

اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری به عنوان مکمل درمان‌های نگهدارنده بر پیشگیری از عود و بهبود نشانه‌های اختلالات روانی بیماران وابسته به مواد*

عارفه پورفتحیه^۱، آیت‌اله فتحی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۲/۳۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۱۶

چکیده

هدف: اعتیاد نوعی آسیب اجتماعی است که اختلالات روانی و جسمانی گسترده‌ای دارد و هزینه‌های زیادی را به جوامع تحمیل می‌کند. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی مداخله‌ی غیر دارویی شناختی-رفتاری به عنوان مکمل درمان‌های نگهدارنده بر پیشگیری از عود و بهبود نشانه‌های اختلالات روانی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر افیونی در شهر تبریز انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. به همین منظور، تعداد ۶۰ نفر از مردان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر افیونی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) جایگزین شدند. شرکت کنندگان به مقیاس پیش‌بینی‌پذیری بازگشت به مصرف مواد و پرسش‌نامه‌ی چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر پیشگیری از عود موثر بود. همچنین، مداخله شناختی-رفتاری بر بهبود نشانه‌های اختلالات روانی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر افیونی موثر بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، این مداخله می‌تواند مورد استفاده درمان‌گران و مشاوران برای درمان این گروه از بیماران قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: اعتیاد، مداخله‌ی شناختی-رفتاری، پیشگیری از عود مصرف مواد، نشانه‌های اختلالات روانی

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه آزاد تبریز است.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد، تبریز، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی ناجا، تهران، ایران. پست

الکترونیک: A.Fathi64@Gmail.Com

مقدمه

اعتیاد به مواد یکی از مهم‌ترین مشکلات عصر حاضر می‌باشد که گستره جهانی پیدا کرده است. مسئله اعتیاد یکی از مسائل مهم و جدی در سطح بین‌المللی است که از جنبه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فیزیولوژیکی نگاه‌های مختلفی را به خود معطوف کرده است، به طوری که ریشه کن کردن اعتیاد از دغدغه‌های بسیار مهم جوامع امروزی است (جندقی، نشاط دوست، کلانتری و جبل عاملی، ۱۳۹۱). در کشور ما نیز در دهه‌های اخیر اعتیاد به مواد مخدر تبدیل به یک پدیده اجتماعی کشنده شده است که علت مصیبت‌های رایج اجتماعی، روانشناختی، اقتصادی، و خانوادگی می‌باشد (گلستان، عبدالله، احمد و انجم شعاع، ۲۰۱۰). کشور ایران یکی از کشورهای جهان است که به دلیل شرایط جغرافیایی، فرهنگی و سایر عوامل در معرض تهدید این پدیده قرار دارد. بر اساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر ۲ میلیون نفر (۲/۵ درصد جمعیت کشور) مصرف‌کننده مواد هستند (فرهودیان و همکاران، ۲۰۰۹). اعتیاد پیامدهای روانی- جسمانی گسترده‌ای در فرد ایجاد می‌کند و باعث می‌شود که فرد به نوعی موقعیت و جایگاه قبلی خود در اجتماع و در بین دوستان و اعضای خانواده از دست بدهد و همیشه نوعی نگاه منفی و حتی در برخی مواقع مجرمانه به افراد دارای سوء مصرف مواد مخدر وجود داشته باشد. با وجود اثرات زیان بار فردی و اجتماعی متعدد سوء مصرف مواد، طبیعی است که این مسئله یکی از اولویت‌های پژوهش در حوزه بهداشت روانی جوامع در چارچوب شناخت، پیشگیری و درمان به موقع سوء مصرف مواد باشد (بامدادی، ۱۳۹۵).

مسئله‌ی ترک مواد مخدر از جمله مواردی است که همواره مورد توجه مسئولین و نیز خود مبتلایان به سوء مصرف مواد و خانواده‌های آنان بوده است. در مسئله‌ی ترک مواد مخدر، مسئله‌ی اصلی ترک جسمانی مواد مخدر نیست بلکه مشکل اصلی بازگشت و شروع دوباره مصرف این مواد است (میرزایی و همکاران، ۱۳۸۹). حتی پس از این که فرد معتاد، مصرف مواد مخدر را برای مدتی قطع نماید نیز نمی‌توان به طور کامل امیدوار بود که مصرف مواد مخدر را از سر نگیرد. به طوری که آمارها نشان می‌دهد بیماری در ۸۰ درصد از افراد، در کمتر از ۶ ماه دوباره عود می‌کند (ناستی زایی، هزاره مقدم و ملازهی،

۱۳۸۹). به طور کلی می توان گفت اعتیاد یک اختلال پیش رونده بوده و ترک آن به آسانی امکان پذیر نیست. بازگشت دوباره به سمت مواد همیشه امکان پذیر است و تغییرات واقعی با درمان صحیح و مراقبت های طولانی مدت امکان پذیر خواهد بود (اسمیت، سگال و راینسون، ۲۰۱۲). مهم ترین مشکلی که محققان و درمانگران اعتیاد با آن مواجه هستند مسئله عود است. در ساده ترین تعریف عود عبارت است از مصرف مجدد یک دارو یا مواد مخدر و یا یک رفتار مشکل دار به دنبال یک دوره پرهیز. بعضی از محققان عود را در درون اعتیاد و جزئی از آن می بینند و اعتیاد را بر حسب شرایط عود کننده مزمن تعریف می کنند. به عبارت دیگر، درمان را چیزی جز فرایند پیشگیری از عود نمی دانند.

از عوامل دیگری که می تواند کنار اعتیاد در افراد دچار سوء مصرف مواد دیده شود اختلال های روانی است که بیش از همه چیز فرد را در برابر اعتیاد آسیب پذیر می سازد. سپس اعتیاد، خود اختلال های موجود را تشدید می کند و دایره معیوب ادامه می یابد. شخص معتاد برای بدست آوردن ماده مخدر دست به اعمال خلاف قانون و اخلاق می زند و با آزاد شدن از قید و بندهای اخلاقی مرتکب جنایت نیز می شود (کیانی پور و پورزاد، ۱۳۹۰). دی مایر، وندر پلاسچن و بروکارت^۲ (۲۰۱۰) در مطالعه خود اظهار داشتند که مبتلایان به سوء مصرف مواد از نظر شاخص کلی سلامت روان نسبت به جمعیت عادی در سطح پایین تری هستند و از نظر شاخص های افسردگی، حساسیت بین فردی، اضطراب و روان پریشی دارای مشکل جدی بوده و نیاز به مراقبت های روان شناختی دارند.

برای درمان افراد وابسته به مواد علاوه بر درمان های نگهدارنده، درمان های روانشناختی هم به کار می رود. درمان شناختی رفتاری^۳ امروزه یکی از پرکاربردترین رویکردهایی است که توسط درمانگران در درمان اعتیاد مورد استفاده قرار می گیرد (ملازاده و عاشوری، ۱۳۸۸). برای مثال درمان شناختی رفتاری در کاهش اشتیاق مصرف مواد (سلیمی، حق نظری، احمدی و زهره وند، ۱۳۹۵)، کاهش علائم افسردگی و اضطراب (آقایی، عابدی و پاقلعه، ۱۳۹۰؛ سوگرمن، نیک و کارول^۴، ۲۰۱۰)، کاهش اختلالات

1. Smith, Segal & Rabinson
2. De Maeyer, Vanderplasschen & Broekaert

3. Cognitive Behavior Therapy (CBT)
4. Sugarman, Nich, & Carroll

روانشناختی (خدایاری فر، افروز، سهرابی و اکبری، ۱۳۹۰؛ حامدی، شهیدی و خادمی، ۱۳۹۲؛ دی مایر و همکاران، ۲۰۱۰)، کاهش عود مجدد مصرف مواد (رهبریان، حسین زاده، دوستی، ۱۳۹۵؛ خدادوست، اورکی، دهستانی و بیات، ۱۳۹۳؛ دريسن و هولون^۱، ۲۰۱۱؛ دباغی، اصغر نژاد، عاطف و جعفری بولهری، ۱۳۸۷)، افزایش انگیزه (علوی لنگرودی و نیکزاد مقدم، ۱۳۹۳)، افزایش رضایت از سطح زندگی و بهبود کیفیت زندگی (سوگرمن و همکاران، ۲۰۱۰؛ مک هاگ، هیرون و اتو^۲، ۲۰۱۰) و خودکارآمدی و عزت نفس (کلانتر، بیژنی و حسینی نژاد، ۱۳۹۳) اثر بخش بوده است. نریمانی (۱۳۷۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که در مراحل سم‌زدایی و توانبخشی معتادین، استفاده از فنون درمان شناختی رفتاری اثربخشی بالایی دارد. براساس نظریه شناختی رفتاری، وابستگی به مواد مخدر مانند سایر رفتارهای یاد گرفته شده از طریق تقلید از الگوها در اثر پی بردن به نتایج ماده مخدر استفاده شده مانند کاهش اضطراب، افسردگی، تسکین درد و بالا بردن توانایی معاشرت اجتماعی آموخته می‌شود. مهم‌ترین هدف درمان آن است که پیش‌آیندهای مهم در شناسایی و روش‌های موثر تسلط بر آنها را برای گسیختن رابطه با مواد به مراجع آموزش دهند (مومنی، مشتاق، پور شهباز، ۱۳۹۲). در رویکرد درمانی شناختی رفتاری با بکارگیری فنونی سعی در ایجاد تغییر در بعد دیگر درمان یعنی «شناخت» افراد وابسته به مواد انجام می‌شود. این فنون عبارتند از: بازسازی شناختی (اصلاح افکار ناکارآمد)؛ تجربه رفتار (قادر ساختن افراد برای آزمایش افکار خود)؛ تنظیم خلق (ارزیابی درمانگر و کمک به اعضا در نظارت بر تغییرات عاطفی)؛ تکلیف منزل (فراهم کردن فرصت برای تمرین و تقویت مهارت‌ها)؛ و جلسه حمایتی (تقویت و نگهداری مهارت‌ها پس از خاتمه درمان)، (قمری گیوی، نادر، سواری و اسمعیلی، ۱۳۹۴). اختلال در عملکردهای روانی، اجتماعی و شناختی می‌تواند فرد را به سمت اعتیاد سوق دهد (اکبری چرمهینی، سجادی نژاد، شفیعی تبار و سپهوند، ۱۳۹۷)، بنابراین برنامه‌ریزی شناختی می‌تواند در کنترل و پیشگیری از اعتیاد نقش موثری ایفا نماید.

مطالعات انجام شده بیانگر این است که آموزش درمان شناختی رفتاری بر کاهش عود اعتیاد موثر است (رهبریان و همکاران، ۱۳۹۵؛ علوی لنگرودی و نیکزاد مقدم، ۱۳۹۳؛ خدادوست و همکاران، ۱۳۹۳؛ دباغی و همکاران، ۱۳۸۷). به عبارت دیگر، این مداخله بر تمامی جوانب زندگی فرد اثر گذاشته و نقش مهمی در کاهش عود از طریق کاهش اضطراب و افسردگی دارد (دریسن و هولون، ۲۰۱۱). کار و استیوارت^۱ (۲۰۱۹) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در درمان و پیشگیری از اعتیاد و اختلالات خلقی بر روی نوجوانان به این نتیجه رسیدند که ایجاد مهارت‌های شناختی علاوه بر پیشگیری و درمان اعتیاد به مواد مخدر باعث توانمندسازی شخصی و بهبود خلق و خوی فردی در نوجوانان می‌شود. سوگرمن و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که مداخلات شناختی-رفتاری باعث بهبود علائم خلقی و اضطرابی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌شود و علاوه بر تاثیر بر روی افزایش تحمل، باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود. همچنین، مک‌هاگ و همکاران (۲۰۱۰) دریافتند که تکنیک‌های شناختی رفتاری به تنهایی و یا همراه با درمان دارویی نقش مهمی در مدیریت اضطراب و افسردگی و رابطه با اطرافیان داشته و باعث افزایش رضایت فرد معتاد از سطح زندگی خویش می‌شود. نتایج پژوهش باو میااو، دیزن، فانگ مین، یولیو و ون هازو^۳ (۲۰۱۹) نشان داد که درمان شناختی رفتاری به عنوان روشی کارآمد و پایدار برای درمان اختلال سوء مصرف مواد مطرح شده است. اولمستد^۴ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی به مقایسه هزینه‌های درمان شناختی رفتاری فردی و گروه درمانی شناختی رفتاری در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد به این نتیجه رسیدند که درمان گروهی شناختی رفتاری در کنار اینکه نتایج درمانی یکسانی با درمان شناختی رفتاری فردی دارد، از نظر هزینه مقرون به صرفه نیز می‌باشد.

با توجه به آنچه گفته شد مسئله عود در معتادان مشکلات زیادی به بار می‌آورد؛ زمانی که اعتیاد فرد عود می‌کند تفاوت زیادی با حالت قبل از درمان مشاهده نمی‌شود. بنابراین با توجه به افزایش فراوانی وابستگی به مواد مخدر لازم است از طرف پژوهشگران و

1. Driessen & Hollon
2. Carr & Stewart

3. Baomiao, Disen, Fangmin, Yu & Wenhua
4. Olmstead

دست‌اندرکاران مبارزه با اعتیاد به طور جدی‌تر به رویکردهای درمانی و راهکارهای جلوگیری از عود اعتیاد توجه شود. بنابراین، سوال اصلی این تحقیق این بود که آیا درمان شناختی‌رفتاری به عنوان مکمل درمان‌های نگهدارنده، بر پیشگیری از عود و بهبود نشانه‌های اختلالات روانی بیماران معتاد به مواد افیونی موثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه بیماران مرد با سوء مصرف مواد ساکن شهر تبریز بودند که در تابستان ۱۳۹۶ به کلینیک ترک اعتیاد سایه شهر تبریز مراجعه کرده بودند. از بین این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) گمارده شدند. این شرکت‌کنندگان سابقه حداقل ۲ سال مصرف مواد در گروه انواع مواد مخدر مانند: تریاک، شیشه، هروین و کراک را داشتند. در این پژوهش، به لحاظ اخلاقی، توضیحات درباره اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان ارائه شد و همچنین به آنان گفته شد اطلاعات آنان نزد محققین محرمانه باقی خواهند ماند و رضایت افراد برای شرکت در این پژوهش جلب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت شخص، داشتن سطح تحصیلات راهنمایی، و سوء مصرف مواد مخدر افیونی بودند. ملاک‌های خروج نیز شامل ترک جلسات درمانی، عدم انگیزه، عدم همکاری، و شرکت نامرتب در جلسات درمانی بودند. آزمودنی‌ها در گروه سنی ۱۸ تا ۵۵ سال قرار داشتند و از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل سن، جنسیت، و سطح تحصیلات هم‌تاسازی شدند.

ابزار

۱- مقیاس پیش‌بینی‌پذیری بازگشت به مصرف مواد: مقیاس پیش‌بینی‌پذیری بازگشت به مواد توسط رایت به منظور ارزیابی میزان احتمال برگشت به مواد در بیماران وابسته به آن تهیه شده است. نسخه اصلی این مقیاس ۵۰ سوال دارد که هر سوال شامل موقعیت‌هایی است که معمولاً میل به مصرف کوکائین یا کراک را برمی‌انگیزد. مهربانی، نشاط دوست

و مولوی (۱۳۸۳) این آزمون را متناسب با مواد افیونی بازبینی و ۴۵ سوال آن را انتخاب کردند که بر روی یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۰ (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) نمره گذاری می‌شود. در مجموع، براساس پاسخ‌دهی آزمودنی می‌توان نوع مقابله، میزان اشتیاق و احتمال بازگشت مجدد به مصرف مواد را پیش‌بینی کرد. همبستگی نمره‌های قسمت اول و قسمت دوم این مقیاس ۰/۸۵ بوده و همچنین ضریب آلفای کل پرسش‌نامه ۰/۸۲ می‌باشد (رهبریان، حسین‌زاده و دوستی، ۱۳۹۵).

۲- چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی-۹۰: این چک لیست یکی از پرکاربرترین ابزارهای تشخیصی و شامل ۹۰ سوال برای ارزشیابی علائم روانی است و به وسیله مراجع گزارش می‌شود. با استفاده از این آزمون می‌توان افراد سالم را از افراد بیمار تشخیص داد. این آزمون در گروه‌های بسیاری به عنوان یک ابزار سرنندی و تشخیصی به کار رفته است (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۱). این آزمون توسط دروگاتیس، ریکلز و راک دروگاتیس^۲ (۱۹۷۳) معرفی شد و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ تهیه گردید. دروگاتیس (۱۹۷۶) پایایی این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ مناسب گزارش کرد (نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۹۱). هر یک از سوال‌های این آزمون بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ (هیچ) تا ۴ (به شدت) نمره گذاری می‌شود. نمره‌های به دست آمده از این آزمون بیانگر ۹ بعد از نشانه‌های بیماری و ۳ شاخص کلی است که شامل این موارد است: شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، هراس، افکار پارانوئیدی، و روان‌پریشی. مدبرنیا، شجاعی تهرانی، فلاحی و فقیرپور (۱۳۸۹) پایایی این مقیاس را با روش بازآزمایی ۰/۹۳ و با روش دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند. انیسی، اسکندری، بهمن آبادی، نوحی و تولایی (۱۳۹۳) اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی زیر مقیاس‌های آزمون را بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۲ و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را ۰/۹۸ گزارش کرده‌اند.

روش اجرا

به منظور جمع آوری اطلاعات در هر دو گروه آزمایش و کنترل، از پرسش نامه‌های مقیاس پیش‌بینی‌پذیری بازگشت به مصرف مواد و چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی استفاده شد. گروه آزمایش، روان‌درمانی شناختی-رفتاری را در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد. در حالی که، گروه کنترل در فهرست انتظار باقی ماند. بعد از پایان یافتن جلسات درمانی، پس آزمون روی هر دو گروه اجرا گردید. گروه درمانی شناختی-رفتاری که در این پژوهش انجام شد، بر مبنای پروتکل گروه درمانی افراد وابسته به مواد، دانشکده علوم بهزیستی مشهد (صالح پور، ۱۳۸۹) بود و مورد تایید افراد صاحب‌نظر قرار گرفته است.

جلسات	محتوا
اول	معارفه و آشنایی، ایجاد رابطه‌ی مبتنی بر همکاری؛ آشنایی با نحوه‌ی کار؛ معرفی ساختار، قوانین اصلی و زمان جلسات معرفی رویکرد درمان شناختی-رفتاری تشریح گروه درمانی
دوم	اعتیاد به عنوان یک بیماری و بررسی ابعاد آن.
سوم	نقش انگیزه و تصمیم در درمان، وجود انگیزه برای درمان شرط لازم بوده اما کافی نیست و حتی با وجود انگیزه خوب تدابیر درمانی باید رعایت شوند.
چهارم	پروسه درمان، درمان صحیح و کامل شامل درمان‌های دارویی و غیر دارویی می‌باشد.
پنجم	نقش راهنما در پروسه درمان، مراقبت و کمک اطرافیان و خصوصاً خانواده می‌تواند به درمان سرعت ببخشد.
ششم	عود و لغزش، لغزش و عود در سه ماهه نخست درمان شایع است و برای پیشگیری از آن باید برنامه‌ریزی کرد.
هفتم	وسوسه
هشتم	راه‌های مقابله با وسوسه، صبر و تحمل موجب کاهش وسوسه می‌شود و وسوسه قابل مهار است.
نهم	مواد جایگزین، علایم ترک برطرف می‌شوند و باید صبر داشته و از مصرف مواد جایگزین پرهیز نمود.
دهم	نگرش اعضای خانواده نسبت به درمانجو، تغییر نگرش اعضا خانواده در کوتاه‌مدت میسر نبوده و احتیاج به زمان دارد.
یازدهم	جامعه و افراد وابسته به مواد.
دوازدهم	سبک زندگی و جمع‌بندی مطالب ارایه شده. چطور می‌توان با انتخاب سبک زندگی سالم در بهبود اعتیاد موفق بود.

یافته‌ها

شاخص‌های جمعیت‌شناختی نظیر سن و مقطع تحصیلی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: سن و میزان تحصیلات آزمودنی‌ها

گروه سنی	فراوانی	مقطع تحصیلی	فراوانی
۱۸-۲۶ سال	۱۴	ابتدایی	۵
۲۷-۳۵ سال	۲۴	راهنمایی	۱۶
۳۶-۴۴ سال	۹	دیپلم	۲۷
۴۵-۵۵ سال	۱۳	فوق دیپلم و بالاتر	۱۲

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	مرحله	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
جسمانی کردن	پیش‌آزمون	کنترل	۳۰	۲۶/۶۹	۳/۰۸
		آزمایش	۳۰	۲۷/۷۵	۳/۸۰
	پس‌آزمون	کنترل	۳۰	۲۶/۷۷	۲/۸۷
		آزمایش	۳۰	۲۴/۱۲	۳/۴۲
وسواس	پیش‌آزمون	کنترل	۳۰	۱۷/۹۳	۲/۴۰
		آزمایش	۳۰	۱۸/۱۴	۳/۰۸
	پس‌آزمون	کنترل	۳۰	۱۸/۲۰	۲/۲۰
		آزمایش	۳۰	۱۴/۵۰	۲/۵۸
حساسیت در روابط بین فردی	پیش‌آزمون	کنترل	۳۰	۱۷/۸۸	۲/۳۱
		آزمایش	۳۰	۱۸/۶۶	۲/۶۱
	پس‌آزمون	کنترل	۳۰	۱۸/۲۴	۱/۸۷
		آزمایش	۳۰	۱۶/۸۶	۱/۶۷
افسردگی	پیش‌آزمون	کنترل	۳۰	۳۷/۶۸	۸/۲۴
		آزمایش	۳۰	۳۷/۷۷	۸/۷۳
	پس‌آزمون	کنترل	۳۰	۳۸/۳۰	۸/۰۴
		آزمایش	۳۰	۲۳/۱۴	۴/۶۹
اضطراب	پیش‌آزمون	کنترل	۳۰	۲۱/۳۰	۳/۳۸
		آزمایش	۳۰	۲۰/۶۹	۴/۰۵
	پس‌آزمون	کنترل	۳۰	۲۱/۲۹	۳/۰۳
		آزمایش	۳۰	۱۷/۹۲	۲/۳۰
خصوصیت	پیش‌آزمون	کنترل	۳۰	۱۵/۰۱	۴/۴۱

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	مرحله	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
		آزمایش	۳۰	۱۵/۸۶	۳/۶۰
	پس‌آزمون	کنترل	۳۰	۱۴/۴۷	۳/۹۹
		آزمایش	۳۰	۱۳/۸۰	۳/۱۷
روان‌پریشی	پیش‌آزمون	کنترل	۳۰	۲۲/۲۷	۳/۷۰
		آزمایش	۳۰	۲۱/۸۳	۳/۸۷
	پس‌آزمون	کنترل	۳۰	۲۲/۲۷	۳/۳۲
		آزمایش	۳۰	۱۹/۳۹	۲/۸۵
پارانویا	پیش‌آزمون	کنترل	۳۰	۱۰/۷۶	۱/۴۶
		آزمایش	۳۰	۱۰/۶۸	۱/۵۲
	پس‌آزمون	کنترل	۳۰	۱۰/۷۲	۱/۴۴
		آزمایش	۳۰	۱۰/۴۶	۱/۶۳
هراس	پیش‌آزمون	کنترل	۳۰	۳۲/۳۲	۴/۷۵
		آزمایش	۳۰	۳۲/۲۰	۴/۳۵
	پس‌آزمون	کنترل	۳۰	۳۱/۹۷	۴/۶۶
		آزمایش	۳۰	۳۱/۷۰	۴/۱۴
نمره کل نشانه‌های اختلالات روانی	پیش‌آزمون	کنترل	۳۰	۲۰/۱۸۲	۱۲/۹۴
		آزمایش	۳۰	۲۰/۳۶۰	۱۹/۵۰
	پس‌آزمون	کنترل	۳۰	۱۹/۵۳	۱۲/۰۹
		آزمایش	۳۰	۱۷۵/۰۲	۹/۹۹
اشتیاق	پیش‌آزمون	کنترل	۳۰	۶۲/۲۹	۱۳/۳۳
		آزمایش	۳۰	۷۶/۳۷	۱۷/۳۰
	پس‌آزمون	کنترل	۳۰	۶۴/۰۱	۱۰/۰۸
		آزمایش	۳۰	۵۸/۰۳	۹/۳۵
احتمال مصرف	پیش‌آزمون	کنترل	۳۰	۳۱/۷۲	۷/۱۴
		آزمایش	۳۰	۴۲/۱۲	۱۱/۲۹
	پس‌آزمون	کنترل	۳۰	۳۲/۲۴	۷/۴۰
		آزمایش	۳۰	۳۵/۳۶	۱۰/۴۳
نمره کل پیشگیری از عود	پیش‌آزمون	کنترل	۳۰	۹۴/۰۱	۱۵/۷۷
		آزمایش	۳۰	۱۱۸/۴۹	۲۰/۵۶
	پس‌آزمون	کنترل	۳۰	۹۶/۲۴	۱۳/۳۹
		آزمایش	۳۰	۹۳/۳۹	۱۵/۲۹

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای پیشگیری از عود و نشانه‌های اختلالات روانی را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. نتایج این جدول بیانگر این است که در گروه آزمایش، میانگین نمرات پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافته است، اما بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود.

نرمال بودن داده‌ها پیش‌فرض تمام روش‌های آماری می‌باشد. به منظور بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش و انتخاب آزمون آماری مناسب، از آزمون کالموگروف-اسمیرنف^۱ استفاده شد. نتایج غیر معنادار در آزمون کالموگروف-اسمیرنف نشان از نرمال بودن داده‌ها داشت ($p > 0/05$). بنابراین، می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۳: همگنی واریانس‌ها و شیب رگرسیون متغیرهای پژوهش

معناداری	متغیر	همگنی واریانس‌ها	
		آماره لوین	معناداری
۰/۱۳	گروه*پیش‌آزمون جسمانی کردن	۰/۵۵	۰/۴۴
۰/۵۲	گروه*پیش‌آزمون وسواس	۰/۰۲	۰/۹۰
۰/۶۵	گروه*پیش‌آزمون روابط بین فردی	۰/۵۷	۰/۴۵
۰/۶۷	گروه*پیش‌آزمون افسردگی	۰/۶۰	۰/۴۸
۰/۲۶	گروه*پیش‌آزمون اضطراب	۰/۰۵	۰/۸۸
۰/۰۸	گروه*پیش‌آزمون خصومت	۰/۵۶	۰/۴۶
۰/۰۹	گروه*پیش‌آزمون هراس	۰/۳۸	۰/۷۱
۰/۱۲	گروه*پیش‌آزمون پارانوئا	۰/۰۹	۰/۸۲
۰/۱۴	گروه*پیش‌آزمون روان‌پریشی	۰/۵۵	۰/۴۴
۰/۲۳	گروه*پیش‌آزمون نمره کل	۰/۲۸	۰/۸۰
	اختلالات روانی		
۰/۵۲	گروه*پیش‌آزمون اشتیاق	۰/۶۰	۰/۴۸
۰/۳۶	گروه*پیش‌آزمون احتمال مصرف	۰/۱۲	۰/۸۰
۰/۲۴	گروه*پیش‌آزمون پیشگیری از عود	۰/۳۵	۰/۷۰

از جمله پیش فرض های آزمون تحلیل کوواریانس می توان به همگنی واریانس ها اشاره کرد که با استفاده از آزمون لوین بررسی شد. پیش فرض دیگر، تساوی کوواریانس ها است که با استفاده از آزمون ام باکس بررسی شد. نتایج این آزمون نشان داد که برابری ماتریس واریانس- کوواریانس برقرار است ($p > 0/05$). همچنین، برای رعایت پیش فرض دیگر یعنی اثبات همگنی شیب رگرسیون، مقدار F تعامل بین متغیر هم پراش و مستقل (یعنی نمره پیش آزمون و گروه) در همه گروه ها محاسبه شد، که سطح معناداری آن ها بالاتر $0/05$ به دست آمد. به این ترتیب، این پیش فرض (همگنی شیب رگرسیون) رعایت شد (جدول ۳).

نتایج آزمون لامبدا^۱ ویلکز نشان داد که بین دو گروه در رابطه با اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر پیشگیری از عود تفاوت معناداری وجود داشت ($p \leq 0/001$)، $F = 16/31$ و ۳۷ درصد از واریانس نمرات دو گروه مربوط به عضویت گروهی بود. همچنین، نتایج این آزمون نشان داد که بین دو گروه در رابطه با اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر نشانه های اختلالات روانی تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$)، $F = 16/52$ و ۷۸ درصد از واریانس نمرات دو گروه مربوط به عضویت گروهی بود. نتایج تحلیل کوواریانس در جداول ۴ و ۵ ارائه شده است.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس مربوط به تاثیر مداخله شناختی-رفتاری به عنوان مکمل درمانهای نگهدارنده بر پیشگیری از عود بیماران وابسته به مواد افیونی

مدل	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری مجذورات
گروه	پس آزمون اشتیاق	۱۳۳۴/۸۴	۱	۱۳۳۴/۸۴	۱۸/۴۸	*۰/۰۰۱
	پس آزمون احتمال مصرف	۳۷۵/۸۵	۱	۳۷۵/۸۵	۲۱/۵۴	*۰/۰۰۱
	پس آزمون نمره کل پیشگیری از عود	۲۳۱۸/۲۱	۱	۲۳۱۸/۲۱	۱۸/۸۲	*۰/۰۰۱

* $p < 0.001$.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین دو گروه در نمرات پس آزمون پیشگیری از عود ($F = 18/48, p < 0/001$) و خرده مقیاس های آن نظیر اشتیاق ($F = 18/82, p < 0/001$) و

1. Wilks' Lambda

احتمال مصرف ($F=21/54, p<0/001$) تفاوت معناداری وجود داشت (جدول ۴). در نتیجه می توان بیان کرد که مداخله شناختی- رفتاری بر کاهش اشتیاق و احتمال مصرف و در کل، پیشگیری از عود در گروه آزمایش موثر بود.

جدول ۵: تحلیل کوواریانس تاثیر مداخله شناختی- رفتاری به عنوان مکمل درمان های نگهدارنده بر نشانه های اختلالات روانی بیماران وابسته به مواد افیونی

مدل	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	درجه	میانگین مربعات	F	معناداری	مجذور اتا
	پس آزمون جسمانی کردن	۱۳۸/۱۸	۱	۱	۱۳۸/۱۸	۱۶/۶۲	*۰/۰۰۱	۰/۲۳
	پس آزمون وسواس	۸۷۰	۱	۱	۸۷۰	۱۵/۷۶	*۰/۰۰۱	۰/۲۲
گروه	پس آزمون روابط بین فردی	۳۸/۶۳	۱	۱	۳۸/۶۳	۱۴/۸۸	*۰/۰۰۱	۰/۲۱
	پس آزمون افسردگی	۳۴۶۰/۹۶	۱	۱	۳۴۶۰/۹۶	۹۴/۰۵	*۰/۰۰۱	۰/۶۲
	پس آزمون اضطراب	۱۴۹/۱۵	۱	۱	۱۴۹/۱۵	۲۶/۷۹	*۰/۰۰۱	۰/۳۲
	پس آزمون خصومت	۶۳۵/۰۱	۱	۱	۶۳۵/۰۱	۳۰۸/۶۸	*۰/۰۰۱	۰/۸۴
	پس آزمون هراس	۰/۳۸	۱	۱	۰/۳۸	۰/۲۳	۰/۶۴	۰/۰۱
	پس آزمون پارانوئا	۰/۴۹	۱	۱	۰/۴۹	۲/۱۸	۰/۱۵	۰/۰۴
	پس آزمون روان پریشی	۱۰۸/۳۸	۱	۱	۱۰۸/۳۸	۱۵/۵۲	*۰/۰۰۱	۰/۲۱
	پس آزمون نمره کل نشانه- های اختلالات روانی	۱۱۵۶۷/۹۲	۱	۱	۱۱۵۶۷/۹۲	۱۳۰/۰۰	*۰/۰۰۱	۰/۷۰

* $p<0.001$.

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۵ نشان داد که بین دو گروه در نمرات پس آزمون نمره کل نشانه های اختلالات روانی ($F=130/0$) و زیر مقیاس های آن شامل جسمانی کردن ($F=16/62$)، وسواس ($F=15/76$)، روابط بین فردی ($F=14/88$)، افسردگی ($F=94/05$)، اضطراب ($F=26/79$)، خصومت ($F=308/68$)، و روان پریشی ($F=15/52$) تفاوت معناداری وجود داشت ($p<0/001$)، اما بین دو گروه در نمرات پس آزمون زیرمقیاس های هراس ($F=0/23$) و پارانوئا ($F=2/18$) تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>0/05$) (جدول ۵). بنابراین، می توان نتیجه گرفت که مداخله شناختی رفتاری باعث بهبود نشانه های اختلالات روانی، به جزء هراس و پارانوئا در بیماران وابسته به مواد در گروه آزمایش شد.

بحث و نتیجه گیری

مصرف مواد اعتیاد آور و وابستگی به آن پدیده‌ای مزمن و عودکننده است که صدمه‌های جدی جسمانی، مالی، خانوادگی و اجتماعی به همراه دارد. کمتر پدیده‌ای را می‌توان یافت که همانند اعتیاد جوامع بشری را تهدید کرده باشد. با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد، هر روز به شمار قربانیان این دام مرگ بار افزوده می‌شود (سالمینک، وان لایر، میوس، رایجمیکرز و وایرزا، ۲۰۱۵). هدف این پژوهش، بررسی اثر بخشی مداخله غیر دارویی شناختی رفتاری به عنوان مکمل درمان‌های نگهدارنده بر پیشگیری از عود و بهبود نشانه‌های اختلالات روانی بیماران معتاد به مواد افیونی بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخله شناختی رفتاری بر پیشگیری از عود بیماران معتاد به مواد افیونی موثر است. همچنین سایر نتایج پژوهش نشان داد که این نوع مداخله، بر زیر مقیاس‌های جسمانی کردن، وسواس، روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت و روان پریشی اثر بخشی معناداری دارد اما در مورد زیر مقیاس‌های هراس و پارانوایا این اثر بخشی معنادار نبود. نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله شناختی رفتاری توانسته است به شکل موثری بر بهبود نشانه‌های اختلالات روانی موثر باشد. در تبیین اثر بخشی بیشتر درمان‌های شناختی رفتاری، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهشی باومیا و همکاران (۲۰۱۹)، کار و استیوارت (۲۰۱۹)، دریسین و هولون (۲۰۱۱)، رهبریان و همکاران (۱۳۹۵) اولمستد و همکاران (۲۰۱۹)، اکبری چرمهینی و همکاران (۱۳۹۷)، سلیمی و حق نظری (۱۳۹۵)، خدادوست و همکاران (۱۳۹۳)، کلانتر و همکاران (۱۳۹۳)، علوی لنگرودی و نیکزاد مقدم (۱۳۹۳)، حامدی و همکاران (۱۳۹۲)، مومنی و همکاران (۱۳۸۹) و دباغی و همکاران (۱۳۸۷) همخوان است. مداخله روانشناسی شناختی رفتاری می‌تواند بر پیشگیری از عود بیماران معتاد به مواد افیونی موثر بوده و توانایی مقابله‌ای بیماران را برای کنار آمدن با وسوسه مصرف افزایش دهد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که مداخله شناختی رفتاری، با آموزش مهارت‌های مقابله موثر می‌تواند به افراد معتاد کمک کند. با این آموزش‌ها افراد

اطمینان پیدا می کنند که می توانند با موقعیت های و سوسه برانگیز برای مصرف مجدد و عود مقابله کنند. بنابراین، مشخص می شود که افرادی که این مهارت ها را یاد می گیرند در مقایسه با افرادی که این مهارت ها را آموزش ندیده اند کمتر در خطر عود قرار می گیرند. در مقایسه با این افراد، کسانی که فاقد این مهارت ها هستند، کمتر خواهند توانست بر شرایط، کنترل داشته باشند و احتمال عود بیشتر خواهد شد.

همچنین یافته های دیگر پژوهش نشان داد که مداخله شناختی رفتاری بر زیر مقیاس های جسمانی کردن، وسواس، روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت و روان پریشی اثربخشی معناداری دارد. می توان اظهار داشت که مداخله شناختی رفتاری بر بهبود نشانه های اختلالات روانی بیماران معتاد به مواد افیونی موثر است. این یافته هم راستا با نتایج پژوهش های آقایی و همکاران (۱۳۹۰)، خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۷)، سگال، مورال و استونز^۱ (۲۰۱۴) و باقینانی مقدم، فاضل پور و رهایی و همکاران (۱۳۸۷) است. در تبیین این یافته می توان گفت که مداخله شناختی رفتاری شامل کنترل و تنظیم هیجانات، احساسات، عواطف، مدیریت استرس زها، برقراری ارتباط موثر و خود کنترلی می شود. از سوی دیگر، این روش مداخله شامل ساختار ارزشی و خود کارآمدی می شود و به خاطر تعامل شخص با محیط به افزایش سلامت روانی افراد کمک می کند. همچنین می توان اظهار داشت که درمان های شناختی رفتاری باعث تسلط بر نشانه های رفتاری، درک علت های رفتار و اولویت بندی آنها، نحوه تفکر، مهارت ثبت افکار، مبارزه با افکار منفی، آموزش مهارت حل مسئله، اصلاح باورهای نادرست و استفاده از راهبردهای جانشین می شود. بنابراین این روش درمانی اثربخشی مطلوبی در افزایش سلامت روان می تواند داشته باشد. در تبیین این یافته می توان گفت که مداخله شناختی رفتاری شامل کنترل و تنظیم هیجانات، احساسات، عواطف، مدیریت استرس زها، برقراری ارتباط موثر و خود کنترلی می شود. از سوی دیگر، این روش مداخله شامل ساختار ارزشی و خود کارآمدی می شود و به خاطر تعامل شخص با محیط به افزایش سلامت روانی افراد کمک می کند. همچنین می توان اظهار داشت که درمان های شناختی رفتاری باعث تسلط

بر نشانه‌های رفتاری، درک علت‌های رفتار و اولویت‌بندی آنها، نحوه تفکر، مهارت ثبت افکار، مبارزه با افکار منفی، آموزش مهارت حل مسئله، اصلاح باورهای نادرست و استفاده از راهبردهای جانشین می‌شود. پس این روش درمانی می‌تواند اثربخشی مطلوبی در افزایش سلامت روان داشته باشد.

از دلایل اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر روابط بین فردی باید گفت که این شیوه درمانی با حل تعارضات بین فردی از طریق آموزش فنون مهارت‌های حل مسئله، برقراری ارتباط موثر، مقابله کارآمد، مثبت‌نگری و بازسازی شناختی به افراد کمک می‌کند که با مشکلات موجود در روابط بین فردی با روشی موثر مقابله کنند. در نتیجه این عملکرد، از بروز هر گونه مواجهه ناموثر و نامطلوب با مشکلات مربوط به روابط بین فردی جلوگیری می‌شود. بنابراین با قاطعیت می‌توان گفت که مداخله شناختی رفتاری باعث تعدیل در روابط بین فردی می‌شود.

از مهمترین محدودیت‌های این پژوهش عدم پیگیری بود. با توجه به اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر پیشگیری از عود و بهبود نشانه‌های اختلالات روانی بیماران معنادار به مواد افیونی، پیشنهاد می‌شود از این مداخلات در درمان یا بهبود شرایط این بیماران استفاده شود. همچنین، با توجه به اینکه مداخلات شناختی رفتاری گستره وسیعی را شامل می‌شود، لذا پیشنهاد می‌شود از بسته‌های آموزشی و مداخلاتی متفاوتی استفاده شود تا با مقایسه اثرات هر یک از آنها، بهترین بسته‌ی مداخله‌ای برای این قبیل افراد تهیه و به کار برده شود.

منابع

- آقایی، الهام؛ عابدی، احمد و جمالی پاقلعه، سمیه (۱۳۹۰). فراتحلیل اثربخشی مداخلات شناختی-رفتاری بر میزان نشانه‌های افسردگی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۹ (۶)، ۸۰-۶۹.
- اکبری چرمهینی، صغرا؛ سجادی نژاد، مرضیه السادات؛ شفیع‌ی تبار، مهدیه و سپهوند، تورج (۱۳۹۷). کنترل شناختی دو گروه نوجوانان دارای تمایل زیاد و کم به اعتیاد: یک مطالعه مقایسه‌ای. *مجله تازه‌های علوم شناختی*، ۲۰ (۱)، ۴۷-۵۶.

انیسی، جعفر؛ اسکندری، محس؛ بهمن آبادی، سمیه؛ نوحی، سیما و تولایی، عباس (۱۳۹۳).
هنجاریابی چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی در کارکنان یک واحد نظامی. *روانشناسی
نظامی*، ۵(۱۷)، ۵۷-۶۸.

باقیانی مقدم، محمدحسین؛ فاضل پور، شکوه و رهایی، زهره (۱۳۸۷). مقایسه دیدگاه معتادین و
غیرمعتادین در مورد علل گرایش به اعتیاد، طلوع بهداشت. *فصلنامه پژوهشی دانشکده بهداشت
یزد*، ۷(۳۰)، ۴۹-۴۰.

بامدادی، آرزو (۱۳۹۵). *مقایسه بیماری‌های همراه روانی- جسمانی در بیماران وابسته به مواد مخدر
تحت درمان با افراد عادی شهرستان ارومیه*. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه
آزاد تبریز واحد علوم تحقیقات.

جندقی، فاطمه؛ نشاطدوست، حمیدطاهر؛ کلانتری، مهرداد و جبل‌عاملی، شیدا (۱۳۹۱). بررسی
اثربخشی آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی
افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون. *روان شناسی بالینی*، ۴(۴)،
۴۱-۵۱

حامدی، علی؛ شهیدی، شهریار؛ خادمی، علی (۱۳۹۲). اثربخشی ذهن آگاهی و مشاوره کاهش
آسیب بر پیشگیری از عود مجدد. *فصلنامه علمی- پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۷(۲۸)، ۱۰۱-۱۱۸
خدا دوست، ساناز؛ اورکی، محمد؛ دهستانی، مهدی و بیات، شهره (۱۳۹۳). بررسی اثر بخشی
مداخله شناختی رفتاری مارلات و گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر میزان بهبودی و
پیشگیری از عود در بیماران مرد وابسته به کراک (هرویین فشرده). *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸
(۲۹)؛ ۱۳۰-۱۱۹.

خدایاری فرد، محمد؛ صافی، خشایار و عابدینی، یاسمین (۱۳۸۵). کاربرد خانواده درمانی شناختی
رفتاری همراه با کایروپراکتیک در درمان اختلالات روان تنی (عضلانی استخوانی). *پایان نامه
کارشناسی ارشد*، چاپ نشده، دانشگاه تهران.

دباغی، پرویز؛ اصغر نژاد، فرید؛ عاطف وحید؛ محمد کاظم و بوالهیری، جعفر (۱۳۸۷). اثر بخشی
پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و سلامت روانی. *فصلنامه
اعتیاد پژوهی*، ۲(۷)، ۴۴-۳۰.

رهبریان، مهرک؛ حسین زاده، رامش و دوستی، پرویز (۱۳۹۵). تاثیر آموزش ارتباط موثر به زوج های وابسته به مواد مخدر بر اساس مدل شناختی-رفتاری بر الگوهای ارتباطی و عود مجدد.

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۲۰(۵)، ۴۳-۵۱

سلیمی، حسین؛ حق نظری، علی؛ احمدی، محسن و زهره وند، منا (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ولع مصرف معتادین به هروین تحت درمان با متادون. *مجله روانشناسی بالینی*، ۸(۲)، ۲۳-۳۱.

علوی لنگرودی سید کاظم و نیکزاد مقدم مریم (۱۳۹۴) اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش عود اعتیاد به مواد مخدر در دانشجویان و تأثیر آن بر افزایش انگیزش پیشرفت آنان. *طلوع بهداشت*، ۱۴(۱)، ۱-۱۱.

فتحی آشتیانی، علی (۱۳۹۱). *آزمون های روان شناختی - ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. چاپ بعثت.

قمری کیوی، حسین؛ نادر، مقصود؛ سواری، حسن و اسمعیلی، معصومه (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی بر سلامت روان مصرف کنندگان کراک. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۱(۴)، ۶۲-۴۷.

کلاتر هرمزی، آتوسا؛ بیژنی، جواد و حسینی نژاد، ناهید (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر خود کارآمدی و عزت نفس مردان متاهل مبتلا به سوء مصرف مواد. *فصلنامه علمی پژوهش های مشاوره*، ۱۳(۵۲)، ۹۱-۱۰۸.

کیانی پور، عمر و پوزاد، اکرم (۱۳۹۰). بررسی نقش عوامل مؤثر در ترک اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی و سوء مصرف مواد*، ۶(۲۲)، ۳۹-۵۴.

مدبرنیا، محمدجعفر؛ شجاعی تهرانی، حسین؛ فلاحی، مهناز و فقیرپور، مسعود (۱۳۸۹). هنجاریابی آزمون SCL-90-R در دانش آموزان دبیرستانی، پیش دانشگاهی استان گیلان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۹(۷۵)، ۵۸-۶۵.

ملازاده، جواد و عاشوری، احمد (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. *دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشور رفتار/دانشگاه شاهد*، ۱۶(۳۴)، ۱-۱۲.

مهرابی، حسینعلی؛ نشاط دوست، حمیدطاهر و مولوی، حسین (۱۳۸۳). بررسی اثر بخشی آموزش خانواده به عنوان درمان مداخله ای مکمل در کاهش عود بیماران وابسته به مواد. *مجله روانشناسی*، ۸(۳)، ۲۶۲-۲۷۸.

مومنی فرشته؛ مشتاق، نهاله و پورشهباز، عباس (۱۳۹۲). اثر بخشی گروه درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۷)، ۷۲-۹۲.

میرزایی، طیه؛ راوری، علی؛ حنیفی، نسرین؛ میری، سکینه؛ حق دوست اسکویی، سیده فاطمه و میرزایی خلیل آبادی، صدیقه (۱۳۸۹). عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۳(۶۷)، ۴۹-۵۸.

ناستی زایی، ناصر؛ هزاره مقدم، مهدیه و ملازهی، اسماء (۱۳۸۹). عوامل موثر بر عود اعتیاد در معتادان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۸(۳)، ۱۶۹-۱۷۴.

نریمانی، محمد (۱۳۷۹). *اعتیاد و روش های مقابله با آن*. اردبیل. انتشارات شیخ صفی.

References

- Baomiao, M., Disen, M., Fangmin, W., Yu, L., Wenhua, Z. (2019). Cognitive enhancers as treatment for heroin relapse and addiction. *Pharmacological research*, 141, 378-383.
- Carr, K., Stewart, M. (2019). Effectiveness of school-based health center delivery of a cognitive skills building intervention in young, rural adolescents: potential applications for addiction and mood. *Journal of Pediatric Nursing*, 47, 23-29.
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 21(5), 364-380.
- Driessen, E., & Hollon, S. D. (2011). Motivational interviewing from a cognitive behavioral perspective. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18 (1), 70-73.
- Farhodan, A., Sadrasadat, S., Mohammadi, F., Manokyan, A., Jafari, F., Sadeghi, M. (2009). Evaluated knowledge and attitudes of a group of Armenians in Tehran and drug addiction. *Journal Membership Cognitive*, 10(2), 9-20.
- Golestan, S., Abdullah, H.B., Ahmad, N.B., Anjomshoa, A. (2010). The role of family factors on the relapse behavior of male adolescent opiate abusers in kerman. *Asian culture and history*, 2(1), 126-131.

- Maeyer, J. D., Vanderplasschen, W., Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 21(5), 364-80.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 511-525.
- Olmstead, T., Graff, F., Ames-Sikora, A., McCrady, B., Gaba, A., Epstein, E. (2019). Cost-effectiveness of individual versus group female-specific cognitive behavioral therapy for alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 100, 1-7.
- Salemin, E., Vanlier, P. A. C., Meeus, W., Raaijmakers, S. F., Wiers, E. W. (2015). Implicit alcohol-relaxation associations in frequently drinking adolescents with high levels of neuroticism. *Addictive Behaviors*. 45(2015), 8-13.
- Segal, B., Morral, A. R., Stevens, S. J. (2014). *Adolescent substance abuse treatment in the United States: Exemplary models from a national evaluation study*. New York: Routledge.
- Smith, M., Segal, j., Robinson, L. (2012). *Overcoming drug addiction*. Helpguide.org
- Sugarman, D. E., Nich, C., Carroll, K. M. (2010). Coping strategy use following computerized cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), 689.