بررسی اثربخشی اشتغال در شبکه شغلی بهبودیافتگان بر ماندگاری مبتلایان به اختلال مصرف مواد در درمان

نغمه بابائیان: گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
معصومه معارف وند*: گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
arammaref@gmail.com
سمانه حسین زاده: گروه آموزشی آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: تمرکز اصلی برنامه‌های پیشگیری از عود، بر بیماران است. با این حال محیط شغلی بیماران و ارتباطات آن‌ها با همکارانشان هم می‌تواند نقش مهمی در برنامه‌های پیشگیری از عود ایفا کند. این پژوهش به‌منظور بررسی اثربخشی شبکه‌های شغلی بهبودیافتگان بر ماندگاری در درمان افراد در حال بهبودی انجام شد.

روش: مطالعه به روش موردی-شاهدی و گذشته نگر در میان اعضای شبکه شغلی بهبودیافتگان (۸۵ نفر) و افراد ترخیص شده از مراکز اقامتی میان مدت (۸۵ نفر) در تهران انجام شد. گروه‌های مورد و شاهد از نظر سن، سن شروع مصرف، مدت زمان مصرف و تاریخ پذیرش در مراکز درمان یا شبکه همسان‌سازی شدند. به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات تست اعتیاد انجام شد و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کای دو و یومن ویتنی استفاده شد.

نتایج: اکثر شرکت‌کنندگان مجرد بودند (۴۴/۱٪) و در دامنه سنی ۴۰-۳۱ سال قرار داشتند. (۴۸/۲٪) نتایج نشان داد که اختلاف معناداری در ماندگاری در درمان و مدت پرهیز میان دو گروه مورد و شاهد وجود دارد. مدت زمان پرهیز در گروه مورد چهار برابر بیشتر گزارش شد.

بحث و نتیجه‌گیری: شبکه شغلی بهبودیافتگان یک روش مؤثر برای کاهش شروع کننده‌های محیط کار و پیشگیری از عود در میان مصرف کنندگان مواد بود. بررسی هزینه اثربخشی و کارآزمایی بالینی برای مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی

شبکه شغلی افراد درحال بهبودی

پیشگیری از عود

مصرف مواد

* نویسنده مسئول
نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۰۸
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۱٤

نحوه استناد به مقاله: نغمه بابائیان، معصومه معارف وند و سمانه حسین زاده. بررسی اثربخشی اشتغال در شبکه شغلی بهبودیافتگان بر ماندگاری مبتلایان به اختلال مصرف مواد در درمان. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۵؛ ۵ (۳): ٦١-٥١

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

The Effectiveness of Working in Vocational Network of Recovered on Substance users' Retention in Treatment

Naghmeh Babaeian: Department of social work, university of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran.

Masoomeh Maarefvand*: Department of social work, university of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran. arammaref@gmail.com

Samaneh Hosseinzadeh: Department of biostatistics, university of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Relapse prevention (RP) programs mainly focus on patients; however a patient's workplace and communications with colleagues can also play an important role in RP. This research was conducted to assess the effectiveness of ex-addicts' Peer-Supported Vocational Network (PVN) on retention.

Methods: A retrospective case-control study was conducted among PVN members (n=85) and substance users discharging from mid-term residential treatment centers (n=85) in Tehran, Iran. Case and control groups were matched for age, age of first use, duration of substance use and date of registration in treatment center or PVN. Rapid addiction tests were conducted for data collection and Chi-square and U Mann-Whitney was used for data analysis.

Results: The majority of participants were single (44.1%) and 31-40 year old.(48.2%) The results indicated that there was a significant difference between case and control group in retention and abstinence duration. The case group reported four time more abstinence duration.

Conclusions: PVN was an effective method for reducing the triggers in workplace and RP among substance users. Conducting the cost-effectiveness and clinical trial studies are suggested for more research.

Keywords

Peer-Supported Vocational Network

Relapse Prevention

Substance Use

*Corresponding Author

Study Type: Original
Received: 29 Oct 2016
Accepted: 03 Jan 2017

Please cite this article as follows: Babaeian N, Maarefvand M and Hosseinzadeh S. The effectiveness of working in vocational network of recovered on substance users' retention in treatment. Quarterly journal of social work. 2016; 5 (3); 51-61

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

مقدمه

افزایش مصرف مواد مخدر طی قرن گذشته، نگرانی روزافزونی را برای همه جوامع در پی داشته است. دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (۲۰۱۵) شمار مصرف کنندگان مواد در بین جمعیت ۶۴-۱۵ ساله در سراسر جهان را ۲۶۴ میلیون نفر برآورد کرده است. در مورد مصرف‌کنندگان مواد مخدر در ایران آمار دقیقی در دست نیست. بنا بر آمارهای رسمی اعلام‌شده، تعداد معتادان کشور در حدود ۱۵۰۰۰۰۰ نفر برآورد شده است که البته این تعداد شامل معتادانی است که نیازمند دریافت خدمات درمانی و بازتوانی هستند و افراد مصرف‌کننده تفننی (سوءمصرف و مصرف نا به‌جا) را در برنمی‌گیرد. (۱) با توجه به اینکه بعد خانوار در سال ۱۳۹۰، حدود چهار نفر اعلام‌شده است، (۲) حداقل شش میلیون نفر یا مصرف‌کننده مواد هستند و یا به‌طور مستقیم با یک فرد معتاد در ارتباط هستند. با توجه به قطعی نبودن درمان اعتیاد در رابطه با آمار بهبودیافتگان در جهان و در ایران آمار دقیقی موجود نیست. حتی پس‌ازاینکه فرد معتاد مصرف مواد را برای مدت طولانی قطع می‌کند، نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را دوباره از سر نگیرد. (۳) میزان بالای عود (۹۵٪-۷۵٪) مانع مهمی در موفقیت برنامه‌های درمانی به‌شمار می‌رود. میزان مصرف مواد پس از عود طی مدت کوتاهی افزایش می‌یابد و این امر می‌تواند منجر به اختلالات روانی، فیزیکی، بی‌اعتمادی بیمار، خانواده‌ها و جامعه نسبت به برنامه‌ی درمانی و در برخی موارد منجر به مرگ شود. (۴) برنامه‌های بازگیری با دو روش دارویی و غیر دارویی انجام می‌شود. (۵) اما آنچه بعد از این مرحله ضرورت دارد برنامه‌های پس از ترخیص شامل برنامه‌های توان‌بخشی و بازپیوند و پیشگیری از عود است. (۶) توان‌بخشی حرفه‌ای یک عامل اساسی و مهم برای توسعه بهبودی و تغییر زندگی برای افراد سوءمصرف کننده مواد است. (۷) مشکل اصلی در بسیاری از مداخلات درمانی در ایران این است که این درمان‌ها بیش از هر چیز بر دارودرمانی و یا سم‌زدایی متمرکزند و مداخلات پیشگیری از عود در آن‌ها بسیار ضعیف هستند و یا به‌کلی مورد غفلت قرارگرفته‌اند. در خصوص پیشگیری از عود مدل‌هایی وجود دارند که برخی از آن‌ها استراتژی‌هایی را برای پیشگیری از عود پیشنهاد می‌کنند.

این مدل‌ها شامل: مدل شناختی-رفتاری مارلات و گوردون ۱۹۸۵، مدل فرد-موقعیت لیتمن۱۹۸۶، مدل خود کارایی و تجربه‌های پیامدی آنیس و همکاران۱۹۸۶، مدل ولع و از دست دادن کنترل لودویگ و ویکلر۱۹۷۴، مدل اشتیاق‌ها و ولع‌های تیفانی و وایز ۱۹۸۸، ۱۹۹۰، ۱۹۹۲، فرایند مخالف سولومون ۱۹۸۰ و نشانگان پس از سم‌زدایی گورسکی و میلر۱۹۷۹می‌باشند. (۸، ۹ و ۱۰)

اغلب مدل‌های پیشگیری از عود صرفاً روی فرد و در موارد اندکی روی خانواده، (۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و۱۴) و یا محیط اجتماعی فرد در حال بهبود (۴) متمرکز هستند. هیچ‌یک از مدل‌های پیشگیری از عود به‌طور مشخص موضوع اشتغال و محیط‌های شغلی فرد در حال بهبود را موردتوجه قرار نداده‌اند. حال‌آنکه یکی از فاکتورهای مهم برای پیوند این افراد به جامعه داشتن شغلی مناسب است. از طرفی تحقیقات نشان داده است که کار یک عامل اساسی و مطلوب برای ماندگاری در درمان مصرف‌کنندگان مواد است. (۱۵) بیکاری احتمال عود را بالا می‌برد. (۱۶) از طرفی اشتغال در محیط‌های کاری، مملو از عوامل خطرزا و شروع‌کننده‌ها است و محیط کار سابق شخص که درگذشته آنجا سوءمصرف داشته می‌تواند عامل محرک بسیار قوی برای شروع مجدد و عود باشد. (۱۷ و ۱۸) صرف‌نظر از ماندگاری در بهبودی و شرایط نامناسب کاری، صاحبان بنگاه‌ها به علت پیشینه فرد در حال بهبودی به‌سختی به او اعتماد می‌کنند لذا مشکل اشتغال مانند حلقه‌ی مفقوده و حل‌نشده برای ماندگاری افراد در حال بهبودی در درمان همچنان وجود دارد. مداخلات پیشگیری از عود به "دور ماندن فرد از شروع‌کننده‌ها" توجه خاصی نشان داده‌اند. (۹، ۱۲ و ۱۹) وجود شروع‌کننده‌ها و عوامل خطر در محیط‌های کاری، عامل مهمی برای عود به‌شمار می‌آید. به‌عنوان مثال محیط کاری سابق شخص که در آنجا تجربه‌ی مصرف مواد را داشته، استرس شغلی، وجود فرد مصرف‌کننده در محیط کار و غیره می‌توانند شروع‌کننده‌هایی بسیار قوی برای فرد باشند. از منظر دیگر اشتغال منجر به کسب درآمد می‌گردد این در حالی است که می‌دانیم برای افرادی که به‌تازگی مصرف مواد را متوقف کرده‌اند، مدیریت پول کار دشواری است و خود می‌تواند عاملی برای عود باشد. (۲۰) از طرفی از عوارض عدم اشتغال این افراد می‌توان به داشتن وقت آزاد، به‌هم‌خوردن چرخه‌ی خواب و تفریح، حضور طولانی‌مدت در منزل و افزایش احتمال مشاجره با اعضای خانواده اشاره

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

کرد. تمامی این موارد می‌توانند به‌عنوان شروع‌کننده عمل کرده و زمینه را برای وسوسه مصرف فراهم کنند و به‌این‌ترتیب احتمال عود را افزایش دهند. (۱۸)

ازآنجاکه این مطالعه، پیشگیری از عود و ماندگاری در درمان را هدف قرار داده بود و در این راستا به‌ضرورت اجتناب از شروع‌کننده‌های محیطی و محیط‌های شغلی توجه داشت، لذا از میان مدل‌های پیشگیری از عود، مدل تعاملی فرد-موقعیت لیتمن با تأکید بر موقعیت‌های خطرناک در برنامه‌های پیشگیری از عود موردتوجه قرار گرفت که این مدل قرابت قابل‌توجهی با تئوری مددکاری اجتماعی فرد در موقعیت یا فرد در محیط ریچموند دارد که در این مطالعه نیز درخور توجه بود. در تئوری فرد در موقعیت ریچموند، شخصیت بین سازگاری‌های آگاهانه فردی، یا آنچه بین انسان و محیط اجتماعی او حادث می‌شود، شکل می‌گیرد. (۲۱) که بر اساس این نظریه با تغییر و کنترل محیط شغلی افراد و ارتباط آن‌ها با افراد همتا ماندگاری آن‌ها در درمان می‌تواند تحت تأثیر قرار گیرد. مددکاران اجتماعی به‌عنوان ارائه‌دهندگان خدمات اجتماعی افراد مناسبی برای اجرای مداخلات پیشگیری از عود به‌شمار می‌روند. وجود مداخلات مبتنی بر شواهد می‌تواند به مددکاران اجتماعی کمک کند تا خدمات مؤثرتری را در پیشگیری از عود ارائه نمایند. این پژوهش می‌تواند شواهد علمی لازم را برای استفاده از شبکه‌های شغلی بهبودیافتگان در برنامه‌های پیشگیری از عود در اختیار مددکاران اجتماعی قرار دهد.

اگرچه مطالعات متعددی در مورد بررسی اثربخشی انواع مداخلات پیشگیری از عود صورت گرفته است (به‌عنوان مثال نگاه کنید به معارف‌وند و همکاران ۲۰۱۵، حامدی، شهیدی، و خادمی ۱۳۹۲، کریمیان ۱۳۹۰، جعفری، اسکندری، سهرابی، و دلاور ۱۳۸۹، ملازاده و عاشوری ۱۳۸۸، گارتی و همکاران ۲۰۰۸. (۴، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵ و ۲۶) تعداد پژوهش‌هایی که موضوع اشتغال افراد در حال بهبودی را مدنظر قرار داده‌اند، اندک هستند. (۱۵، ۲۷ و ۲۸) دسته‌ای از پژوهش‌های ذکر شده به موضوع پیشگیری از عود پرداخته و دسته‌ای دیگر بر موضوع اشتغال در توان‌بخشی حرفه‌ای تأکید کردند لذا در میان پژوهش‌ها توجه به خطرزا بودن محیط‌های شغلی و اهمیت گروه همتایان برای ماندگاری در درمان و پیشگیری از عود بسیار اندک بوده است.

معارف‌وند، بابائیان و رضازاده و خوب چندانی۲۰۱۶، در یک مطالعه کیفی تجربیات اعضای شبکه‌های شغلی افراد در حال بهبودی در تهران را گزارش کردند. (۲۹) این شبکه‌های شغلی به کاهش برانگیزاننده‌ها در محیط کار توجه خاص نشان داده‌اند و از تأثیر حضور همتایان در محیط کار بهره گرفته‌اند در این مطالعه با ۲۳ نفر از اعضای شش شبکه شغلی افراد در حال بهبودی در تهران مصاحبه شدند.

شش مرحله فعالیت شبکه‌های شغلی افراد در حال بهبودی در مطالعه معرفی شدند: **مرحله‌ی اول:** موردیابی یا شناسایی کیس که به دو صورت فعال و غیرفعال انجام می‌شد. **مرحله‌ی دوم:** پذیرش و ثبت‌نام که معیارهای ورود افراد بررسی قرار می‌گرفت .(معیارهای ورود مطلق شامل: پرهیز از مصرف مواد و داشتن انگیزه، معیارهای ورود نسبی شامل: بی‌خانمانی، عود مزمن، بی‌کاری و نداشتن حرفه) **مرحله سوم:** اشتغال پاره‌وقت. در این مرحله به‌منظور انطباق افراد تازه وارد با محیط، کارهای سبک به وی سپرده می‌شود و شرکت در جلسات روزانه دوازده قدمی و تعامل با افراد در حال بهبود در اولویت قرار دارد. **مرحله‌ی چهارم:** اشتغال تمام‌وقت. در این مرحله (بین ماه دوم تا دوازدهم) فرد ضمن شرکت در جلسات روزانه دوازده قدمی، تحت نظارت شاغلین همتای حرفه‌ای مشغول به‌کار می‌شود و به‌صورت تمام‌وقت کار می‌کند. **مرحله‌ی پنجم:** توسعه شبکه، در حدود ماه سیزده به بعد فرد می‌تواند در قالب تأسیس شعبه‌ی جدید و یا سهیم شدن در شعبه جدید نسبت به ادامه همکاری با شبکه اقدام کند. **مرحله‌ی ششم:** ترخیص و استقلال که در این مرحله فرد به ایجاد یک شبکه جدید و شغل مستقل می‌پردازد. ترخیص در صورتی اتفاق می‌افتد که فرد مایل به جدا شدن از شبکه باشد. عضو شبکه شغلی بهبودیافتگان از مرحله چهارم حقوق دریافت می‌کند.

چون تاکنون مطالعه‌ای در خصوص بررسی تأثیر اشتغال در شبکه شغلی افراد در حال بهبودی انجام نشده بود. در این مقاله نتایج مطالعه‌ای که در مورد اثربخشی اشتغال در شبکه شغلی بهبودیافتگان موردبررسی قرار گرفت، آورده شده است.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

روش

ایــن مطالعــه کمی و از نوع مطالعات موردی-شــاهدی بود به‌گونه‌ای که در آن دو گــروه از افراد در حال بهبودی با شــیوه گذشــته‌نگر مورد مقایسه قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان شامل ۱۷۰ نفر بودند که در دو گروه مورد و شاهد بررسی شــدند. نمونه‌گیری در آبان و آذر ۱۳۹۵ در شــهر تهران انجام گرفت. گروه مورد را تمامی افراد در حال بهبودی شاغل در شــبکه‌های شــغلی افراد در حال بهبودی اغذیه‌فروشــی فلفلی، هفت‌چنار، فلفل قرمز و طعامــک، خدمات اتومبیل بهروز، البرز و کارخانه رویال خواب آســایش شــامل می‌شدند. شبکه‌های شــغلی بهبودیافتگان به‌صورت خودجوش توســط افراد در حال بهبودی ایجادشده‌اند. آن‌ها به کاهش برانگیزاننده‌ها در محیط کار توجه خاص نشان داده‌اند و از تأثیر حضور همتایان در محیط کار بهره گرفته‌اند. در این شــبکه‌های شــغلی، بهبودی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و بخشــی از فعالیت‌های روزانه افراد در حال بهبودی در واحدهای شغلی این شبکه‌ها به‌طور مشخص مرتبط با بهبودی آن‌هاســت.روند اشــتغال در شبکه ها شامل: ۱. موردیابی یا شناســایی کیس ۲. پذیرش و ثبت‌نام ۳. اشتغال پاره‌وقت ۴. اشتغال تمام‌وقت ۵. توسعه شبکه ۶. ترخیص و استقلال است. نمونه‌گیری در گروه مورد به روش همه شماری انجام شد و به‌این‌ترتیب ۸۵ نفر از هفت شبکه مختلف با دارا بودن تمامی معیارهای ورود، وارد مطالعه شدند.

برای نمونه‌گیری گروه شــاهد از نمونه‌گیری طبقه‌ای اســتفاده شد. بر اســاس پژوهش فیروزآبادی و جاجرمی ۱۳۸۵، مناطق بیست و دوگانه شهر تهران به سه پهنه توسعه‌ای پایین، متوسط و بالا تقسیم‌شده است. (۳۰) نمونه‌گیری گروه شاهد در پنج مرکز اقامتی میان‌مدت انجام گرفت. در پهنه پایین از کمپ خانه دوســت یاران و کمپ توســکا، در پهنه بالا از کمپ ســرای امید بهبودی و کمپ رستاک، در پهنه متوسط از کمپ طلوع ۲۱ نمونه‌گیری انجام شد. و به‌این‌ترتیب ۸۵ نفر از پنج مرکز اقامتی میان‌مدت، وارد گروه شاهد شدند.

ازآنجایی‌که ضمن پیگیری‌های انجام‌شــده امکان ملاقات و دسترســی به برخی افراد برای انجام تســت اعتیاد وجود نداشــت، از روش LOCF استفاده شد و به گزارش‌های حداقل دو منبع از میان منابع موجود ازجمله خانواده، دوستان و آشنایان و همکاران در آخرین زمانی که فرد را مشاهده کرده‌اند استناد گردید.

معیارهای ورود برای افراد گروه مورد شــامل: داشتن رضایت آگاهانه، جنسیت مذکر، اشتغال در یکی از شبکه‌های شغلی و داشتن سابقه اختلال مصرف مواد بود. **معیارهای ورود برای افراد گروه شاهد شامل:** داشتن رضایت آگاهانه، جنسیت مذکر، عدم ورود به شبکه های شغلی و اتمام حداقل یک دوره ۲۸ روزه در مراکز اقامتی میان مدت بود.

داده‌ها در این پژوهش با اســتفاده از دو ابزار پرسشــنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی و انجام تست اعتیاد، جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از آزمون های کای-دو و یو من-ویتنی تحلیل شدند. دو گروه مورد و شاهد بر اساس تاریخ ورود افراد به شــبکه در گروه مورد با تاریخ خروج افراد از کمپ‌ها در گروه شــاهد و مدت زمان اعتیاد، ســن و سن شروع مصرف دو گروه همسان شدند.

در طــول مراحــل مختلف پژوهش رضایت آگاهانه افراد برای شــرکت در پژوهش جلب شــد و ملاحظات مربوط به محرمانــه بــودن اطلاعات افراد، صورت گرفت. شــرکت در پژوهش داوطلبانه بود و شــرکت‌کنندگان می‌توانســتند در هرزمانی از ادامه همکاری در پژوهش انصراف دهند. اطلاعات مربوط به پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و هیچ‌گونه هزینه‌ای به شرکت‌کنندگان تحمیل نشد.

یافته ها

در این پژوهش ۱۷۰ نفر شــرکت کردند. (۸۵ نفر گروه مورد و ۸۵ نفر گروه شــاهد.) بیشتر افراد در پژوهش در دامنه ســنی ۴۰-۳۱ سال قرار داشتند. سن شروع مصرف بیشتر افراد شرکت‌کننده در پژوهش زیر بیست سال و بیشترین مدت زمان مصرف در هر دو گروه یازده الی بیســت ســال بود. بیشترین تعداد دفعات عود در میان هر دو گروه مورد و شاهد یک الی پنج بار بوده اســت. بیش از شــصت درصد شــرکت‌کنندگان در پژوهش کمتر از دیپلم تحصیل کرده بودند و کمتر از ده درصد آن‌ها تحصیلات فوق‌دیپلم و بالاتر را گزارش کردند. بیشتر شرکت‌کنندگان در پژوهش مهمترین ماده مصرفی‌شان قبل از ورود به درمان را مواد افیونی اعلام کردند. افراد مجرد در میان هر دو گروه مورد و شاهد، بیشترین

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

جدول(۱) توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه مورد و شاهد

نام متغیر		گروه مورد		گروه شاهد		جمع	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	۳۰-۱۸	۱۳	۷/۶	۱۹	۱۱/۲	۳۲	۱۹
	۴۰-۳۱	۴۴	۲۵/۹	۳۸	۲۲/۴	۸۲	۴۸
	۵۰-۴۱	۲۳	۱۳/۵	۲۶	۱۵/۳	۴۹	۲۹
	>۵۰	۵	۲/۹	۲	۱/۲	۷	۴
سن شروع مصرف	۲۰-۷	۶۰	۳۵/۳	۵۶	۳۲/۹	۱۱۶	۶۸
	>۲۰	۲۵	۱۴/۷	۲۹	۱۷/۱	۵۴	۳۲
تحصیلات	زیر دیپلم	۶۰	۳۵/۳	۴۴	۲۵/۹	۱۰۴	۶۱
	دیپلم	۲۱	۱۲/۴	۳۳	۱۹/۴	۵۴	۳۲
	فوق دیپلم و بالاتر	۴	۲/۴	۸	۴/۷	۱۲	۷
نوع ماده مصرفی	مواد افیونی	۴۷	۲۷/۶	۳۹	۲۲/۹	۸۶	۵۱
	مواد محرک	۳۲	۱۸/۸	۳۳	۱۹/۴	۶۵	۳۸
	سایر	۶	۳/۵	۱۳	۷/۶	۱۹	۱۱
شرایط سکونت قبل از ورود به شبکه/درمان	با همسر یا خانواده	۲۷	۱۵/۹	۵۸	۳۴/۱	۸۵	۵۰
	با دوستان یا همکاران	۳	۱/۸	۱۲	۷/۱	۱۵	۹
	تنها در منزل	۸	۴/۷	۱۰	۵/۹	۱۸	۱۱
	بی سرپناه	۴۷	۲۷/۶	۵	۲/۹	۵۲	۳۰

جدول(۲) توزیع فراوانی و درصد فراوانی و مقدار احتمال ماندگاری در درمان شرکت‌کنندگان در پژوهش به تفکیک گروه مورد و شاهد

نام متغیر	گروه مورد		گروه شاهد		جمع		P-value
ماندگاری در درمان	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
دارد	۶۹	۴۰/۶	۲۳	۱۳/۵	۹۲	۵۴/۱	۰/۰۰۰
ندارد	۱۶	۹/۴	۶۲	۳۶/۵	۷۸	۴۵/۹	
جمع	۸۵	۵۰	۸۵	۵۰	۱۷۰	۱۰۰	

جدول(۳) مقایسه میانگین و انحراف استاندارد و مقدار احتمال مدت پرهیز (برحسب ماه) به تفکیک گروه مورد و شاهد

نام متغیر	گروه مورد		گروه شاهد		جمع		آماره Z	P-value
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
مدت پرهیز (به ماه)	۲۱/۸۳	۲۰/۹۷	۵/۱۴	۵/۹۵	۱۳/۴۸	۱۷/۵۰	-۶/۴۱۱	۰/۰۰۰

جدول(٤) توزیع فراوانی و درصد فراوانی و مقدار احتمال ماندگاری در درمان شرکت‌کنندگان در پژوهش بر حسب وضعیت تأهل، سابقه تزریق و ارتباط با خانواده قبل از ورود به شبکه/درمان

نام متغیر		ماندگاری در درمان				جمع		P-value
		دارد		ندارد				
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
وضعیت تأهل	ازدواج دائم							
	مجرد (هیچ‌گاه ازدواج نکرده)	۲۸	۷۳/۷	۱۰	۲۶/۳	۳۸	۱۰۰	۰/۰۰۶
	طلاق گرفته	۳۱	۴۱/۳	۴۴	۵۸/۷	۷۵	۱۰۰	
	متارکه (جدا شده اما طلاق نگرفته)	۲۳	۶۳/۹	۱۳	۳۶/۱	۳۶	۱۰۰	
	ازدواج دائم	۱۰	۴۷/۶	۱۱	۵۲/۴	۲۱	۱۰۰	
سابقه تزریق	دارد	۲۵	۳۷/۳	۴۲	۶۲/۷	۶۷	۱۰۰	۰/۰۰۰
	ندارد	۶۷	۶۵/۰	۳۶	۳۵/۰	۱۰۳	۱۰۰	
ارتباط با خانواده بعد از ورود به شبکه/درمان	بله	۸۶	۵۹/۳	۵۹	۴۰/۷	۱۴۵	۱۰۰	۰/۰۰۱
	خیر	۶	۲۴/۰	۱۹	۷۶/۰	۲۵	۱۰۰	

تعداد را شامل شدند. نیمی از شرکت‌کنندگان در پژوهش در زمان ورود به شبکه/درمان با همسر یا خانواده‌شان زندگی می‌کردند و حدود یک‌سوم آن‌ها گزارش کردند که در زمان ورود به شبکه/درمان بی‌سرپناه بودند. همچنین بیشتر موارد بی‌سرپناهی در زمان ورود به شبکه/درمان در گروه مورد گزارش شد. نکته قابل توجه این است که هیچ یک از شرکت‌کنندگان در گروه مورد بی‌سرپناهی را بعد از ورود به شبکه گزارش نکردند. بیشتر افراد گروه مورد در زمان ورود به شبکه با خانواده خود در ارتباط نبودند در صورتی که بیشترین تعداد در گروه شاهد در زمان ورود به درمان با خانواده خود در ارتباط بودند. بیشتر افراد در هر دو گروه مورد و شاهد، بعد از ورود به شبکه/درمان، با خانواده خود در ارتباط بوده‌اند. بیش از شصت درصد افراد شرکت‌کننده در پژوهش در هر دو گروه مورد و شاهد، سابقه تزریق و سابقه زندان را گزارش نکردند. بیش از نیمی از افراد شرکت‌کننده در پژوهش در هر دو گروه مورد و شاهد، سابقه خودزنی داشتند و بیشتر افراد شرکت‌کننده در پژوهش در هر دو گروه مورد و شاهد، سابقه خودکشی نداشتند.

به‌منظور آزمون تأثیر شبکه‌های شغلی بر ماندگاری در درمان از آزمون کای-دو استفاده شد. جدول شماره (۱) نشان می‌دهد میان دو گروه مورد و شاهد از لحاظ ماندگاری در درمان تفاوت معنادار وجود دارد ($P<۰/۰۵$، $\chi^2=۵۰/۱۲۸$). بدین معنا که گروه مورد توانسته‌اند به‌طور معناداری بیش از گروه شاهد در درمان باقی بمانند.

جدول شماره (۲) نشان می‌دهد میانگین مدت پرهیز کامل در دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری داشته است. بدین معنا که گروه مورد به‌طور معناداری مدت طولانی‌تری در پرهیز باقی‌مانده‌اند

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

به‌گونــه‌ای که مدت پرهیــز در گروه مورد حدوداً چهار برابر گروه شــاهد بوده است. برای مقایســه میانگین مــدت پرهیز در دو گروه مورد و شاهد از آزمون یو من-ویتنی استفاده شد.

نتایج آزمون کای-دو نشان داد میان ماندگاری در درمان با متغیرهای وضعیت تأهل، ســابقه تزریق و ارتباط با خانواده رابطه معنا دار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف کلی این پژوهش تعیین تأثیر فعالیت در شبکه شغلی بهبودیافتگان بر ماندگاری مبتلایان به اختلال مصرف مواد در درمان بود. نتایج آزمون‌های آماری مذکور بیانگر این بود که فعالیت در شبکه شغلی بهبودیافتگان به‌عنوان مداخله‌ی پیشــگیری از عود، بر ماندگاری افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد در درمان تأثیر داشــته اســت. (P<۰/۰۰۰) نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشــی مداخله‌ی فعالیت در شبکه شــغلی بهبودیافتگان بر ماندگاری در درمان است. به‌این‌ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که مداخله اشــتغال در شبکه شــغلی بهبودیافتگان با کنترل شروع‌کننده‌های محیطی و استفاده از حضــور همتایان، باعث پیشــگیری از عود و ماندگاری در درمان می‌شــود. حامدی و همــکاران۱۳۹۲، کریمیان ۱۳۹۰، جعفری و همکاران۱۳۸۹، عاشــوری۱۳۸۸ به مداخلاتی در زمینه پیشــگیری از عــود پرداختند. (۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۳۱) اما هیچ‌یک از آن‌ها به اشتغال و محیط اجتماعی و به‌خصوص محیط کار فرد در حال بهبودی نپرداخته‌اند.

بین فعالیت در شــبکه شــغلی بهبودیافتگان و ماندگاری در درمان رابطه معنادار وجود اشــته است. نتیجه این فرضیه با یافته‌های مطالعات متعددی ازجمله: گومز و همکاران۲۰۱۴، والز و همکاران۲۰۰۹، مکلان و همکاران۲۰۰۸، شــپارد و رایف۲۰۰۴، پلت۱۹۹۵، فرنچ و همکاران۱۹۹۲همسو بود. (۱۵، ۱۶، ۲۸، ۳۲، ۳۳ و ۳۴)

بر اســاس مدل تعاملی فرد-موقعیت لیتمن و نظریه فرد در موقعیت ریچموند رابطه بین افراد و محیطشان دوجانبه است و نمی‌تــوان صرفاً بر جنبه‌های فردی اختلال مصرف مواد متمرکز شــد و تأثیر محیط را بر مبتلایان به این اختلال نادیده گرفت. به‌نظر می‌رســد کنترل شــروع کننده‌های محیطی و حضور همتایان در محیط‌های شــغلی توانسته به‌عنوان یک عامل مؤثر ســبب پیشگیری از عود گردد. الگوی شبکه شغلی بهبودیافتگان با داشتن چارچوب و قوانین خاص توانسته شــروع کننده‌های محیطی را کنترل کند. از جمله این که: (الف) با حضور داشــتن همتایان در محیط کار، امکان گفت وگو با آنان در زمان فکر مصرف و وسوسه فراهم می‌شود. (ب) این مدل توانبخشی شغلی محیط کار، متعهد به بهبودی است و نوعی نظارت و فشار همتایان برای ادامه بهبودی در شبکه‌های شغلی وجود دارد که می‌تواند در فرآیند بهبودی تأثیر گذار باشد. (ج) کسب درآمد در بسیاری از افراد می‌تواند وسوسه انگیز باشد و به‌عنوان یک شروع کننده موجب عود گردد. در شــبکه‌های شغلی مورد مطالعه، این موضوع به‌طور خاص مورد توجه قرار گرفته است. شبکه‌های شغلی افراد در حال بهبودی با مدیریت پول توانســته‌اند این شــروع کننده را کنترل کنند. در این شــبکه‌ها به دلیل مخاطراتی که در اختیار داشــتن پول برای بهبودی فرد ایجاد می‌کند، تا حد امکان در ماه‌های اول پول به‌صورت مســتقیم به افراد داده نمی‌شــود بلکه دســتمزد آن‌ها در حساب بانکی خودشان ذخیره می‌گردد و یا با رضایت افراد به خانواده آن‌ها داده می‌شــود. این کار تا زمانی ادامه می‌یابد که فرد قادر به کنترل این شــروع کننده باشد. (د) در شبکه‌های شغلی افراد در حال بهبود نوعی هرم قدرت وجود دارد و نظام سلســله مراتبی در آن‌ها حاکم اســت. در این نظام سلسله مراتبی امکان ارتقای افراد پیش‌بینی شده است. افراد در حال بهبودی برای پیشرفت و کسب مراتب شغلی بالاتر می‌توانند تلاش کنند و وجود همتایانی که این سلسله مراتب را طی کردند و به پیشرفت رسیدند موجب افزایش انگیزه در آن‌ها می‌شود. (ه) کار می‌تواند موجب خســتگی شود، خستگی و کار شــبانه به‌خصوص در مراحل اولیه قطع مصرف، شروع کننده‌های بسیار تأثیرگذار محسوب می‌شوند. در شبکه‌های شغلی به‌منظور کنترل این شروع کننده، کار به‌خصوص در مراحل اولیه ســبک و نیمه وقت می‌باشــد و شیفت‌های شبانه برای کارکنان در نظر گرفته نمی‌شود. (و) خطر عود در افراد بی‌سر پناه بیشــتر اســت. (۳۵ و ۳۶) از طرفی تعداد افراد بی‌سر پناه در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بوده است. شبکه‌های شغلی با ایجاد ســرپناه و حمایت از افراد بی‌ســرپناه توانســته‌اند میزان عود را در آن‌ها کاهش دهند. (ی) مشاجره با خانواده و سرزنش فرد در حال بهبودی و بسیاری از مواردی که یادآور دوران مصرف است، می‌واند یک شروع کننده و تهدیدی

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

برای عود باشـد، از این رو افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد پس از قطع مصرف در شـبکه‌های شغلی به‌سرعت در ارتباط با خانواده قرار نمی‌گیرند اما خانواده از شبکه فرد حذف نشده و به تدریج ارتباط فرد با خانواده تقویت می شود.

بین فعالیت در شـبکه شـغلی بهبودیافتگان و مـدت پرهیز افراد در حال بهبودی رابطه معنادار وجود داشـت. نتایج نشان داد که فعالیت در شـبکه شـغلی بهبودیافتگان منجر به افزایش مدت پرهیز مبتلایان بـه اختلال مصرف مواد در درمان می‌شـود. در گروه مورد، میانگین مـدت پرهیز کامل حـدود ۲۲ ماه و در گروه شـاهد حدود پنج ماه بـود. به‌عبارت دیگر مدت پرهیز کامـل در گروه مورد حدوداً چهار برابر گروه شاهد بوده است. یافته‌های پژوهش در مورد این فرضیه با یافته‌های گومز و همکاران۲۰۱۴ همسـو است. (۱۵) بر اساس نظریه فرد در موقعیت ریچموند و نظریه بوم شناختی(۳۷) رفتار انسان‌ها تأثیر گرفته از محیطشان است و نمی‌توان رفتار افراد را جدای از محیطشان بررسی کرد. افرادی که در شبکه شغلی بهبودیافتگان وارد شده بودند در زمان‌هایی که با فکر و وسوسـه مصرف مواجه می‌شوند، می‌توانند به‌سرعت از افراد همتا کمک بگیرند. به‌نظر می‌رسد دسترسی سریع به افراد همتا می‌تواند عاملی برای افزایش مدت پرهیز آن‌ها تلقی شود. یکی از شـروط حضور و ارتقا در شبکه شـغلی بهبودیافتگان پرهیز کامل اسـت، به‌نظر می‌رسد اعضای شـبکه برای حفظ موقعیت خود در شبکه و پیشـرفت شغلی تعهد بیشتری به درمان نشان می‌دهند. در عین حال احتمالاً میل به پذیرفته شـدن از طرف سایر اعضای شبکه و کسب اعتبار و احترام بیشتر نزد همتایان، نظارت بر شرکت در جلسات دوازده قدمی، مدیریت پول توسط کارفرما یا افراد همتا و کار سبک و نیمه‌وقـت به‌خصوص در مراحل اولیه قطع مصرف از جمله عوامل افزایش مدت پرهیز بوده اسـت. به‌نظر می‌رسد شبکه‌های شغلی افراد در حال بهبود با حمایت از افراد بی‌سـرپناه و نداشتن اصرار به ارتباط با خانواده در مراحل اولیه قطع مصرف، زمینه را برای کاهش تنش در دوره‌ای که خطر عود زیاد اسـت، مدت پرهیز را افزایش داده‌اند. در مواردی که فرد از خانواده طرد شـده است، اصرار بر بازگرداندن او به خانواده در مراحل اولیه درمان و روبرو کردن او با فشارهای روانی و بروز مشـاجره و سـرزنش‌های احتمالی از جانب خانواده می‌تواند تهدیدی جدی برای ماندگاری فرد در درمان به‌شمار آید. شبکه‌های شـغلی افراد در حال بهبود تعامل با خانـواده افراد بی‌خانمان مبتلا به اختـلال مصرف مواد را به زمانی موکول می‌کننـد که فرد با کمترین تنش مواجه شود و تعامل با خانواده تهدید کننده بهبودی نباشد.

میان وضعیت تأهل و ماندگاری در درمان شرکت‌کنندگان در پژوهش رابطه معنادار وجود داشت. در میان شرکت‌کنندگان، افرادی که ازدواج دائم داشتند ۷/۷۳ درصد ماندگاری داشتند. میزان ماندگاری در درمان افراد طلاق گرفته، متارکه و مجرد به ترتیب ۹/۶۳، ۶/۴۷ و ۳/۴۱ بـود. نتیجه این یافته با مطالعات حسینی و همکاران۱۳۸۸ و لنجندم و همکاران ۲۰۰۰ همسو بود. (۳۵ و۳۸) میزان مانـدگاری در درمان در افراد متأهل بیشـتر بوده است. به‌نظر می‌رسـد ازدواج با ایجاد حس مسئولیت و همبستگی موجب افزایش تعلقـات فـرد گردیده و می‌توانـد به‌عنوان یک عامل منجر به پیشگیری از عود گردد. بر اساس نظریه بوم شناختی افراد تحت تأثیر محیط‌های مختلف قـرار می‌گیرند. یکی از محیط‌هـای مؤثر بر رفتارهای آن‌ها خانواده است. به‌نظر می‌رسـد کسانی که به‌صورت بلند مدت به همسرشان تعهد دارند (ازدواج دائم) توانسـته‌اند از حمایت‌هـای خانواده بیشتر برخوردار شوند.

میـان سـابقه تزریـق شـرکت‌کنندگان در پژوهش و مانـدگاری آن‌ها در درمان رابطه معنادار وجود داشـته اسـت. (χ^2=۱۲/۵۷۶ P<۰/۰۵) ۶۵٪ از افرادی که سـابقه تزریق مواد نداشـتند، در درمان باقی مانده بودند. این یافته بـا نتایجی که در مطالعه حسـینی و همکاران ۱۳۸۸، بـاس و همکاران ۲۰۰۴ و لنجنـدم و همکاران ۲۰۰۰ به‌دسـت آمده اسـت، همسـو اسـت. (۳۵ و۳۶) آن‌هـا به این نتیجه رسـیدند، در افرادی که شـدت وابسـتگی در آن‌هـا بالاتـر اسـت و برای مصرف مواد از شیوه تزریق استفاده می‌کنند، احتمال عود بیشتر است. بر اساس نظریه فرد در موقعیت ریچموند، فرد در رابطه با محیط خود تنها یک موجود دریافت کننده منفعل نیست، بین او و محیط رابطه دو سویه وجود دارد. (۳۹) فـرد و محیط هر یک طی زمان از طریق مبـادلات بر دیگری اثر می‌گذارند و هدف افزایش هماهنگی و سـازگاری بین مردم و محیطشان می‌باشـد. به‌نظر می‌رسد تزریق بـا ایجاد وابسـتگی بیشـتر در فرد، مانـدگاری در درمـان را تحـت تأثیر قرار می‌دهد. افرادی که سـابقه تزریق داشـتند

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

حتــی زمانــی کــه در محیط‌های شــغلی با عوامــل محافظ قرار می‌گیرند، نیاز به تمرین بیشتری برای راهبردهای مقابله‌ای در درون خود دارند.

میــان ارتباط شــرکت‌کنندگان در پژوهش با خانــواده بعد از ورود به شــبکه/درمان و مانــدگاری در درمان رابطه معنــادار وجود داشــت. ۳/۵۹٪ از افــراد با داشــتن ارتباط بــا خانواده بعــد از ورود به شــبکه/درمان، ماندگاری در درمان داشــتند بیشــتر افرادی که بعد از ورود به شــبکه/درمان با خانواده خــود ارتبــاط داشــتند، توانســته بودند در درمان باقی بماننــد. نتیجه این یافته پژوهش با مطالعه باس و همکاران۲۰۰۴ وســتریچ و همکاران۱۹۹۷ همســو است. (۳۶ و ۴۰) در مداخله آن‌هــا که برای ماندگاری در درمان معتادان خیابانی و بی‌ســر پناه انجام شد، به این نتیجه رسیدند که افراد بی‌ســرپناه کمتر وارد درمان می‌شــوند و ریزش بیشــتری در درمان دارند. بر اساس نظریه فرد در موقعیت ریچموند و نظریه فرد-موقعیت لیتمــن، تأثیر محیــط بر افراد غیر قابل انکار اســت و نمی‌توان فرد را جدای از محیطش بررســی کرد. به‌نظر می‌رسد کسانی که با خانواده خود در ارتباط بودند تحت حمایت بیشــتری قرار گرفته اند. احتمالاً ارتبــاط با خانواده بعد از ورود به شــبکه/درمان می‌تواند عاملی برای ماندگاری در درمان باشد چراکه افراد تلاش می‌کنند با قطع مصرف و ماندگاری در درمان اعتبار از دســت رفته خود را نزد خانواده به‌دست آورنــد از این رو زمانی که خانواده مجدد فرد را می‌پذیرد، فرد برای حفظ این اعتبار تلاش می‌کند تا در درمان باقی بماند. از آن جایی که افراد بی‌ســرپناه با خانواده خود ارتباط ندارنــد، انگیزه کمتری برای ماندگاری در درمان و حتی ورود به درمان دارند. از ســوی دیگر در شبکه‌های شغلی افراد در حال بهبودی از برقراری زود هنگام ارتباط با خانواده پرهیز می‌شــود و همین امر به کاهش تنش‌های احتمالی و فشارهای روانی کمک می‌کند.

پیشنهادات

این پژوهش در مورد شــبکه‌های شــغلی بهبودیافتگان در شهر تهران انجام گرفت، لذا تعمیم نتایج آن به سایر شبکه‌ها در دیگر شــهرها باید با احتیاط صورت گیرد. با توجه به اینکه شــبکه‌های شــغلی بهبودیافتگان در استان‌های گلستان و خراســان رضوی نیز فعالیت می‌کنند، پیشنهاد می‌شــود پژوهش‌هایی در رابطه با سایر شبکه‌های شغلی بهبودیافتگان در این شــهرها نیز انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شــود در پژوهش‌های بعدی تأثیر توان‌بخشی شغلی در شبکه‌های شغلی بهبودیافتگان با سایر مداخلات توان‌بخشی شغلی ویژه این گروه مقایسه شود. شواهدی که در این مطالعه به‌دست‌آمده می‌تواند توســط سیاســت‌گذاران و برنامه‌ریزان در حوزه درمان و پیشــگیری از عود در ســازمان‌ها و مؤسســاتی که به درمان مبتلایان به اختلال مصرف مواد می‌پردازند مورد استفاده قرار گیرد. همچنین مراکز درمان اختلال مصرف مواد، می‌توانند افرادی را که به تازگی قطع مصرف کرده‌اند، به شــبکه‌های شــغلی بهبودیافتگان ارجاع دهند. طرح شبکه‌های شــغلی بهبودیافتگان می‌تواند در مراکزی چون سازمان بهزیستی و یا شــهرداری به‌عنوان یک استراتژی برای بازگشت موفق افراد در حال بهبودی به جامعه توسعه یافته و به‌اجرا درآید.

منابع

References:

1- Narenjiha H, Rafiee H, Baghestani AR, Noori R, Shirinbayan P, Farhadi MH, et al. Rapid Assessment Report abuse and drug dependence in Iran. 2005.

2- Iran SCo. General Population and Housing Census. 2011.

3- Shaterian M, Menati R, Kasani A, Menati V. Factors Related to Relapse in Patients Referring to addiction centers in Ilam. Journal of Medical Sciences. 2014;22(6).

4- Maarefvand M, Eghlima M, Rafiey H, Rahgozar M, Tadayyon N, Deylamizadeh A, et al. Community-Based Relapse Prevention for Opiate Dependents: A Randomized Community Controlled Trial. Community Mental Health Journal,. 2015;1(51):629-752.

5- Karimidermani HR. Specific Groups Rehabilitation Emphasized on Social Work Services. Tehran: Gostare Publications; 2014.

6- McLellan TA, McKay JR, Forman R, Cacciola J, kemp J. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. Treatment Research Institute.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

2004.
7- Hammer T, Ravndal E, Vaglum P. Work is not enough: A quasi-experimental study of a vocational training program for young drug and alcohol abusers. Journal of Drug Issues. 1985;3(15):393–403.
8- Solomon R. The opponent-process theory of acquired motivation: The costs of pleasure and the benefits of pain. American Psychologist. 1980(691–712):691–712.
9- Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention New York: Guilford Press. 1985.
10- Annis HM. A relapse prevention model for treatment of alcoholics. Treating addictive behaviors: Processes of change New York: Plenum Press. 1986.
11- Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, Hsu S. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. Addictive Behaviors. 2013(38):1563–71.
12- Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA. Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. Alcohol Research and Health. 1999;2(23):151–60.
13- Litman GK, Eiser JR, Rawson NSB, Oppenheim AN. Differences in relapse precipitants and coping behaviors between alcohol relapsers and survivors. Behavior Research and Therapy. 1979(17):89–94.
14- Litman GK. Relapse in alcoholism: Traditional and current approaches. In G. Edwards & M. Grant (Eds.). Alcoholism: Treatment in transition London: Croon Helm. 1980.
15- Gómez D, Jason LA, Contreras R, Digangi J, Ferrari JR. Vocational Training and Employment Attainment among Substance Abuse Recovering Individuals within a Communal Living Environment. Center for Community Research DePaul University. 2014;2(35):42–7.
16- Machlan B, Brostrand HL, Benshoff JJ. Vocational rehabilitation in substance abuse treatment programs. Journal of Teaching in the Addictions. 2008;1(3):71–80.
17- Delambo DA, Chandras KV, Homa D, Chandras SV. Spinal Cord Injury and Substance Abuse: Implications for Rehabilitation Professionals. Spinal cord injury and substance abuse: Implications for rehabilitation professionals. 2010.
18- Mokri A. Instructions for psychoactive drug abuse treatment based on modified matrix pattern. . Ministry of Health and Medical Education, Office of Mental Health, Social and addiction, 2011.
19- Gorski TT, Miller M. Staying sobe-A Guide for Relapse Prevention. 1986.
20- Administration SAaMHS. Client's Handbook: Problem Gambling Integrated Matrix Intensive Outpatient Treatment for People with Stimulant Use Disorders. 2007.
21- Cornell KL. Person-In-Situation: History, Theory, and New Directions for Social Work Practice. 2006(6):50-7.
22- Hamedi A, Shahidi S, Khademi A. The effectiveness of mindfulness and harm reduction counseling on preventing drug relapse. Journal of Substance Abuse Addiction Studies. 2013(28).
23- Karimiyan N. Stress Management Effectiveness of cognitive - behavioral relapse prevention drug-dependent men. Journal of Substance Abuse Addiction Studies. 2011(20):73-58.
24- Jafari E, Eskandari H, Sohrabi F, Delavar A. Evaluate the effectiveness of behavioral coping skills training based on relapse prevention and resiliency increase in drug-dependent individuals. Journal of Clinical Psychology. 2010(3):77-87.
25- Molazadeh J, Ashori A. Evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in preventing recurrence and improving mental health in addicts. Research scholar behavior, Shahed University. 2009(34).
26- Garety PA, Fowler DG, Freeman D, Bebbington P, Dunn G, Kuipers E. Cognitive–behavioral therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomized controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2008;6(192):412-23.
27- Leukefeld C, McDonald HS, Staton M, Mateyoke-Scrivner A. Employment, Employment-Related Problems, and Drug Use at Drug Court Entry. Center on Drug and Alcohol Research, University of Kentucky, Lexington, Kentucky, USA. 2004(39):2559–79.
28- French MT, Dennis ML, Mcdougal GL, Karuntzos GT, Hubbard RL. Training and Employment Programs in Methadone Treatment: Client Needs and Desires. Journal of Substance Abuse Treatment. 1992(9):293-303.
29- Maarefvand M, Babaeian N, Rezazadeh S, Khubchandani J. Engagement with peer-supported vocational Networks: Recovered Iranian Substance Users' Perspectives and Practices. Psychosoc Rehabil Ment Health. 2016.
30- Firozabadi A, Imani-Jajromi H. Social capital and socio-economic development in Tehran metropolis. Journal of Social Welfare. 2006(23).
31- Ashori A, Molazadeh J. Effectivness of CBT group therapy on relapse prevention and improvement of peoples' mental health. Research scholar behavior, Shahed University. 2009.
32- Walls RT, Moore LC, Batiste LC, Loy B. Vocational rehabilitation and job accommodations for individuals with substance abuse disorders. Journal of Rehabilitation. 2009;4(75):25–44.
33- Shepard DS, Reif S. The value of vocational rehabilitation in substance user treatment: a cost-effec-

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

tiveness framework. Substance Use and Misuse. 2004;13(39):2581-609.
34- Platt JJ. Vocational rehabilitation of drug abusers. Psychological Bulletin. 1995;3(117):416–33.
35- Hoseyni F, Yasini-Ardakani S, Ahmadiye M, Vafayinasab M, Kholasezadeh G, Dastjerdi G. Retention Rate in methadone treatment. Journal of Medical Sciences, Yazd. 2009(3):152-8.
36- Booth RE, Corsi KF, Mikulich- Gillbertson SK. Factors associated with methadone maintenance treatment Retention among street-recruited injection drug users. Drug Alcohol Dependence. 2004;2(74):177-85.
37- Payne M. Modern Social Work Theory. 1997.
38- Langendam MW, Van Brussel GH, Coutinho RA, Van Ameijden EJ. Methadone maintenace and cessation of injecting drug use: results from the Amesterdam- cohort study. Addiction. 2000;4(45):591-600.
39- Richmond ME. Social Diagnosis. New York: Russell Sage Foundation; 1917.
40- Westreich L, Heitner C, Cooper M, Galanter M, Guedj P. Perceived social support and treatment retention on an inpatient addiction treatment unit. American Journal on Addictions. 1997;2(6):144-9.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]