

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.

واژگان کلیدی

شبکه شغلی افراد در حال بهبودی

پیشگیری از عود

مصرف مواد

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 به منظور 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. به منظور 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 ۳۱-۴۰ 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 مصرف‌کنندگان مواد بود. بررسی هزینه اثربخشی و کارآزمایی بالینی برای مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود.

* نویسنده مسئول

نوع مطالعه: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۱۴

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): ۵۱-۶۱

نحوه استناد به مقاله:

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

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 مصرف کنندگان مواد مخدر در ایران آمار دقیقی در دست نیست. بنا بر آمارهای رسمی اعلام شده، تعداد معتادان کشور در حدود ۱۵۰۰۰۰ نفر برآورد شده است که البته این تعداد شامل معتادانی است که نیازمند دریافت خدمات درمانی و بازتوانی هستند و افراد مصرف کننده تفنی (سوء مصرف و مصرف نا به جا) را در برنمی گیرد. (۱) با توجه به اینکه بعد خانوار در سال ۱۳۹۰، حدود چهار نفر اعلام شده است، (۲) حداقل شش میلیون نفر یا مصرف کننده مواد هستند و یا به طور مستقیم با یک فرد معتاد در ارتباط هستند. با توجه به قطعی نبودن درمان اعتیاد در رابطه با آمار بهبود یافتگان در جهان و در ایران آمار دقیقی موجود نیست. حتی پس از اینکه فرد معتاد مصرف مواد را برای مدت طولانی قطع می کند، نمی توان امیدوار بود که مصرف مواد را دوباره از سر نگیرد. (۳) میزان بالای عود (۷۵٪-۷۵٪) مانع مهمی در موفقیت برنامه های درمانی به شمار می رود. میزان مصرف مواد پس از عود طی مدت کوتاهی افزایش می یابد و این امر می تواند منجر به اختلالات روانی، فیزیکی، بی اعتمادی بیمار، خانواده ها و جامعه نسبت به برنامه ی درمانی و در برخی موارد منجر به مرگ شود. (۴) برنامه های بازگیری با دوروش دارویی و غیر دارویی انجام می شود. (۵) اما آنچه بعد از این مرحله ضرورت دارد برنامه های پس از ترخیص شامل برنامه های توان بخشی و بازپیوند و پیشگیری از عود است. (۶) توان بخشی حرفه ای یک عامل اساسی و مهم برای توسعه بهبودی و تغییر زندگی برای افراد سوء مصرف کننده مواد است. (۷) مشکل اصلی در بسیاری از مداخلات درمانی در ایران این است که این درمان ها بیش از هر چیز بر دارودرمانی و یا سم زدایی متمرکزند و مداخلات پیشگیری از عود در آن ها بسیار ضعیف هستند و یا به کلی مورد غفلت قرار گرفته اند. در خصوص پیشگیری از عود مدل هایی وجود دارند که برخی از آن ها استراتژی هایی را برای پیشگیری از عود پیشنهاد می کنند.

این مدل ها شامل: مدل شناختی-رفتاری مارلات و گوردون ۱۹۸۵، مدل فرد-موقعیت لیتمن ۱۹۸۶، مدل خود کارایی و تجربه های پیامدی آنیس و همکاران ۱۹۸۶، مدل ولع و از دست دادن کنترل لودویگ و ویکلر ۱۹۷۴، مدل اشتیاق ها و ولع های تیفانی و وایز ۱۹۸۸، ۱۹۹۰، ۱۹۹۲، فرایند مخالف سولومون ۱۹۸۰ و نشانگان پس از سم زدایی گورسکی و میلر ۱۹۷۹ می باشند. (۸، ۹ و ۱۰)

اغلب مدل های پیشگیری از عود صرفاً روی فرد و در موارد اندکی روی خانواده، (۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴) و یا محیط اجتماعی فرد در حال بهبود (۴) متمرکز هستند. هیچ یک از مدل های پیشگیری از عود به طور مشخص موضوع اشتغال و محیط های شغلی فرد در حال بهبود را مورد توجه قرار نداده اند. حال آنکه 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 مصرف کنندگان مواد است. (۱۵) بیکاری احتمال عود را بالا می برد. (۱۶) از طرفی اشتغال در محیط های کاری، مملو از عوامل خطرزا و شروع کننده ها است و محیط کار سابق شخص که در گذشته آنجا سوء مصرف داشته می تواند عامل محرک بسیار قوی برای شروع مجدد و عود باشد. (۱۷ و ۱۸) صرف نظر از ماندگاری در بهبودی و شرایط نامناسب کاری، صاحبان بنگاه ها به علت پیشینه فرد در حال بهبودی به سختی به او اعتماد می کنند لذا مشکل اشتغال مانند حلقه ی مفقوده و حل نشده برای ماندگاری افراد در حال بهبودی در درمان همچنان وجود دارد. مداخلات پیشگیری از عود به "دور ماندن فرد از شروع کننده ها" توجه خاصی نشان داده اند. (۹، ۱۲ و ۱۹) وجود شروع کننده ها و عوامل خطر در محیط های کاری، عامل مهمی برای عود به شمار می آید. به عنوان مثال محیط کاری سابق شخص که در آنجا تجربه ی مصرف مواد را داشته، استرس شغلی، وجود فرد مصرف کننده در محیط کار و غیره می تواند شروع کننده هایی بسیار قوی برای فرد باشند. از منظر دیگر اشتغال منجر به کسب درآمد می گردد این در حالی است که می دانیم برای افرادی که به تازگی مصرف مواد را متوقف کرده اند، مدیریت پول کار دشواری است و خود می تواند عاملی برای عود باشد. (۲۰) از طرفی از عوارض عدم اشتغال این افراد می توان به داشتن وقت آزاد، به هم خوردن چرخه ی خواب و تفریح، حضور طولانی مدت در منزل و افزایش احتمال مشاجره با اعضای خانواده اشاره

کرد. تمامی این موارد می‌توانند به عنوان شروع کننده عمل کرده و زمینه را برای وسوسه مصرف فراهم کنند و به این ترتیب احتمال عود را افزایش دهند. (۱۸)

از آنجا که این مطالعه، پیشگیری از عود و ماندگاری در درمان را هدف قرار داده بود و در این راستا به ضرورت اجتناب از شروع کننده‌های 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 مورد توجه قرار گرفت که این مدل قرابت قابل توجهی 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 به عنوان ارائه‌دهندگان خدمات اجتماعی افراد مناسبی برای اجرای مداخلات پیشگیری از عود به شمار 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 (به عنوان 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. ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲۱، ۲۰). 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 توان بخشی 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 چندانی ۲۰۱۶، 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:

مرحله اول: موردیابی یا شناسایی کیس که به دو صورت فعال و غیرفعال انجام می‌شد. **مرحله دوم:** پذیرش و ثبت نام 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 به منظور 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. **مرحله 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 به کار می‌شود و به صورت تمام‌وقت کار می‌کند. **مرحله 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. **مرحله 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 مورد بررسی قرار گرفت، آورده شده است.

روش

این مطالعه کمی و از نوع مطالعات موردی-شاهدی بود به گونه‌ای که در آن دو گروه از افراد در حال بهبودی با شیوه گذشته‌نگر مورد مقایسه قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان شامل ۱۷۰ نفر بودند که در دو گروه مورد و شاهد بررسی شدند. نمونه‌گیری در آبان و آذر ۱۳۹۵ در شهر تهران انجام گرفت. گروه مورد را تمامی افراد در حال بهبودی شاغل در شبکه‌های شغلی افراد در حال بهبودی اغذیه‌فروشی فلفلی، هفت‌چنار، فلفل قرمز و طعم‌مک، خدمات اتومبیل‌بهروز، البرز و کارخانه رویال خواب آسایش شامل می‌شدند. شبکه‌های شغلی بهبودیافتگان به صورت خودجوش توسط افراد در حال بهبودی ایجاد شده‌اند. آن‌ها به کاهش برانگیزاننده‌ها در محیط کار توجه خاص نشان داده‌اند و از تأثیر حضور هم‌تایان در محیط کار بهره گرفته‌اند. در این شبکه‌های شغلی، بهبودی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و بخشی از فعالیت‌های روزانه افراد در حال بهبودی در واحدهای شغلی این شبکه‌ها به‌طور مشخص مرتبط با بهبودی آن‌هاست. روند اشتغال در شبکه‌ها شامل: ۱. موردیابی یا شناسایی کیس ۲. پذیرش و ثبت نام ۳. اشتغال پاره‌وقت ۴. اشتغال تمام‌وقت ۵. توسعه شبکه ۶. ترخیص و استقلال است. نمونه‌گیری در گروه مورد به روش همه‌شماری انجام شد و به این ترتیب ۸۵ نفر از هفت شبکه مختلف با دارا بودن تمامی معیارهای ورود، وارد مطالعه شدند.

برای نمونه‌گیری گروه شاهد از نمونه‌گیری طبقه‌ای استفاده شد. بر اساس پژوهش فیروزآبادی و جاجرمی (۱۳۸۵)، مناطق بیست و دوگانه شهر تهران به سه پهنه توسعه‌ای پایین، متوسط و بالا تقسیم شده است. (۳۰) نمونه‌گیری گروه شاهد در پنج مرکز اقامتی میان‌مدت انجام گرفت. در پهنه پایین از کمپ خانه دوست یاران و کمپ توسکا، در پهنه بالا از کمپ سرای امید بهبودی و کمپ رستاک، در پهنه متوسط از کمپ طلوع ۲۱ نمونه‌گیری انجام شد. و به این ترتیب ۸۵ نفر از پنج مرکز اقامتی میان‌مدت، وارد گروه شاهد شدند.

از آنجایی که ضمن پیگیری‌های انجام‌شده امکان ملاقات و دسترسی به برخی افراد برای انجام تست اعتیاد وجود نداشت، از روش LOCF استفاده شد و به گزارش‌های حداقل دو منبع از میان منابع موجود از جمله خانواده، دوستان و آشنایان و همکاران در آخرین زمانی که فرد را مشاهده کرده‌اند استناد گردید.

معیارهای ورود برای افراد گروه مورد شامل: 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 شبکه‌های شغلی و اتمام حداقل یک دوره ۲۸ روزه در مراکز اقامتی میان‌مدت بود. داده‌ها در این پژوهش با استفاده از دو ابزار پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و انجام تست اعتیاد، جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای-دو و یو-من-ویتنی تحلیل شدند. دو گروه مورد و شاهد بر اساس تاریخ ورود افراد به شبکه در گروه مورد با تاریخ خروج افراد از کمپ‌ها در گروه شاهد و مدت زمان اعتیاد، سن و سن شروع مصرف دو گروه همسان شدند.

در طول مراحل مختلف پژوهش رضایت آگاهانه افراد برای شرکت در پژوهش جلب شد و ملاحظات مربوط به محرمانه بودن اطلاعات افراد، صورت گرفت. شرکت در پژوهش داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان می‌توانستند در هر زمانی از ادامه همکاری در پژوهش انصراف دهند. اطلاعات مربوط به پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و هیچ‌گونه هزینه‌ای به شرکت‌کنندگان تحمیل نشد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۷۰ نفر شرکت کردند. (۸۵ نفر گروه مورد و ۸۵ نفر گروه شاهد). بیشتر افراد در پژوهش در دامنه سنی ۳۱-۴۰ 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 بیست سال بود. بیشترین تعداد دفعات عود در میان هر دو گروه مورد و شاهد یک الی پنج بار بوده است. بیش از شصت درصد شرکت‌کنندگان 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 مصرفی‌شان قبل از ورود به درمان را مواد افیونی اعلام کردند. افراد مجرد در میان هر دو گروه مورد و شاهد، بیشترین

تعداد را شامل شدند. نیمی از شرکت کنندگان 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 بی‌سرپاهی در زمان ورود به شبکه/درمان در گروه مورد گزارش شد. نکته قابل توجه این است که هیچ یک از شرکت کنندگان در گروه مورد بی‌سرپاهی 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 شرکت کننده در پژوهش در هر دو گروه مورد و شاهد، سابقه تریق و سابقه زندان را گزارش نکردند. بیش از نیمی از افراد شرکت کننده در پژوهش در هر دو گروه مورد و شاهد، سابقه خودزنی داشتند و بیشتر افراد شرکت کننده 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 ($\chi^2=50/128$, $P<0/05$). 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 باقی مانده‌اند

جدول (۱) توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان به تفکیک گروه مورد و شاهد							
نام متغیر		گروه مورد		گروه شاهد		جمع	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	۱۸-۳۰	۱۳	۷/۶	۱۹	۱۱/۲	۳۲	۱۹
	۳۱-۴۰	۴۴	۲۵/۹	۳۸	۲۲/۴	۸۲	۴۸
	۴۱-۵۰	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 شرکت کنندگان در پژوهش به تفکیک گروه مورد و شاهد							
نام متغیر		گروه مورد		گروه شاهد		جمع	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
ماندگاری در درمان		۶۹	۴۰/۶	۲۳	۱۳/۵	۹۲	۵۴/۱
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	
		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
P-value		۰/۰۰۰		-۶/۴۱۱		آماره Z	

جدول (۴) توزیع فراوانی و درصد فراوانی و مقدار احتمال ماندگاری در درمان شرکت کنندگان در پژوهش بر حسب وضعیت تأهل، سابقه تریق و ارتباط با خانواده قبل از ورود به شبکه/درمان							
نام متغیر		گروه مورد		گروه شاهد		جمع	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
وضعیت تأهل	ازدواج دائم	۲۸	۷۳/۷	۱۰	۲۶/۳	۳۸	۱۰۰
	مجرد (هیچ‌گاه ازدواج نکرده)	۳۱	۴۱/۳	۴۴	۵۸/۷	۷۵	۱۰۰
	طلاق گرفته	۲۳	۶۳/۹	۱۳	۳۶/۱	۳۶	۱۰۰
	متارکه (جدا شده اما طلاق نگرفته)	۱۰	۴۷/۶	۱۱	۵۲/۴	۲۱	۱۰۰
سابقه تریق	دارد	۲۵	۳۷/۳	۴۲	۶۲/۷	۶۷	۱۰۰
	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
	خیر	۶	۲۴/۰	۱۹	۲۵/۰	۲۵	۱۰۰

به گونه‌ای که مدت پرهیز در گروه مورد حدوداً چهار برابر گروه شاهد بوده است. نتایج آزمون کای-دو نشان داد ماندگاری در درمان با متغیرهای وضعیت تأهل، سابقه تزریق و ارتباط با خانواده رابطه معنا دار وجود دارد. استفاده شد.

بحث و نتیجه گیری

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 به عنوان مداخله‌ی پیشگیری از عود، بر ماندگاری افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد در درمان تأثیر داشته است. ($P < 0/000$) نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی مداخله‌ی فعالیت در شبکه شغلی بهبودیافتگان بر ماندگاری در درمان است. به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که مداخله اشتغال در شبکه شغلی بهبودیافتگان با کنترل شروع کننده‌های محیطی و استفاده از حضور همتایان، باعث پیشگیری از عود و ماندگاری در درمان می‌شود. حامدی و همکاران (۱۳۹۲)، کریمیان (۱۳۹۰)، جعفری و همکاران (۱۳۸۹)، عاشوری (۱۳۸۸) به مداخلاتی در زمینه پیشگیری از عود پرداختند. (۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۳۱) اما هیچ‌یک از آن‌ها به اشتغال و محیط اجتماعی و به خصوص محیط کار فرد در حال بهبودی نپرداخته‌اند.

بین فعالیت در شبکه شغلی بهبودیافتگان و ماندگاری در درمان رابطه معنا دار وجود داشته است. نتیجه این فرضیه با یافته‌های مطالعات متعددی از جمله: گومز و همکاران (۲۰۱۴)، والز و همکاران (۲۰۰۹)، مک‌لان و همکاران (۲۰۰۸)، شپارد و رایف (۲۰۰۴)، پلت (۱۹۹۵)، فرنچ و همکاران (۱۹۹۲) همسو بود. (۱۵، ۱۶، ۲۸، ۳۲، ۳۳ و ۳۴)

بر اساس مدل تعاملی فرد-موقعیت لیتمن و نظریه فرد در موقعیت ریچموند رابطه بین افراد و محیطشان دوجانبه است و نمی‌توان صرفاً بر جنبه‌های فردی اختلال مصرف مواد متمرکز شد و تأثیر محیط را بر مبتلایان به این اختلال نادیده گرفت. به نظر می‌رسد کنترل شروع کننده‌های محیطی و حضور همتایان در محیط‌های شغلی توانسته به عنوان یک عامل مؤثر سبب پیشگیری از عود گردد. الگوی شبکه شغلی بهبودیافتگان با داشتن چارچوب و قوانین خاص توانسته شروع کننده‌های محیطی را کنترل کند. از جمله این که: (الف) با حضور داشتن همتایان در محیط کار، امکان گفت و گو 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 به عنوان یک شروع کننده موجب عود گردد. در شبکه‌های شغلی مورد مطالعه، این موضوع به طور خاص مورد توجه قرار گرفته است. شبکه‌های شغلی افراد در حال بهبودی با مدیریت پول توانسته‌اند این شروع کننده را کنترل کنند. در این شبکه‌ها به دلیل مخاطراتی که در اختیار داشتن پول برای بهبودی فرد ایجاد می‌کند، تا حد امکان در ماه‌های اول پول به صورت مستقیم به افراد داده نمی‌شود بلکه دستمزد آن‌ها در حساب بانکی خودشان ذخیره می‌گردد و یا با رضایت افراد به خانواده آن‌ها داده می‌شود. این کار تا زمانی ادامه می‌یابد که فرد قادر به کنترل این شروع کننده باشد. (د) در شبکه‌های شغلی افراد در حال بهبود نوعی هرم قدرت وجود دارد و نظام سلسله مراتبی در آن‌ها حاکم است. 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 خستگی شود، خستگی و کار شبانه به خصوص در مراحل اولیه قطع مصرف، شروع کننده‌های بسیار تأثیرگذار محسوب می‌شوند. در شبکه‌های شغلی به منظور کنترل این شروع کننده، کار به خصوص در مراحل اولیه سبک و نیمه وقت می‌باشد و شیفت‌های شبانه برای کارکنان در نظر گرفته نمی‌شود. (و) خطر عود در افراد بی‌سرپناه بیشتر است. (۳۵ و ۳۶) از طرفی تعداد افراد بی‌سرپناه در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بوده است. شبکه‌های شغلی با ایجاد سرپناه و حمایت از افراد بی‌سرپناه توانسته‌اند 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

برای عود باشد، از این رو افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد پس از قطع مصرف در شبکه‌های شغلی به سرعت در ارتباط با خانواده قرار نمی‌گیرند اما خانواده از شبکه فرد حذف نشده و به تدریج ارتباط فرد با خانواده تقویت می‌شود.

بین فعالیت در شبکه شغلی بهبودیافتگان و مدت پرهیز افراد در حال بهبودی رابطه معنادار وجود داشت. نتایج نشان داد که فعالیت در شبکه شغلی بهبودیافتگان منجر به افزایش مدت پرهیز مبتلایان به اختلال مصرف مواد در درمان می‌شود. در گروه مورد، میانگین مدت پرهیز کامل حدود ۲۲ ماه و در گروه شاهد حدود پنج ماه بود. به عبارت دیگر مدت پرهیز کامل در گروه مورد حدود چهار برابر گروه شاهد بوده است. یافته‌های پژوهش در مورد این فرضیه با یافته‌های گومز و همکاران ۲۰۱۴ همسو 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 وسوسه مصرف مواجه می‌شوند، می‌توانند به سرعت از افراد هم‌تا کمک بگیرند. به نظر می‌رسد دسترسی سریع به افراد هم‌تا می‌تواند عاملی برای افزایش مدت پرهیز آن‌ها تلقی شود. یکی از شروط حضور و ارتقا در شبکه شغلی بهبودیافتگان پرهیز کامل است، به نظر می‌رسد اعضای شبکه برای حفظ موقعیت خود در شبکه و پیشرفت شغلی تعهد بیشتری به درمان نشان می‌دهند. در عین حال احتمالاً میل به پذیرفته شدن 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 نیمه‌وقت به خصوص در مراحل اولیه قطع مصرف از جمله عوامل افزایش مدت پرهیز بوده است. به نظر می‌رسد شبکه‌های شغلی افراد در حال بهبود با حمایت از افراد بی‌سرپناه و نداشتن اصرار به ارتباط با خانواده در مراحل اولیه قطع مصرف، زمینه را برای کاهش تنش در دوره‌ای که خطر عود زیاد است، مدت پرهیز را افزایش داده‌اند. در مواردی که فرد از خانواده طرد شده است، اصرار بر بازگرداندن او به خانواده در مراحل اولیه درمان و روبرو کردن او با فشارهای روانی و بروز مشاجره و سرزنش‌های احتمالی از جانب خانواده می‌تواند تهدیدی جدی برای ماندگاری فرد در درمان به شمار آید. شبکه‌های شغلی افراد در حال بهبود تعامل با خانواده افراد بی‌خانمان مبتلا به اختلال مصرف مواد را به زمانی موکول می‌کنند 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 بود. نتیجه این یافته با مطالعات حسینی و همکاران ۱۳۸۸ و لنجندم و همکاران ۲۰۰۰ همسو بود. (۳۵ و ۳۸) میزان ماندگاری در درمان در افراد متأهل بیشتر بوده است. به نظر می‌رسد ازدواج با ایجاد حس مسئولیت و همبستگی موجب افزایش تعلقات فرد گردیده و می‌تواند به عنوان یک عامل منجر به پیشگیری از عود گردد. بر اساس نظریه بوم شناختی افراد تحت تأثیر محیط‌های مختلف قرار می‌گیرند. یکی از محیط‌های مؤثر بر رفتارهای آن‌ها خانواده است. به نظر می‌رسد کسانی که به صورت بلند مدت به همسرشان تعهد دارند (ازدواج دائم) توانسته‌اند از حمایت‌های خانواده بیشتر برخوردار شوند.

میان سابقه تزریق شرکت‌کنندگان در پژوهش و ماندگاری آن‌ها در درمان رابطه معنادار وجود داشته است. ($\chi^2=12/576$, $P<0/05$) ۶۵٪ از افرادی که سابقه تزریق مواد نداشتند، در درمان باقی مانده بودند. این یافته با نتایجی که در مطالعه حسینی و همکاران ۱۳۸۸، باس و همکاران ۲۰۰۴ و لنجندم و همکاران ۲۰۰۰ به دست آمده است، همسو است. (۳۵ و ۳۶) آن‌ها به این نتیجه رسیدند، در افرادی که شدت وابستگی در آن‌ها بالاتر است 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) فرد و محیط هر یک طی زمان از طریق مبادلات بر دیگری اثر می‌گذارند و هدف افزایش هماهنگی و سازگاری بین مردم و محیطشان می‌باشد. به نظر می‌رسد تزریق با ایجاد وابستگی بیشتر در فرد، ماندگاری در درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افرادی که سابقه تزریق داشتند

حتی زمانی که در محیط‌های شغلی با عوامل محافظ قرار می‌گیرند، نیاز به تمرین بیشتری برای راهبردهای مقابله‌ای در درون خود دارند.

میان ارتباط شرکت‌کنندگان در پژوهش با خانواده بعد از ورود به شبکه/درمان و ماندگاری در درمان رابطه معنادار وجود داشت. ۳/۵۹٪ از افراد با داشتن ارتباط با خانواده بعد از ورود به شبکه/درمان، ماندگاری در درمان داشتند بیشتر افرادی که بعد از ورود به شبکه/درمان با خانواده خود ارتباط داشتند، توانسته بودند در درمان باقی بمانند. نتیجه این یافته پژوهش با مطالعه باس و همکاران ۲۰۰۴ و ستریچ و همکاران ۱۹۹۷ همسو است. (۳۶ و ۴۰) در مداخله آن‌ها که برای ماندگاری در درمان

معتادان خیابانی و بی‌سرپناه انجام شد، به این نتیجه رسیدند که افراد بی‌سرپناه کمتر وارد درمان می‌شوند و ریزش بیشتری در درمان دارند. بر اساس نظریه فرد در موقعیت ریچموند و نظریه فرد-موقعیت لیتمن، تأثیر محیط بر افراد غیر قابل انکار است و نمی‌توان فرد را جدای از محیطش بررسی کرد. به نظر می‌رسد کسانی که با خانواده خود در ارتباط بودند تحت حمایت بیشتری قرار گرفته‌اند. احتمالاً ارتباط با خانواده بعد از ورود به شبکه/درمان می‌تواند عاملی برای ماندگاری در درمان باشد چرا که افراد تلاش می‌کنند با قطع مصرف و ماندگاری در درمان اعتبار از دست رفته خود را نزد خانواده به‌دست آورند 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 بی‌سرپناه با خانواده خود ارتباط ندارند، انگیزه کمتری برای ماندگاری در درمان و حتی ورود به درمان دارند. از سوی دیگر در شبکه‌های شغلی افراد در حال بهبودی از برقراری زود هنگام ارتباط با خانواده پرهیز می‌شود و همین امر به کاهش تنش‌های احتمالی و فشارهای روانی کمک می‌کند.

پیشنهادهای

این پژوهش در مورد شبکه‌های شغلی بهبودیافتگان در شهر تهران انجام گرفت، لذا تعمیم نتایج آن به سایر شبکه‌ها در دیگر شهرها باید با احتیاط صورت گیرد. با توجه به اینکه شبکه‌های شغلی بهبودیافتگان در استان‌های گلستان و خراسان رضوی نیز فعالیت می‌کنند، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در رابطه با سایر شبکه‌های شغلی بهبودیافتگان در این شهرها نیز انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود 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 به‌دست آمده می‌تواند توسط سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان در حوزه درمان و پیشگیری از عود در سازمان‌ها و مؤسساتی 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 شبکه‌های شغلی بهبودیافتگان ارجاع دهند. طرح شبکه‌های شغلی بهبودیافتگان می‌تواند در مراکزی چون سازمان بهزیستی و یا شهرداری 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: Gos-tare 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.

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 sober-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- Hamed 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. Effectiveness 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-

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.