



## اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر ولع مصرف و خودکارآمدی ترک اعتیاد در بیماران تحت درمان با متادون

محسن شاکری نسب<sup>۱</sup>، نگار عظیم زاده طهرانی<sup>۲</sup>، طاهره رستمی<sup>۳</sup>، مصطفی پارسا نژاد<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۲

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر ولع مصرف و خودکارآمدی ترک اعتیاد در بیماران تحت درمان با متادون بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه بیماران تحت درمان با متادون مراجعه‌کننده به مرکز ماهان شهر بجنورد در سال ۱۴۰۰ بود. از این بین، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه ولع مصرف دوره‌ای و پرسشنامه خودکارآمدی ترک بود. درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با فراوانی دو جلسه در هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات توانست باعث کاهش ولع مصرف و افزایش خودکارآمدی ترک اعتیاد بیماران تحت درمان با متادون گردد. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که برنامه شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات می‌تواند ضمن ارتقای توانمندی‌های بیماران، به اثربخشی بیشتر متادون درمانی کمک نماید و نقش پیشگیرانه‌ای در عود بیماری داشته باشد.

**کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک اعتیاد، متادون

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، بجنورد، ایران. پست الکترونیک: shakerinasabmohsen@yahoo.com
۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت جام، تربت جام، ایران.
۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت جام، تربت جام، ایران.
۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد شاهرود، شاهرود، ایران.

## مقدمه

امروزه اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک مشکل اساسی جوامع را با تهدید روبرو می نماید و گسترش وابستگی افراد به مخدرهای صنعتی، تهدیدی جدی برای بهداشت اجتماعی محسوب می گردد (چن، لیو، لانگ و ژو<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). تأثیر مخرب این پدیده تمامی کارکردهای اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و اقتصادی را دچار مشکل کرده و به ایجاد جرائم مرتبط دیگر دامن می زند (درویشی، بختیاری و گله جاری، ۱۴۰۰). بر همین اساس اکثر جوامع، اعتیاد را به عنوان چهارمین بحران، پس از فقر، افزایش جمعیت و محیط زیست در نظر گرفته اند و معتقدند که این مسئله توجه بیشتری را می طلبد (صرامی، قربانی و مینویی، ۱۳۹۲). به واسطه اهمیت توجه به مسئله اعتیاد و لزوم پیشگیری و درمان که با هدف حفظ سلامت اجتماعی انجام می پذیرد، اکثر جوامع راهکارهای پیشگیرانه و تاکتیک های درمانی مختلفی را مورد استفاده قرار می دهند که یکی از این روش ها، استفاده از متادون درمانی<sup>۲</sup> است (شاگری نسب، خسروآبادی و قلعه نوی، ۱۳۹۴). این درمان دارویی در حیطه درمان های نگهدارنده است که می تواند به عنوان مداخله مؤثر، ایمن و اثربخش برای افراد وابسته به مواد مخدر مورد استفاده قرار گیرد (مایوک و باتلر<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). این دارو آگونیست کامل گیرنده مو<sup>۴</sup> (یکی از چهار گیرنده افیونی طبیعی کنترل درد در بدن) است که مصرف یک دوز روزانه آن می تواند از شروع عوارض ترک به مدت ۶۳-۲۲ ساعت جلوگیری می کند به همین دلیل می تواند داروی جایگزین مناسبی برای اعتیاد در نظر گرفته شود (حدادی، رحیمی موقر، فرهی و فرهمندفر، ۱۳۹۸).

هرچند شواهد نشان می دهد که استفاده از متادون به دلیل خاصیت شبه افیونی خود می تواند به طور گسترده ای از گرایش بیماران به مصرف مواد مخدر بکاهد، اما بسیاری از افراد تحت درمان با متادون به دلیل وجود وسوسه یا ولع<sup>۵</sup> مصرف، اقدام به مصرف هم زمان مواد مخدر به همراه داروی جایگزین می نمایند که این مسئله علاوه بر اینکه نوعی شکست در درمان نگهدارنده محسوب می شود، تهدیدی جدی بر سر راه سلامتی این بیماران نیز

1. Chen, Liu, Long, & Zhou  
2. Methadone therapy  
3. Mayock & Butler

4. Mu  
5. Craving

است (مک نیل، برانیل، اسکیلدینگ و دی توماس<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). وسوسه یا ولع مصرف مواد، عامل روانی مزاحمی محسوب می‌شوند که موفقیت درمان‌ها را به‌طور گسترده تحت تأثیر قرار داده و موجب شکست درمان می‌شود (کاویچیولی، واسینا، مواییلی و مافی<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). این عامل به معنی نوعی اجبار برای مصرف تعریف می‌گردد که حالتی روان‌شناختی داشته و طی آن یک میل شدید و مقاوم برای مصرف مواد در بیمار ایجاد می‌شود و موجبات ایجاد رنج‌های روان‌شناختی از جمله اضطراب را فراهم می‌آورد (رای و روچ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). به همین دلیل ولع مصرف را وضعیتی می‌دانند که می‌تواند به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل بازگشت مجدد معتادان تحت درمان به مصرف مواد مخدر در نظر گرفته شود و موجبات عدم موفقیت درمان‌جو در پروسه درمان را فراهم نماید که نیاز به توجه جدی دارد (صدری دمیرچی، اسدی شیشه گران و اسماعیلی قاضی‌ولویی، ۱۳۹۶).

از طرفی دیگر شواهد نشان می‌دهد مادامی که بیماران تحت درمان، بتوانند به خودکارآمدی در ترک اعتیاد<sup>۴</sup> دست یابند تا حد زیادی مانند‌گاری آنان در درمان ارتقا می‌یابد؛ چراکه خودکارآمدی در ترک اعتیاد می‌تواند از لحاظ شناختی نقش مهمی در جلوگیری از بازگشت به مصرف مواد داشته باشد و با تأثیرگذاری بر افکار و هیجانات به افزایش توانمندی‌های مقابله‌ای آنان کمک نماید (تانگوچی، تانکا، نوزاکی و ساکاکیبارا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸). خودکارآمدی نوعی توانمندی روان‌شناختی محسوب می‌شود که به افراد این امکان را می‌دهد تا به‌درستی در مورد توانایی‌های خود در رسیدن به اهدافشان فکر کنند و قضاوت صحیحی در این رابطه داشته باشند؛ پس این مسئله دور از انتظار نخواهد بود که به هر میزان خودکارآمدی در ترک اعتیاد در بیماران بالاتر باشد به همان اندازه احتمال خروج از فرایند درمان کاهش یابد (الکساندر، هیرت، باسینل و کندزور<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹). بندورا<sup>۷</sup> (۱۹۹۷) معتقد است خودکارآمدی توانمندی است که می‌تواند به‌عنوان میانجی شناختی

1. MacNeill, Brunelle, Skelding & DiTommaso
2. Cavicchioli, Vassena, Movalli & Maffei
3. Ray & Roche
4. self-efficacy quit addiction
5. Taniguchi, Tanaka, Nozaki & Sakakibara
6. Alexander, Hébert, Businelle & Kendzor
7. Bandura

عمل، مدنظر قرار گیرد و بر روی احساس، تفکر و عملکرد افراد تأثیر گذارد (شاکری نسب، مهدیان و قلعه‌نوی، ۱۳۹۹)؛ بر همین اساس توجه به خودکارآمدی ترک اعتیاد بیماران تحت درمان می‌تواند پیش‌بینی کننده مثبتی بر درمان موفق اعتیاد باشد (نیکدل، بختیار پور، نادری و احتشام زاده، ۱۳۹۹).

بر اساس آنچه گفته شد برخی از مواقع درمانگران با هدف افزایش اثربخشی بهتر رویکردهای دارویی، به صورت هم‌زمان اقدام به مداخلات روان‌شناختی مختلفی می‌نمایند تا بدین وسیله از بروز مشکلات روان‌شناختی مرتبط جلوگیری نموده و توانمندی‌های بیمار را افزایش دهند از این طریق به افزایش تأثیر دارودرمانی نیز مدد رسانند که درمان‌های شناختی رفتاری از مهم‌ترین این مداخلات است (شاکری نسب و همکاران، ۱۳۹۴). یکی از رویکردهایی که بر پایه پیشگیری از بازگشت به اعتیاد تدوین گردیده است، رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات<sup>۱</sup> است که توسط مارلات و گوردون (۱۹۸۵) معرفی شده است و در آن سعی گردیده تا مداخله‌های شناختی با مهارت‌های رفتاری تلفیق گردد و بدین طریق از بازگشت مجدد اعتیاد جلوگیری شود (دوستیان، دادخواه، بهمنی آهوان و اعظمی، ۱۳۹۳). این رویکرد درمانی بر این اساس تدوین یافته است که به بیمار کمک نماید تا نسبت به تمایلات فردی آگاهی یافته و به تصحیح باورهای اشتباه در زمینه مصرف مواد بپردازد. همچنین ضمن ارتقای توانمندی‌های روان‌شناختی خود، بتواند راهبردهای حل مسئله کارآمد مانند ترک محل و شناخت عوامل خطر را به‌طور مؤثر به کار برد و وسوسه‌های ناشی از ترک را تحمل کند (بوون، چاولا و ویدکیویتز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴).

شواهد پیشین گویای آن است که استفاده از رویکردهای شناختی می‌تواند تا حد زیادی بر موفقیت درمان اعتیاد تأثیر بگذارد، به‌طوری که پژوهش عبیدی زرین و مهدوی (۱۳۹۷) نشان می‌دهد خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادین تحت درمان با رویکرد شناختی رفتاری پس از مداخله ارتقا یافته است. پژوهش نیکنام، مداحی و شفیع‌آبادی (۱۳۹۵) نیز

نشان داده است آموزش شناختی رفتاری مارلات توانسته است در میزان ولع مصرف و بازگشت به مواد مخدر بیماران تحت درمان اثر مثبتی داشته باشد. تحقیق اکبری بورنگ، دلاکه، صابری و یاسبلاخی (۱۳۹۵) نیز گویای آن است که رویکرد شناختی رفتاری می تواند بر خود کارآمدی بیماران تأثیر مثبتی گذارد و به موفقیت درمان آنان کمک نماید. پژوهش خدادوست، اورکی، دهستانی و بیات (۱۳۹۳) نیز گویای آن بوده که به کارگیری شناختی رفتاری مارلات می تواند منجر به بهبودی و کاهش عود در بیماران تحت درمان اعتیاد گردد و از عود بیماری جلوگیری نماید. دوستان و همکاران (۱۳۹۳) نیز در تحقیقی مشابه نشان دادند بیمارانی که تحت مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات قرار گرفتند، میزان عود بیماری در آنان کاهش یافته و توانمندی مقابله ای آن ها در مقابل وسوسه ها ارتقا یافته است. پژوهش کایو گلو و ساهین آلتون<sup>۱</sup> (۲۰۲۱) نیز نشان داد که رویکرد شناختی رفتاری می تواند موجب ارتقای توانمندی های روان شناختی معتادان گردد و خود کارآمدی آنان را افزایش دهد. مارکوویتز، مک هوگ، ویست و کیلی<sup>۲</sup> (۲۰۲۰) نیز در تحقیقی که به بررسی رویکردهای روان درمانی بر افزایش توانمندی های روان شناختی پرداخت، نشان داد رویکرد شناختی رفتاری می تواند موجب ارتقای خود کارآمدی افراد گردد. پژوهش آن، هی، ژنگ و تائو<sup>۳</sup> (۲۰۲۰) نیز نشان از آن داشت که درمان های شناختی رفتاری می تواند بر کاهش وسوسه های درمان در معتادان مؤثر باشد.

با توجه به انعطاف پذیری بالایی که می توان در مداخلات مبتنی بر مدل مارلات به کار برد و امکان تلفیق مؤثر این رویکرد با درمان های دارویی، در صورتی که اثربخشی این شیوه درمانی در همراهی با متادون درمانی به اثبات برسد، می تواند مسیر روشنی را در اختیار درمانگران قرار دهد که این موضوع یکی از دلایل اهمیت انجام این تحقیق در نظر گرفته می شود. همچنین با توجه به اینکه یکی از عمده ترین دلایل شکست بیماران تحت درمان با متادون، مسئله وسوسه و ولع مصرف و ناتوانی در مقابله با آن است، در صورتی که اثربخشی استفاده از روش مارلات بر خود کارآمدی ترک و ولع مصرف به اثبات برسد می تواند به

درمانگران کمک کند تا با استفاده از تکنیک‌های این رویکرد به افزایش موفقیت درمان با متادون کمک نمایند. بر همین اساس پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر ولع مصرف و خودکارآمدی ترک بیماران تحت درمان با متادون اثر دارد؟

## روش پژوهش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران وابسته به مواد مخدر تحت درمان با متادون مراجعه‌کننده به مرکز ماهان شهر بجنورد در سال ۱۴۰۰ بود. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیرگروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۳۹۸). بنابراین، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری دردسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش داشتن تحصیلات حداقل سیکل، قرار گرفتن تحت درمان با متادون، شرکت داوطلبانه در پژوهش و عدم دریافت درمان روان‌شناختی همزمان با مداخله پژوهش و ملاک خروج از پژوهش، عدم مشارکت منظم در جلسات، غیبت بیش از دو جلسه و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم‌افزار اسپاس اس تحلیل شدند.

### ابزار

۱- پرسشنامه ولع مصرف<sup>۱</sup>: این پرسشنامه با محوریت ولع مصرف به‌عنوان یک حالت انگیزشی توسط فرانکن، هندریکس، ون دن برنیک<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) طراحی گردید و ولع مصرف مواد دوره‌ای را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه شامل ۱۴ سؤال است که سه عامل تمایل و قصد نسبت به مصرف مواد (سؤالات ۱، ۲، ۱۲، ۱۴)، میل به مصرف و

1. Desire for drug questionnaire

2. Franken, Hendricks, & Van den Bernick

تقویت منفی یا باور به رفع مشکلات زندگی و کسب لذت هم‌زمان با مصرف مواد (سؤالات ۷، ۴، ۵، ۹، ۱۱) و لذت و شدت فقدان کنترل (سؤالات ۳، ۶، ۸، ۱۰، ۱۳) را در بر می‌گیرد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) می‌باشد. همسانی درونی مؤلفه‌های این پرسشنامه در بررسی مکرری، اختیاری، حسنی ابهریان و گنجگک آهی (۱۳۸۹) در سوءمصرف کنندگان انواع مختلف مواد افیونی از جمله کراک و هروئین به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۹ و ۰/۴۰ و در سوءمصرف کنندگان مت‌آفتمین به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۵ و ۰/۸۱ گزارش شده است (مکرری و همکاران، ۱۳۸۹). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۶ به دست آمد.

۲- پرسشنامه خودکارآمدی ترک: پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد ابزاری است ۱۶ سؤالی است که توسط برامسون<sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۹ جهت بررسی میزان کارآمدی افراد در ترک اعتیاد تهیه گردید. این ابزار ۱۶ سؤالی دارای چهار خرده مقیاس شامل مهارت حل مسئله (سؤالات ۱۳، ۳، ۱۴، ۱۶)، مهارت ابراز وجود (سؤالات ۴، ۵، ۷، ۱۵)، مهارت تصمیم‌گیری (سؤالات ۱، ۲، ۱۱، ۱۲) و مهارت ارتباطی (سؤالات ۶، ۸، ۹، ۱۰) است که در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از به‌شدت مخالفم (۱) تا به‌شدت موافقم (۷) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره این پرسشنامه بین ۱۶ تا ۱۱۲ است. در ایران این پرسشنامه مورد اعتبار یابی قرار گرفته و میزان اعتبار از طریق همسانی درونی برای خرده مقیاس‌های مهارت حل مسئله ۰/۸۷، تصمیم‌گیری ۰/۷۲، ابراز وجود ۰/۷۵ و م ارتباطی ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۹۰ گزارش شده است (حبیبی، دشگرد، حیدری و طلائی، ۱۳۹۱). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد.

## روش اجرا

در این مطالعه، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات به صورت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مطابق بسته آموزشی نیکنام و همکاران (۱۳۹۵) و با فراوانی دو جلسه در هفته انجام شد. همچنین اجرای آزمون‌های تحقیق، قبل از شروع مداخله (پیش‌آزمون) و بعد از

اتمام جلسات آموزشی (پس آزمون) اجرا شد. پروتکل مراحل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات به صورت خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شرح مختصر جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات

جلسه‌ها	هدف	برنامه	تکلیف
جلسه اول	معرفی برنامه درمان و آشنایی با اعضا	آشنایی با اعضا و ایجاد ارتباط در جهت برقراری رابطه حسنه، سعی در ایجاد اتحاد درمانی، توافق با اعضا در خصوص اهداف درمانی، ایجاد انگیزه در بیماران جهت شرکت مؤثر در جلسات.	ثبت ویژگی‌های جسمانی و روانی خود، تلاش برای ایجاد تعامل بین فردی
جلسه دوم	مدیریت مؤثر بیماری	شناخت اعتیاد و توضیح در مورد فرایندهای ترک، تلاش برای ایجاد شناخت بین اعضا، آشنایی با اصول بهبودی، آشنایی با نقشه تغییر شناختی.	ثبت تجربیات خود در مورد عوارض مصرف و ارائه درگروه ثبت افکار ناکارآمد در مورد ولع مصرف
جلسه سوم	تحلیل رفتار معیوب	آشنایی با عوامل و سوسه‌برانگیز، تلاش برای شناساندن و کنترل پیشایندها و پیامدهای مصرف مواد مخدر.	ثبت افکار و سوسه انگیز و سعی در کاهش افکار منفی
جلسه چهارم	شناسایی عوامل خطر	آشنایی با عوامل عود و آشنایی با خطاهای شناختی مسبب آن، روش‌های مقابله‌ای در خصوص مدیریت افکار منفی و روش‌های کاهش لغزش و شناسایی عوامل هشداردهنده.	ثبت خطاهای شناختی در افکار در طول مدت یک هفته و سعی در اصلاح این افکار
جلسه پنجم	شناسایی خطاهای شناختی	شناسایی و کنترل افکار انتظاری، تسهیل‌کننده، اجازه دهنده و تحریف‌های شناختی و آموزش توقف فکر و آشنایی با نحوه مقابله هیجان مدار.	استفاده از تکنیک‌های توقف فکر در طول مدت هفته در مواجهه با سوسه و ثبت تجربه خود
جلسه ششم	مدیریت افکار و سوسه‌انگیز	آشنایی با خطاهای شناختی مسبب ایجاد ولع مصرف، علت‌های سوسه و افزایش توانمندی در مدیریت بهتر شرایط خطر.	بررسی خطاهای شناختی و نحوه مقابله با آن‌ها از طریق ثبت رویدادهای مشکل‌زا



جدول ۱: شرح مختصر جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات

جلسه‌ها	هدف	برنامه	تکلیف
جلسه هفتم	مدیریت هیجانات و کنترل	آشنایی با هیجان‌های مثبت و منفی، افزایش مهارت‌های مدیریت و کنترل اضطراب و روش‌های تغییر حال بد به حال خوب.	ثبت هیجان مثبت و منفی در جدول مخصوص و ارائه روش برخورد با آن‌ها در موقعیت‌های مختلف
جلسه هشتم	روش‌های حل مسئله	آموزش مهارت حل مسئله و روش‌های تفکر همگرا و واگرا در خصوص حل مسئله	تمرین در خصوص تغییر تفکر از تفکر همگرا به تفکر واگرا با ثبت وقایع فرضی و واقعی
جلسه نهم	تصمیم‌گیری سازنده	ایجاد توانمندی در تمیز دادن بین تصمیمات نامربوط و خطرناک و تصمیمات سالم و اثربخش و نقش تصمیم‌گیری در رفتار مثبت.	ثبت تصمیم‌های مختلف زندگی در جدول و شناسایی تصمیمات خطرناک از سالم و جایگزین نمودن تصمیم‌های سالم به جای خطرناک
جلسه دهم	اصلاح سبک زندگی	آشنایی با نحوه برنامه‌ریزی مناسب و تصحیح سبک زندگی و مقایسه سبک زندگی سالم و اعتیادی و برنامه‌ریزی در خصوص تغییر از سبک زندگی بد به سبک زندگی سالم.	برنامه‌ریزی برای تدوین سبک زندگی مناسب با فرد از طریق ثبت وقایع و برنامه‌های روزمره و کمک برای تصمیم‌گیری بهتر
جلسه یازدهم	مدیریت افکار	آشنایی با عوامل افزایش دهنده عود، شناسایی روش‌های تقویت خودکارآمدی در زندگی و استفاده از تفکر سازنده در خصوص ترک اعتیاد و تخطی از پرهیز و راه‌های مقابله با آن.	ثبت اتفاقاتی که منجر به افکار وسوسه‌انگیز می‌شود و ارائه روش مقابله‌ای مناسب و ارائه نظرات در جمع
جلسه دوازدهم	مرور و جمع‌بندی	مرور جلسات گذشته و ایجاد برنامه‌ریزی‌های بنیادی در خصوص تداوم بهبودی و سعی در ایجاد پویایی گروه در بعد از جلسات به صورت خودجوش.	تلاش برای ایجاد رابطه درمانی و پویایی گروه از طریق ایجاد رابطه بین فردی

## یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۴۱/۶ سال و در گروه کنترل ۳۸/۸ سال بود. توزیع فراوانی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه در دو موقعیت پیش و پس‌آزمون نیز در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد هر یک از متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	عضویت گروهی	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نمره کل ولع مصرف	گروه کنترل	۵۴/۷	۱۰/۴	۵۳/۵	۸/۵
	گروه آزمایش	۵۴/۳	۸/۵	۴۲/۵	۹/۲
تمایل به مصرف	گروه کنترل	۱۷/۳	۴/۲	۱۶/۵	۴/۸
	گروه آزمایش	۱۶/۳	۴/۲	۱۳/۶	۴/۴
میل به مصرف و تقویت منفی	گروه کنترل	۱۸/۵	۵/۹	۱۹/۳	۶/۰
	گروه آزمایش	۱۹/۰	۶/۱	۱۵/۶	۶/۰
لذت و شدت فقدان کنترل	گروه کنترل	۱۸/۸	۴/۴	۱۷/۷	۶/۳
	گروه آزمایش	۱۸/۹	۴/۴	۱۳/۱	۴/۲
نمره کل خودکارآمدی ترک	گروه کنترل	۶۳/۹	۱۰/۹	۶۵/۷	۷/۴
	گروه آزمایش	۶۴/۱	۸/۹	۷۷/۴	۱۰/۳
مهارت حل مسئله	گروه کنترل	۱۶/۰	۵/۲	۱۶/۴	۴/۹
	گروه آزمایش	۱۶/۱	۴/۶	۱۹/۰	۳/۲
مهارت ابراز وجود	گروه کنترل	۱۶/۰	۵/۲	۱۶/۲	۴/۸
	گروه آزمایش	۱۶/۴	۴/۶	۱۸/۱	۳/۹
مهارت تصمیم‌گیری	گروه کنترل	۱۴/۳	۶/۴	۱۵/۱	۵/۳
	گروه آزمایش	۱۵/۱	۳/۸	۱۹/۳	۳/۹
مهارت ارتباطی	گروه کنترل	۱۷/۸	۴/۸	۱۷/۹	۵/۱
	گروه آزمایش	۱۶/۳	۵/۵	۲۰/۹	۵/۱

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه پژوهش در متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش تغییرات محسوسی داشته است. برای تجزیه نتایج اصلی از

آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، نرمال بودن توزیع داده‌هاست. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنف حاکی از آن بود که نمرات مولفه‌های خودکارآمدی ترک و ولع مصرف دارای توزیع نرمال بودند ( $p > 0/05$ ). همچنین هیچ کدام از مقیاس‌های تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی در آزمون لوین معنادار نبودند ( $p > 0/05$ )، لذا می‌توان گفت که همگنی واریانس‌ها برقرار بود. نتایج آزمون ام‌باکس ( $s^2\text{Box} = 5/56, F = 1/52, p = 0/14$ ) حاکی از همگنی واریانس‌ها می‌باشد ( $p > 0/05$ ). با توجه به اینکه هیچ کدام از مقیاس‌ها در بررسی همگنی رگرسیون معنادار نبودند ( $p > 0/05$ )، می‌توان نتیجه گرفت که فرض همگنی رگرسیون برقرار است. در ادامه پس از کنترل اثر پیش‌آزمون جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل بر طبق نمره‌های پس‌آزمون در تعیین تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر مولفه‌های خودکارآمدی ترک اعتیاد و ولع مصرف از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون اثر لامبدای ویلکز به‌عنوان رایج‌ترین آزمون نشان داد، بین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری در مرحله پس‌آزمون وجود دارد (لامبدای ویلکز =  $0/809, F = 6/39, p = 0/19$ ، ضریب تأثیر،  $p < 0/001$ ). با توجه به مجذور اتا می‌توان گفت که ۱۹ درصد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات در ولع مصرف و خودکارآمدی ترک گروه آزمایش تأثیر داشته است. در ادامه جهت بررسی دقیق این تفاوت‌ها نتایج کوواریانس در نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۳ ارائه گردید.

جدول ۳: نتایج بررسی کوواریانس در نمره‌های پس‌آزمون خودکارآمدی ترک و ولع مصرف

متغیر	مولفه‌ها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	توان آماری
ولع مصرف	تمایل به مصرف	۱۲۱/۴۲	۹/۲۱	۰/۰۰۱	۱
	میل به مصرف و تقویت منفی	۱۸۷/۵۱	۷/۸۹	۰/۰۰۲	۱
	لذت و شدت فقدان کنترل	۱۹۲/۶۳	۶/۶۹	۰/۰۰۳	۱
خودکارآمدی	مهارت حل مسئله	۱۳۱/۷۴	۸/۶۲	۰/۰۰۲	۱
ترک	مهارت ابراز وجود	۱۴۲/۳۱	۱۰/۴۹	۰/۰۰۱	۱
	مهارت تصمیم‌گیری	۱۱۱/۲۴	۶/۷۸	۰/۰۰۳	۱
	مهارت ارتباطی	۱۷۰/۲۶	۸/۰۱	۰/۰۰۲	۱

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد، در مولفه‌های خودکارآمدی ترک و ولع مصرف بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که گروه آزمایش در تمامی مؤلفه‌های ولع مصرف نمرات کمتر و در تمامی مولفه‌های خودکارآمدی ترک نمرات بیشتری را نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات باعث شد که گروهی که از این روش بهره برده بودند ولع مصرف کمتری را تجربه کنند و بر افزایش خودکارآمدی ترک در پس‌آزمون اثربخش بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر ولع مصرف و خودکارآمدی ترک اعتیاد در بیماران تحت درمان با متادون بود. یافته‌ها نشان داد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات تفاوت معنی‌داری را در میانگین نمرات متغیرهای ولع مصرف و خودکارآمدی ترک در مرحله پس‌آزمون ایجاد نمود و این بدان معنی است که همراهی این روش درمانی با متادون درمانی می‌تواند بر ولع مصرف و خودکارآمدی ترک بیماران مؤثر باشد. یافته‌های این تحقیق از این جهت که تأثیر مداخلات شناختی رفتاری را بر کاهش ولع مصرف نشان داده است، با پژوهش‌های مارکوویتز و همکاران (۲۰۲۰)، آن و همکاران (۲۰۲۰)، خدادوست و همکاران (۱۳۹۳) و

دوستیان و همکاران (۱۳۹۳) همسو است. در این تحقیقات نیز به تأثیر مداخلات شناختی رفتاری بر کاهش ولع مصرف بیماران تحت درمان اعتیاد اشاره شده است. همچنین یافته‌های این تحقیق از این جهت که تأثیر مداخلات شناختی رفتاری را بر افزایش خودکارآمدی بیماران تحت درمان اعتیاد نشان داده است، با پژوهش‌های کایوگلو و همکاران (۲۰۲۱)، نیکنام و همکاران (۱۳۹۵)، اکبری بورنگ و همکاران (۱۳۹۵) همسو و هماهنگ است.

در تبیین یافته‌های این تحقیق می‌توان این گونه عنوان داشت که درمانگران اعتیاد با تأکید بر مدل مارلات سعی می‌نمایند تا مداخله‌های شناختی را با مهارت‌های رفتاری تلفیق نموده و با تأثیرگذاری بر فرایندهای شناخت و اصلاح رفتارهای معیوب به موقعیت‌ها یا عواملی که در ایجاد عود بیماری دخالت دارند توجه بیشتری نمایند و همین موضوع موجب می‌گردد تا میزان ولع مصرف در طول دوره درمان کاهش یابد (دوستیان و همکاران، ۱۳۹۳). در واقع تکنیک‌های مورد استفاده در این رویکرد می‌تواند موجب اصلاح سبک زندگی نامتعادل بیماران تحت درمان گردیده و باعث افزایش خودکنترلی در آنان شود؛ همچنین آنان را قادر سازد تا هیجانات نامتعارف خود را بهتر مدیریت کرده و به نحو مقتضی با خواسته‌های نامعقول مقابله نمایند (کایوگلو و همکاران، ۲۰۲۱). مدل مارلات با تأکید بر نقش اصلی موقعیت‌های خطر، سعی می‌نماید تا عوامل محافظت‌کننده را در فرد ارتقا دهد؛ بر همین اساس با به‌کارگیری تکنیک‌هایی که مهارت‌های مقابله‌ای را هدف قرار می‌دهد، ضمن تقویت توانمندی‌های مقابله‌ای، راهبردهای رفتاری مناسب مانند ترک موقعیت و راهبردهای شناختی مناسب مانند گفتگوی با خود را تقویت نموده و بدین طریق بر میزان ولع مصرف تأثیر گذارد (نیکنام و همکاران، ۱۳۹۵).

در تبیین دیگری می‌توان عنوان داشت که رویکرد مارلات با تأکید بر بازسازی‌های شناختی، بر روی باورهای فرد در خصوص پیامد انتظاراتش تأثیر مثبت دارد و آگاهی بیمار تحت درمان را از این باورها ارتقا می‌دهد؛ در نتیجه از میزان وسوسه‌های مصرف می‌کاهد. زیرا این رویکرد تأکید زیادی بر کنترل هیجانات منفی داشته و ضمن ارتقای کنترل وسوسه مصرف، ماندگاری در درمان را افزایش می‌دهد و کمک می‌کند تا بیمار

در موقعیت‌های پرخطر سنجیده‌تر عمل نموده و کمتر به مصرف مواد فکر کند (آن و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع درمان شناختی رفتاری مارلات که مبتنی بر روان‌شناسی شناختی اجتماعی است، با تأکید بر تعیین‌کننده‌های بی‌واسطه همچون موقعیت‌های پرخطر، مهارت‌های کنارآمدن شخص، پیامد انتظارات و اثر پرهیز از تخلف و پیشایندهای پنهان همچون نامتعادلی‌های سبک زندگی، ولع‌ها و اشتیاق‌ها، به‌طور مستقیم وسوسه و ولع مصرف را هدف قرار می‌دهد و همین موضوع باعث می‌گردد تا توانمندی شناختی و رفتاری بیماران افزایش یابد و در به‌کارگیری روش‌های مقابله‌ای کارآمد به توانمندی دست یابند که در این صورت بتوانند مانع ولع مصرف خود شوند (دوستیان و همکاران، ۱۳۹۳).

همچنین در تبیین تأثیر استفاده از مدل مارلات بر میزان خودکارآمدی ترک اعتیاد، می‌توان این‌گونه عنوان داشت که خودکارآمدی در ترک اعتیاد نیز نوعی توانمندی شناختی و رفتاری است که تحت تأثیر دانش شناختی افراد قرار دارد. به همین منظور افزایش آگاهی‌های شناختی در مورد روش‌های مدیریت افکار منفی، کنترل هیجانات منفی و توانمندی در برخورد با موقعیت‌های وسوسه‌برانگیز که به واسطه استفاده از راهبردهای شناختی و رفتاری مبتنی بر مدل مارلات انجام می‌شود می‌تواند به افزایش خودکارآمدی ترک کمک نماید (مارکوویتز و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین می‌توان این‌گونه عنوان داشت که درمان شناختی رفتاری این امکان را فراهم می‌آورد تا افراد به درک بهتری از شرایط دست یافته و به‌صورت سنجیده‌تری موقعیت‌ها را واریسی نمایند. براین اساس افراد ضمن تقویت رفتارهای مقابله‌ای به بازشناسی بهتر شرایط خطر دست می‌یابند و می‌توانند در مقابل آن رفتارهای بهتری را بروز دهند؛ بدین معنی که این رویکرد، توانمندی مدیریت بهتر موقعیت‌های خطر ساز را افزایش می‌دهد و این باور را در بیماران تقویت می‌کند که می‌توانند بر مصرف مواد کنترل داشته باشند (اکبری بورنگ و همکاران، ۱۳۹۵). در تبیین دیگری نیز می‌توان عنوان داشت که رویکرد مارلات به فرد تحت درمان کمک می‌کند تا موقعیت‌های پرخطر را شناسایی نموده و مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر همچون مهارت‌های مقابله‌ای شناختی، گفتگوی مثبت با خود، حذف

گفتگوهای خود کامروابخش و مهارت‌های مقابله‌ای رفتاری همچون ترک موقعیت پرخطر را به نحو مؤثری مورد استفاده قرار دهد که همین به کارگیری مؤثر مهارت‌های مقابله‌ای موجب افزایش خودکارآمدی و مقاومت فرد در موقعیت‌های وسوسه‌انگیز می‌شود که نهایتاً افزایش خودکارآمدی ترک را رقم می‌زند (نیکنام و همکاران، ۱۳۹۵). در واقع در این رویکرد به جای تمرکز بر هدف نهایی طولانی مدت به مجموعه‌ای کوچک‌تر از وظایف و اهداف تأکید می‌شود که کنترل‌پذیرتر باشد و از آنجا که خودکارآمدی ترک اعتیاد با دستیابی به اهداف از پیش تعیین‌شده ارتباط دارد، تسلط بر این وظایف کوچک فردی منجر به افزایش خودکارآمدی می‌گردد (کایوگلو و همکاران، ۲۰۲۱).

در مجموع می‌توان این‌گونه عنوان داشت که به نظر می‌رسد از عمده‌ترین دلایل تأثیر این رویکرد بر ولع مصرف مواد و خودکارآمدی ترک در بیماران تحت درمان با متادون این است که این رویکرد به شناسایی خطاهای شناختی کمک شایانی نموده و رفتارهای معیوب را که به واسطه تحریفات شناختی ایجاد می‌گردد، شناسایی و اصلاح نموده است. همچنین ضمن ارتقای توانمندی‌های بیماران، موجب اشتیاق به درمان در آنان شده است و چون این موضوع موجب علاقه‌مندی بیماران به نگهداری درمان شده است، خودکارآمدی در ترک را ارتقا داده و از میزان ولع مصرف کاسته است. همچنین از آن جا که بیماران تحت درمان با متادون از داروی جایگزین استفاده می‌نمایند و فاقد دردهای جسمانی و مشکلات ناشی از ترک هستند، استفاده از مدل مارلات توانسته است بر افکار وسوسه‌انگیز آنان تأثیر مثبتی گذارد و به مدیریت بهتر عوامل خطر کمک نماید؛ بنابراین، این موضوع موفقیت در درمان را افزایش داده و کمک درمانی مناسبی برای این بیماران بوده است. همچنین به نظر می‌رسد راهبردهای آموزش داده شده در این رویکرد که مبتنی بر مدیریت هیجانات منفی، شناسایی و کنترل پیشایندها و پیامدهای مصرف مواد، عوامل عود، لغزش و هشداردهنده، کنترل افکار انتظاری، تحریف‌های شناختی، راهبردهای مقابله با وسوسه، آشنایی با مهارت حل مشکل و اتخاذ سبک زندگی سالم بوده است، موجب ارتقای توانمندی‌های شناختی بیماران شده که همین مسئله باعث کاهش میزان ولع مصرف و افزایش خودکارآمدی ترک گردیده است.

در خصوص محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت در نمونه‌گیری اشاره داشت؛ چرا که این پژوهش تنها بیماران تحت درمان با متادون مرکز بازتوانی اعتیاد ماهان شهر بجنورد را مورد مطالعه قرار داده است. همچنین عدم پیگیری نتایج از دیگر محدودیت‌های این تحقیق است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نمونه وسیع‌تر نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود جهت بررسی تأثیر این آموزش، دوره‌های پیگیری نیز مدنظر قرار گیرد. در مجموع بر اساس یافته‌های این تحقیق پیشنهاد می‌شود درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات به‌عنوان یک روش آموزشی مؤثر در افزایش توانمندی‌های فردی و اجتماعی بیماران مورد استفاده قرار گیرد و در بحث درمان اعتیاد به‌صورت یک رویکرد تلفیقی با دارودرمانی، توسط درمانگران اعتیاد به اجرا درآید.

### منابع

- اکبری بورنگ، محمد؛ دلاکه، محمدحسن؛ صابری، رضا و یاسبلاخی، بهمن (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه درسی مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری بر افزایش میزان خودکارآمدی و تاب‌آوری بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۸)، ۱۱۷-۱۰۳.
- حبیبی، رحیم؛ دشتگرد، علی؛ حیدری؛ عباس و طلایی، علی (۱۳۹۱). رواسازی و تعیین پایایی پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون. *مجله تحقیقات نظام سلامت-حکیم*، ۱۵(۱)، ۵۹-۵۳.
- حدادی، محمدرضا؛ رحیمی موقر، آفرین؛ فرهی، فرامرز و فرهمندفر، مریم (۱۳۹۸). مقایسه اثرات متادون با بوپرنورفین بر پروفایل هورمون‌های تولیدمثل (جنسی) و تجزیه مایع سمینال (باروری) در مردان تحت درمان نگهدارنده. *مجله تعالی بالینی*، ۹(۱)، ۶۰-۴۸.
- خدادوست، ساناز؛ اورکی، محمد؛ دهستانی، مهدی و بیات، شهره (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی مداخله‌ی شناختی-رفتاری مارلات و گروه‌درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر میزان بهبودی و پیشگیری از عود در بیماران مرد وابسته به کراک (هروئین فشرده). *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۲۹)، ۱۱۹-۱۳۰.
- درویشی، صیاد؛ بختیاری، لطفعلی و گله جاری، بهمن (۱۴۰۰). چالش‌های انتظامی در پیشگیری از اعتیاد از طریق مقابله با توزیع مواد مخدر صنعتی (مطالعه موردی کلاتری‌های شهرستان کرمانشاه). *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۹۶-۶۷.



دلاور، علی (۱۳۹۸). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش. دوستیان، یونس؛ دادخواه، اصغر؛ بهمنی، بهمن؛ آهوان، مسعود و اعظمی، یوسف (۱۳۹۳). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر کاهش عود در افراد وابسته به مواد افیونی. پژوهش‌های مشاوره، ۱۳(۴۵)، ۷۹-۵۷.

شاکری نسب، محسن؛ قلعه‌نوی، زهره و خسروآبادی، احسان (۱۳۹۴). درمان‌های روان‌شناختی در اعتیاد. بجنورد: انتشارات ارزینه.

شاکری نسب، محسن؛ مهدیان، حسین و قلعه‌نوی، زهره (۱۳۹۹). اثربخشی برنامه آموزش تحول مثبت نوجوانی بر هویت‌یابی و خودکارآمدی در دانش‌آموزان در معرض خطر اعتیاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۴(۵۸)، ۵۰-۳۱.

صدری دمیچی، اسماعیل؛ اسدی شیشه‌گران، سارا و اسماعیلی قاضی‌لویی، فریبا (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ولع مصرف، شدت وابستگی و تنظیم شناختی هیجان زنان وابسته به مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۱(۴۳)، ۶۹-۵۱.

صرامی، حمید؛ قربانی، مجید و مینوئی، محمود (۱۳۹۲). بررسی چهار دهه تحقیقات شیوع شناسی اعتیاد در ایران. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۷(۲۶)، ۵۲-۲۹.

عبدی زرین، سهراب و مهدوی، حسین (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان مراجعه‌کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد بهشهر. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۲(۴۹)، ۵۶-۳۹.

مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ حسنی ابهریان، پیمان و گنجگ‌اهی، حبیب (۱۳۸۹). معتبر سازی پرسشنامه ارزیابی ولع مصرف لحظه‌ای و دوره‌ای در سوءمصرف کنندگان انواع مختلف مواد افیونی (کراک هرئین و مت‌آفتمین). مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

نیکدل، مهدی؛ بختیار پور، سعید؛ نادری، فرح و احتشام زاده، پروین (۱۳۹۹). مدل‌یابی رابطه بین دین‌داری و جو عاطفی خانواده با خودکارآمدی ترک اعتیاد با توجه به نقش میانجی معنای زندگی در زنان وابسته به مواد مخدر. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۴(۵۷)، ۲۳۶-۲۱۱.

نیکنام، ماندانا؛ مداحی، محمدابراهیم و شفیق‌آبادی، عبدالله (۱۳۹۵). اثربخشی مدل شناختی-رفتاری مارلات بر کاهش ولع و پیشگیری از بازگشت زنان وابسته به مواد. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۴(۱)، ۱۷-۷.

## References

- Alexander, A. C., Hébert, E. T., Businelle, M. S., & Kendzor, D. E. (2019). Everyday discrimination indirectly influences smoking cessation through post-quit self-efficacy. *Drug and alcohol dependence*, 198(3), 63-69.

- An, H., He, R. H., Zheng, Y. R., & Tao, R. (2017). *Cognitive-behavioral therapy*. Zhang et al. (eds.), *Substance and Non-substance Addiction, Advances in Experimental Medicine and Biology*. Singapore: Springer Nature Singapore.
- Bowen, S., Chawla, N., & Witkiewitz, K. (2014). *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors*. New York: Guilford Publications.
- Bramson, J. H. (1999). *The impact of peer mentoring on drug avoidance self-efficacy and substance use*. Dissertation for degree of Doctoral of psychology, University of Northern Colorado.
- Cavicchioli, M., Vassena, G., Movalli, M., & Maffei, C. (2020). Is craving a risk factor for substance use among treatment-seeking individuals with alcohol and other drugs use disorders? A meta-analytic review. *Drug and alcohol dependence*, 212(5), 108-120.
- Chen, J., Liu, L., Long, D., & Zhou, H. (2020). The Spatial Heterogeneity of Factors of Drug Dealing: A Case Study from ZG, China. *ISPRS international journal of geo-information*, 9(4), 205-220.
- Franken, I. H. A., Hendricks, V. M., & Van den Brink, W. (2000). Initial validation of two opiate craving questionnaires the obsessive compulsives drug use scale and desires for drug questionnaire. *Addiction behaviors*, 27, 675-685
- Kayaoğlu, K., & Şahin Altun, Ö. (2021). The effect of combined cognitive-behavioral psychoeducation and music intervention on stress, self-efficacy, and relapse rates in patients with alcohol and substance use disorders: A randomized controlled trial. *Perspectives in psychiatric care*, 5(2), 102-109.
- MacNeill, L., Brunelle, C., Skelding, B., & DiTommaso, E. (2020). Experiences of clients in three types of methadone maintenance therapy in an Atlantic Canadian city: A qualitative study. *Canadian journal of nursing research*, 53(3), 211-221.
- Marcovitz, D. E., McHugh, K. R., West, J. J., & Kelly, J. (2020). Overlapping mechanisms of recovery between professional psychotherapies and alcoholics anonymous. *Journal of addiction medicine*, 14(5), 367-375.
- Mayock, P., & Butler, S. (2021). Pathways to 'recovery' and social reintegration: The experiences of long-term clients of methadone maintenance treatment in an Irish drug treatment setting. *International journal of drug policy*, 90(10), 30-42.
- Ray, L. A., & Roche, D. J. (2018). Neurobiology of craving: current findings and new directions. *Current addiction reports*, 5(2), 102-109.
- Taniguchi, C., Tanaka, H., Nozaki, Y., & Sakakibara, H. (2018). Changes in self-efficacy associated with success in quitting smoking in participants in Japanese smoking cessation therapy. *International journal of nursing practice*, 24(4), 126-147.