

اثر بخشی مدیریت رفتاری شناختی وسوسه بر کاهش ولع مصرف و افزایش سطح تاب آوری معتادین مصرف کننده متادون مراجعه کننده به کلینیک های اعتیاد شهرستان نجف آباد

علی اسرافیلیان

عضوهئیت علمی گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور.

نام نویسنده مسئول:

علی اسرافیلیان

چکیده

هدف از پژوهش حاضر اثر بخشی مدیریت رفتاری شناختی وسوسه بر کاهش ولع مصرف و افزایش سطح تاب آوری معتادین مصرف کننده متادون مراجعه کننده به کلینیک های اعتیاد شهرستان نجف آباد بود. به منظور اجرای پژوهش از کلیه معتادین تحت درمان متادون در کلینیک های شهرستان نجف آباد ۳۰ نفر به صورت هدفمند مبتنی بر ملاک های ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۵ نفر در گروه آزمایش ۱۵ نفر تحت ۱۰ جلسه (۲ ساعته) آموزش مدیریت شناختی رفتاری وسوسه قرار گرفتند. قبل و بعد از مداخله ها، پرسشنامه تاب آوری کانر-دیویدسون (CD-RISC) (۲۰۰۳) و ولع مصرف فدردی، برعرفان و ضیایی (۲۰۰۸)، به منظور اجرای پیش آزمون و پس آزمون تحویل داده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد مدیریت شناختی رفتاری وسوسه منجر به کاهش ولع مصرف و افزایش تاب آوری گردیده است ($P < 0/01$) که می توان نتیجه گرفت مدیریت شناختی رفتاری وسوسه منجر به کاهش ولع مصرف و افزایش تاب آوری در معتادین مصرف کننده متادون نیز می گردد. **واژگان کلیدی:** مدیریت رفتاری شناختی وسوسه، ولع مصرف، تاب آوری، معتادین مصرف کننده متادون.

مقدمه

جوامع بشری همواره با مشکلات و آسیب های بسیاری مواجه هستند. آسیب های اجتماعی بخش قابل توجهی از امور و سرمایه ها را به خود اختصاص می دهند و توجه به آنها منجر به پیشگیری و همچنین درمان آسیب ها می شود. اعتیاد^۱ و سوء مصرف مواد^۲ یکی از جدی ترین آسیب های اجتماعی و یکی از پیچیده ترین پدیده های انسانی می باشد که تا به حال هیچ پدیده ای این قدر انسان را به چالش کشیده است و برای اولین بار بشر در تاریخ با اپیدمی مواجه شده است که پایه ها و بنیان های جامعه انسانی را به تحلیل می برد. اعتیاد به مثابه یک مساله اجتماعی، پدیده ای است که همراه با آن توانایی جامعه در سازمان یابی و حفظ نظم موجود از بین می رود، عملکرد بهنجار حیات اجتماعی مختل می گردد و با دگرگونی های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی یک اجتماع می شود. به طوری که افزایش روزافزون شمار معتادان و مسأله اعتیاد در کشور به بحرانی ملی تبدیل شده است. آنچه در این میان توجه برانگیز و بسیار تکان دهنده است، پایین آمدن میانگین سن اعتیاد و افزایش گرایش جوانان و نوجوانان به سوء مصرف مواد است که زمینه ساز سرعت انتقال و گسترش ابعاد پدیده اعتیاد می گردد (مومنی، ۱۳۹۲). اعتیاد، پیش آگهی نامطلوبی دارد و هزینه های درمانی هنگفتی را به خانواده ها و جامعه به صورت مستقیم و غیرمستقیم تحمیل می کند. حداقل نیمی از افراد درمان شده تا ۶ ماه بعد از درمان دوباره به مصرف مواد روی می آورند و این میزان برای یک سال پس از درمان به ۷۵ درصد می رسد (قنبری طلب و فولاد چنگ، ۱۳۹۴). به همین دلیل درمان های دارویی در این زمینه پیشنهاد می شود تا امکان عود مجدد را کاهش دهد که این میان درمان نگهدارنده با متادون در سال ۱۹۶۵ توسط ونسال دول^۳ و نیس وندر^۴ معرفی شد. این درمان فواید زیادی به همراه دارد، از جمله این که مصرف مواد غیر قانونی را کاهش می دهد، زندگی مؤثر را ممکن می سازد و به زندگی بیمار ثبات می بخشد و در آخر رفتارهای پر خطر به ویژه تزریق مشترک را که همراه با خطر انتقال ایدز و هپاتیت است، کاهش می دهد. متادون یک درمان بسیار پرکاربرد است که پس از مصرف باعث ایجاد سرخوشی، بی دردی و سایر اثرات مصرف مواد شبیه افیونی می شود. در مفهوم سازی های اخیر درباره سوء مصرف مواد، ولع مصرف^۵ به عنوان عنصر مرکزی که باعث افزایش و ادامه مصرف و وابستگی به آن می شود، دیده شده است (رابینسون و بریج^۶، ۲۰۰۳؛ اسکینر و آبین^۷، ۲۰۱۰). در فرآیند درمان معتادان، پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده دیده می شود (آبرامز^۸، ۲۰۰۰؛ زیکلر^۹، ۲۰۰۵). اهمیت تجربه ولع مصرف در تداوم اعتیاد، در پژوهش های بسیاری مورد تأیید قرار گرفته است (چیلدرس و همکاران^{۱۰}، ۱۹۹۴). ولع مصرف را می توان یک میل شدید و مقاوم برای مصرف مواد تعریف کرد (ادولوریت، لگیو، ابناولی و گسبارینی^{۱۱}، ۲۰۰۵). دراموند^{۱۲} (۲۰۰۱) معتقد است ولع، تجربه آگاهانه میل به استفاده از مواد است. این در حالی است که نظریه پردازان دیگری با این عقیده مخالف اند و ابعاد ناآگاهانه انگیزشی رفتارهای تأمین و مصرف مواد را نیز یکی از ابعاد ولع مصرف می دانند (اسکینر و آبین^{۱۳}، ۲۰۱۰). برخی، ولع مصرف مواد را «تمایل برای مصرف مواد» تعریف می نمایند (نیوارا، شادل^{۱۳} و آبرامز، ۱۹۹۸). ولع مصرف نقش مهمی را در پدیده بازگشت پس از درمان و حفظ موقعیت مصرف و وابستگی به مواد دارد. در فرایند درمان معتادان، پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره ماده روان گردان دیده می شود. این احساس ممکن است از چند ساعت پس از شروع درمان تا روزها و ماه ها پس از پایان آن دیده شود. فراوانی و شدت ولع مصرف کم کم رو به کاهش می رود و به ندرت ناپدید می شود (مکری، اختیاری، عدالتی، گنجگاهی و نادری، ۱۳۸۷). بنابراین تشخیص و درمان این پدیده بالینی ولع مصرف عموماً در رویارویی، به عنوان یکی از عوامل شکست درمان، دارای اهمیت است. به هر حال ولع مصرف مواد را میتوان یک تجربه ی شخصی و یک پدیده ی چندبعدی آمیخته با میل و هوس به دست آوردن یک احساس خوشایند و یا غلبه بر یک احساس ناخوشایند دانست. چندبعدی بودن پدیده ی ولع مصرف مواد، تغییرات آن در زمان های مختلف و تلقی متفاوت از ولع مصرف در میان افراد و فرهنگ های مختلف از جمله مهمترین دشواری ها در تعریف ولع مصرف مواد برشمرده شده است (هورمز و روزین، ۲۰۱۰). همچنین ولع مصرف و یا اشتیاق به مصرف را می توان عامل ایجاد ترک روانی و جسمانی دانست. بسیاری از مراجعان، اشتیاق به مصرف را تمایل برای

¹.Addiction².Drug abuse³.Vansal Dole⁴.Nisvander⁵.Craving⁶.Robinson & Berridge⁷.Skinner & Aubin⁸.Abrams⁹.Zikler¹⁰.Childress¹¹.Addolorato, Leggio, Abenavoli & Gasbarrini¹².Drummond¹³.Niaura & Shadel

مصرف مواد تعریف می کنند. بعضی دیگر از آنها اشتیاق را یک وضعیت روان شناختی طلب مواد می دانند که انگیزه ی مصرف دوباره ی مواد را ایجاد می نماید.

پژوهش ها نشان می دهند یکی از عواملی که در ولع مصرف، اثر حفاظتی دارد، تاب آوری^{۱۴} است (پرتو، ۱۳۸۹). تاب آوری به عنوان توانایی یا پیامد سازگاری موفق آمیز با شرایط تهدید کننده تعریف شده است. تاب آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب ها یا شرایط تهدید کننده نیست، بلکه فرد تاب آور، مشارکت کننده فعال و سازنده محیط پیرامونی خود است (پارگامنت و همکاران^{۱۵}، ۱۹۹۹). بنابر مدل چالش تاب آوری^{۱۶}، استرس خیلی زیاد درماندگی را به فرد انتقال می دهد که می تواند منتهی به رفتارهای ناسازگارانه (چون اعتیاد) شود (راتر^{۱۷}، ۱۹۸۷). اشرفی، محمدی و صادقی (۱۳۹۳) طی پژوهشی گزارش نمودند تاب آوری از مولفه های مهم در ارتباط با اعتیاد است و قنبری طلب و فولاد چنگ (۱۳۹۴) توجه به تاب آوری را در درمان اعتیاد ضروری اعلام نمودند.

مطالعات انجام شده اثر درمان شناختی-رفتاری^{۱۸} را بر کاهش ولع مصرف در مردان وابسته به مواد مخدر و افزایش تاب آوری (جرمچی، عسگری، حافظی، مکوندی و بختیار پور، ۱۳۹۵) را گزارش نموده اند. درمان شناختی- رفتاری، بر اثرات باورها یا نگرش های ناسازگارانه یا ناکارآمد تاکید می کند. به بیان دیگر، پاسخ های عاطفی و رفتاری فرد به رویدادهای زندگی روزمره تابعی هستند از اینکه چگونه این رویدادها ادراک و یادآوری می شوند. اسنادهایی که درباره علل رویدادها ارائه می گردند و شیوه هایی که رویدادها بر ادراک های شخصی فرد و جستجوی اهداف تاثیر می گذارند. اعتقاد بر این است که این فرایندهای شناختی، به نوبه خود، تحت تاثیر باورهای بنیادینی قرار می گیرند که افراد درباره خود، جهان و آینده دارند. این باورها یا طرحواره های ضمنی فعالانه در طول رشد ایجاد می شوند و الگوهایی در نظر گرفته می شوند که ادراک، پردازش، یادآوری، تفسیر و تحلیل اطلاعات وارده را هدایت می کند. هنگامی که پاسخ های رفتاری یا عاطفی معتادین به یک رویداد، ناسازگارانه هستند - به معنای آنکه، با ماهیت رویداد نامتناسب می باشند، یا به طور قابل ملاحظه ای به سازگاری آنان آسیب می رسانند- چنین فرض می شود که آنها فاقد مهارت های رفتاری مناسب هستند، یا باورها (محتویات شناختی) یا استعدادهای حل مسئله (فرایندهای شناختی) از جهاتی آشفته و مختل می باشند که موارد اخیر نارسایی های شناختی یا تحریف های شناختی را منعکس می سازند (اشرفی و همکاران، ۱۳۹۳).

علوی لنگرودی و نیکزاد مقدم (۱۳۹۴)، در بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش عود اعتیاد به مواد مخدر در دانشجویان و تأثیر آن بر افزایش انگیزش پیشرفت آنان، از تأثیر مثبت درمان شناختی- رفتاری در کاهش عود بیماران مورد مطالعه و افزایش انگیزش پیشرفت آنان بود. مطالعه پرزور و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که روان درمانی مثبت مبتنی بر کیفیت زندگی که از ترکیب روان شناسی مثبت با رویکرد شناختی-رفتاری شکل گرفته، می تواند به عنوان درمانی اثربخش برای بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی مورد استفاده قرار گیرد. بروکی میلان و همکاران (۱۳۹۳) نشان دادند، درمان شناختی-رفتاری در بهبود راهبردهای مقابله ای و بهبود سلامت روانی و جسمانی بیماران وابسته به مواد مخدر موثر است. مومنی و همکاران (۱۳۹۲) به بررسی اثر بخشی گروه درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون پرداختند. با توجه به یافته های این پژوهش می توان گفت که مداخله اخیر در بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان با متادون در کوتاه مدت اثر بخش بوده اما در طولانی مدت تاثیر چندانی در کیفیت زندگی نداشته است. قربانی، محمدخانی و صرامی (۱۳۹۱) در پژوهشی مقایسه اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری و درمان نگه دارنده بامتادون در تغییر باورهای مرتبط با مواد و پیشگیری از عود مورد بررسی قرار دادند نتایج حاکی از آن بود که درمان شناختی - رفتاری با ایجاد تغییر در متغیرهای شناختی میانجی مصرف مواد مانند باورهای مرتبط با مواد خطر بازگشت به مصرف مواد را کاهش می دهد که این نتایج حکایت از کارآمدی درمان شناختی-رفتاری دارد. عاشوری و همکاران (۱۳۸۷) در تحقیقی اثر بخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در بهبود مهارت های مقابله ای و پیشگیری از عود در افراد معتاد انجام دادند. نتایج حاکی از آن بود که درمان گروهی شناختی-رفتاری در بهبود سبک های مقابله ای و پیشگیری از عود افراد معتاد مؤثر است. دهقانی و رجبی (۲۰۱۶) به بررسی اثر درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی و ولع مصرف معتادین تحت درمان با متادون پرداختند. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری منجر به کاهش افسردگی و ولع مصرف معتادین تحت درمان با متادون می گردد. پن و همکاران^{۱۹} (۲۰۱۵) و مک هاگ، هیرون و اتو^{۲۰} (۲۰۱۰) دریافتند درمان شناختی-رفتاری در کاهش استفاده از مواد مخدر و استرس و بهبود عملکرد شغلی معتادین مؤثر است. پادسکی و

¹⁴.Resiliency¹⁵.Pargament et al¹⁶.Resilience¹⁷.Ratter¹⁸.Cognitive-Behavior therapy¹⁹.Pan & et al²⁰.McHugh, Hearon & Otto

مونی^{۲۱} (۲۰۱۲) اثر درمان شناختی رفتاری را بر تاب آوری مورد بررسی قرار دادند. آنان گزارش نمودند که درمان شناختی-رفتاری منجر به بهبود تاب آوری می گردد. نتایج مطالعه هایدس و همکاران^{۲۲} (۲۰۱۰) حاکی از آن بود که درمان شناختی-رفتاری با بهبود معناداری در افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد و مهارت های سازگاری همراه بوده است و این بهبودی در پیگیری ۶ ماهه حفظ شده است. نیک^{۲۳} (۲۰۰۶) در مطالعه ای برای ۴ مورد بالینی معنادان مرد درمان شناختی-رفتاری را مؤثر گزارش کرده است. او نتیجه گیری می کند که یافته ها به طور آشکار نشان می دهد که رویکرد شناختی-رفتاری برای حل مشکلات اعتیاد و درماندگی مفید بوده است و می توان از آن در درمان اعتیاد استفاده کرد. بنابراین در اکثر مطالعات، درمان شناختی رفتاری بر کاهش ولع مصرف در معنادان تحت درمان متادون مؤثر بوده است و در افزایش تاب آوری کمک بسزایی نموده است. در این راستا پژوهش حاضر به دنبال تعیین اثر بخشی مدیریت رفتاری شناختی و سوسه بر ولع مصرف و سطح تاب آوری معتادین مصرف کننده متادون مراجعه کننده به کلینیک های اعتیاد شهرستان نجف آباد بوده است، که علاوه بر غنی سازی مبانی نظری درمان شناختی-رفتاری، ولع مصرف و تاب آوری معتادین، به روان پزشکان، روان شناسان، پزشکان، پرستاران، مشاوران و مدد کاران اجتماعی حوزه اعتیاد کمک می نماید تا با ارائه خدمات روانشناختی به صرفه از نظر هزینه و زمان، از وخیم تر شدن مشکلات این افراد، جلوگیری نمایند.

روش

با توجه موضوع پژوهش حاضر، مقایسه اثر بخشی مدیریت رفتاری شناختی و سوسه بر کاهش ولع و افزایش سطح تاب آوری در معتادین مصرف کننده متادون مراجعه کننده به کلینیک های اعتیاد شهرستان نجف آباد بود؛ بنابراین قلمرو موضوع پژوهش بررسی ولع مصرف و تاب آوری بوده است و قلمرو مکانی در این شهرستان نجف و قلمرو زمانی نیمه اول سال ۹۶ بوده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه معتادین تحت درمان متادون در کلینیک های شهرستان نجف آباد در نیمه اول سال ۱۳۹۶ و به منظور انتخاب حجم نمونه ۴۵ نفر از افرادی که تمایل به شرکت در طرح پژوهش را داشتند، به صورت هدفمند مبتنی بر ملاک های ورود و خروج (ملاک های ورود: معتاد مصرف کننده متادون، عدم دریافت درمان های روانشناختی یا دارویی همزمان، داشتن سن ۱۵-۵۵؛ ملاک های خروج: عدم همکاری و عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات، غیبت بیش از ۲ جلسه، داشتن اختلالات روانی حاد یا مزمن به وسیله مشاور مرکز، مصرف داروهای روانپزشکی و داشتن بیماری های جسمانی از طریق مصاحبه اولیه با افراد و نظر مشاور مرکز، داشتن نقص عضو) انتخاب شدند.

ابزار سنجش: ابتدا به منظور سنجش اطلاعات دموگرافیک گروه نمونه پرسشنامه ی محقق ساخته ای شامل موارد سن، تحصیلات، وضعیت تاهل و تعداد عود پرسش می گردد. سپس به منظور سنجش ولع مصرف از پرسشنامه سنجش ولع مصرف مواد توسط فدردی، بر عرفان و ضیایی (۲۰۰۸)، و به منظور سنجش تاب آوری از پرسشنامه تاب آوری کانر-دیویدسون (CD-RISC) استفاده شد. ۱- پرسشنامه سنجش ولع مصرف مواد: این مقیاس توسط فدردی، بر عرفان و ضیایی (۲۰۰۸) ساخته شده است و دارای ۲۰ گویه می باشد که به منظور سنجش میزان افکار و خیالات مربوط به مواد و سوسه مصرف بکار می رود. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۶ نقطه ای (کاملاً درست است = ۵ و اصلاً درست نیست = ۰) می باشد. میزان اعتبار این پرسشنامه بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شده است. برای سنجش روایی از پرسشنامه اطمینان موقعیتی^{۲۴}، آنیس و گراهام^{۲۵} (۱۹۸۸) ($r = ۰/۵۳$ ، $p = ۰/۰۰۱$) هوس روانی (راب و همکاران^{۲۶}، ۲۰۰۴) ($r = ۰/۰۱$)، $p = ۰/۴۸$ و عواطف مثبت ($r = ۰/۳۲$ ، $p = ۰/۰۰۱$) و منفی، ($r = ۰/۵۵$ ، $p = ۰/۰۰۱$) واتسون، کلارک و تلگان^{۲۷} (۱۹۸۸) استفاده شد که جهت و اندازه همبستگی ها تأیید کننده روایی آن است. ۲- پرسشنامه تاب آوری کانر-دیویدسون (CD-RISC): این پرسشنامه توسط کانر-دیویدسون با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب آوری، تهیه شده اند. تهیه کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسش نامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیر تاب آور در گروه های بالینی و غیر بالینی بوده و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. این پرسشنامه شامل ۲۵ عبارت است که براساس یک مقیاس لیکرت (۴-۰) نمره گذاری می شود، حداکثر نمره در این پرسشنامه ۱۰۰ است و نمره آزمودنی برابر مجموع نمرات یا کل ارزش های بدست آمده از هر یک از سؤالات است و میزان تاب آوری هر پاسخ گو برابر با نمره خام (نمره به دست آمده) تقسیم بر ۱۰۰، ضرب در ۱۰۰ است. برای محاسبه پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده

²¹.Padesky & Mooney

²².Hides & et al

²³.Nick

²⁴.Situational confidence Questionnaire (SCQ)

²⁵.Annis & Graham

²⁶.Raabe & et al

²⁷.Watson, Clark & Tellegan

شد که ضریب پایایی برابر ۸۹٪ بود و روایی به شیوه تحلیل عاملی برابر با ۸۷٪ بود و محمدی آن را برای استفاده در ایران انطباق داده است (کردمیرزا نیکوزاده، ۱۳۸۸).

برای اجرای پژوهش پس از هماهنگی با کلینیک های ترک اعتیاد شهرستان نجف آباد طی فراخوانی از معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان نجف آباد و تحت درمان با متادون، دعوت به عمل آمد تا در صورت تمایل به شرکت در طرح پژوهشی به دفتر مشاور کلینیک ها مراجعه نمایند. سپس از این افراد، ۴۵ نفر بر اساس ملاک های ورود و خروج انتخاب شدند. پس از احراز شرایط پژوهش و توضیح اهداف طرح به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه کنترل (که از لحاظ سن و تحصیلات همتا با گروه آزمایش هستند و تحت هیچ مداخله ای قرار نمی گیرند) و ۱۵ نفر در گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه (الکتروود آند بر روی ناحیه خلفی جانبی قشر پیش پیشانی چپ و الکتروود کاند بر روی ناحیه خلفی جانبی قشر پیش پیشانی راست و ۲ میلی آمپر جریان مستقیم الکتریکی به مدت ۲۰ دقیقه) تحریک الکتریکی مغز از روی مجسمه و ۱۵ نفر تحت ۱۰ جلسه درمان شناختی-رفتاری (۹۰ دقیقه ای هفتگی) مدیریت شناختی رفتاری وسوسه برگرفته از راهنمای درمانگران شناختی رفتاری کوتاه مدت قرار گرفتند و یک هفته پس از اتمام دو مداخله هر سه گروه مورد پس آزمون واقع شدند. خلاصه محتوای جلسات به شرح زیر می باشد:

جدول ۱-۱ خلاصه جلسات مدیریت شناختی رفتاری وسوسه

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	بازخورد انگیزشی فردی، تهیه جدول مربوط به تصمیم گیری برای ادامه یا عدم ادامه مصرف مواد، مضرات ادامه مصرف مواد و عدم تغییر، فواید ایجاد تغییر در مصرف مواد، فواید ادامه دادن مصرف مواد و عدم تغییر، مضرات ایجاد تغییر در مصرف مواد، تعیین موقعیت های پر خطر، طرح عملی برای موقعیت های پر خطر.
جلسه دوم	تعیین عوامل زمینه ساز برای سوء مصرف مواد، روش های برنامه ریزی برای مقابله با اشتیاق و میل برای مصرف مواد، توقف فکر، تمرین ایجاد تعادل در تصمیم گیری، به تاخیر انداختن.
جلسه سوم	مقابله با تفکر منفی، رابطه تفکر و عاطفه، تعیین الگوهای تفکر منفی، مبارزه با افکار منفی و بازسازی شناختی، تصمیمات به ظاهر نامرتبط، هوشیار کردن فرد نسبت به موقعیت های پر خطر، تحلیل کارکردی تفکر هنگام خطر کردن.
جلسه چهارم	برنامه ریزی و پیش بینی وضعیت های اضطراری، پیش آمدن عوامل راه انداز غیرمنتظره یا موقعیت های پرخطر، طرح های عمل « اگر ... پس ... »، سلسله مراتب راهبردهای مقابله
جلسه پنجم	آموزش مهارت های امتناع و مقابله با پیشنهادهای مستقیم برای مصرف مواد؛ اصل « نه متشکرم »، طراحی برگه های امتناع شخصی، ایفای نقش برای تمرین پاسخ های جرأت ورزانه
جلسه ششم	انتقاد کردن و مورد انتقاد واقع شدن، پاسخ دهی جرأت ورزانه به انتقاد، ارائه توصیه های نقادانه، همراه با جرأت ورزی، مهارت های تنش زدایی، ایفای نقش
جلسه هفتم	مدیریت خشم و مصرف مواد، تعیین علائم و نشانه های خشم، مهارت های تنش زدایی، بازسازی شناختی در زمینه افکار برانگیزاننده خشم، حل مسئله در حکایت های مربوط به خشم، ایفای نقش
جلسه هشتم	فعالیت های شاد کننده و لذت بخش و مصرف مواد، بررسی کناره گیری از فعالیت های لذت بخش به عنوان نتیجه ای از مصرف مواد، تعیین فعالیت های لذت بخش به عنوان راه حل مناسب و سالم، برنامه ریزی برای انجام فعالیت های لذت بخش، ایجاد تعهد نسبت به پرداختن به وقایع لذت بخش برنامه ریزی شده.
جلسه نهم	برچسب خوردن و مشکلات مرتبط با مصرف مواد، مهارت های حل مسئله، تعریف مسئله، ارائه راه حل های ممکن، انتخاب یک راه حل، به کارگیری آن راه حل، ارزیابی راه حل به کارگرفته شده، ارائه مثال عملی در جلسه
جلسه دهم	ایجاد دوستی هایی که بر مصرف مواد متمرکز نیستند، قطع روابط خود با دوستان و آشنایان که آسیب زا هستند، قطع زمینه فروشندگان و مصرف کنندگان مواد، پیدا کردن گروهی متشکل از افراد حمایت کننده و تشکیل گروه های خودیاری، برای رهایی کامل از اعتیاد.

رعایت مسائل اخلاقی در طرح های پژوهشی یکی از عمده ترین مسائل در پژوهش هاست؛ زیرا پژوهش هایی که غالباً در روانشناسی انجام می شود، در مورد رفتار انسان است (دلاور، ۱۳۸۵). برخی از ملاحظات اخلاقی که در روند اجرای پژوهش رعایت گردید، عبارت بود از: ۱- آزمودنی ها می بایست تمایل به شرکت در پژوهش را به صورت آگاهانه داشته باشند. ۲- تضمین کردن محرمانه بودن اطلاعات آزمودنی ها

(اصل رازدار بودن). ۳- پژوهشگر به آزمودنی ها در طول طرح پژوهشی احترام گذاشته و از تبعیض پرهیز نمود. ۴- پژوهشگر پس از تمام جلسات، به صورت رایگان جلسات درمانی را برای گروه کنترل اعمال نمود.

یافته ها

در این بخش از پژوهش به بررسی یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش پرداخته شد. در جدول (۱-۲) به بررسی و مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون پرداخته شده است که در مرحله پیش آزمون تفاوت زیادی در بین گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد؛ لیکن در مرحله پس آزمون نمرات ولع مصرف کاهش و تاب آوری افزایش یافته است.

جدول ۱-۲ بررسی و مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	منبع	مدیریت شناختی رفتاری وسوسه		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ولع مصرف	پیش آزمون	۶۶/۴۰	۴/۲۳	۶۸/۴۰	۵/۳۰
	پس آزمون	۴۶/۱۳	۶/۰۲	۶۶/۷۳	۳/۹۷
تاب آوری	پیش آزمون	۲۶/۲۶	۸/۴۴	۲۹/۹۳	۴/۳۱
	پس آزمون	۴۶/۱۳	۶/۵۰	۲۷/۴۶	۸/۴۵

در ادامه بررسی هر یک از فرضیه های پژوهش پرداخته شد. به منظور استفاده از آزمون های پارامتریک می بایست پیش فرض تساوی واریانس ها برقرار باشد. به منظور تأیید تساوی واریانس متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان می دهد، برای نمرات ولع مصرف و تاب آوری تساوی واریانس ها برقرار است ($p > 0.05$).

جدول شماره ۱-۳ آزمون لوین به منظور بررسی تساوی واریانس ها

متغیرها	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
ولع مصرف	۱	۴۲	۰/۲۷۷
تاب آوری	۱	۴۲	۰/۴۷۷

برای بررسی فرضیه، مدیریت رفتاری شناختی وسوسه بر ولع مصرف معتادین مصرف کننده متادون مراجعه کننده به کلینیک های اعتیاد تاثیر دارد، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده گردید که نتایج نشان داد در نمرات ولع مصرف بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری ($p < 0.01$) وجود دارد. با توجه به مجذور اتا ۷۰/۶ درصد از تفاوت بین گروه آزمایش با گروه کنترل در نمرات ولع مصرف ناشی از مدیریت رفتاری شناختی وسوسه می باشد که با صددرصد توان تایید شده است. در نتیجه فرضیه فرعی سوم تایید می گردد.

جدول شماره ۱-۴ تحلیل کوواریانس تک متغیره ولع مصرف معتادین مصرف کننده متادون در دو گروه مدیریت رفتاری شناختی وسوسه و گروه کنترل

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان اثر
ولع	گروه	۲۹۳۳/۵۲۵	۱	۲۹۳۳/۵۲۵	۱۱۲/۰۶۳	۰/۰۰	۰/۷۰۶	۱/۰۰
مصرف	خطا	۷۰۶/۷۹۲	۲۷	۲۶/۱۷۷				

و نتایج بررسی فرضیه، مدیریت رفتاری شناختی وسوسه بر سطح تاب آوری مصرف کننده متادون مراجعه کننده به کلینیک های اعتیاد شهرستان نجف آباد تاثیر دارد، نتایج نشان داد در نمرات تاب آوری بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری ($p < 0.01$) وجود دارد. با توجه به مجذور اتا ۹۲/۵ درصد از تفاوت بین گروه آزمایش با گروه کنترل در نمرات ولع مصرف ناشی از مدیریت رفتاری شناختی وسوسه می باشد که با صددرصد توان تایید شده است. در نتیجه فرضیه فرعی چهارم تایید می گردد.

جدول شماره ۵-۱ تحلیل کوواریانس تک متغیره تاب آوری معتادین مصرف کننده متادون در دو گروه مدیریت رفتاری شناختی وسوسه و گروه کنترل

متغیر	منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معناداری	مجدور اِتا	توان اثر
تاب آوری	گروه	۱۸۲۵۹/۶۲۳	۱	۱۸۲۵۹/۶۲۳	۳۳۳/۴۰۹	۰/۰۰	۰/۹۲۵	۱/۰۰
	خطا	۱۴۷۸/۶۹۲	۲۷	۵۴/۷۶۶				

بحث و نتیجه گیری

در بررسی اثر بخشی مدیریت رفتاری شناختی وسوسه بر ولع مصرف معتادین مصرف کننده متادون مراجعه کننده به کلینیک های اعتیاد، نتایج حاکی از اثر کاهنده ی مدیریت رفتاری شناختی بر ولع مصرف معتادین مصرف کننده متادون بود. نتایج مطالعات علوی لنگرودی و نیک زاد مقدم (۱۳۹۴)، اصلی نژاد و همکاران (۱۳۹۲)، قربانی و همکاران (۱۳۹۱)، ملازاده و عاشوری (۱۳۸۹)، احمدخانی ها و همکاران (۱۳۸۴) و گونزالس-مرندس و همکاران (۲۰۱۴) همسو با این بخش از یافته ها می باشد. در تبیین این یافته ها باید بیان نمود، مدیریت شناختی رفتاری وسوسه با بررسی افکار خودآیند منفی، شناسایی تحریفات شناختی رایج و مبارزه با آن، ارزیابی افکار ناکارآمد و به چالش کشیدن آنها و همچنین القاء آگاهی به افراد در مورد نظارت و کنترل هیجانات و همچنین آموزش ریلکسیشن و کنترل تنفس از طریق افزایش توان افراد در تحمل استرس و پریشانی منجر به کاهش ولع مصرف گردد. تعیین موقعیت های پر خطر و شناخت عوامل زمینه ساز برای مصرف مواد و آموزش روش های برنامه ریزی برای مقابله با اشتیاق و میل برای مصرف، القاء مهارت های امتناع و مقابله با پیشنهاد های مستقیم برای مصرف مواد و انجام تمرین های جرات ورزانه، نیز منجر به افزایش گرایش به مواد مخدر می گردد. به نظر می رسد، آشنایی معتادین با الگوهای فکری آسیب رسانی است که میتوانند، راه انداز هیجانات منفی و رفتارهای تکانشی در آنها شده و زمینه لغزش یا برگشت مجدد به مصرف مواد را فراهم سازند از طریق مدیریت شناختی رفتاری وسوسه انجام شده است.

در ادامه در بررسی اثر بخشی با مدیریت رفتاری شناختی وسوسه بر تاب آوری معتادین مصرف کننده متادون مراجعه کننده به کلینیک های اعتیاد، نتایج حاکی از اثر مثبت مدیریت رفتاری شناختی بر تاب آوری معتادین مصرف کننده متادون بود. در راستای یافته های پژوهش، اصلی نژاد و همکاران (۱۳۹۲)، صادقی (۱۳۸۸)، احمدخانی ها و همکاران (۱۳۸۴)، یانگ و همکاران (۲۰۱۷)، لو و همکاران (۲۰۱۷)، دهقانی و رجبی (۲۰۱۶)، گونزالس-مرندس و همکاران (۲۰۱۴)، کوالیان و همکاران (۲۰۱۳) و هایدس و همکاران (۲۰۱۰) نیز نشان دادند که مدیریت شناختی رفتاری منجر به افزایش تاب آوری می گردد. در تبیین این یافته ها بر اساس مبانی نظری باید بیان نمود، در معتادین تحت درمان با متادون، خشم، افسردگی، پریشانی و افکار منفی، باعث افزایش گرایش آنان به مواد مخدر و افزایش تنش می گردد. این تنش باعث کاهش آستانه ی تحمل آنان می گردد. رویکرد درمان شناختی-رفتاری، با تغییر این باور در افراد که بسیاری از مشکلات او غیر قابل کنترل است وارد عمل می شود؛ بنابراین در معتادین این باور به وجود می آید که می توانند مشکلات خود را به نحوی مؤثر کنترل کنند. سپس مهارت هایی نظیر تعیین موقعیت های پر خطر و شناخت عوامل زمینه ساز برای مصرف مواد و آموزش روش های برنامه ریزی برای مقابله با اشتیاق و میل برای مصرف، القاء مهارت های امتناع و مقابله با پیشنهاد های مستقیم برای مصرف مواد و انجام تمرین های جرات ورزانه به آنها آموزش داده می شود تا بتوانند به نحوی مؤثر هم به مشکلات فعلی و هم به مشکلات جدیدی که بعد از پایان درمان به وجود می آیند، پاسخ دهند و به تغییرات هیجانی با تامل و تحمل بیشتری واکنش نشان دهند که در نهایت گزارش تاب آوری بیشتر از سوی این افراد قابل انتظار است.

به طور کلی یافته های پژوهش حاضر بیانگر کاربرد اثر بخشی مدیریت رفتاری شناختی وسوسه بر ولع مصرف و سطح تاب آوری معتادین مصرف کننده متادون مراجعه کننده به کلینیک های اعتیاد شهرستان نجف آباد را داشت. در نتیجه با توجه به موقعیت معتادین مصرف کننده متادون و با در نظر گرفتن اهداف درمان، می توان از درمان مذکور در راستای بهبود وضعیت روان شناختی معتادین تحت درمان با متادون استفاده نمود. با توجه به نتایج به دست آمده در حوزه تاثیر مدیریت رفتاری شناختی وسوسه بر ولع مصرف و سطح تاب آوری معتادین مصرف کننده متادون مراجعه کننده به کلینیک های اعتیاد، پیشنهاد می گردد از مدیریت رفتاری شناختی وسوسه به منظور بهبود توان افراد برای ترک مواد مخدر استفاده شود، همچنین در پژوهش های آتی اجرای مرحله پیگیری در چندین نوبت توصیه می گردد. تک جنسیتی بودن نمونه پژوهش، محدود بودن جامعه ی پژوهش به شهرستان نجف آباد و عدم انجام دوره پیگیری از جمله محدودیت های پژوهش حاضر بوده است.

منابع و مراجع

- [۱] اشرفی، س؛ محمدی، ک و صادقی، س. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین الگوهای دلبستگی با تاب آوری روانی و آمادگی برای اعتیاد در دانشجویان، کنفرانس بین المللی علوم انسانی و مطالعات رفتاری، تهران، موسسه مدیران ایده پرداز .
- [۲] احمدخانی، ح؛ قرایپور، م؛ پناغی، ل. (۱۳۸۴). اثربخشی مدیریت وابستگی و درمان شناختی-رفتاری در وابستگی به مواد افیونی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۱(۱): ۸-۲.
- [۳] اصلی نژاد، م؛ مشکي، م؛ علیمردانی، م؛ توکلی زاده، ج. (۱۳۹۲). اثر بخشی رفتار درمانی گروهی و گروه درمانی شناختی-رفتاری بر میزان لغزش و ماندگاری در درمان بیماران وابسته به مواد افیونی تحت درمان MMT. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۷(۲): ۱۰۳-۱۱۲
- [۴] بروکی میلان، ح؛ کمرزین، ح و زارع، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله ای و علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی، ۸(۳۰): ۱۵۵-۱۴۳.
- [۵] پرتو، م. (۱۳۸۹). بهشیاری، تاب آوری و وضعیت مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر با سنجش مدل تبیینی نقش متغیرهای واسطه ای و مکانیسم های تاثیرگذار، پایان نامه دکترای روانشناسی سلامت دانشگاه تهران.
- [۶] پرزور، پ؛ عزیززاده گورادل، ج؛ یاقوتی زرگر، ح و بشرپور، س. (۱۳۹۴). اثربخشی روان درمانی مثبت گرای مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی، ۹ (۳۵): ۱۳۷-۱۴۸
- [۷] چرمچی، ن؛ عسگری، پ؛ حافظی، ف؛ مکوندی، ب و بختیار پور، س. (۱۳۹۵). اثر درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر میزان اضطراب و تاب آوری روانی زنان یائسه. نشریه مدیریت ارتقای سلامت. ۶(۱): ۲۳-۱۵.
- [۸] صابری، م. (۱۳۹۲). چالش های اساسی پیش روی برنامه ادغام کاهش تقاضای مواد در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه در ایران، مجله روانپزشکی و روانشناسی ایران. ۱۹(۴): ۳۲۹-۳۲۶
- [۹] عاشوری، الف؛ ملازاده، ج؛ محمدی، ن. (۱۳۸۷). اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در بهبود مهارت های مقابله ای و پیشگیری از عود در افراد معتاد. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، شماره ۳، ۲۸۱-۲۸۸.
- [۱۰] مکر، ا و نوروزی، ع. (۱۳۹۳). پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با متادون. اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد. ویرایش سوم.
- [۱۱] علوی لنگرودی، ک و نیکزاد مقدم، م. (۱۳۹۴). اثر بخشی 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
- [۱۲] فری، م. (۱۹۹۹). شناخت درمانی گروهی، ترجمه علی صاحبی؛ حسن حمیدپور و زهرا اندرز. (۱۳۸۲). مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- [۱۳] قنبری طلب، م و فولاد چنگ، م. (۱۳۹۴). رابطه بین تاب آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد دانشجویان. اعتیاد پژوهی، ۳۴(۱۴): ۲۲-۹.
- [۱۴] کردمیرزا نیکخواه، ع. (۱۳۸۸). الگویابی زیستی-روانی-معنوی در افراد وابسته به مواد و تدوین برنامه مداخله برای ارتقاء تاب آوری مبتنی بر روایت شناسی شناختی و روانشناسی مثبت نگر، رساله ای دکترای تخصصی (Phd)، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.
- [۱۵] مکر، ا؛ اختیاری، ح؛ عدالتی، (۱۳۸۷). گنجگاهی، ح؛ نادری، پ. (۱۳۸۷). ارتباط شاخص های تکانشگری و رفتارهای مخاطره جویانه با شدت ولع مصرف درگروه های مختلف معتادان به مواد افیونی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴(۳): ۲۶۸-۲۵۷.
- [۱۶] مؤمنی، ف؛ مشتاق، ن و پورشهباز، ع. (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگه دارنده با متادون. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۷(۲۷): ۷۹-۹۲.
- [17] Abrams DB. (2000). Transdisciplinary concepts and measures of craving: Commentary and feature directions. *Addiction*; 95(Suppl 2): S237-S246.
- [18] Addolorato G, Leggio L, Abenavoli L, Gasbarrini G. (2005). Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: A review. *Addictive Behaviors*; 30:1209-1224.

- [19] Robinson TE,(2003). Berridge KC. *Addiction Annu Rev Psychol* 2003;54:25-53.
- [20] Pargament, K. I. (1999). The psychology of religion and spirituality? yes and no. *International Journal for the Scientific Study of Religion*, 9, 3- 16
- [21] Dehghani Y & Rajabi S.(2016). Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy on Depression and Craving Beliefs of Abusers Under Methadone Maintenance Treatment. *Jentashapir Journal of Health Research*. 7(4): e30491
- [22] Pan, X., M. Chin, R. Gautam, H. Bian, D. Kim, P.R. Colarco, T.L. Diehl, T. Takemura, L. Pozzoli, K. Tsigaridis, S. Bauer, and N. Bellouin,(2015). A multi-model evaluation of aerosols over South Asia: Common problems and possible causes. *Atmos. Chem*.
- [23] Hormes, G. M., & Rozin, P. (2010). Dose" Craving" Crave nature at the joints? Absence of a synonym for craving in many languages. *Addictive Behaviors*, 35,459-463.
- [24] Padesky, C. A. & Mooney, K.A. (2012). Strengths-based Cognitive- Behavioural Therapy: A four-step model to build resilience. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(4), 283-90.
- [25] Nick, M .(2006). Cognitive - Behavioral Therapy and Homelessness: A Case Series Pilot Study.
- [26] González-Menéndez, A; Fernández, P; Rodríguez, F; Villagrà, (2014). Patricia Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: A randomized controlled trial *International Journal of Clinical and Health Psychology*,. 14(1): 18-27
- [27] Yang L, Shi B, Li H, Liu Y, Zhang W, Wang Y, Lv V, Ji X, Hudak J, Zhou Y, Andreas J., Zhang X.(2017). Electrical Stimulation Reduces Smokers' Craving by Modulating the Coupling between Dorsal Lateral Prefrontal Cortex and Parahippocampal Gyrus. Published by Oxford University Press.
- [28] Lowe, , Corita V, & Hall P.(2017). Effects of Noninvasive Brain Stimulation on Food Cravings and Consumption: A Meta-Analytic Review. 10.1097/PSY.0000000000000368.
- [29] Childress A.R ,Ehrman R ,Mmclellan A.T , Macrae J , Natale M ,O.Brien C.P.(1994).Caninduced moods trigger drug-related response in opiate abuse patient? *Journal of substance abuse treatment*; 11:17-23.
- [30] Drummond DC. (2001).Theories of drug craving,ancient and modern. *Addiction*; 96(1): 33-46
- [31] Niaura RS, Shadel WG, Abrams DB, et al.(1998). Individual differences in cue reactivity among smokers trying to quit: Effects of gender and cue type. *Addict Behav*,23(2): 209-224
- [32] Hormes, G. M., & Rozin, P. (2010). Dose" Craving" Crave nature at the joints? Absence of a synonym for craving in many languages. *Addictive Behaviors*, 35,459-463.
- [33] Rutter, M.(1987). Psychosocial resilience andprotective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316 - 331.
- [34] Wagner, T., Valero-Cabre, A., & Pascual-Leone, A. (2007). Noninvasive human brain stimulation: *Annu .Rev. Journal of Biomed .Eng* .9 (1): 527-565.