زمان × گروه	۱۸۷۶/۸۸۹	۳/۱۹۹	۵۸۶/۶۷۴	۸۵/۵۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۰۳	۱/۰۰۰
	گروه	۳۲۸۸/۳۱۱	۲	۱۶۴۴/۱۵۶	۱۲/۸۰۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷۹	۱/۰۰۰

نتایج جدول ۳ نشان می دهد میزان F اثر تعامل زمان و گروه برای ابعاد متغیرهای تاب آوری ($\eta^2 = 0/650, P < 0/01$)، و وسوسه مصرف مواد ($F = 39/06, P < 0/01, \eta^2 = 0/803$)، پژوهش در جدول ۵ آمده است.

نتایج جدول ۳ نشان می دهد میزان F اثر تعامل زمان و گروه برای ابعاد متغیرهای تاب آوری ($\eta^2 = 0/650, P < 0/01$)، و وسوسه مصرف مواد ($F = 39/06, P < 0/01, \eta^2 = 0/803$)، پژوهش در جدول ۵ آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی متغیرهای پژوهش برای ۳ بار اجرا

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین ها	سطح معناداری
تاب آوری	اقامتی بهبود - اجتماع مدار	-۱/۵۷۸	۰/۰۴۷
	اقامتی بهبود - کنترل	۲/۷۵۶	۰/۰۰۱
	اجتماع مدار - کنترل	۴/۳۳۳	۰/۰۰۱
وسوسه مصرف مواد	اقامتی بهبود - اجتماع مدار	۶/۱۱۱	۰/۰۴۳
	اقامتی بهبود - کنترل	-۵/۹۷۸	۰/۰۴۹
	اجتماع مدار - کنترل	-۱۲/۰۸۹	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۴، بین گروه مراکز اقامتی بهبود و باز توانی و مراکز اجتماع درمان مدار با گروه کنترل در متغیرهای تاب آوری و وسوسه مصرف مواد تفاوت معناداری وجود دارد

با توجه به جدول ۴، بین گروه مراکز اقامتی بهبود و باز توانی و مراکز اجتماع درمان مدار با گروه کنترل در متغیرهای تاب آوری و وسوسه مصرف مواد تفاوت معناداری وجود دارد

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی متغیرهای پژوهش برای ۳ بار اجرا نشان می دهد تفاوت معناداری بین مراکز اقامتی بهبود و باز توانی و مراکز اجتماع درمان مدار با گروه کنترل در متغیرهای تاب آوری و وسوسه مصرف مواد در مردان مبتلا به اختلال

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی متغیرهای پژوهش برای ۳ بار اجرا نشان می دهد تفاوت معناداری بین مراکز اقامتی بهبود و باز توانی و مراکز اجتماع درمان مدار با گروه کنترل در متغیرهای تاب آوری و وسوسه مصرف مواد در مردان مبتلا به اختلال

بحث و نتیجه گیری

سوءمصرف مواد انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو گروه آزمایشی (مراکز اقامتی و مراکز اجتماع‌مدار) در مقایسه با گروه کنترل، افزایش معناداری در تاب‌آوری داشتند. همچنین میان دو گروه آزمایشی تفاوت معنادار بود و مراکز اجتماع‌مدار اثربخشی بیشتری نشان دادند. این یافته با نتایج مطالعات سانگ و همکاران (۲۰۲۲)، دی سالیس و همکاران (۲۰۲۳)، مالیورت و همکاران (۲۰۱۱)، امانی و همکاران (۱۳۹۸) و کریم‌نژاد و همکاران (۱۳۹۳) همسو است.

در تبیین اثربخشی هر دو الگو بر تاب‌آوری می‌توان گفت تاب‌آوری به عنوان فرآیندی پویا شامل ظرفیت حفظ عملکرد منظم در برابر چالش‌ها یا بازگشت مجدد از طریق منابع تسهیل‌کننده تعریف می‌شود (برایان و همکاران، ۲۰۱۹). مراکز اقامتی با فراهم‌آوری محیطی ساختاریافته، ایمن و عاری از مواد، اولین گام مؤثر را در جهت ایجاد ثبات و امنیت روانی برمی‌دارند. این محیط بسته و حمایت‌گر، امکان محدود کردن دسترسی به مواد و کاهش عوامل محرک مصرف مجدد را فراهم کرده (مارلات و ویتکیویتز، ۲۰۱۰) و به مددجویان فرصت می‌دهد تا فارغ از تنش‌های محیط بیرونی، بر فرآیند بهبودی و بازسازی ظرفیت‌های روانی خود متمرکز شوند. ساختار زمانی مشخص و قوانین روشن در این مراکز موجب تقویت نظم شخصی، مسئولیت‌پذیری و مهارت‌های زندگی سالم می‌شود (مک‌کی، ۲۰۰۹) و درمان‌های شناختی-رفتاری ارائه‌شده نیز به اصلاح تفکرات و الگوهای رفتاری مخرب مرتبط با اعتیاد کمک می‌کند (کارول و آنکن، ۲۰۰۵). در خصوص اثربخشی بیشتر مراکز اجتماع‌مدار، باید به تفاوت‌های بنیادین این رویکرد اشاره کرد. درمان در این مراکز مبتنی بر مشارکت فعال مددجو، رعایت قوانین ساختارمند و تعامل با دیگر اعضای

جامعه درمانی است. مددجویان نقش مؤثری در بازتوانی یکدیگر ایفا کرده و با گذر از مراحل مختلف، به تدریج مسئولیت‌های بیشتری بر عهده می‌گیرند (دلثون، ۲۰۰۰). دو مفهوم کلیدی «حمایت اجتماعی» و «خودکارآمدی» که از ارکان اصلی تاب‌آوری هستند (استرایوس و همکاران، ۲۰۲۰)، در این مراکز به طور مؤثری تقویت می‌شوند. شبکه‌های حمایتی قوی در قالب گروه‌های همتا و حضور «همتایان بهبودیافته» به عنوان الگو، حمایت اجتماعی مورد نیاز را فراهم می‌کنند (کلی و همکاران، ۲۰۱۱) و فرآیند مسئولیت‌پذیری تدریجی و ایفای نقش‌های مختلف، خودکارآمدی فرد را از طریق تجربه موفقیت در انجام وظایف، افزایش می‌دهد (یانگ و همکاران، ۲۰۱۹). افزون بر این، مدت زمان طولانی‌تر فعالیت افراد در این مراکز فرصت درونی‌سازی عمیق‌تر مهارت‌ها و ایجاد تغییرات پایدارتر را فراهم می‌آورد (دآندراد و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع، مراکز اجتماع‌مدار با تبدیل فرد از یک درمان‌گیرنده منفعل به عضوی فعال و مسئول، توانایی او را برای «بازگشت» در مواجهه با ناملایمات به طور بنیادین افزایش می‌دهند و این همان جوهره اصلی تاب‌آوری روان‌شناختی است (ویندل، ۲۰۱۱).

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که هر دو رویکرد درمانی در مقایسه با گروه کنترل به کاهش معنادار وسوسه مصرف منجر شده‌اند و مجدداً مراکز اجتماع‌مدار اثربخشی بیشتری نسبت به مراکز اقامتی داشته‌اند. این یافته با نتایج پژوهش‌های قانعی و همکاران (۱۴۰۲)، گالوی و سینگلتن (۲۰۰۹)، ویتکیویتز و همکاران (۲۰۱۳)، احمدزاده شهیدیان و کامیابی (۱۴۰۳) و یارمحمدی واصل و همکاران (۱۳۹۱) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته، ابتدا باید به ماهیت وسوسه به عنوان هسته مرکزی اعتیاد توجه کرد. وسوسه به عنوان تجربه ذهنی یک میل شدید و مقاوم برای مصرف تعریف می‌شود که به طور قدرتمندی بازگشت به مصرف را پیش‌بینی می‌کند (ویتکوویتز و همکاران، ۲۰۱۳). مراکز اقامتی با فراهم آوردن محیطی کنترل‌شده و عاری از محرک‌های مرتبط با مصرف، نخستین گام را در کاهش وسوسه برمی‌دارند. بر اساس نظریه‌های یادگیری و شرطی‌سازی، محرک‌های محیطی که قبلاً با مصرف مواد همراه بوده‌اند (مانند مکان‌ها، افراد یا اشیاء خاص) باعث فعال‌سازی وسوسه می‌شوند (اوبراین و همکاران، ۱۹۹۸). مراکز اقامتی با قطع ارتباط فرد با این محرک‌های شرطی‌شده و قرار دادن وی در محیطی جدید و ساختاریافته، به تدریج قدرت این محرک‌ها را تضعیف می‌کنند. همچنین، درمان‌های شناختی-رفتاری ارائه‌شده در این مراکز به افراد کمک می‌کند تا تفکرات ناسازگار مرتبط با مصرف را شناسایی کرده و مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر برای رویارویی با موقعیت‌های پرخطر فراگیرند (کارول و آنکن، ۲۰۰۵). در خصوص اثربخشی برتر مراکز اجتماع‌درمان‌مدار، چهار عامل کلیدی قابل شناسایی است: نخست، رویکرد بلندمدت برخلاف مراکز اقامتی که عمدتاً کوتاه‌مدت هستند، فرصت کافی برای بازسازی ساختارهای شناختی و رفتاری مرتبط با وسوسه فراهم می‌کند (دل‌ئون، ۲۰۰۰). دوم، حضور «همتایان بهبودیافته» الگویی عینی و ملموس از امکان زندگی بدون مواد و مدیریت موفق وسوسه را در اختیار مددجویان قرار می‌دهد. مشاهده افرادی که تجربه مشابهی داشته‌اند و اکنون قادر به کنترل وسوسه هستند، خودکارآمدی فرد را در مقاومت در برابر میل به مصرف به طور چشمگیری افزایش می‌دهد (کلی و همکاران، ۲۰۱۱). سوم، رویکرد اجتماع‌درمان‌مدار با تأکید بر مسئولیت‌پذیری فردی و

اجتماعی، فرد را در موقعیت‌هایی قرار می‌دهد که به طور فعالانه با وسوسه مواجه شده و مهارت مقابله با آن را تمرین کند. این مواجهه‌های کنترل‌شده در بستر حمایت‌گروهي، برخلاف محیط اقامتی که فرد تا حد امکان از محرک‌ها دور نگه داشته می‌شود، به مراتب مؤثرتر عمل می‌کنند زیرا فرد یاد می‌گیرد در عین حضور در محیطی که ممکن است یادآور مصرف باشد، از لغزش و بازگشت جلوگیری کند. چهارم، تأثیر متقابل تاب‌آوری و وسوسه؛ همان‌طور که در مبانی نظری اشاره شد، وسوسه هنگامی که کنترل شناختی فرد ضعیف باشد یا تحت فشار قرار گیرد، افزایش یافته و احتمال بازگشت به مصرف بالا می‌رود (مدل کنترل شناختی، نقوی و همکاران، ۲۰۱۵). مراکز اجتماع‌درمان‌مدار با تقویت همزمان تاب‌آوری (ظرفیت حفظ عملکرد منظم از طریق چالش‌ها)، در واقع بستر روانی-اجتماعی لازم برای مهار مؤثر وسوسه را فراهم می‌آورند. فردی که از تاب‌آوری بالاتری برخوردار است، در مواجهه با عوامل استرس‌زا به مراتب کمتر از فردی با تاب‌آوری پایین تسلیم وسوسه می‌شود. بدین ترتیب، مراکز اجتماع‌درمان‌مدار به دلیل رویکرد جامع‌نگر خود که هم به حذف محرک‌های بیرونی، هم به بازسازی منابع درونی (تاب‌آوری) و هم به ایجاد شبکه حمایتی پایدار می‌پردازد، از اثربخشی بیشتری در کاهش وسوسه مصرف مواد برخوردار است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که از آن جمله می‌توان به عدم انجام پیگیری طولانی‌مدت (فاقد مرحله پیگیری)، محدود بودن نمونه به جمعیت مردان، عدم کنترل همزمان متغیرهایی نظیر شدت و مدت اعتیاد و سطح تحصیلات، و عدم استفاده از ابزارهای مصاحبه بالینی ساختاریافته اشاره کرد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با طراحی طولی (شامل پیگیری ۳ و ۶ ماهه)،

کنترل شده و تقویت تاب آوری) در سایر مراکز اقامتی نیز ادغام گردد.

بر روی نمونه های زنان و با بهره گیری از مصاحبه های بالینی انجام شوند. همچنین پیشنهاد می شود سیاست گذاران حوزه سلامت روان، گسترش مراکز اجتماع درمان مدار را در اولویت قرار داده و برنامه های آموزشی مبتنی بر مؤلفه های این رویکرد (حمایت همتا، مسئولیت پذیری تدریجی، مواجهه

References

۱. احمدزاده شهیدیان، خسرو؛ کامیابی، میترا. (۱۴۰۳). تعیین اثربخشی درمان اجتماع مدار همراه با داروی آگونیست متادون بر کارکردهای اجرایی سوء مصرف کنندگان مواد تحت درمان اجباری استان کرمان. *پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۱(۱)، ۱۱۳-۱۳۰.
۲. اسدیگی، حسین؛ غفاری سیاوشان، محمدجواد؛ و همکاران. (۱۳۹۹). *توانمندسازی افراد در حال بهبودی از اعتیاد*. انتشارات آوازه.
۳. حاجیبور، حسن؛ بیاضی، محمد حسن؛ نجات، حمید. (۱۳۹۹). مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر وسوسه و تکانشگری بیماران سوء مصرف کننده مواد. *پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۰(۱)، ۵۵-۳۹.
۴. صالحی فدردی، جواد؛ بر عرفان، زرین؛ امین یزدی، سید امیر. (۱۳۸۹). اثر بخشی آموزش کنترل توجه بر کاهش تورش توجه به مواد و بهبود شاخص های درمانی معتادان تحت درمان سم زدایی. *پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۱(۲)، ۵۶-۲۹.
۵. قانعی، عبدالکریم؛ شهبازی، مسعود؛ کرای، امین. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری بر وسوسه مصرف و پیشگیری از عود در معتادان خودمصرف مراکز ترک اعتیاد. *دست آوردهای روان شناسی*، ۳۰(۲)، ۳۹۲-۳۶۹.
۶. کریم نژاد، فرزاد؛ مکتبی، غلامحسین؛ وطن خواه، محمد؛ فیروزی، علی اصغر؛ رحیمی، هانی. (۱۳۹۳). مقایسه ویژگی شخصیتی توافق پذیری (سازگاری) و سلامت معنوی معتادان مقیم در مراکز اجتماع درمان مدار و معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون اهواز. *مجله پزشکی هرمزگان*، ۱۱۸(۱)، ۹۰-۸۱.
۷. یارمحمدی واصل، مسیب؛ قائمی، فاطمه؛ قنادی، فاطمه. (۱۳۹۱). تاثیر رویکرد اجتماع درمان مدار در درمان اعتیاد و اختلال های روانی همراه. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۲(۶)، ۳۹-۳.
8. Amani, M., Saemian, H., & Rezvan-Doust, H. (2019). Comparison of residential and therapeutic community centers in preventing substance abuse recurrence and reducing self-destructive behaviors of substance users. *Addiction & Health*, 11(1), 43.
9. Badie, A., Makvandi, B., Bakhtiarpour, S., & Pasha, R. (2020). Drug cravings and its relationship with family communication patterns and resiliency through the mediatory role of difficulty in cognitive emotion regulation. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 6(2), 125-134.
10. Baillet, E., Auriacombe, M., Romao, C., Garnier, H., Gauld, C., Vacher, C., ... & Serre, F. (2024). Craving changes in first 14 days of addiction treatment: an outcome predictor of 5 years substance use status? *Translational Psychiatry*, 14(1), 497.
11. Bakhshayesh Eghbali, B., Pourramzani, A., Bahadivand Chegini, A. H., Mirniam, L., Hasanzadeh, K., & Saadat, S. (2022). Validity and reliability of connor-davidson resilience scale in patients with multiple sclerosis: A psychometric study in Iran. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 9(2), 45-50.
12. Bryan, C., O'Shea, D., & MacIntyre, T. (2019). Stressing the relevance of resilience: A systematic review of resilience across the domains of sport and work. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 12(1), 70-111.
13. Caselli, G., Gemelli, A., Querci, S., Lugli, A. M., Canfora, F., Annovi, C., ... & Watkins, E. R. (2013). The effect of rumination on craving across the continuum of drinking behaviour. *Addictive Behaviors*, 38(12), 2879-2883.

14. Cheng, B., Coates, J. M., Gullo, M. J., Feeney, G., Kavanagh, D. J., Young, R. M., & Connor, J. P. (2022). Relationship between alcohol craving dimensions and features of comorbid mental health in an alcohol dependent sample. *Addictive Behaviors*, 124, 107106.
15. 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.
16. Coppola, M., Sacchetto, G., & Mondola, R. (2019). Craving for heroin: difference between methadone maintenance therapy patients with and without ADHD. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(1), 83-86.
17. Danquah-Amoah, A., & Charan, A. A. (2017). The relevance of rehabilitation centers in our communities. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 6(7), 1393-1395.
18. de Andrade, D., Elphinston, R. A., Quinn, C., Allan, J., & Hides, L. (2019). The effectiveness of residential treatment services for individuals with substance use disorders: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 201, 227-235.
19. De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*.
20. De Leon, G., Perfas, F. B., Joseph, A., & Bunt, G. (2021). Therapeutic communities for addictions: essential elements, cultural, and current issues. In *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* (pp. 697-707).
21. De Salis, H. F., Martin, R., Mansoor, Z., Newton-Howes, G., & Bell, E. (2023). A realist review of residential treatment for adults with substance use disorder. *Drug and Alcohol Review*, 42(4), 827-842.
22. Elnaggar, S. M. M. M., Fahmy, M. T. K. A., Ahmed, H. H. S., & Shendi, A. E. H. (2024). The Impact of Substance Use Disorder on Resilience in Patients with Type I Bipolar Disorder. *Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 97(1), 3547-3553.
23. Galloway, G. P., & Singleton, E. G. (2009). How long does craving predict use of methamphetamine? Assessment of use one to seven weeks after the assessment of craving; craving and ongoing methamphetamine use. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 1, 63-79.
24. Gay, A., Cabe, J., De Chazeron, I., Lambert, C., Defour, M., Bhoowabul, V., ... & Pereira, B. (2022). Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) as a Promising Treatment for Craving in Stimulant Drugs and Behavioral Addiction: A Meta-Analysis. *J. Clin. Med.*, 11, 624.
25. Hosseini, S. H., Fendereski, F., Yazdani, F., & Hamzehgardeshi, Z. (2024). Exploring perceived quality of life in long-term methadone-dependent patients: a qualitative study. *Harm Reduction Journal*, 21(1), 1-11.
26. Hosseini, S. H., Fendereski, F., Yazdani, F., & Hamzehgardeshi, Z. (2024). Exploring perceived quality of life in long-term methadone-dependent patients: a qualitative study. *Harm Reduction Journal*, 21(1), 1-11.
27. Kariuki, P. N., Omariba, M., & Motari, J. M. (2024). Addressing the Burden of Alcohol and Drug Abuse. *East African Scholars J Med Sci*, 17(11), 455-465.
28. Kelly, J. F., Stout, R. L., Magill, M., & Tonigan, J. S. (2011). The role of Alcoholics Anonymous in mobilizing adaptive social network changes: A prospective lagged mediational analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 114(2-3), 119-126.
29. Malivert, M., Fatséas, M., Denis, C., Langlois, E., & Auriacombe, M. (2011). Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. *European Addiction Research*, 18(1), 1-11.
30. Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2010). Update on harm-reduction policy and intervention research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 591-606.
31. McKay, J. R. (2009). Continuing care research: What we have learned and where we are going. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(2), 131-145.
32. Naqvi, N. H., Ochsner, K. N., Kober, H., Kuerbis, A., Feng, T., Wall, M., & Morgenstern, J. (2015). Cognitive regulation of craving in alcohol-dependent and social drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(2), 343-349.
33. Nicolas, C., Russell, T. I., Shaham, Y., & Ikemoto, S. (2022). Dissociation Between Incubation of Cocaine Craving and Anxiety-Related Behaviors After Continuous and Intermittent Access Self-Administration. *Front. Neurosci.*, 15, 824741.

34. O'Brien, C. P., Childress, A. R., Ehrman, R., & Robbins, S. J. (1998). Conditioning factors in drug abuse: can they explain compulsion? *Journal of Psychopharmacology*, 12(1), 15-22.
35. Ofiesh, N. S., & Mather, N. (2023). Resilience and the child with learning disabilities. In *Handbook of Resilience in Children* (pp. 469-494). Cham: Springer International Publishing.
36. Onianwa, O. I. (2023). The Roles of the United Nations Office on Drug and Crime. *Available at SSRN 4887904*.
37. Özer, D., Altun, Ö. Ş., Kayaoğlu, K., & Tanrikulu, A. B. (2023). Evaluation of the relationship between values and psychological resilience of individuals diagnosed with substance use disorder: A cross-sectional study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 44, 101-106.
38. Pasha, A., Inusah, A. H. S., Nayem, J., Li, X., & Qiao, S. (2025). A Systematic Review of Psychological Resilience in the COVID-19 Responses: Current Research and Future Directions. *medRxiv*, 2025-02.
39. Pearce, S., & Pickard, H. (2013). How therapeutic communities work: Specific factors related to positive outcome. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(7), 636-645.
40. Sisson, L. N., Tomko, C., Rouhani, S., & Sherman, S. G. (2025). Examining the association between psychological resilience and chronic versus discrete stressors among individuals who use opioids in Baltimore, Maryland. *Drug and Alcohol Review*, 44(1), 288-297.
41. Song, E. A., Kim, H. K., & Lee, M. (2022). Effectiveness of therapeutic community program on resilience and change in lifestyle in people with alcohol use disorder. *Journal of Addictions Nursing*, 33(4), 255-263.
42. Stein, B., Hoefft, F., & Richter, C. G. (2024). Stress, resilience, and emotional well-being in children and adolescents with specific learning disabilities. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 58, 101410.
43. Stellern, J., Xiao, K. B., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2023). Emotion regulation in substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 118(1), 30-47.
44. Straus, E., Dev, S. I., & Moore, R. C. (2020). The measurement of resilience and grit: Room for improvement. *Psychiatry Research*, 285, 112791.
45. Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063.
46. Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152-169.
47. Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563-1571.
48. Yang, C., Zhou, Y., Cao, Q., Xia, M., & An, J. (2019). The relationship between self-control and self-efficacy among patients with substance use disorders: resilience and self-esteem as mediators. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 388.
49. Yu, X. N., Lau, J. T., Mak, W. W., Zhang, J., & Lui, W. W. (2011). Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Chinese adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 52(2), 218-224.

Original Article

Comparison of the effectiveness of two treatment models for substance use disorders in residential recovery and rehabilitation centers and community treatment centers for men on resilience and the temptation to use drugs

Received: 26/09/2024 - Accepted: : 21/11/2024

Sarvnaz Karami Katakai¹
Elham Zarghami^{*2}
Fariba Moradi Abbas Abadi³
Farzaneh Rahimpour⁴

¹ Department of Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran.

² Department of Psychology, Varamin – Pishva Branch, Islamic Azad University, Varamin, Iran.

³ Department of Psychology, Varamin – Pishva Branch, Islamic Azad University, Varamin, Iran.

⁴ Department of Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran.

Email: elhamz50@iau.ir

Abstract

Introduction: Substance use disorders are among the fundamental challenges of mental health, and choosing an effective treatment model plays a key role in reducing relapse and increasing patients' resilience. The aim of this study was to compare the effectiveness of two treatment models for substance use disorders in residential rehabilitation centers and community-based centers for men on resilience and substance craving.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest and follow-up design with a control group. The statistical population of the present study included all individuals who received a diagnosis of substance dependence in residential rehabilitation centers and community-based therapeutic centers in Tehran in the year 2025. The sample size consisted of 45 individuals selected from the statistical population through purposive sampling and were randomly assigned to experimental and control groups (15 people per group). The first experimental group received the treatment model of residential rehabilitation centers, and the second experimental group received the treatment model of community-based centers; the control group did not receive any intervention and only received routine and non-specialized addiction cessation interventions. The research instruments included the Connor-Davidson Resilience Scale (2003) and the Post-Withdrawal Substance Craving Questionnaire (Salehi Fadardi et al., 2010). Data were analyzed using mixed analysis of variance (with repeated measures) in SPSS version 26.

Results: The results showed that residential rehabilitation centers and community-based centers have an effect on resilience and substance craving ($p < 0.05$). Furthermore, the results of the post-hoc test indicated that there is a significant difference between the two treatment methods on resilience and substance craving, and community-based centers were more effective ($p < 0.05$).

Conclusion: Based on the findings of this study, it can be concluded that both treatment models (residential rehabilitation centers and community-based centers) are effective in increasing resilience and reducing substance craving, but the community-based model has greater effectiveness. Therefore, it is recommended that in designing treatment programs for substance use disorders in men, especially in residential centers, the principles and techniques of community-based centers be utilized more extensively to achieve more stable and comprehensive recovery.

Keywords: Resilience, Craving for Substance Use, Residential Recovery and Rehabilitation Centers, Community-Based Centers, Substance Use Disorders.