

تعیین اثربخشی درمان ایمان‌مدار-پرهیزمدار بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معنادان تحت درمان شهر کرمان

خسرو احمدزاده شهیدیان^۱، میترا کامیابی^۲، حمید ملایی زرنندی^۱

۱. گروه روانشناسی، واحد زرنند، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

۲. گروه علوم تربیتی و روانشناسی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: M.kamyabi@iau.ac.ir

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۱/۲۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۴/۱۳

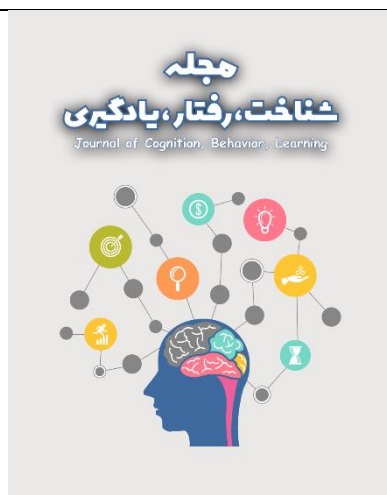
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۱

تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۰۵/۱۲

چکیده

پژوهش حاضر به دنبال تعیین اثربخشی درمان ایمان‌مدار-پرهیزمدار بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معنادان تحت درمان شهر کرمان در سال ۱۴۰۳ بوده است. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام مددجویان درحال ترک با سابقه مصرف حداقل یکی از مواد به جز نیکوتین و الکل بودند که در مراکز درمانی شهر کرمان با پروتکل ایمان‌مدار-پرهیزمدار در سال ۱۴۰۳ مقیم و حسب بازه زمانی اجرای پژوهش به تعداد ۴۲۰ نفر بوده‌اند. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از این افراد بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از معنادین تحت درمان از یکی از مراکز ایمان‌مدار-پرهیزمدار شهر کرمان انتخاب گردید و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش بسته درمانی ایمان‌مدار-پرهیزمدار را دریافت کرده و گروه کنترل فقط در لیست انتظار دریافت بسته درمانی قرار گرفت. ابزارهای این پژوهش پرسشنامه خودکارآمدی شرر (۱۹۸۲) و پرسشنامه تاب‌آوری کانر-دیویدسون (۲۰۰۳) بوده است. نتایج آزمون تحلیل کواریانس و یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان ایمان‌مدار-پرهیزمدار اثربخشی بالایی در ارتقای ابعاد مختلف خودکارآمدی در معنادان دارد. به ویژه بیشترین تأثیر این درمان بر مولفه پافشاری در ناکامی و استرس ظاهر شده است. همچنین درمان ایمان‌مدار-پرهیزمدار با اندازه اثر بالا، موجب ارتقای معنادار تاب‌آوری در معنادان شده است. بالاترین اثربخشی در خرده‌مقیاس معنویت مشاهده شد؛ این روند با منطق درمان ایمان‌محور و تأکید آن بر پایداری روانی و انگیزش معنوی هم‌راستا است. بنابراین، استفاده از این رویکرد، به ویژه در تقویت خودکارآمدی و تاب‌آوری رفتاری و مقابله با ناامیدی، توصیه می‌گردد.

کلیدواژه‌گان: درمان ایمان‌مدار-پرهیزمدار، خودکارآمدی، تاب‌آوری، معنادان



شیوه استناددهی: احمدزاده شهیدیان، خسرو، کامیابی، میترا، و ملایی زرنندی، حمید، (۱۴۰۴). تعیین اثربخشی درمان ایمان‌مدار-پرهیزمدار بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معنادان تحت درمان در مان شهر کرمان. شناخت، رفتار، یادگیری، ۲ (۳)، ۱-۱۲.

Cognition, Behavior, Learning

Evaluating the Effectiveness of Faith-Based Abstinence Therapy on Self-Efficacy and Resilience in Addicts Undergoing Treatment in Kerman

Khosro. Ahmadzadeh Shahidian¹, Mitra. Kamyabi^{2*}, Hamid. Molayi¹

1. Department of Psychology, Zar.C., Islamic Azad University, Kerman, Iran

2. Department of Educational Sciences and Psychology, Ke.c., Islamic Azad University, Kerman, Iran

*Corresponding Author's Email: M.kamyabi@iau.ac.ir

Submit Date: 2025-04-14

Revise Date: 2025-07-04

Accept Date: 2025-08-02

Publish Date: 2025-08-03

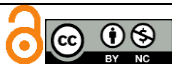
Abstract

The present study aimed to evaluate the effectiveness of faith-based abstinence therapy on self-efficacy and resilience in addicts undergoing treatment in the city of Kerman in 2024. This research employed a quasi-experimental method using a pretest-posttest design with a control group. The statistical population consisted of all individuals receiving treatment who had a history of using at least one substance (excluding nicotine and alcohol) and were residing in therapeutic centers in Kerman utilizing the faith-based abstinence protocol in 2024. Based on the research implementation timeframe, this population included 420 individuals. A sample of 40 participants was selected through cluster random sampling from one of the faith-based abstinence centers in Kerman and was randomly assigned into experimental and control groups. The experimental group received the faith-based abstinence therapy package, while the control group was placed on a waiting list for future treatment. The instruments used in this study were the Sherer Self-Efficacy Scale (1982) and the Connor-Davidson Resilience Scale (2003). Results from the analysis of covariance and the study findings indicated that faith-based abstinence therapy has a significant effect on enhancing various dimensions of self-efficacy among addicts. In particular, the highest effect of the therapy was observed on the persistence in the face of failure and stress component. Additionally, faith-based abstinence therapy significantly improved resilience among addicts with a high effect size. The greatest effectiveness was observed in the spirituality subscale; a finding consistent with the theoretical framework of faith-based therapy, which emphasizes psychological stability and spiritual motivation. Therefore, the application of this therapeutic approach is recommended, especially for enhancing behavioral self-efficacy, resilience, and combating hopelessness.

Keywords: Faith-based abstinence therapy, self-efficacy, resilience, addicts



How to cite: Ahmadzadeh Shahidian, K., Kamyabi, M., Molayi, H. (2025). Evaluating the Effectiveness of Faith-Based Abstinence Therapy on Self-Efficacy and Resilience in Addicts Undergoing Treatment in Kerman. *Cognition, Behavior, Learning*, 2(2), 1-12.



© 2025 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر یکی از چالش‌برانگیزترین مشکلات سلامت روان و اجتماع در عصر کنونی به شمار می‌رود. بر پایه تازه‌ترین آمار منتشر شده از سوی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، در سال ۲۰۲۲ بالغ بر ۲۹۶ میلیون نفر در سراسر جهان به مصرف مواد مخدر پرداخته‌اند که این رقم نسبت به ده سال گذشته، حاکی از رشدی معادل ۲۳ درصد است (Monroe & Radke, 2023). این بیماری، همچون سایر اختلالات روانی، ریشه در عوامل متعدد دارد. از این رو، تمرکز صرف بر یک عامل و نادیده گرفتن سایر مؤلفه‌ها در فرآیند درمان اعتیاد، موجب کاهش چشمگیر اثربخشی درمان خواهد شد. امروزه اختلالات وابسته به مصرف مواد مخدر به عنوان یکی از معضلات عمده سلامت عمومی جهان مطرح هستند. (Anderson et al., 2006) و دارای پیامدهای فراگیری در ابعاد فردی و اجتماعی هستند که در سطح فردی، مصرف مواد با افزایش خطر ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی همزمان، افت کیفیت زندگی و بالا رفتن نرخ مرگ‌ومیر همراه است. در بُعد اجتماعی نیز، اعتیاد موجب رشد میزان جرایم، کاهش بهره‌وری نیروی کار و تحمیل هزینه‌های قابل توجه بر نظام سلامت می‌شود (Janse van Rensburg et al., 2024). در ایران نیز شیوع اختلالات مصرف مواد به ۵٫۴ درصد در جمعیت عمومی رسیده است. استان کرمان به دلیل همجواری با مرزهای شرقی و شرایط خاص اقتصادی-اجتماعی، یکی از مناطق آسیب‌پذیر در این زمینه محسوب می‌شود (Aghayousefi et al., 2020).

اگرچه شیوه‌های رایج درمان اعتیاد در ایران عمدتاً مبتنی بر مداخلات دارویی از جمله درمان نگهدارنده با متادون است، اما شواهد پژوهشی حکایت از آن دارند که حتی در بهترین شرایط، نرخ عود پس از ترک میان ۶۰ تا ۸۰ درصد است. این آمار قابل توجه، بیانگر ضرورت جدی توسعه مداخلات روان‌اجتماعی مکمل است. در این میان، درمان پرهیزمدار به عنوان یک رویکرد جامع که به طور همزمان بر ابعاد فردی، بین‌فردی و محیطی متمرکز است، می‌تواند به عنوان گزینه‌ای مناسب مطرح شود (Farhadian et al., 2017).

در سال‌های اخیر، دو مفهوم بنیادین خودکارآمدی و تاب‌آوری به عنوان عوامل کلیدی در موفقیت درمان اختلال مصرف مواد شناخته شده‌اند. خودکارآمدی در تعریف بندورا (۲۰۰۴) به باور فرد نسبت به توانایی خود در مدیریت موقعیت‌های دشوار و کنترل رفتارهای پرخطر گفته می‌شود. در حوزه اعتیاد، سطح بالای خودکارآمدی به معنای باور فرد به توانایی مقابله با وسوسه مصرف مواد و اتخاذ تصمیمات سازگارانه است که موجب کاهش احتمال عود می‌گردد (Marlatt et al., 2001). پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که افراد دارای خودکارآمدی بالاتر، نه تنها بهتر در برابر عوامل مستعدکننده عود مقاومت می‌کنند، بلکه در مراحل پس از ترک نیز تداوم پرهیز بیشتری دارند (Kadden & Litt, 2011).

تاب‌آوری به عنوان توانمندی روان‌شناختی فرد جهت سازگاری با ناملایمات، استرس‌ها و رویدادهای آسیب‌زا تعریف می‌شود (Darbani & Parsakia, 2023). تاب‌آوری در بافت درمان اعتیاد، به فرد کمک می‌کند با مسائل و دشواری‌های ناشی از فرآیند ترک و استرس‌های روزمره بدون بازگشت به مصرف، مقابله موثر داشته باشد. یافته‌های پژوهشی متعدد حاکی از آن است که میزان بالاتر تاب‌آوری با کاهش خطر فروپاشی روانی و تحمل شرایط دشوار ترک رابطه مستقیم دارد (Lee et al., 2021).

خودکارآمدی و تاب‌آوری به عنوان مجموعه‌ای از فرآیندهای شناختی سطح بالا، نقش تعیین‌کننده‌ای در موفقیت درمان اعتیاد ایفا می‌کنند و مطالعات طولی نشان داده‌اند که نقص در این کارکردها می‌تواند نرخ عود را تا ۴۵ درصد افزایش دهد؛ از این رو، مداخلاتی که بتوانند این کارکردها را تقویت کنند، از اولویت‌های پژوهش در حوزه اعتیاد محسوب می‌شوند (Koob & Volkow, 2016). در درمان معتادین، در صورتی که روش‌های متعددی برای درمان اعتیاد در دسترس افراد باشد انگیزه مراجع بالاتر رفته و ترس او از شکست و بی‌نتیجه ماندن درمان، کاهش خواهد یافت و حقیقت آن است که این افراد به علت ضعف در مهارت‌ها و توانمندی‌های خاص دچار اعتیاد شده‌اند و درمان‌های دارویی و سم‌زدایی قسمتی از نیازمندی‌های آنان را برطرف می‌سازد و در کنار این درمان‌ها ضروری است که بیماران تغییراتی در سبک زندگی خود ایجاد کنند (Marchette et al., 2025).

در امتداد این شواهد، ضعف در خودکارآمدی و تاب‌آوری، یکی از عوامل اصلی ناکامی در درمان و عود مجدد بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد محسوب می‌شود. بنابراین، ارتقای این دو متغیر، نه فقط برای بهبود سلامت روانی - بلکه به عنوان یک پیش‌نیاز برای موفقیت مداخلات ترک اعتیاد - اهمیت اساسی دارد؛ بر این اساس، درمان ایمان‌مدار-پرهیزمدار که ساختاری مبتنی بر معانی، ارزش‌های فردی و اجتماعی و تکیه بر آموزه‌های معنوی و اخلاقی دارد، زمینه‌ای منحصر به فرد برای ارتقای خودکارآمدی و تاب‌آوری فراهم می‌آورد. این رویکرد با تقویت ارزش‌های معنوی، ایجاد حس تعلق، ارائه حمایت معنوی و ارتقای هدفمندی در زندگی، به بیماران کمک می‌کند تا احساس توانمندی شخصی خود را تقویت کرده، معنای تازه‌ای برای تحمل شرایط دشوار و مقاومت در برابر وسوسه مصرف پیدا کنند (Alipour, 2015). نتایج مطالعات پیشین نیز مؤید آن است که بهره‌گیری از منابع معنوی، نقش مهمی در تاب‌آورسازی بیماران و تقویت اعتماد به نفس آن‌ها در مسیر پرهیز از مصرف ایفا می‌کند (Yang et al., 2019).

درمان پرهیزمدار با ترکیب تکنیک‌های شناختی-رفتاری و اصلاح محیط اجتماعی، رویکردی منحصر به فرد را ارائه می‌دهد که مؤلفه‌های کلیدی این درمان شامل: آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، اصلاح محیط اجتماعی، تقویت سیستم‌های پاداش طبیعی می‌باشد که همگی می‌توانند به بهبود کارکردهای خودکارآمدی و تاب‌آوری کمک کنند.

فلذا، بررسی اثربخشی درمان ایمان‌مدار-پرهیزمدار بر افزایش خودکارآمدی و تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد نه تنها یک خلأ پژوهشی مهم را هدف قرار می‌دهد، بلکه می‌تواند راهگشای طراحی مداخلات بومی پایدار و مبتنی بر منابع معنوی و روان‌شناختی جامعه ایرانی باشد. اما آنچه که اهمیت پژوهش‌های حوزه درمان ایمان‌مدار-پرهیزمدار را بیشتر منعکس می‌کند میزان اثربخشی این درمان بر کارکردهای از دست رفته معتادان مشمول این درمان می‌باشد. به همین منظور هدف از این مطالعه بررسی درمان مبتنی بر پرهیز از جنبه‌های گوناگون و گزارش‌های پژوهشی انجام شده در خصوص اثربخشی و کارایی این روش درمانی است. لذا پژوهش حاضر به دنبال بررسی این مساله بوده است که آیا درمان ایمان‌مدار-پرهیزمدار بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان تحت درمان شهر کرمان اثربخش است یا خیر؟

روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام مددجویان در حال ترک با سابقه مصرف حداقل یکی از مواد به جز نیکوتین و الکل بودند که در مراکز درمانی شهر کرمان با پروتکل ایمان‌مدار-پرهیزمدار در سال ۱۴۰۳ مقیم و حسب بازه زمانی اجرای پژوهش به تعداد ۴۲۰ نفر بوده‌اند. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از این افراد بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از معتادین تحت درمان از یکی از مراکز ایمان‌مدار-پرهیزمدار شهر کرمان انتخاب گردید و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش بسته درمانی ایمان‌مدار-پرهیزمدار را دریافت کرده و گروه کنترل فقط در لیست انتظار دریافت بسته درمانی قرار گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل این موارد بود: ابتلا به اختلال مصرف مواد، سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، نداشتن منع مطلق پذیرش در مراکز اقامتی، داشتن ولی قانونی یا معرف حقیقی یا حقوقی، بالا بودن شدت اعتیاد، تخریب بالا در حوزه‌های کارکردی مختلف و عدم پیشرفت در درمان با سایر روش‌ها.

ابزارهای این پژوهش پرسشنامه خودکارآمدی شرر (۱۹۸۲) و پرسشنامه تاب‌آوری کانر-دیویدسون (۲۰۰۳) بوده است.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی توسط شرر، مادوکس، مرکاندانت، پرنیتیک-دون، جاکوبس و را جرز در سال ۱۹۸۲ با دو هدف تسهیل پژوهش‌های آتی و فراهم آوردن ابزاری برای ارزیابی سطوح مختلف خودکارآمدی عمومی افراد طراحی شده است. مقیاس خودکارآمدی در سه حوزه آموزشی، شغلی و اجتماعی مورد سنجش قرار می‌گیرد. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از: الف) گرایش به آغازگری رفتار، ب) تمایل به ادامه کوشش و تلاش و ج) پافشاری و تاب‌آوری در ناکامی و استرس. پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت (کاملاً مخالفم، مخالفم، حد وسط، موافقم، کاملاً موافقم) طراحی شده است که گزینه‌های پاسخ و امتیازهای مربوط به هر گزینه به شرح زیر است: برای گزینه کاملاً مخالفم امتیاز ۱، برای گزینه مخالفم امتیاز ۲، برای گزینه حد وسط امتیاز ۳، برای گزینه موافقم امتیاز ۴ و برای گزینه کاملاً موافقم امتیاز ۵. و به هر

سؤال حداکثر ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. سؤالات با نمره گذاری مستقیم با شماره ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ هستند و سؤالات با نمره گذاری معکوس مشتمل بر سایر سؤالات هستند؛ بطوریکه به کاملاً مخالف امتیاز ۵ و به کاملاً موافق امتیاز ۱ اختصاص می‌یابد. و بر اساس مجموع نمرات کسب شده، سطح خودکارآمدی افراد به صورت زیر طبقه‌بندی می‌شود: نمره ۱۷ تا ۳۴ دارای سطح خودکارآمدی ضعیف، نمره ۳۴ تا ۵۱ دارای سطح خودکارآمدی متوسط و نمره بالای ۵۱ دارای سطح خودکارآمدی بسیار بالا است. در این پرسشنامه خرده مقیاس گرایش به آغاز رفتار سؤالات ۱، ۲، ۳، ۱۴، تمایل به ادامه تلاش سؤالات ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۵، ۱۶، پافشاری و تاب‌آوری در ناکامی و استرس سؤالات ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۷ اختصاص یافته است. روایی این ابزار در مطالعات متعدد ایرانی، از جمله سلطانی و همکاران (۱۳۹۱) و قربانی و همکاران (۱۳۹۵)، از طریق تحلیل عاملی و روایی محتوایی مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین، پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ (میرزاپور و همکاران، ۱۳۹۲) و ضریب بازآزمایی ۰/۷۸ (کریمی و همکاران، ۱۳۹۶) تأیید شده است. این شواهد حاکی از اعتبار و اعتمادپذیری مناسب ابزار در جامعه ایرانی است.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون توسط کانر- دیویدسون (۲۰۰۳) ارائه شده است. دارای ۲۵ سؤال بوده و هدف آن سنجش میزان تاب‌آوری بر اساس مولفه‌های شایستگی / استحکام شخصی (۲۴-۱۲-۱۱-۲۵-۱۰-۲۳-۱۷-۱۶)، اعتماد به غرایز شخصی و تحمل عواطف منفی (۲۰-۱۸-۱۵-۶-۷-۱۹-۱۴)، پذیرش عواطف مثبت و امن (۱-۴-۵-۲-۸)، مهار (۲۲-۱۳-۲۱) و معنویت (۳-۹) است. این پرسشنامه در مطالعات مختلفی در داخل کشور اعتبار یابی شده است از جمله می‌توان به پژوهش عباسی (۱۳۹۷) اشاره کرد. روایی محتوایی و سازه مقیاس در پژوهش محمدی (۱۳۸۴)، ساروخانی و همکاران (۱۳۹۳) و بادپروا و همکاران (۱۳۹۵) تأیید شده و ساختار عاملی ابزار با داده‌های جمعیت ایرانی منطبق بوده است. همچنین، ضریب پایایی در پژوهش‌های محمدی (۱۳۸۴) و بادپروا و همکاران (۱۳۹۵) به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۷ گزارش شده که حاکی از همسانی درونی مطلوب پرسشنامه است. بنابراین، این ابزار از اعتبار و اعتمادپذیری کافی در جامعه ایرانی برخوردار است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت می‌باشد. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات را با هم جمع می‌شوند. این امتیاز دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۰ را خواهد داشت. هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ دهنده خواهد و برعکس. نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ می‌باشد. به عبارتی، نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هرچه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و برعکس. به پاسخ انتخاب شده کاملاً غلط امتیاز ۱ و به پاسخ کاملاً درست امتیاز ۵ داده می‌شود.

در این پژوهش، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش تحت مداخله‌ی درمانی «ایمان‌مدار-پرهیزمدار» قرار گرفتند که به صورت ساختاریافته در قالب جلسات گروهی و فردی طی یک دوره‌ی چند هفته‌ای اجرا شد. این مداخله با هدف ارتقاء خودکارآمدی و تاب‌آوری معنادار طراحی شده و از اجزای آموزشی، شناختی، معنوی، هیجانی و مهارتی بهره می‌برد. جلسات ابتدایی شامل معرفی طرح پژوهش، تبیین ضرورت درمان، آشنایی با اعتیاد و چرخه‌ی اجبار در مصرف، معارفه اعضا و تعیین اهداف گروه بود. در ادامه، فلسفه‌ی درمان ایمان‌مدار-پرهیزمدار، مفاهیم مرتبط با سم‌زدایی، قطع مصرف و ضرورت خودیاری در قالب قدم‌های ۱۲ گانه آموزش داده شد. جلسات صبحگاهی برای بیان احساسات و جلسات عصرگاهی برای کارکرد قدم‌های خودیاری به صورت منظم برگزار شدند. محتوای جلسات به شناخت اثرات مواد، عوامل گرایش به مصرف، خودشناسی، ترمیم روابط، تنظیم هیجان، شناخت وسوسه و پیشگیری از عود اختصاص داشت. شرکت‌کنندگان همچنین در جلسات گروهی خودیاری و مهارت‌آموزی شرکت کرده و تجربیات خود را در فضای حمایتی به اشتراک گذاشتند. مشاوره‌های فردی در شش جلسه با تمرکز بر اتحاد درمانی، ارزیابی اختلالات همبود، بازنگری تجارب، تمرکز بر لحظه حال، نظارت بر خلق و آموزش مواجهه با موقعیت‌های دشوار انجام گرفت. اجزای این مداخله از طریق مکانیسم‌هایی نظیر تقویت شناخت و پذیرش، ایجاد امید و معنای زندگی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، اصلاح باورهای ناکارآمد، بهبود تنظیم هیجان، و بهره‌مندی از حمایت گروهی، به ارتقاء خرده‌مقیاس‌های تاب‌آوری نظیر معنویت، مهار، تحمل

عواطف منفی، اعتماد به غرایز و همچنین مؤلفه‌های خودکارآمدی مانند آغازگری، پافشاری و ادامه کوشش منجر شدند. این پروتکل براساس الگوی اختصاصی مراکز اقامتی بهبودی میان مدت ماده ۱۵ با رویکرد ایمان‌مدار در سال ۱۳۹۴ طراحی و اجرا گردید. داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی به روش تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد.

یافته‌ها

نتایج جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد که توزیع سنی در دو گروه مشابه است، با بیشترین تمرکز در بازه‌های ۲۵-۲۹ سال (۲۵٪ در گروه درمانی و ۲۰٪ در گروه کنترل) و ۳۰-۳۹ سال (۴۰٪ در گروه ایمان‌مدار-پرهیزمدار و ۴۰٪ در گروه کنترل). هیچ‌یک از گروه‌ها دارای عضو بالای ۵۰ سال نبوده و کمترین فراوانی مربوط به بازه سنی ۲۰-۲۴ سال است. همچنین، توزیع مدت زمان مصرف مواد در بین دو گروه تا حد زیادی مشابه است. بیشترین درصد در بازه‌های پنج سال و بالاتر است (محدوده ۳۰-۴۵٪) قرار دارد، در حالی که کمترین درصد مربوط به مصرف زیر یک سال (۱۰-۱۵٪) است. به‌طور کلی، الگوی مصرف در گروه‌ها تفاوت چشمگیری ندارد و به یک شکل توزیع پیدا کرده‌اند.

جدول ۱. توصیف متغیر خودکارآمدی و مؤلفه‌های آن در میان آزمودنی‌ها

زیرمتغیر	مرحله	گروه ایمان‌مدار-پرهیزمدار	گروه کنترل	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آغازگری رفتار	پیش‌آزمون	۱۵/۴۵	۲/۸۷	۱۵/۸۰	۲/۹۰	انحراف استاندارد	
	پس‌آزمون	۲۲/۳۵	۳/۱۲	۱۶/۱۵	۲/۹۵		
	پیگیری	۲۴/۳۰	۳/۲۵	۱۶/۴۰	۳/۰۰		
ادامه کوشش و تلاش	پیش‌آزمون	۱۴/۳۰	۲/۷۵	۱۴/۶۵	۲/۸۰		
	پس‌آزمون	۲۱/۴۰	۳/۰۵	۱۵/۰۰	۲/۸۵		
	پیگیری	۲۳/۴۵	۳/۱۸	۱۵/۲۵	۲/۹۰		
پافشاری و تاب آوری در ناکامی	پیش‌آزمون	۲۰/۲۵	۳/۴۲	۲۰/۹۰	۳/۴۷		
	پس‌آزمون	۲۸/۳۰	۳/۸۷	۲۱/۱۵	۳/۵۲		
	پیگیری	۳۰/۴۰	۳/۹۵	۲۱/۴۰	۳/۵۷		

نتایج جدول ۱ مبتنی بر شاخص‌های توصیفی متغیر خودکارآمدی در دو گروه ایمان‌مدار-پرهیزمدار و کنترل نشان داد که میانگین نمرات در هر سه زیرمتغیر آغازگری رفتار، ادامه کوشش و تلاش و پافشاری و تاب آوری در صورت ناکامی و استرس در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافت. به‌طور مشخص، در زیرمتغیر آغازگری رفتار، گروه ایمان‌مدار-پرهیزمدار از میانگین ۱۵/۴۵ در پیش‌آزمون به ۲۲/۳۵ در پس‌آزمون و ۲۴/۳۰ در مرحله پیگیری رسید، درحالی‌که گروه کنترل تغییر محسوسی نداشت (۱۵/۸۰ به ۱۶/۱۵ و ۱۶/۴۰). این روند در زیرمتغیرهای تمایل به ادامه کوشش و تلاش و پافشاری و تاب آوری در صورت ناکامی و استرس نیز تکرار شد، به‌طوری‌که گروه ایمان‌مدار-پرهیزمدار در شاخص پافشاری و تاب آوری در صورت ناکامی تکلیف از ۲۰/۲۵ به ۲۸/۳۰ و ۳۰/۴۰ افزایش یافت، در حالی‌که گروه کنترل تنها از ۲۰/۹۰ به ۲۱/۱۵ و ۲۱/۴۰ رسید.

جدول ۲. توصیف متغیر تاب آوری و مؤلفه‌های آن در میان آزمودنی‌ها

زیرمتغیر	مرحله	گروه ایمان‌مدار-پرهیزمدار	گروه کنترل	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
شایستگی و استحکام	پیش‌آزمون	۱۸/۱۵	۳/۲۱	۱۸/۹۰	۳/۲۷	انحراف استاندارد	
	پس‌آزمون	۲۸/۲۵	۳/۷۶	۱۹/۰۵	۳/۳۲		
	پیگیری	۳۰/۳۵	۳/۸۷	۱۹/۲۰	۳/۳۷		
اعتماد و تحمل	پیش‌آزمون	۱۶/۲۰	۳/۰۵	۱۶/۹۵	۳/۱۲		
	پس‌آزمون	۲۴/۱۵	۳/۴۵	۱۷/۱۰	۳/۱۷		

۳/۲۲	۱۷/۲۵	۳/۵۶	۲۶/۲۵	پیگیری	
۲/۵۷	۱۲/۸۰	۲/۵۴	۱۲/۱۰	پیش‌آزمون	پذیرش عواطف مثبت
۲/۶۲	۱۳/۰۰	۳/۲۱	۲۰/۱۰	پس‌آزمون	
۲/۶۷	۱۳/۲۰	۳/۳۲	۲۲/۱۵	پیگیری	
۲/۳۷	۱۰/۷۵	۲/۳۲	۱۰/۰۵	پیش‌آزمون	مه‌ار
۲/۴۲	۱۱/۰۰	۲/۹۸	۱۶/۲۰	پس‌آزمون	
۲/۴۷	۱۱/۲۰	۳/۰۵	۱۸/۳۰	پیگیری	
۱/۹۲	۵/۷۰	۱/۸۷	۵/۲۰	پیش‌آزمون	معنویت
۱/۹۷	۶/۰۰	۲/۴۵	۸/۱۵	پس‌آزمون	
۲/۰۲	۶/۳۰	۲/۵۴	۱۰/۲۵	پیگیری	

نتایج جدول ۲ نشان داد که در تمامی زیرمتغیرهای تاب‌آوری گروه ایمان‌مدار-پرهیزمدار در مقایسه با گروه کنترل، تغییرات قابل‌توجهی را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تجربه کردند. به‌عنوان مثال، در زیرمتغیر شایستگی و استحکام شخصی، میانگین گروه ایمان‌مدار از ۱۸/۱۵ در پیش‌آزمون به ۲۸/۲۵ در پس‌آزمون و ۳۰/۳۵ در مرحله پیگیری افزایش یافت، در حالی که گروه کنترل تغییر محسوسی نداشت (۱۸/۹۰ به ۱۹/۰۵ و ۱۹/۲۰). این روند بهبودی در سایر زیرمتغیرها نیز مشاهده شد، به‌طوری که در اعتماد به‌غرایز شخصی و تحمل عواطف منفی، پذیرش عواطف مثبت و امن و خرده‌مقیاس مه‌ار، میانگین نمرات گروه مداخله در پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود.

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که تمامی متغیرهای مورد بررسی، خودکارآمدی (آغازگری رفتار، ادامه‌کوشش و تلاش، پافشاری و تاب‌آوری در ناکامی) و تاب‌آوری (شایستگی و استحکام، اعتماد و تحمل عواطف منفی، پذیرش عواطف مثبت، مه‌ار، معنویت) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال برخوردار بودند ($p < 0.05$). مقادیر آماره کولموگروف-اسمیرنوف بین ۰,۰۹ تا ۰,۱۵ متغیر بود و p -value از ۰,۱۰۰ تا ۰,۴۰۰ گزارش شد. همچنین، شاخص‌های کجی (بین -۰,۲۰ تا -۰,۴۶) و کشیدگی (بین ۰,۰۴ تا ۰,۱۹) در محدوده قابل قبول برای نرمال بودن قرار داشتند. بنابراین، با توجه به عدم معناداری نتایج ($p < 0.05$)، می‌توان نتیجه گرفت که داده‌های پژوهش حاضر از شرایط نرمالیتی برخوردار بوده و امکان استفاده از آزمون‌های پارامتریک فراهم است.

به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها، آزمون لون (Levene's Test) برای تمامی زیرمقیاس‌های خودکارآمدی و تاب‌آوری در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) انجام شد. نتایج نشان داد مقدار احتمال (p) در تمام موارد بالاتر از ۰,۰۵ است برای مثال، آغازگری رفتار: پیش‌آزمون $p=0.220$ ، پس‌آزمون $p=0.230$ ، پیگیری $p=0.240$ ، و برای تمام زیرمقیاس‌ها وضعیت «همگن» تأیید شد. بنابراین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بوده و اجرای آزمون‌های تحلیل واریانس و RM-ANCOVA از نظر آماری موجه است.

جدول ۳. نتایج RM-ANCOVA برای خرده‌مقیاس‌های خودکارآمدی

زیرمقیاس	SS گروه	df گروه	MS گروه	F گروه	p گروه	η^2 گروه	SS تعامل	df تعامل	MS تعامل	F تعامل	p تعامل	η^2 تعامل
آغازگری رفتار	۲۵۶,۸۲	۲	۱۲۸,۴۱	۱۴,۷۵	۰,۰۰۱	۰,۴۴	۵۲,۳۷	۲	۲۶,۱۸	۱۳,۱۲	۰,۰۰۱	۰,۳۷
ادامه‌کوشش و تلاش	۲۴۱,۵۶	۲	۱۲۰,۷۸	۱۱,۹۳	۰,۰۰۳	۰,۴۲	۴۹,۶۸	۲	۲۴,۸۴	۱۰,۵۲	۰,۰۰۲	۰,۳۵
پافشاری و تاب‌آوری در ناکامی	۲۶۳,۴۷	۲	۱۳۱,۷۴	۱۶,۱۸	۰,۰۰۱	۰,۴۷	۵۴,۱۳	۲	۲۷,۰۷	۱۵,۲۲	۰,۰۰۱	۰,۳۹

نتایج تحلیل آماری نشان داد که برنامه درمان ایمان‌مدار-پرهیزمدار تفاوت معناداری را در هر سه زیرمقیاس خودکارآمدی (آغازگری رفتار، ادامه کوشش و تلاش، و پافشاری و تاب‌آوری در ناکامی) نسبت به گروه‌های مقایسه ایجاد کرد (تمام معناداری‌ها کمتر از 0.01، مجذورهای اتا در بازه ۰.۳۵ تا ۰.۴۷). همچنین، تعامل گروه $\times$ زمان در کلیه زیرمقیاس‌های خودکارآمدی نیز معنادار گزارش شد که نشان‌دهنده تغییر الگوی خودکارآمدی بسته به نوع درمان طی زمان است. بیشترین اثر گروه و تعامل برای پافشاری و تاب‌آوری در ناکامی مشاهده شد؛ این امر بیانگر نقش کلیدی مداخلات ایمان‌محور در افزایش پایداری روانی و مقاومت نسبت به شکست‌ها و لغزش‌های احتمالی در روند ترک اعتیاد است. به طور کلی، رویکرد ایمان‌مدار-پرهیزمدار خودکارآمدی معتادان را در تمام ابعاد آن، به ویژه در زمینه پافشاری بر اهداف و تاب‌آوری در برابر مشکلات، به طور چشمگیر ارتقاء داده است.

جدول ۳. نتایج RM-ANCOVA برای خرده‌مقیاس‌های تاب‌آوری

زیرمقیاس	SS	df	M _{گروه}	F	p	گروه	η^2	SS	df	M _{تعامل}	F	p	تعامل	η^2
شایستگی و استحکام	۲۱۵.۶۱	۲	۱۰۷.۸۰	۱۰.۲۳	۰.۰۰۲	۰.۴۱	۰.۳۴	۴۴.۱۶	۲	۲۲.۰۸	۹.۴۹	۰.۰۰۳	۰.۳۴	۰.۳۴
اعتماد و تحمل	۲۰۳.۲۶	۲	۱۰۱.۶۳	۹.۶۷	۰.۰۰۳	۰.۴۰	۰.۳۳	۴۱.۲۸	۲	۲۰.۶۴	۸.۵۳	۰.۰۰۴	۰.۳۳	۰.۳۳
پذیرش عواطف مثبت	۲۲۴.۸۹	۲	۱۱۲.۴۴	۱۱.۹۷	۰.۰۰۱	۰.۴۴	۰.۳۶	۴۶.۷۳	۲	۲۳.۳۶	۱۰.۸۷	۰.۰۰۲	۰.۳۶	۰.۳۶
مهار	۱۹۱.۸۷	۲	۹۵.۹۴	۸.۷۰	۰.۰۰۵	۰.۳۸	۰.۳۰	۳۷.۴۵	۲	۱۸.۷۲	۷.۳۴	۰.۰۰۷	۰.۳۰	۰.۳۰
معنویت	۲۳۷.۲۹	۲	۱۱۸.۶۴	۱۳.۵۴	۰.۰۰۱	۰.۴۸	۰.۳۸	۵۱.۰۶	۲	۲۵.۵۳	۱۴.۱۸	۰.۰۰۱	۰.۳۸	۰.۳۸

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر حاکی از آن است که برنامه درمان ایمان‌مدار-پرهیزمدار توانسته به طور معناداری میانگین نمرات همه زیرمقیاس‌های تاب‌آوری (شایستگی و استحکام، اعتماد و تحمل، پذیرش عواطف مثبت، مهار و معنویت) را در مقایسه با گروه‌های دیگر افزایش دهد (تمام معناداری‌ها کمتر از 0.01، مجذورهای اتای ۰.۳۰ تا ۰.۴۸). همچنین، مشاهده تعامل معنادار گروه $\times$ زمان در همه زیرمقیاس‌ها مؤید اثربخشی ویژه این مداخله در تغییر الگوی تاب‌آوری در طول زمان بوده است. بالاترین اثر گروه و تعامل مربوط به زیرمقیاس معنویت است که بیانگر نقش پررنگ مؤلفه‌های معنوی و دینی در بهبود تاب‌آوری معتادان تحت درمان می‌باشد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از رویکرد ایمان‌محور-پرهیزمدار، با تأکید بر معنویت، اعتماد به نفس و پذیرش عواطف مثبت، موجب ارتقاء ابعاد گوناگون تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که درمان پرهیزمدار-ایمان‌مدار تأثیر قابل توجهی بر بهبود ابعاد مختلف خودکارآمدی و تاب‌آوری در معتادان تحت درمان شهر کرمان داشته است. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس بیانگر آن است که درمان ایمان‌مدار-پرهیزمدار اثربخشی بالایی در ارتقای ابعاد مختلف خودکارآمدی در معتادان دارد. به ویژه بیشترین تأثیر این درمان بر مولفه پافشاری در ناکامی و استرس ظاهر شده است. همچنین درمان ایمان‌مدار-پرهیزمدار با اندازه اثر بالا، موجب ارتقای معنادار تاب‌آوری در معتادان شده است. بالاترین اثربخشی در خرده‌مقیاس معنویت تاب‌آوری مشاهده شد.

درمان ایمان‌مدار علاوه بر بعد معنوی، اجزایی از مداخلات معمول رفتاری - شناختی (نظیر هدفگذاری، مدیریت خشم، برنامه‌ریزی روزمره، شناسایی محرک‌های بازگشت و ...) را همزمان با تقویت باورهای ایمانی آموزش می‌دهد. این رویکرد هم‌افزایی راهبردی ایجاد می‌کند؛ به گونه‌ای که شخص هم به سطحی از خودمهارگری شناختی دست می‌یابد و هم دل‌گرمی و امیدواری ناشی از ارزش‌ها و باورهای معنوی را تجربه می‌کند.

یافته‌های این پژوهش همسو با نتایج آقاییوسفی و همکاران (Aghayousefi et al., 2020) که مشخص نمودند درمان ترکیبی شناختی رفتاری و متادون درمانی و انجمن معتادان گمنام در بهبود کارکردهای اجرایی معتادان در حال ترک مؤثر هستند. اما گروه دوم بهبود بیشتری را به دنبال داشته است، همچنین با نتایج چیره و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی با عنوان "اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان مرد مراجعه کننده به کمپ اعتیاد در شهرستان استان تهران"، که یافته‌های پژوهشی ایشان نشان داد که درمان شناختی - رفتاری منجر به افزایش خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان مراجعه کننده به کمپ ترک اعتیاد شهرستان استان تهران شده است (Chireh et al., 2022). همچنین همسوبوده است با پژوهش کوب و وولکوو (Koob & Volkow, 2016) که مشخص نمودند نقص در عملکرد اجرایی، خودکارآمدی که در مرحله به اصطلاح مشغله شامل بی‌نظمی برآمدگی‌های آوران از قشر پیش‌پیشانی و اینسولا، از جمله گلوتمات، به گانگلیون‌های پایه و آمیگدال گسترده است و همچنین مطالعات ژنتیکی مولکولی فاکتورهای انتقال و رونویسی را شناسایی کرده‌اند که در مدار عصبی مرتبط با ایجاد و حفظ اعتیاد عمل می‌کنند که ممکن است واسطه آسیب‌پذیری اولیه، نگهداری و عود مرتبط با اعتیاد باشد. خوانساری و همکاران (۱۳۹۹) نیز در پژوهشی با عنوان "اثربخشی آموزش دوازده قدم انجمن معتادان گمنام (NA) بر تاب‌آوری و خودکارآمدی اعضای (NA) شهر قم در نیمه اول سال ۱۳۹۸"، یافته‌های پژوهشی ایشان نشان داد که برنامه آموزش دوازده قدم بر تاب‌آوری و خودکارآمدی اعضای انجمن معتادان گمنام شهر قم تأثیر دارد و نتایج نشان داد که برنامه آموزش دوازده قدم بر مولفه‌های تاب‌آوری (تأثیرات معنوی، عاطفه منفی، تغییر روابط ایمن، شایستگی فردی و کنترل) اعضای انجمن معتادان گمنام شهر قم تأثیر معنادار دارد که یافته‌ها با پژوهش حاضر همسو می‌باشد (Khansari et al., 2019). همچنین نتایج نشان داد که همانطور علیپور (Alipour, 2015) مشخص نمودند افراد مقیم مرکز در خاتمه درمان با بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اختصاصی شدن حافظه شرح حال و بهبود کارکردهای اجرایی و خودکارآمدی همراه هستند، می‌باشد و همچنین عبدی زرین و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان "اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان مراجعه کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد بهشهر"، یافته‌های پژوهشی ایشان نشان داد که درمان شناختی - رفتاری منجر به افزایش خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان مراجعه کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد بهشهر شده است که از آنجاییکه درمان‌های رفتاری شناختی در بسته درمانی پژوهش قرار گرفته است، هم راستایی خوبی با پژوهش حاضر به ثبت رسیده است (Abdi Zarrin & Mahdavi, 2018). درانتها پیشنهاد می‌شود خوانندگان و محققان این حوزه در پژوهش‌های آتی، اثر بخشی درمان ایمان‌مدار - پرهیزمدار بر سایر متغیرهای مرتبط با حیطه سلامت روان و شناخت افراد وابسته به مواد و افراد متعلق به دوره‌های سنی متفاوت همچون نوجوانان و همچنین زنان وابسته به مواد را نیز مورد بررسی قرار دهند و همچنین در راستای توانمندسازی بهبود یافتگان و ایجاد اشتغال می‌توان با شناسایی افراد مستعد مراکز و تعیین توان آنها، از طریق ایجاد زمینه‌های اشتغال و پرداخت تسهیلات اشتغال‌زا، توسعه تیم‌های مشارکتی در قالب تعاونی‌ها با حضور خود اعضا و حمایت دولت اقدام شایسته‌ای بعمل آورد؛ ارتقاء مهارت‌های فنی و حرفه‌ای بهبود یافتگان این مراکز از طریق نهادهای مسئول می‌تواند زمینه احساس خودباوری در آن‌ها را فراهم نموده و قدرت برنامه‌ریزی در زندگی و لذت حاصل از تجربه پاک ماندن را در آن‌ها تقویت نماید.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

Extended Abstract

Introduction

Substance addiction represents one of the most pressing global health and social issues of the 21st century. According to the United Nations Office on Drugs and Crime, in 2022, more than 296 million individuals globally reported using drugs, reflecting a 23% increase compared to the previous decade (Monroe & Radke, 2023). Addiction, like other psychological disorders, is multifactorial, and ignoring its cognitive and psychosocial underpinnings limits the success of treatment efforts (Anderson et al., 2006). On an individual level, substance abuse is associated with elevated risks for comorbid psychiatric conditions, decreased quality of life, and increased mortality. Socially, it results in crime proliferation, diminished workforce productivity, and imposes significant burdens on health systems (Janse van Rensburg et al., 2024). Iran also faces a growing addiction crisis, with a national prevalence rate of 5.4%. Particularly, Kerman Province is considered highly vulnerable due to its proximity to eastern borders and socio-economic challenges (Aghayousefi et al., 2020).

Despite the dominance of pharmacological approaches, such as methadone maintenance therapy, relapse rates in Iran still range between 60% and 80%, signaling an urgent need for complementary psychosocial interventions (Farhadian et al., 2017). Two psychological constructs, self-efficacy and resilience, have emerged as essential for sustaining abstinence and achieving recovery success. Bandura (2004) conceptualizes self-efficacy as a person's belief in their capacity to manage challenging situations and regulate high-risk behaviors. In addiction contexts, high self-efficacy is linked to resisting cravings and making adaptive decisions, thereby reducing relapse (Marlatt et al., 2001). Several studies confirm that individuals with stronger self-efficacy are more resistant to relapse and sustain abstinence for longer durations (Kadden & Litt, 2011).

Resilience, defined as the capacity to adapt to adversity and stress, plays a crucial role in helping recovering addicts manage withdrawal challenges and stressors without resorting to substance use (Darbani & Parsakia, 2023; Lee et al., 2021). A deficit in self-efficacy and resilience significantly heightens relapse risk by as much as 45% (Koob & Volkow, 2016). Consequently, interventions targeting these domains should be prioritized. Among these, faith-based abstinence therapy presents a unique approach by emphasizing meaning-making, moral values, and spiritual growth. This model offers emotional support, cultivates a sense of belonging, and fosters purpose, which collectively enhance psychological functioning and personal agency (Alipour, 2015). Previous research supports the notion that spiritual resources significantly contribute to bolstering resilience and self-confidence in recovery contexts (Yang et al., 2019). Combining cognitive-behavioral techniques with environmental modification, the abstinence-based model facilitates skill-building, reward restructuring, and social accountability—key components for enhancing executive functions and coping capacities. Therefore, investigating the efficacy of this approach on self-efficacy and resilience not only fills a critical research gap but also paves the way for culturally grounded, sustainable interventions in Iranian society.

Methods and Materials

This study adopted a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. The target population comprised all individuals undergoing addiction treatment in Kerman in 2024 who had a history of using at least one illicit substance, excluding nicotine and alcohol. A total of 420 eligible individuals resided in centers implementing the faith-based abstinence protocol. From this population, 40 individuals were selected through cluster random sampling and randomly assigned to either the experimental group, which received the intervention, or the control group, which remained on a treatment waitlist.

The tools used were the Sherer General Self-Efficacy Scale (1982) and the Connor-Davidson Resilience Scale (2003). The former measures three domains: initiation of behavior, perseverance, and persistence under stress. The latter includes five subscales: personal competence, trust and tolerance for negative affect, positive

emotional acceptance, control, and spirituality. Validity and reliability of both tools were previously confirmed in Iranian populations. Data were analyzed using repeated-measures ANCOVA via SPSS version 26, after confirming assumptions of normality and homogeneity of variances.

Findings

Demographic analyses revealed age and substance use duration were evenly distributed across groups. The highest concentration was in the 30–39 age bracket (40% in both groups), and most participants reported using substances for five years or more.

In terms of self-efficacy, all three subcomponents in the intervention group improved significantly from pretest to posttest and follow-up, whereas the control group remained static. For instance, the initiation of behavior subscale increased from a mean of 15.45 at pretest to 22.35 posttest and 24.30 at follow-up in the intervention group, with minimal change observed in the control group. Similar patterns were found in perseverance and persistence under stress, where the intervention group improved from 20.25 to 28.30 and then 30.40, in contrast to the control group, which barely shifted from 20.90 to 21.40.

Regarding resilience, all five subscales showed marked improvements in the intervention group, especially in spirituality, which rose from 5.20 to 10.25. For personal competence, the score jumped from 18.15 at pretest to 30.35 at follow-up. Trust and tolerance for negative affect, emotional acceptance, control, and spirituality all reflected similar upward trends, while the control group exhibited negligible changes.

Kolmogorov-Smirnov and Levene's tests validated assumptions for parametric analysis. RM-ANCOVA confirmed significant time $\times$ group interactions in all self-efficacy and resilience subcomponents. For example, persistence under stress yielded an F-value of 16.18 ($p = 0.001$, $\eta^2 = 0.47$), indicating a large effect. Likewise, spirituality in the resilience scale demonstrated the highest treatment effect ($F = 13.54$, $\eta^2 = 0.48$), reinforcing the pivotal role of spiritual growth in addiction recovery.

Discussion and Conclusion

The findings provide compelling evidence for the effectiveness of faith-based abstinence therapy in enhancing both self-efficacy and resilience among individuals undergoing addiction treatment. The substantial improvements across all subscales affirm the intervention's psychological utility. Specifically, the most pronounced changes were observed in persistence under stress and spirituality—domains crucial for sustaining recovery and preventing relapse.

The integration of cognitive-behavioral techniques within a spiritually enriched therapeutic framework seems to generate synergistic benefits. Participants not only acquired cognitive strategies for emotion regulation and behavioral planning but also derived motivational energy from their spiritual values, increasing their overall sense of purpose and control. This dual activation—cognitive and spiritual—empowered individuals to navigate challenges with increased emotional strength and behavioral consistency.

These results resonate with previous literature. For instance, studies have shown that combining methadone treatment with spiritual or behavioral support systems leads to better executive function and lower relapse rates (Aghayousefi et al., 2020). Similarly, other findings underscore the effectiveness of cognitive-behavioral therapies in boosting self-efficacy and resilience among addicts (Abdi Zarrin & Mahdavi, 2018; Chireh et al., 2022). Neurocognitive research has also linked improved self-efficacy to enhanced prefrontal and limbic function, essential for resisting addictive urges (Koob & Volkow, 2016).

In conclusion, faith-based abstinence therapy offers a culturally responsive and psychologically robust intervention for addiction recovery. By cultivating self-efficacy and resilience—especially spiritual resilience—it addresses both the behavioral and existential challenges faced by individuals in recovery. This makes it a highly recommended strategy for inclusion in Iran's broader addiction treatment protocols. Future research should explore its impact across different demographics and investigate its scalability and long-term sustainability in diverse clinical settings.

References

- Abdi Zarrin, S., & Mahdavi, H. (2018). *The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on self-efficacy and resilience of addicts referred to addiction treatment camps in Behshahr* [Master's thesis, Qom University]. Qom, Iran. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/60fe23381e222d405bb4e9c9a1dd3888>
- Aghayousefi, A., Alipour, A., & Oraki, M. (2020). Comparing the effects of combined cognitive behavioral therapy and methadone therapy with the association of narcotics anonymous addicts on executive functions of quitting drugs volunteer addicts in Jiroft. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences*, 7(2), 366-373. <http://journal.jmu.ac.ir/article-1-352-en.html>
- Alipour, F. (2015). *The Efficacy of Therapeutic Community on Executive Function, Autobiographical Memory and cognitive emotion regulation in Stimulant Addicts* [Kharazmi University]. http://publisher.dchq.ir/storage/2022-01-27/EN35_8.pdf
- Anderson, J. D., Wagovich, S. A., & Hall, N. E. (2006). Nonword repetition skills in young children who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 31(3), 177-199. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2006.05.001>
- Chireh, M., Shakerinia, I., & Yahyaei, G. (2022). *The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on self-efficacy and resilience in male addicts attending addiction treatment camps in Tehran province* [Master's thesis, Koushyar Higher Education Institute]. Tehran, Iran. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/b7db0b13cc2d04fbfa4e78453f2b7d26>
- Darbani, S. A., & Parsakia, K. (2023). Investigating the effectiveness of strength-based counseling on adolescent resilience. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 4(5), 169-175. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.5.16>
- Farhadian, M., Akbarfahimi, M., Abharian, P. H., Hosseini, S. G., & Shokri, S. (2017). Assessment of executive functions in methamphetamine-addicted individuals: Emphasis on duration of addiction and abstinence. *Basic and Clinical Neuroscience*, 8(2), 147. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.18869/nirp.bcn.8.2.147>
- Janse van Rensburg, M. N. S., Casteleijn, D., & Scheibe, A. (2024). Evaluating client functioning in a harm reduction program in South Africa: insights from a tool derived from the International Classification of Functioning, Disability and Health [Brief Research Report]. *Frontiers in Rehabilitation Sciences, Volume 5 - 2024*. <https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1445176>
- Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive behaviors*, 36(12), 1120-1126. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.032>
- Khansari, A., Jafari Harandi, R., & Abdi Zarrin, S. (2019). *The effectiveness of the twelve-step NA program training on resilience and self-efficacy of NA members in Qom City* [Master's thesis, University of Qom]. Qom, Iran. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/a64ff732cb20ad9b5040a0da828f0f38>
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760-773. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS2215-0366\(16\)00104-8/](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS2215-0366(16)00104-8/)
- Lee, M. Y., Lee, B. H., Kim, H. Y., & Yang, C. H. (2021). Bidirectional role of acupuncture in the treatment of drug addiction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.004>
- Marchette, R. C., Vendruscolo, L. F., & Koob, G. F. (2025). The Dynorphin/-Opioid Receptor System at the Interface of Hyperalgesia/Hyperkatifeia and Addiction. *Current Addiction Reports*, 12(1), 11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s40429-025-00618-x>
- Marlatt, G. A., Blume, A. W., & Parks, G. A. (2001). Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 13-21. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/02791072.2001.10400463>
- Monroe, S. C., & Radke, A. K. (2023). Opioid withdrawal: role in addiction and neural mechanisms. *Psychopharmacology*, 240(7), 1417-1433. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00213-023-06370-2>
- 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. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00388>