فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال شانزدهم، شماره شصت و چهارم، ص۲۵۸-۲۴۱، تابستان ۱۴۰۱
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 16, No. 64, P 241-258, Summer 2022

مقاله پژوهشی
Research Article

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

محسن شاکری نسب[۱]، نگار عظیم زاده طهرانی[۲]، طاهره رستمی[۳]، مصطفی پارسا نژاد[۴]

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 مورداستفاده 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 پیشگیرانه-ای 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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.241]

مقدمه

امروزه اعتیاد به مواد مخدر به‌عنوان یک مشکل اساسی جوامع را با تهدید روبرو می‌نماید و گسترش وابستگی افراد به مخدرهای صناعی، تهدیدی جدی برای بهداشت اجتماعی محسوب می‌گردد (چن، لیو، لانگ و ژئو[1]، ۲۰۲۰). تأثیر مخرب این پدیده تمامی کارکردهای اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و اقتصادی را دچار مشکل کرده و به ایجاد جرائم مرتبط دیگر دامن می‌زند (درویشی، بختیاری و گله جاری، ۱۴۰۰). بر همین اساس اکثر جوامع، اعتیاد را به عنوان چهارمین بحران، پس از فقر، افزایش جمعیت و محیط‌زیست در نظر گرفته‌اند و معتقدند که این مسئله توجه بیشتری را می‌طلبد (صرامی، قربانی و مینویی، ۱۳۹۲). به‌واسطه اهمیت توجه به مسئله اعتیاد و لزوم پیشگیری و درمان که با هدف حفظ سلامت اجتماعی انجام می‌پذیرد، اکثر جوامع راهکارهای پیشگیرانه و تاکتیک‌های درمانی مختلفی را مورد استفاده قرار می‌دهند که یکی از این روش‌ها، استفاده از متادون درمانی[2] است (شاکری نسب، خسروآبادی و قلعه‌نوی، ۱۳۹۴). این درمان دارویی در حیطه درمان‌های نگهدارنده است که می‌تواند به‌عنوان مداخله مؤثر، ایمن و اثربخش برای افراد وابسته به مواد مخدر مورد استفاده قرار گیرد (مایوک و باتلر[3]، ۲۰۲۱). این دارو آگونیست کامل گیرنده مو[4] (یکی از چهار گیرنده افیونی طبیعی کنترل درد در بدن) است که مصرف یک دوز روزانه آن می‌تواند از شروع عوارض ترک به مدت ۶۳-۲۲ ساعت جلوگیری می‌کند به همین دلیل می‌تواند داروی جایگزین مناسبی برای اعتیاد در نظر گرفته شود (حدادی، رحیمی موقر، فرهی و فرهمندفر، ۱۳۹۸).

هرچند شواهد نشان می‌دهد که استفاده از متادون به دلیل خاصیت شبه افیونی خود می‌تواند به‌طور گسترده‌ای از گرایش بیماران به مصرف مواد مخدر بکاهد، اما بسیاری از افراد تحت درمان با متادون به دلیل وجود وسوسه یا ولع[5] مصرف، اقدام به مصرف هم‌زمان مواد مخدر به همراه داروی جایگزین می‌نمایند که این مسئله علاوه بر اینکه نوعی شکست در درمان نگهدارنده محسوب می‌شود، تهدیدی جدی بر سر راه سلامتی این بیماران نیز

1. Chen, Liu, Long, & Zhou
2. Methadone therapy
3. Mayock & Butler
4. Mu
5. Craving

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.241]

است (مک نیل، برانیل، اسکیلدینگ و دی توماس[1]، 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، موایلی و مافی[2]، 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 ازجمله اضطراب را فراهم می‌آورد (رای و روچ[3]، 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 مادامی‌که بیماران تحت درمان، بتوانند به خودکارآمدی در ترک اعتیاد[4] دست یابند تا حد زیادی ماندگاری 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[5]، 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، هیبرت، باسینل و کندزور[6]، ۲۰۱۹). بندورا[7] (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

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.241]

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، به‌صورت 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[1] 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 حل‌مسئله 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[2]، ۲۰۱۴).

شواهد پیشین گویای آن است که استفاده از رویکردهای شناختی می‌تواند تا حد زیادی بر موفقیت درمان اعتیاد تأثیر بگذارد، به‌طوری‌که پژوهش عبدی 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

1. cognitive-behavioral therapy based on Marlatt model

2. Bowen, Chawla & Witkiewitz

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.241]

نشـان داده اسـت آموزش شـناختی رفتاری مارلات توانسـته اسـت در میزان ولع مصـرف و بازگشـت به مواد مخدر بیماران تحت درمان اثر مثبتی داشـته باشـد. تحقیق اکبری بورنگ، دلاکه، صـابری و یاسـبلاغی (۱۳۹۵) نیز گویای آن اسـت که رویکرد شـناختی رفتاری می‌تواند بر خودکارآمدی بیماران تأثیر مثبتی گذارد و به موفقیت درمان آنان کمک نماید. پژوهش خدادوست، اورکی، دهستانی و بیات (۱۳۹۳) نیز گویای آن بوده که به‌کارگیری شـناختی رفتاری مارلات می‌تواند منجر به بهبودی و کاهش عود در بیماران تحت درمان اعتیاد گردد و از عود بیماری جلوگیری نماید. دوستیان و همکاران (۱۳۹۳) نیز در تحقیقی مشـابه نشـان دادند بیمارانی که تحت مداخله شـناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات قرار گرفتند، میزان عود بیماری در آنان کاهش یافته و توانمندی مقابله‌ای آن‌ها در مقابل وسـوسـه‌ها ارتقا یافته اسـت. پژوهش کایوگلو و سـاهین آلتون[1] (۲۰۲۱) نیز نشـان داد که رویکرد شناختی رفتاری می‌تواند موجب ارتقای توانمندی‌های روان‌شناختی معتادان گردد و خودکارآمدی آنان را افزایش دهد. مارکوویتز، مک هوگ، ویست و کیلی[2] (۲۰۲۰) نیز در تحقیقی که به بررسـی رویکردهای روان‌درمانی بر افزایش توانمندی‌های روان‌شـناختی پرداخت، نشـان داد رویکرد شـناختی رفتاری می‌تواند موجب ارتقای خودکارآمدی افراد گردد. پژوهش آن، هی، ژنگ و تائو[3] (۲۰۲۰) نیز نشـان از آن داشـت که درمان‌های شناختی رفتاری می‌تواند بر کاهش وسوسه‌های درمان در معتادان مؤثر باشد.

با توجه به انعطاف‌پذیری بالایی که می‌توان در مداخلات مبتنی بر مدل مارلات به کار برد و امکان تلفیق مؤثر این رویکرد با درمان‌های دارویی، درصورتی‌که اثربخشی این شیوه درمانی در همراهی با متادون درمانی به اثبات برسـد، می‌تواند مسـیر روشـنی را در اختیار درمانگران قرار دهد که این موضـوع یکی از دلایل اهمیت انجام این تحقیق در نظر گرفته می‌شود. همچنین با توجه به اینکه یکی از عمده‌ترین دلایل شکست بیماران تحت درمان با متادون، مسئله وسوسه و ولع مصرف و ناتوانی در مقابله با آن است، درصورتی‌که اثربخشی استفاده از روش مارلات بر خودکارآمدی ترک و ولع مصرف به اثبات برسد می‌تواند به

1. Kayaoğlu & Şahin Altun
2. Marcovitz, McHugh, West & Kelly
3. An, He, Zheng & Tao

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.241]

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 اس‌پی‌اس‌اس تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسشنامه ولع مصرف[1]: این پرسشنامه با محوریت ولع مصرف به‌عنوان یک حالت انگیزشی توسط فرانکن، هندریکز، ون دن برنیک[2] (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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.241]

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

۲- پرسشنامه خودکارآمدی ترک[1]: پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد ابزاری است ۱۶ سؤالی است که توسط برامسون[2] در سال ۱۹۹۹ جهت بررسی میزان کارآمدی افراد در ترک اعتیاد تهیه گردید. این ابزار ۱۶ سـؤالی دارای چهار خرده مقیاس شـامل مهارت حل مســئله (ســؤالات ۳،۱۳، ۱۴، ۱۶)، مهارت ابراز وجود (ســؤالات 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 به‌شـــدت مخالفم (۱) تا به‌شـــدت موافقم (۷) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره این پرسشنامه بین ۱۶ تا ۱۱۲ است. در ایران این پرسشنامه مورد اعتبار یابی قرارگرفته و میزان اعتبار از طریق همســـانی درونی برای خرده مقیاس‌های مهارت حل مسئله ۰/۸۷، تصـمیم‌گیری ۰/۷۲، ابراز وجود ۰/۷۵ و م ارتباطی ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۹۰ گزارش شـده اسـت (حبیبی، دشـگرد، حیدری و طلایی، ۱۳۹۱). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد.

روش اجرا

در این مطالعه، درمان شـــناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات به صـــورت ۱۲ جلســـه ۹۰ دقیقه‌ای مطابق بســته آموزشـــی نیکنام و همکاران (۱۳۹۵) و با فراوانی دو جلســـه در هفته انجام شد. همچنین اجرای آزمون‌های تحقیق، قبل از شروع مداخله (پیش آزمون) و بعد از

1. Quit Addiction Self-Efficacy
2. Bramson

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.241]

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 وسوسه‌برانگیز، تلاش برای شناساندن و کنترل پیشایندها و پیامدهای مصرف مواد مخدر.	ثبت افکار وسوسه 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، تسهیل کننده، 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 وسوسه و ثبت تجربه خود
جلسه ششم	مدیریت افکار وسوسه‌انگیز	آشنایی با خطاهای شناختی مسبب ایجاد ولع مصرف، علت‌های وسوسه و افزایش توانمندی در مدیریت بهتر شرایط خطر.	بررسی خطاهای شناختی و نحوه مقابله با آن‌ها از طریق ثبت رویدادهای مشکل زا

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.241]

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 خطرساز و تصمیمات سالم و اثربخش و نقش تصمیم‌گیری در رفتار مثبت.	ثبت تصمیم‌های مختلف زندگی در جدول و شناسایی تصمیمات خطر ساز از سالم و جایگزین نمودن تصمیم‌های سالم به‌جای خطیر
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 افزایش‌دهنده 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 وسوسه انگیز 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 پویای گروه در بعد از جلسات به‌صورت خودجوش.	تلاش برای ایجاد رابطه درمانی و پویایی گروه از طریق ایجاد رابطه بین فردی

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.241]

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	پیش آزمون		پس ازمون	
		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 مرحلهٔ پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش تغییرات محسوسی داشته است. برای تجزیه نتایج اصلی از

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.241]

آزمون تحلیل‌کوواریانس اســتفاده شــد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌ها مورد بررســی قرار گرفتند. یکی از مفروضــه‌های آزمون تحلیل‌کوواریانس، نرمال‌بودن توزیع داده‌هاســت. نتایج آزمون کولموگروف - اســمیرنف حاکی از آن بود که نمرات مولفه‌های خودکارآمدی ترک و ولع مصرف دارای توزیع نرمال بودند (p›۰/۰۵). همچنین هیچ کدام از مقیاس‌های تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی در آزمون لوین معنادار نبودند (p›۰/۰۵)، لـذا می‌توان گفـت کـه همگنی واریـانس‌هـا برقرار بود. نتـایج آزمون ام‌بـاکس(p=۰/۱۴، F=۱/۵۲، s'Box= ۵/۵۶) حـاکی از همگنی واریـانس‌هـا می‌بـاشــد (p>۰/۰۵). با توجه به اینکه هیچ کدام از مقیاس‌ها در بررســی همگنی رگرســیون معنادار نبودند (p>۰/۰۵)، می‌توان نتیجه گرفت که فرض همگنی رگرسیون برقرار است. در ادامه پس از کنترل اثر پیش‌آزمون جهت مقایســه گروه‌های آزمایش و کنترل بر طبق نمره‌های پس‌آزمون در تعیین تأثیر درمان شــناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر مولفه‌های خودکارآمدی ترک اعتیاد و ولع مصـرف از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شـد. نتایج آزمون اثر لامبدای ویلکز به‌عنوان رایج‌ترین آزمون نشــان داد، بین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابســته تفاوت معناداری در مرحله پس‌آزمون وجود دارد (لامبدای ویلکز = ۰/۸۰۹، F=۶/۳۹،۰/۱۹=ضــریب تاثیر، p<۰/۰۰۱). با توجه به مجذور اتا می توان گفت که ۱۹ درصــد درمان شــناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات در ولع مصرف و خودکارآمدی ترک گروه آزمایش تاثیر داشته است. در ادامه جهت بررسی دقیق این تفاوت‌ها نتایج کوواریانس در نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۳ ارائه گردید.

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.241]

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 ترک	مهارت حل مسئله	۱۳۱/۷۴	۸/۶۲	۰/۰۰۲	۱
	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 ولع‌مصرف 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 ولع‌مصرف 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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.241]

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 این‌گونه 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). درواقع 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؛ درنتیجه 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

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.241]

در موقعیت‌های پرخطر سنجیده‌تر عمل نموده و کمتر به مصرف مواد فکر کند (آن و همکاران، ۲۰۲۰). درواقع 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 وارسی 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 خطرساز 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

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.241]

گفتگوهای خودکامروابخش و مهارت‌های مقابله‌ای رفتاری همچون ترک موقعیت پرخطر را به نحو مؤثری مورد اســتفاده قرار دهد که همین به‌کارگیری مؤثر مهارت‌های مقابله‌ای موجب افزایش خودکارآمدی و مقاومت فرد در موقعیت‌های وسـوسـه‌انگیز می‌شـود که نهایتاً افزایش خودکارآمدی ترک را رقم می‌زند (نیکنام و همکاران، ۱۳۹۵). درواقع در این رویکرد به‌جای 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).

درمجموع می‌توان این‌گونه عنوان داشت که به نظر می‌رسد از عمده‌ترین دلایل تأثیر این رویکرد بر ولع مصـرف 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 به‌واسطه 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 مصـرف کاسـته اسـت. همچنین ازآن جا که بیماران تحت درمان با متادون از داروی جایگزین اسـتفاده می‌نمایند و فاقد دردهای جسـمانی 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 موضـوع موفقیت در درمان را افزایش داده و کمک درمانی مناسـبی برای این بیماران بوده اسـت. 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، آشـنایی با مهارت حل مشـکل و اتخاذ سـبک زندگی سـالم بوده اسـت، موجب ارتقای توانمندی‌های شـناختی بیماران شـده که همین مسـئله باعث کاهش میزان ولع مصـرف و افزایش خودکارآمدی ترک گردیده است.

سال شانزدهم، شماره ۶۴، تابستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 64, Summer 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.241]

در خصـــوص محدودیت‌های پژوهش حاضـــر می‌توان به محدودیت در نمونه‌گیری اشاره داشت؛ چرا که این پژوهش تنها بیماران تحت درمان با متادون مرکز بازتوانی اعتیاد ماهان شـــهر بجنورد را مورد مطالعه قرار داده اســـت. همچنین عدم پیگیری نتایج از دیگر محدودیت‌های این تحقیق است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نمونه وسـیع‌تر نیز مورد بررسـی قرار گیرد. همچنین پیشـنهاد می‌شـود جهت بررسـی 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 اســـتفاده قرار گیرد و در بحث درمان اعتیاد به‌صـورت یک رویکرد تلفیقی با دارودرمانی، توسـط درمانگران اعتیاد به اجرا درآید.

منابع

اکبری بورنگ، محمد؛ دلاکه، محمدحسـن؛ صـابری، رضـا و یاسـبلاغی، بهمن (۱۳۹۵). اثربخشـی برنامه درســی مبتنی بر درمان شــناختی-رفتاری بر افزایش میزان خودکارآمدی و تاب‌آوری بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۸)، ۱۱۷-۱۰۳.

حبیبی، رحیم؛ دشـــتگرد، علی؛ حیدری؛ عباس و طلایی، علی (۱۳۹۱). رواســـازی و تعیین پایایی پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون. *مجله تحقیقات نظام سلامت-حکیم*، ۱۵(۱)، ۵۹-۵۳.

حدادی، محمدرضـا؛ رحیمی موقر، آفرین؛ فرهی، فرامرز و فرهمندفر، مریم (۱۳۹۸). مقایسـه اثرات متادون با بوپرنورفین بر پروفایل هورمون‌های تولیدمثل(جنسـی) و تجزیه مایع سـمینال (باروری) در مردان تحت درمان نگهدارنده. *مجله تعالی بالینی*، ۹(۱)، ۶۰-۴۸.

خدادوسـت، سـاناز؛ اورکی، محمد؛ دهسـتانی، مهدی و بیات، شـهره (۱۳۹۳). بررسـی اثربخشـی مداخله‌ی شـــناختی—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)، ۱۳۰-۱۱۹.

درویشـی، صـیاد؛ بختیاری، لطفعلی و گله جاری، بهمن (۱۴۰۰). چالش‌های انتظامی در پیشـگیری از اعتیاد از طریق مقابله با توزیع مواد مخدر صـــنعتی (مطالعه موردی کلانتری‌های شـــهرســـتان کرمانشاه). *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۹۶-۶۷.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.241]

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 شـــناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر کاهش عود در افراد وابســـته 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.
شـاکری نسـب، محسـن؛ مهدیان، حسـین و قلعه‌نوی، زهره (۱۳۹۹). اثربخشـی برنامه آموزش تحول مثبت نوجوانی بر هویت‌یابی و خودکارآمدی در دانش آموزان در معرض خطر اعتیاد. *فصـــلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۸)، ۵۰-۳۱.
صـدری دمیرچی، اسـماعیل؛ اسـدی شـیشـه گران، سـارا و اسـماعیلی قاضـی‌ولویی، 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.
صـرامی، حمید؛ قربانی، مجید و مینوئی، محمود (۱۳۹۲). بررسـی چهار دهه تحقیقات شـیوع شـناسـی 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 بهشـــهر. *فصـــلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۹)، ۵۶-۳۹.
مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ حسنی ابهریان، پیمان و گنجگ اهی، حبیب (۱۳۸۹). *معتبر سازی پرسشنامه ارزیابی ولع مصرف لحظه‌ای و دوره‌ای در سوءمصرف کنندگان انواع مختلف مواد افیونی (کراک هروئین و مت آمفتامین)*. مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشـــگاه علوم پزشـــکی تهران.
نیکدل، مهدی؛ بختیار پور، ســـعید؛ نادری، فرح و احتشـــام 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 شفیع‌آبادی، 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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.241]

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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.241]