

اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر افزایش خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد افیونی

یونس دوستیان^۱، عبدالله شفیع آبادی^۱، سیدمحمد کلانتر کوشه^۲، *امید مسّاح^۳

- ۱- کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشجوی دکترای مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- ۲- دکترای مشاوره، استاد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
- ۳- دکترای مشاوره، استادیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
- ۴- پزشک، درمانگر اعتیاد، مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۹۲/۰۹/۲۵

پذیرش مقاله: ۹۲/۱۲/۰۴

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد

* تلفن: ۲۲۱۸۰۰۹۵ (۲۱) ۹۸+

* رایانامه: omchomch@gmail.com

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر افزایش خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد افیونی انجام شده است.
روش بررسی: در یک طرح آزمایشی، ۳۰ نفر از افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد خرم‌آباد، به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تخصیص یافتند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۲ ساعته، تحت درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات قرار گرفتند. دو گروه در آغاز و پایان درمان، پرسشنامه خودکارآمدی را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها، از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری در میزان خودکارآمدی وجود داشت ($F=41/377, P<0/01$).

نتیجه‌گیری: رویکرد درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر افزایش خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد افیونی مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، مدل مارلات، خودکارآمدی، وابستگی به مواد

«این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.»



مقدمه

در حال حاضر اختلالات مصرف مواد و عواقب وخیم و ناخوشایند آن یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر دنیا می‌باشد. کشور عزیز ما با تمامی مرزهای مادی و معنوی اش و با تمامی تاریخ و فرهنگ درخشانش در دهه‌های اخیر به علت زمینه‌های خاص انسانی-جغرافیایی خود آن‌چنان در گرداب فراگیر اعتیاد^۱ به مواد مخدر گرفتار آمده است که جمیع خردورزان را نسبت به نابودی تمامی اندوخته‌های فرهنگی ارزشی نسل‌های گذشته بیمناک نموده است (۱).

به گزارش اداره کل سلامت روان وزارت بهداشت (مهر ۱۳۹۱)، آخرین آمار تعداد معتادان کشور که مورد تأیید ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز هست، ۲ تا ۲/۲ میلیون نفر است که مصرف روزانه مواد مخدر دارند (۲). اگرچه ارقامی بیشتر و حتی تا ۳/۶ میلیون نفر نیز برآورد شده است (۳). همچنین سوء مصرف مواد مخدر، الکل و دارو توسط مردان، قویترین عامل رابطه‌دار با بروز خشونت در خانواده ذکر شده است (۴).

مسئله ترک مواد مخدر از جمله مسایلی است که همواره مورد توجه مسئولین و نیز خود مبتلایان به مصرف مواد و خانواده‌های آن‌ها بوده است (۵). ترک جسمانی مواد مخدر چندان مشکل نیست، مشکل عمده در درمان معتادان، حتی با دوره‌های پاک‌ی طولانی مدت، میزان بالای عود آن‌ها می‌باشد (۶). آمینی و همکاران (۲۰۰۴)، میزان بازگشت به مصرف مواد مخدر (عود) را ۷۵ درصد (در ایران ۵۰ درصد) ذکر کرده‌اند (۷).

امروزه یکی از پرکاربردترین رویکردهایی که توسط گروه درمانگران در درمان اعتیاد مورد استفاده قرار می‌گیرد رویکرد شناختی رفتاری^۲ است (۸). فرض اساسی در درمان‌های شناختی رفتاری در رابطه با اعتیاد این است که ناتوانی در رویارویی با عوامل استرس‌زا و نداشتن راهبردهای کنار آمدن مؤثر، پایه گسترش و روی آوردن به مواد است (۹). بنابراین، مداخلات مؤثر در درمان سوء مصرف مواد به جای تمرکز بر عمل سوء مصرف به تنهایی، می‌بایست به طیف گسترده‌ای از رفتارهای دیگر نیز توجه نماید (۱).

به نظر درمانگران شناختی رفتاری اگر افراد تحت آموزش صحیح قرار گیرند و خطاهای شناختی‌شان را تشخیص داده و اصلاح کنند، زندگی پرثمر و رفتار مناسبی خواهند داشت (۱۰). پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود اختلالات سوء مصرف مواد (۱۲، ۱۱)، کاهش مصرف مواد (۱۴، ۱۳)، کاهش میزان بازگشت یا عود (۱۵) و بهبود کیفیت زندگی (۱۶) می‌باشند.

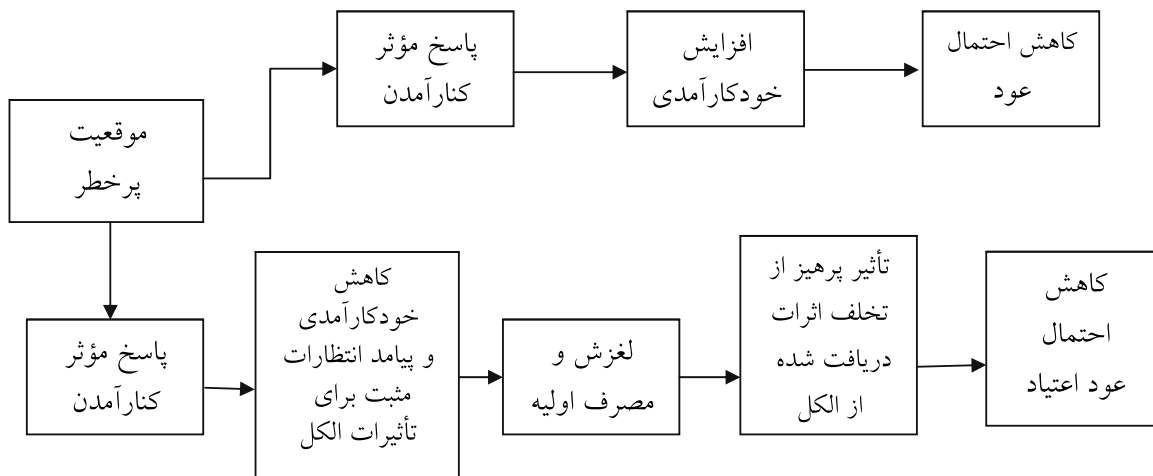
پایه اصلی الگوی درمانی پیشگیری از بازگشت مارلات، رویکرد شناختی رفتاری برای درمان وابستگی به مواد است. این روش که توسط آلن مارلات و گوردون (۱۹۸۵) معرفی شد، مداخله‌های شناختی را با آموزش مهارت‌های رفتاری تلفیق نموده تا از بازگشت درمان‌جویان به مصرف مجدد مواد پیشگیری نماید (۱۷). در واقع در این رویکرد وابستگی به مواد به مثابه نوعی بیماری مزمن در نظر گرفته می‌شود که با بازگشت‌های مکرر همراه است (۱۸) و اساس درمان را بر تصحیح مهارت‌های مقابله‌ای، تقویت خودکارآمدی و تشخیص نشانه‌های هشداردهنده بازگشت بنا نهاده است (۱۷).

گرچه بازگشت مجدد تنها مسئله سوء مصرف کنندگان مواد نیست، اما برخی یافته‌ها نشان داده‌اند که چیزی قریب به ۶۰ درصد از افراد پس از یک دوره پرهیز، دوباره به مصرف مواد بازگشت می‌کنند (۱۹). مارلات (۱۹۸۵) یک جنبه اصلی این مدل را، طبقه‌بندی دقیق عوامل یا موقعیت‌هایی می‌داند که می‌توانند در خطرناک شدن، یا کمک به ایجاد فرایند عود، دخیل باشند. در مجموع، عواملی که در مدل پیشگیری از عود شناسایی شده، در دو طبقه کلی تقسیم‌بندی شده است:

۱. تعیین‌کننده‌های بی‌واسطه (برای مثال، موقعیت‌های پرخطر، مهارت‌های کنار آمدن شخص، پیامد انتظارات و اثر تخطی از پرهیز).
۲. پیشایندهای پنهان (برای مثال، نامتعادلی‌های سبک زندگی، ولع‌ها و اشتیاق‌ها).

رویکردهای درمانی مبتنی بر مدل پیشگیری از عود، با ارزیابی ویژگی‌های هیجانی و محیطی موقعیت‌هایی که بالقوه با عود همراه می‌شوند (موقعیت‌های پرخطر^۳)، شروع می‌شود. در واقع، بعد از شناسایی این ویژگی‌ها، درمانگر همانند بررسی عوامل مربوط به سبک زندگی فرد معتاد در گذشته، روی تحلیل پاسخ‌های وی به موقعیت پرخطر در آینده کار می‌کند و موقعیت‌هایی را که احتمال مصرف مواد را بالا می‌برد، شناسایی می‌کند (۲۰).

شکل (۱) مدل رفتاری شناختی فرایند بازگشت یا عود، نقش اصلی موقعیت‌های پرخطر و پاسخ وابستگان به مواد به این موقعیت‌ها را مورد تأیید قرار می‌دهد. مردم با دادن پاسخ‌های مؤثر کنار آمدن، مطمئن می‌شوند که می‌توانند با این موقعیت‌ها کنار آیند (افزایش خودکارآمدی) و به این وسیله احتمال عود کاهش می‌یابد. در مقابل، مردمی که پاسخ‌های غیرمؤثر کنار آمدن را تجربه می‌کنند، خودکارآمدی‌شان پایین خواهد آمد و با این انتظار که مصرف الکل اثر مثبت خواهد داشت (نتایج مثبت



شکل ۱: الگوی شناختی رفتاری فرایند بازگشت (۲۱).

اشتقاق به مصرف مواد و بسط دادن نقشه‌های مسیر عود می‌شود (۲۰). در این چارچوب، مطالعات چندی، از مدل پیشگیری از عود حمایت نظری و عملی کرده است (۲۴، ۲۳، ۱۱).

از سوی دیگر، یکی از رویکردهایی که برای پیشگیری از عود و ترویج روش تغییر رفتار استفاده می‌شود، روش افزایش کارآمدی است، که راهبردی طراحی شده برای افزایش احساس تسلط مراجع و قادر شدن وی برای مواجهه با موفقیت‌های سخت بدون لغزش است (۲۵).

خودکارآمدی عبارت است از اعتقاد فرد به توانایی خود برای به کار بردن رفتارهای مورد نیاز جهت ایجاد اثرات مطلوب (۲۶). به نظر بندورا، خودکارآمدی یعنی اینکه معتقد باشیم می‌توانیم با وضعیت‌های مختلف کنار بیاییم (۲۷). احساس خودکارآمدی به قضاوت فرد در مورد توانایی خود برای مواجهه موفقیت‌آمیز با موقعیت‌های چالش طلب یا پرخطر اطلاق می‌گردد (۲۰).

به دیگر بیان، خودکارآمدی عبارت است از داوری فرد درباره قابلیت‌هایش برای سازمان‌دهی و اجرای دوره‌های عملی مورد نیاز در جهت دستیابی و به ثمر رساندن سطح عملکرد و پیشرفت طراحی شده (۲۸). درواقع به باورهای فرد نسبت به توانایی‌هایش گفته می‌شود که شامل عملکرد مؤثر فرد در دامنه‌ای از موقعیت‌های استرس‌زا می‌باشد (۲۹). به عبارت دیگر خودکارآمدی مشخص می‌کند که انسان‌ها چگونه احساس می‌کنند، می‌اندیشند، برانگیخته می‌شوند و رفتار می‌کنند؛ یعنی اینکه، خودکارآمدی بالا روی فرایندهای پایه شناختی انگیزشی، هیجانی و فرایندهای گزینشی آنان اثر می‌گذارد (۳۰).

بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که احساس خودکارآمدی در پیشگیری، درمان و جلوگیری از مصرف مجدد و عود و همچنین

انتظارات) همراه است که می‌تواند منجر به لغزش اولیه شود. این لغزش، در جای خود می‌تواند به احساس گناه و شکست (تأثیر تخطی از پرهیز) منجر شود. تأثیر تخطی از پرهیز، تنها با نتایج مثبت انتظارات، می‌تواند احتمال عود را افزایش دهد.

این شیوه درمانی با ارزیابی خطرهای بالقوه و موقعیت‌های خطرناک فردی، بین فردی، محیطی و فیزیولوژیکی بازگشت که می‌تواند بازگشت را به جلو بیاندازند، آغاز می‌گردد. پس از شناسایی برانگیزاننده‌های بالقوه بازگشت و موقعیت‌های خطرناک، رویکردهای شناختی و رفتاری (از قبیل مداخله‌های اختصاصی و راهبردی خودمدیریتی) اجرا می‌شوند. از جمله ویژگی‌های اساسی این رویکرد دسته‌بندی دقیق عوامل خطرناک و تسریع‌کننده بازگشت است (۲۲).

مارلات و گوردون (۱۹۸۵) معتقدند که تعیین‌کننده‌های بی‌واسطه (برای مثال، موقعیت‌های پرخطر، مهارت‌های کنار آمدن، پیامد انتظارات و تأثیر تخطی از پرهیز) و پیشایندهای پنهان (برای مثال، عوامل سبک زندگی و اشتیاق‌ها^۲ و ولع‌ها)، می‌توانند در عود اعتیاد سهمیم باشند. همچنین، مدل پیشگیری از عود، راهبردهای مداخله‌ای عمومی و خاص بی‌شماری را که درمانگر و مراجع، در هر قدم از فرایند عود، با آن مواجه می‌شوند، یکپارچه می‌سازد. مداخلات خاص، شامل شناسایی موقعیت‌های پرخطر برای هر مراجع و افزایش مهارت‌های آنان برای کنار آمدن با این موقعیت‌ها، افزایش خودکارآمدی^۳ مراجع، از بین بردن باورهای غلط درباره اثرات الکل، مدیریت لغزش‌ها و بازسازی ادراکات مراجع از فرایند عود است. راهبردهای عمومی، از جمله ایجاد تعادل در سبک زندگی مراجع و کمک به آن‌ها در جهت ایجاد علایق مثبت، باعث به کارگیری فنون کنترل محرک‌ها و فنون مدیریت



ابداع و معرفی شدند. درمان‌هایی مانند درمان با ازدیاد انگیزه، روان‌درمانی حمایتی خوداِبرازگرانه، روان‌درمانی برای نوجوانان، خانواده‌درمانی چندبعدی برای نوجوانان، درمان چندسیستمی، رویکرد تقویتی جامعه همراه با دریافت رسید پاک بودن از دارو و مدل ماتریکسی (۳۸).

اما روش‌های ابداع‌شده کمتر به مسئله خودکارآمدی و هیجانات به ویژه هیجانهایی مثل خشم، تکانشگری و تأثیر این دو بر رفتار جستجوی مواد و در نتیجه کمک به فرد در جلوگیری از بازگشت، توجه کرده‌اند. یکی از روش‌های درمانی که به این مسائل توجه ویژه‌ای داشته است، روش پیشگیری از بازگشت است که مارلات و گوردون (۱۹۸۵)، ابداع کرده‌اند. این روش در ابتدا برای الکلی‌ها طراحی شد و سپس برای مصرف‌کنندگان کوکائین و سایر مواد مخدر نیز گسترش یافت (۲۰).

با توجه به بالا بودن آمار افراد وابسته به مواد در کشور و همچنین نیاز مبرم مراکز درمانی دخیل در حوزه اعتیاد به برنامه‌های روان‌درمانی در خصوص پیش‌گیری و کاهش مصرف مواد و با عنایت به کم بودن پژوهش‌های مربوط به مداخلات روان‌شناختی نظیر مداخله شناختی‌رفتاری و نقش آن در کاهش عود و افزایش خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد افیونی، انجام پژوهش حاضر و پژوهش‌های مشابه ضروری به نظر می‌رسد.

روش بررسی

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر افزایش خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد افیونی، به صورت آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه پژوهش حاضر را کلیه معتادانی که در سال ۹۲-۱۳۹۱ به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهرستان خرم‌آباد مراجعه کرده‌اند، تشکیل می‌دهند که جمعیتی برابر ۵۰۲ نفر و دارای دامنه سنی تقریبی ۲۴-۳۵ سال می‌باشند. بدین ترتیب که ابتدا به صورت تصادفی تعداد ۳۰ نفر از افراد وابسته به مواد انتخاب و با همین روش به نسبت مساوی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود افراد به برنامه آموزشی و یا خروج از برنامه عبارت بودند از: دارای سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال، بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR واجد ملاک‌های وابستگی به مواد باشد، سطح تحصیلات بیمار حداقل راهنمایی باشد، دوره سم‌زدایی را گذرانده باشد، آزمایش ادرارش برای مواد افیونی منفی باشد، بر اساس ارزیابی پزشکی و روانپزشکی، فرد دچار اختلالات شدید روانی هم چون روان‌پریشی، اختلال دوقطبی یا تجزیه‌ای نباشد، بر اساس نظریه پزشکی، فرد بیماری جسمانی خاصی که مانع مشارکت در برنامه

درمان شناختی رفتاری بر افزایش خودکارآمدی نقش دارد (۳۲)، ۳۱، ۲۶، ۱۲، ۱۱). مارلات (۱۹۹۶) در بررسی سبب‌شناسی سوء مصرف مواد و بازگشت رفتارهای اجباری، خودکارآمدی پایین و نقص مهارت‌های مقابله‌ای را بیان می‌کند (۳۳). مایستو، کانرز و زیویاک (۲۰۰۰)، سینها (۲۰۰۱)، رابویس و هاگا (۲۰۰۳)، ایل و بشیر (۲۰۰۴) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی عامل مهمی در بازگشت دوباره افراد به مصرف مواد است (۳۴-۳۶، ۱۸).

پیشینه‌های نظری و پژوهش‌های تجربی دلالت بر نقص مهارت‌های مقابله‌ای و کنترل هیجانات منفی سوء مصرف‌کنندگان مواد، خودکارآمدی پایین و وجود موانع شناختی، روان‌شناختی و رفتاری این افراد دارد. بنابراین شایسته است در استفاده از روش‌های مداخله‌ای برای درمان و پیشگیری از بازگشت مصرف مواد افیونی وجود این نقایص در نظر گرفته شود. از آنجا که مؤلفه‌های اصلی روش مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلات شامل شناسایی، خودکارآمدی، خودبازنگری، تحلیل عملکردی عوامل پرخطر موقعیتی مرتبط با وسوسه و مصرف مواد، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای اختصاصی، اصلاح کلی سبک زندگی و آموزش کنترل و مقابله با لغزش می‌باشد، به نظر می‌رسد بررسی تأثیر روش مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلات بتواند پاسخگوی بسیاری از نیازهای موجود در زمینه پژوهش‌های مرتبط با درمان و پیشگیری از بازگشت مصرف مواد افیونی باشد (۲۱، ۲۰).

وجه تمایز دیدگاه درمانی مارلات و گوردون (۱۹۸۵) این است که پیامد درمانی را در حالتی مورد مطالعه قرار می‌دهد که در آن، فرد هم در پرهیز است و هم اعتیادش عود می‌کند؛ به بیان دیگر این مدل برخلاف دیگر مدل‌های درمانی، عود را شکست در درمان نمی‌داند و به عوامل دخیل در عود می‌پردازد. همچنین از دیگر خصوصیات مثبت این رویکرد، پرداختن به آموزش مهارت‌هایی مثل مدیریت خشم و تکانشگری است. به این معنی که افراد وابسته به مواد در تحمل هیجاناتی مانند خشم، تنش و شرم یا حالت‌هایی مانند تنهایی مشکل دارند (۳۷).

در میان انواع مداخله‌ها برای مقابله با اعتیاد، موضوع درمان بسیار مورد مناقشه است و علی‌رغم صرف هزینه‌های سالانه بسیار بالا، آمار جهانی موفقیت شیوه‌های درمانی را ناچیز برآورد کرده‌اند. از میان علائم گوناگون عدم موفقیت شیوه‌ها می‌توان به نگرش عمدتاً تک بعدی آن‌ها به علل وابستگی به مواد و تأکید این رویکردها به مبانی زیستی و درمان دارویی اشاره کرد. از دهه ۱۹۹۰ به بعد در مدت کوتاهی تعداد قابل توجهی روش‌های درمانی با رویکردهای روان‌شناختی تر و یا صرفاً روان‌شناختی

شد. با توجه به پژوهشی‌های انجام شده می‌توان از پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران به عنوان یک پرسشنامه معتبر استفاده کرد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر نیز ۰/۷۰ به دست آمد.

بسته آموزشی شامل خلاصه‌ای از محتوای ۱۲ جلسه درمان می‌باشد. این برنامه توسط مارلات و گوردون (۱۹۸۵) تدوین شده است. هر جلسه شامل اطلاعات روانی-آموزشی در مورد عوامل منجر به عود، بازسازی شناختی، کنترل هیجانات و بکارگیری مهارت‌های کنار آمدن با موقعیت‌های پرخطر می‌باشد. در بسته آموزشی، فرم‌ها و برگه‌هایی جهت تکمیل فعالیت‌های درون جلسه‌ای به منظور افزایش سطح آگاهی شرکت‌کنندگان از هیجانات منجر به عود خود، فرایندهای ظریف پاسخ‌دهی به موقعیت‌های پرخطر و همچنین تمرین تکنیک‌های کنترل تکانه و هیجاناتی همچون خشم در نمونه‌هایی از موقعیت‌های هیجان‌زا طراحی شده است. علاوه بر فعالیت‌های درون جلسه‌ای، هر جلسه تکلیف خانگی را در بر دارد که به افراد در کاربرد تکنیک‌های تازه آموخته شده در موقعیت‌های پرخطر و شرایط استرس‌زای زندگی روزمره کمک می‌کند. به‌طور کلی مداخلات این رویکرد در راستای سه محور اصلی بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تغییر سبک زندگی می‌باشند. در جدول شماره ۱ پروتکل درمانی پژوهش آورده شده است. مراحل مختلف درمان شناختی رفتاری بر اساس مدل مارلات در این پژوهش در ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته به صورت خلاصه به شرح زیر می‌باشد:

شود را نداشته باشد، در برنامه‌های درمانی دیگر همزمان شرکت نکند و بیش از ۳ جلسه غیبت نداشته باشد.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۲) استفاده گردید. این پرسشنامه دارای ۱۷ سؤال است که بر اساس مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) درجه‌بندی شده است. نمره‌گذاری از ۱ تا ۵ است؛ به این ترتیب که به گویه‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ از راست به چپ نمره ۵ تا ۱ تعلق می‌گیرد و بقیه سؤال‌ها به‌طور معکوس به ترتیب نمره ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. حداکثر نمره ۸۵ و حداقل ۱۷ است. آزمودنی‌ها به هنگام پاسخ دادن به هر یک از ۱۷ ماده پرسشنامه، وضع خود را بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای، رتبه‌بندی می‌کنند و بدین ترتیب خودکارآمدی خود را اندازه‌گیری می‌کنند.

این پرسشنامه از سوی براتی (۱۳۷۵) ترجمه و اعتبار یابی شده است که ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش دو نیمه کردن گاتمن ۰/۷۶ و از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین، همبستگی‌های به دست آمده با دو مقیاس عزت نفس و خودارزیابی با خودکارآمدی در جهت تأیید اعتبار سازه آزمون بوده است.

ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ این پرسشنامه، ۸۶٪ می‌باشد (شرر و همکاران، ۱۹۸۲). رضاپور میرصالح، عبدی، رهگذر و ریحانی کیوی (۱۳۸۸)، نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در نمونه‌های ایرانی ۰/۸۶ به دست آوردند. در پژوهش میرمحمدی و کریمی آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۶۷ و روایی آن ۰/۵۹ به دست آمده و در پژوهشی دیگر که توسط رحیمی پردنجانی و غباری بناب انجام شد، بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه

جدول ۱. جلسات درمان شناختی-رفتاری پیشگیری از عود

جلسه	موضوع جلسه	محتوای جلسه
۱	معرفی برنامه	آشنایی، ایجاد رابطه، توافق درباره اهداف درمان، بالا بردن انگیزه
۲	مدیریت بیماری	شناخت بیماری، شناخت بیمار، اصول بهبودی، نقشه تغییر
۳	تحلیل رفتار مصرف مواد	شناسایی و کنترل پیشایندها و پیامدهای مصرف مواد
۴	آشنایی با عوامل عود و هشداردهنده‌ها	عوامل عود، لغزش، هشداردهنده
۵	مدیریت فکر	شناسایی و کنترل افکار انتظاری، تسهیل‌کننده، اجازه دهنده و تحریف‌های شناختی
۶	مدیریت وسوسه و میل	شناخت وسوسه و علائم آن، عوامل وسوسه و راه‌های مقابله با آن
۷	مدیریت مشکل و مهارت‌های حل مسئله	کنترل اضطراب، پرخاشگری و افسردگی و راه‌های مقابله
۸	مدیریت مشکل و مهارت حل مسئله	آشنایی با مراحل حل مشکل و راه‌های مقابله با آن مشکل
۹	تصمیم‌های به ظاهر نامربوط	شناخت تصمیم‌های نامربوط و سالم
۱۰	تغییر سبک زندگی و برنامه تغییر	سبک زندگی سالم و اعتیادی و برنامه‌ریزی
۱۱	مدیریت لغزش	آشنایی با عوامل لغزش، تخطی از پرهیز و راه‌های مقابله با آن
۱۲	جمع‌بندی جلسات	مرور مطالب و برنامه‌ریزی برای تداوم بهبودی



داده‌های حاصل با استفاده از آنالیز کوواریانس تحلیل شد.

یافته‌ها

جدول ۲ به بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل میانگین سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و وضعیت اشتغال در دو گروه آزمایش و کنترل می‌پردازد.

قبل از برگزاری جلسات و هر هفته بعد از اتمام جلسات، آزمایش‌ها برای هر دو گروه آزمایش و کنترل به عمل آمد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از اخذ موافقت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و توضیح کامل درباره هدف و روش تحقیق، به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین فرصت استفاده از رویکردهای روان‌درمانی و آموزشها برای گروه کنترل، بعد از پژوهش نیز لحاظ شد.

جدول ۲. یافته‌های جمعیت‌شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرهای جمعیت‌شناختی	گروه آزمایش	گروه کنترل
میانگین سن	۳۶/۳۳	۳۷/۳۳
وضعیت تأهل (متأهل)	۱۱	۱۳
زیر دیپلم	۱۱	۱۲
دیپلم	۴	۲
بالتر از دیپلم	۰	۱
شاغل	۱۱	۱۲
بیکار	۳	۳
بازنشسته	۱	۰

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، دو گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت زیادی باهم ندارند. توزیع فراوانی و درصد متغیرهای نوع ماده مصرفی و روش مصرف در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد متغیرهای نوع ماده مصرفی و روش مصرف

متغیرها	فراوانی	درصد
نوع ماده مصرفی		
تریاک	۱۴	۴۶/۷
شیره	۶	۲۰/۰
هروئین	۵	۱۶/۷
کراک	۵	۱۶/۷
تدخین	۱۹	۶۳
روش مصرف		
خوراکی	۹	۳۰/۳
تزریق	۲	۶/۷

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که فراوانی افرادی که تریاک مصرف می‌کنند در گروه‌های مورد آزمایش، بیشتر از افرادی است که هروئین و کراک مصرف می‌کنند، همچنین فراوانی روش مصرفی تدخین در هر دو گروه بیشتر از روش خوراکی و تزریق است.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون‌های گروه‌ها

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی	آزمایش	۵۰/۳۳	۶۶/۳۳
	گواه	۵۰	۵۴/۴۲
			انحراف معیار
			۵/۹۲
			۴/۷۹

نتایج جدول ۴ نشان داد که میانگین و انحراف معیار متغیر خودکارآمدی در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ۵۰/۳۳ (۶/۰۳) و در آزمودنی‌های گروه گواه ۵۰ (۵/۹۲) و در گروه گواه ۵۴/۴۲ (۴/۷۹) می‌باشد. میانگین و انحراف معیار متغیر خودکارآمدی در دو گروه در مرحله پس‌آزمون به ترتیب در گروه آزمایش ۶۶/۳۳ (۵/۵۹) می‌باشد.

جدول ۵. بررسی همگنی خطای واریانس و نرمال بودن متغیر خودکارآمدی

آزمون کلموگروف-اسمیرنوف		آزمون لون	
P	Z	P	F
۰/۹۱۰	۰/۵۶۲	۰/۱۴۶	۲/۲۳

جدول ۵ نتایج آزمون لون جهت بررسی تساوی واریانس‌ها در متغیر خودکارآمدی را نشان می‌دهد. با توجه به جدول ۴ میانگین خودکارآمدی پس‌آزمون هر کدام از گروه‌ها نسبت به پیش‌آزمون، افزایش یافته است. برای آزمون تفاوت میان گروه‌های مورد مطالعه بعد از ارائه متغیر مستقل، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در ابتدا، پیش‌فرض اصلی کاربرد تحلیل کوواریانس یعنی نرمال بودن داده‌ها و همچنین پیش‌فرض برابری واریانس‌های گروه‌ها در متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس جدول ۵ نتایج آزمون لون نشان داد که F محاسبه شده (۲/۲۳) در سطح ۰/۱۴۶ معنادار است. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نیز نرمال بودن توزیع متغیر وابسته را تأیید می‌کند. بنابر آنچه که در بالا بیان شد، پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس برقرار می‌باشد، پس استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع است.

جدول ۶. تحلیل کوواریانس تأثیر درمان شناختی رفتاری مارلات بر خودکارآمدی

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مقدار اتا
پیش‌آزمون	۷۰/۶۸۸	۱	۷۰/۶۸۸	۲/۹۵	۰/۰۹۷	۰/۱۰۲	
نمره کل خودکارآمدی	بین گروه‌ها	۹۸۹/۳۴۴	۱	۹۸۹/۳۴۴	۴۱/۳۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴
درون گروه‌ها	۶۲۱/۶۴۷	۲۶	۲۳/۹۱۱				

جدول ۶ مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه دو گروه از لحاظ پس‌آزمون پس از بررسی پیش‌آزمون است. نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد ($F=41/377, P<0/01$). در نتیجه فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و میزان این تأثیر ۰/۶۱۴ بوده است. با توجه به اینکه میزان خودکارآمدی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به‌طور معناداری افزایش یافته است، این افزایش خودکارآمدی بدان معنی است که مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات باعث افزایش خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد افیونی شده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر افزایش خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد افیونی انجام شد.

نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که بین دو گروه از لحاظ

خودکارآمدی تفاوت معناداری وجود دارد و این نشان از مکانیسم اثر روش درمانی شناختی رفتاری مارلات بر افزایش خودکارآمدی افراد وابسته به مواد می‌باشد. این یافته با پژوهش‌های لاریمر و پالمیر (۱۹۹۹)، روییس و هاگا (۲۰۰۳)، ایل و بشیر (۲۰۰۴)، هیان، چانگ و لی (۲۰۰۵) و تات و همکاران (۲۰۰۸) همسو می‌باشد (۳۵، ۳۶، ۳۹-۴۱).

در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که یکی از راهبردهای مداخله‌ای خاص رویکرد درمانی مارلات و گوردن جهت پیشگیری از عود، افزایش خودکارآمدی است و برای افزایش خودکارآمدی افراد بر آموزش راهبردهای کنارآمدن تأکید دارد. همان‌گونه که در شکل (۱) نشان داده شده است، وقتی فرد با موقعیت‌های پرخطر روبرو می‌شود، این رویکرد درمانی به واسطه تحلیل شناختی رفتاری موقعیت و آموزش پاسخ‌های کنار آمدن مؤثر فرد به موقعیت پرخطر موجب افزایش خودکارآمدی فرد می‌شود و این افزایش خودکارآمدی احتمال برگشت افراد به مصرف مجدد را کاهش می‌دهد.

در واقع مدل شناختی رفتاری مارلات و گوردن (۱۹۸۵)، نقش



در چنین وضعیتی هر چه ادراک فرد از خودکارآمدی بالاتر باشد، احتمال بروز پافشاری بیشتر برای رسیدن به بهبودی در شخص بیشتر خواهد شد (۴۴، ۴۳).

همان‌گونه که بحث شد خودکارآمدی در تمام مراحل درمان و پیشگیری از عود یک متغیر اساسی محسوب می‌شود، به‌صورتی که متعادل‌سازی سبک زندگی بیمار، که یک راهبرد مداخله‌ای عمومی رویکرد درمانی مارلات است، موجب افزایش خودکارآمدی می‌شود؛ بدین‌صورت که به فرد در شناسایی باید‌ها و خواسته‌های متنوعی که منجر به فشار روانی در زندگی اوست، کمک می‌شود و با آموزش فنون کنترل محرک و فنون کنترل اشتیاق موجب افزایش خودکارآمدی در افراد می‌شود. این تغییر سبب قادر ساختن فرد برای مواجهه‌شدن با موقعیت‌های سخت بدون لغزش می‌شود. از سویی دیگر راهبردهای مداخله‌ای خاص مدل درمانی مارلات از جمله افزایش مهارت‌های فرد برای کنار آمدن با موقعیت‌های سخت بدون لغزش باعث افزایش خودکارآمدی فرد و در نتیجه کاهش احتمال عود می‌شود.

همچنین این رویکرد به مراجع برای توسعه‌ی عادات مثبت مانند فعالیت‌های مراقبه، ورزش یا یوگا کمک می‌کند که اثرات مثبت بلندمدتی روی خلق، سلامتی و کنار آمدن دارد و موجب افزایش تعادل در سبک زندگی است. در نهایت خودکارآمدی به عنوان نتیجه‌ی رشد عادات مثبت افزایش می‌یابد و در حد وسیعی باعث تجربه‌ی موفقیت‌آمیز کسب مهارت‌های جدید، از طریق انجام دادن آن فعالیت‌ها می‌شود.

در تأیید این یافته می‌توان به پژوهش جعفری، اسکندری، سهرابی و دلاور (۱۳۸۸) اشاره کرد. آنها در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که هر دو آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و سبک زندگی در پیشگیری از عود و افزایش تاب‌آوری (که خودکارآمدی یکی از مؤلفه‌های آن است) افراد تحت درمان موثر است (۲۳). کریمیان (۱۳۹۰)، نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی و پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد موثر است (۴۵).

طاووسی و همکارانش (۱۳۹۰) نیز تأثیر افزایش خودکارآمدی بر پیشگیری از مصرف مواد را نشان داده‌اند (۴۶). نتایج پژوهش‌های گذشته از این عقیده که درمان شناختی-رفتاری در پیشگیری از عود و متعاقب آن افزایش خودکارآمدی نقش دارد حمایت کرده‌اند. به عنوان مثال لاریمر و پالمر (۱۹۹۹)، در پژوهشی نشان دادند که برنامه‌های شناختی-رفتاری موجب رشد مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش خودکارآمدی در درمان‌جویان

اصلی موقعیت‌های پرخطر و پاسخ افراد معتاد به این موقعیت را مورد تأیید قرار می‌دهد. مردم با دادن پاسخ‌های مؤثر کنار آمدن، مطمئن می‌شوند که می‌توانند با این موقعیت‌ها کنار آیند (افزایش خودکارآمدی) و به این وسیله احتمال عود کاهش می‌یابد. در مقابل، مردمی که پاسخ‌های غیر مؤثر کنار آمدن را تجربه می‌کنند، خود کارآمدی‌شان پایین خواهد آمد و با این انتظار که مصرف مواد اثر مثبت خواهد داشت (نتایج مثبت انتظارات) همراه است که می‌تواند منجر به لغزش اولیه شود. این لغزش، در جای خود می‌تواند به احساس گناه و شکست (تأثیر تخطی از پرهیز) منجر شود.

به بیان دیگر به فرد کمک می‌شود تا موقعیت‌های پرخطر را شناسایی کند و پس از آن مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر (از جمله مهارت‌های مقابله‌ای شناختی همچون گفتگوی مثبت با خود و حذف گفتگوی خودکامروابخش؛ و مهارت‌های مقابله‌ای رفتاری همچون ترک موقعیت پرخطر) را به‌کار گیرد. به‌کارگیری مهارت‌های مقابله‌ای موجب افزایش خودکارآمدی و همچنین افزایش مقاومت فرد در موقعیت‌های پرخطر می‌شود و در نهایت افزایش کارآمدی موجب کاهش عود در این افراد می‌شود.

همچنین در این رویکرد به منظور افزایش خودکارآمدی، مراجعان به جای تمرکز بر هدف نهایی طولانی مدت (برای مثال پاک‌ماندن طولانی مدت در زندگی)، به مجموعه‌ای کوچک‌تر از وظایف، اهداف کنترل‌پذیرتر همچون کنار آمدن با یک موقعیت پرخطر قریب‌الوقوع یا ایجاد آن از طریق داشتن یک روز بدون لغزش تشویق می‌شوند. از آنجا که افزایش خودکارآمدی ارتباطی تنگاتنگ با دستیابی به اهداف از پیش تعیین‌شده دارد، تسلط موفقیت‌آمیز بر این وظایف کوچک‌تر فردی، بهترین راهبرد برای افزایش احساس تسلط بر خود است. بنابراین می‌توان بیان داشت که خودکارآمدی بالا موجب مقاومت و تاب‌آوری در موقعیت‌های پرخطر گرایش به سوء مصرف مواد و پیشگیری از عود مجدد می‌شود.

بنابر نظریه بندورا (۱۹۹۹) افرادی می‌توانند بر وسوسه مصرف غلبه کنند که خود را در انطباق با رویدادها و تأثیرگذاری بر آنها توان‌تر می‌بینند و از قضاوت‌های خودکارآمدی بالایی برخوردارند. بنابراین، اگر افراد مهارت‌های مقابله‌ای را در خود پرورش ندهند، خودکارآمدی پایین (ضعیف) باعث برگشت به مصرف مواد می‌شود، به بیان دیگر خودکارآمدی با نتایج مثبت درمان و پرهیز از مصرف ارتباط دارد و هرچه فرد احساس کند که از خودکارآمدی بالاتری برخوردار است، به همان میزان درمان و بهبودی او با موفقیت بالاتری قرین خواهد بود (۴۲). چرا که به واسطه میزان خودکارآمدی می‌توان تغییر رفتار را پیش‌بینی کرد.

و به وسیله پرسشنامه جمع آوری شد که این شیوه همیشه تحت تأثیر عوامل متعدد تأثیرگذار مثل گرایش پاسخ دهندگان به ارائه پاسخ های جامعه پسند می باشد. پژوهش حاضر روی افراد وابسته به مواد افیونی انجام گرفته و تعمیم یافته های به دست آمده به وابستگان به سایر مواد با محدودیت روبرو است. با توجه به محدودیت های زمان و مکان اجرای پژوهش، امکان برگزاری جلسات یادآوری درمان و بررسی اثربخشی رویکرد درمانی در مراحل پیگیری فراهم نگردید. پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده به منظور تداوم اثر درمان، جلسات یادآوری درمان بین پس آزمون و پیگیری و همچنین ارزیابی پیگیری در فاصله های زمانی ۳ ماه، ۶ ماه و ۱ سال، به عمل آید. همچنین با توجه به اینکه این پژوهش روی مردان وابسته به مواد انجام شده است برای تعمیم بهتر نتایج بهتر است پژوهش هایی هم روی زنان وابسته به مواد و گروه های دیگر انجام شود و اینکه با توجه به نقش مؤثر هیجانات در گرایش به مواد و همچنین عود به مصرف مجدد، پیشنهاد می گردد، درمانگران آموزش تنظیم هیجان را در جلسات درمانی سایر پژوهش های آینده در نظر داشته باشند.

همچنین با توجه به نقش خودکارآمدی در کاهش عود افراد وابسته به مواد، کاربرد روش های افزایش خودکارآمدی به عنوان وسیله ای جهت پیشگیری از گرایش افراد به رفتارهای پرخطر مخصوصاً اعتیاد پیشنهاد می شود.

شده و به علاوه از بازگشت به مصرف مواد آن ها به شکل مؤثری پیشگیری کرده است (۳۹).

هیان، چانگ و لی (۲۰۰۵) در پژوهش خود دریافتند که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش افسردگی و افزایش چشم گیری در خودکارآمدی گروه آزمایش می شود (۴۰). تات و همکاران (۲۰۰۸)، در یک پژوهش به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی رفتاری موجب افزایش خودکارآمدی پرهیز در افراد وابسته به مواد می شود (۴۱). اورکی (۱۳۸۷) نیز در پژوهش خود، اثربخشی روش درمانی شناختی رفتاری تلفیقی با مدیریت خشم بر خودکارآمدی، سبک های مقابله ای، کنترل خشم، کاهش میل به مصرف مواد و پیشگیری از بازگشت (عود) را در گروهی از درمانجویان وابسته به مواد تأیید کرده است (۴۷).

همچنین یافته های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش خودکارآمدی افراد وابسته به مواد با پژوهش های جعفری، شهیدی و عابدین (۱۳۸۸)، کمر زین، زارع و بروکی میلان (۱۳۹۰) و خلعتبری، قربان شیرودی، شکرگذار (۱۳۹۰) همسو می باشد (۴۸، ۳۲، ۱۲).

نتیجه گیری

رویکرد درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر افزایش خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد افیونی مؤثر است. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر این بود که اطلاعات و داده ها مربوط به خودکارآمدی از طریق خود گزارش دهی آزمودنی ها

منابع

- Ekhtiari H, Behzady A, Sadeghi M, Mirbaha H, Noroozy L, Alavy A. Guide to Cognition and Treatment of Addiction in Iran. Second edition. Tehran: Arjmand. (2010).
- The Number of Addicts in Iran. [Internet]. [cited 2012 Sep 25]; Available from: <http://www.bartarinha.ir/fa/news/>
- The Number of Addicts in Iran. [Internet]. [cited 2013 Mars 18]; Available from: <http://www.parsine.com/fa/news/91853>
- Coker AL, Smith PH, McKeown RE, King MJ. Frequency and Correlates of Intimate Partner Violence by Type: Physical, Sexual, and Psychological Battering. American Journal of Public Health. 2000; 90(4): 553.
- Mirzaei T, Ravi A, Hanifi N, Miri S, Haghdost SF, Mmirzaei Khalilabadi S. [Factors Associated with Relapse of Drug Addiction from the Perspective of People with Drug Abuse Addiction Treatment Center in Rafsanjan. (Persian)]. Iranian Journal of Nursing. 2010; 23(67): 1-10.
- Yan Y, Nabeshima T. Mouse Model of Relapse to the Abuse of Drugs: Procedural Considerations and Characterizations. Behavioural Brain Research. 2009; 196(1): 1-10.
- Amini K, Amini D, Afshar M, Azar, M. [A Study on Social and Environmental Factors Which Made Addicts to Relapse into Drug Abuse in Hamedan (Persian)]. Journal of Zanjan University of Medical Sciences and Health Services. 2004; 11(45): 41-47.
- Carroll MK. A Practical Guide to Cognitive Behavioral Therapy for Substance Dependence. Roodsary A, Mohammadkhani SH. (Persian translators). First ed. Tehran Espand Sepehr Pub. 2002.
- McKee SA, Hinson RE, Wall AM. Alcohol Outcome Expectancies and Coping Styles as Predictors of Alcohol Use in Young Adults. Addictive Behaviors. 1998; 23: 17-22.
- Carey G. Case Studies in Counseling and Psychotherapy. Shafi Abadi A, Hosseini B. (Persian translator). Tehran. Jungle Pub. 2009.
- McHugh RK, Hearon BA, Otto MW. Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. The Psychiatric Clinics of North America. 2010; 33(3): 511.
- Kamarzarin H, Zare H, Brokimilan H. [Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy to Increase the Effectiveness and Improve the Symptoms of Addiction in Drug-Dependent Patients. (Persian)]. Journal of Addiction Studies. 2011; 6(22): 75-85.
- Ahmadkhaniha H, Gharanipoor M, Panaghi L. [Dependency Management Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Opioid Dependence (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2006; 12(1): 3-8.
- Denis C, Lavie E, Fatseas M, Auriacombe M. Psychotherapeutic Interventions for Cannabis Abuse and/or Dependence in Outpatient Settings. Cochrane Database of Systematic Reviews. 3. 2006.
- Ashoori A, Mollazadeh J, Mohamady N. [Effectiveness of Cognitive-Behavioral in Improvement Coping Skills and Relapse Prevention Addicts. (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008; 3: 281-288.
- Momeni F, Moshtagh Biddokhti N, Poorshahbaz A. [Effectiveness of



- Cognitive-Behavioral Therapy Group to Reduce Craving and Improve Symptoms of Depression and Anxiety Opiate Addicts Undergoing Methadone Maintenance Therapy. (Persain)]. Journal Addiction Research. 2010; 11: 83-98.
17. Witkiewitz K, Marlatt GA, Walker D. Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and Substance Use Disorders. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2005; 19(3): 211-228.
18. Maisto SA, Connors GJ, Zywiak WH. Alcohol Treatment Changes in Coping Skills, Self-Efficacy, and Levels of Alcohol Use and Related Problems 1 Year Following Treatment Initiation. Psychology of Addictive Behaviors. 2000; 14(3): 257.
19. Galanter M, Kleber HD. The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment: American Psychiatric Pub. 2008.
20. Marlatt G, Gordon JR. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. First Edition. New York, NY: Guilford Press. 1985.
21. Marlatt GA, Witkiewitz K, Dillworth TM, Bowen SW, Parks GA, Macpherson LM, et al. Vipassana Meditation as a Treatment for Alcohol and Drug Use Disorders. Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition. 2004; pp: 261-287.
22. Witkiewitz K, Van der Maas HL, Hufford MR, Marlatt GA. Nonnormality and Divergence in Posttreatment Alcohol Use: Reexamining the Project MATCH Data "Another Way". Journal of Abnormal Psychology. 2007; 116(2): 378.
23. Jafary I, Eskandary H, Sohraby F, Delavar A. [The Effectiveness of Coping Skills and Relapse Prevention Marley-Based Model to Increase Resiliency in Drug-Dependent Individuals. (Persain)]. Journal of Clinical Psychology. 2009; 1(3): 77-87.
24. Ghorbany T, Mohamadkhany S, Saramy GH. [Comparative Effectiveness of Cognitive-Behavioral-based Coping Skills and Methadone Maintenance Therapy in Improving Cognitive and Behavioral Factors Associated with Drug Use and Abstinence from Drug Use to Individuals. (Persain)]. Journal of Addiction Studies. 2011; 5(17): 59-73.
25. Ghorbani M. [Relapse Prevention, Cognitive Behavioral Models Marley Overview. (Persian)]. Journal of Substance Abuse Addiction Studies. 2008; 2(7): 91-114.
26. Kadden RM, Litt MD. The Role of Self-Efficacy in the Treatment of Substance Use Disorders. Addictive Behaviors. 2011; 36(12): 1120-1126.
27. Sharff RS. Theories of Psychotherapy and Counseling. Firoozbakht M. (Persian translator). Tehran. Institute for Cultural Services Resa, Sixth Edition. 2010.
28. Gong Y, Huang JC, Farh JL. Employee Learning Orientation, Transformational Leadership, and Employee Creativity: The Mediating Role of Employee Creative Self-Efficacy. Academy of Management Journal. 2009; 52(4): 765-778.
29. Liem AD, Lau S, Nie Y. The Role of Self-Efficacy, Task Value, and Achievement Goals in Predicting Learning Strategies, Task Disengagement, Peer Relationship, and Achievement Outcome. Contemporary Educational Psychology. 2008; 33(4): 486-512.
30. Bandura A. Health Promotion by Social Cognitive Means. Health Education and Behavior. 2004; 31(2): 143-164.
31. Oraky M. [Investigate the Relationship between Anger, Self-Efficacy, Coping Skills and the Desire to Use Substances Group of Opiate Drug Dependent Clients. (Persain)]. Journal of Substance Abuse Addiction Studies. 2010; 18(5): 39-54.
32. Khalatbary J, Ghorbanshiroody S, Shokrgozar M. [The Efficacy of Group Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy on the Efficacy of Drug-Dependent Patients. (Persain)]. Journal of Isfahan Medical University. 2011; 29(164): 1-7.
33. Marlatt GA. Taxonomy of High-Risk Situations for Alcohol Relapse: Evolution and Development of a Cognitive-Behavioral Model. Addiction. 1996; 91(12s1): 37-50.
34. Sinha R. How Does Stress Increase Risk of Drug Abuse and Relapse? Psychopharmacology. 2001; 158(4): 343-359.
35. Rabois D, Haaga DA. The Influence of Cognitive Coping and Mood on Smokers' Self-efficacy and Temptation. Addictive Behaviors. 2003; 28(3): 561-73.
36. El S, Bashir T. High-Risk Relapse Situations and Self-Efficacy: Comparison between Alcoholics and Heroin Addicts. Addictive Behaviors. 2004; 29(4): 753-758.
37. Khantzian E, Dodes L, Brehm N, Lowinson J, Ruiz P, Millman R, et al. Psychodynamics. Substance Abuse: A Comprehensive Textbook. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2005.
38. Kadden RM. Behavioral and Cognitive-Behavioral Treatments for Alcoholism: Research Opportunities. Addictive Behaviors. 2001; 26(4): 489.
39. Larimer ME, Palmer RS. Relapse prevention: An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. Alcohol Research and Health. 1999; 23(2): 151-160.
40. Hyun MS, Chung HC, Lee YJ. The Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy on the Self-Esteem, Depression, and Self-Efficacy of Runaway Adolescents in a Shelter in South Korea. Applied Nursing Research. 2005; 18(3): 160-166.
41. Tate SR, Wu J, McQuaid JR, Cummins K, Shriver C, Krenek M, et al. Comorbidity of Substance Dependence and Depression: Role of Life Stress and Self-Efficacy in Sustaining Abstinence. Psychology of Addictive Behaviors. 2008; 22(1): 47.
42. Schmitt MM. Recovery from Substance Abuse: The Role of Unsupportive Social Interactions. First Edition. USA. Virginia Commonwealth University; 2008.
43. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. First Edition. Worth Publishers; 1997.
44. Bandura A. A Sociocognitive Analysis of Substance Abuse: An Agentic Perspective. Psychological Science. 1999; 10(3): 214-217.
45. Karimian N. [Effectiveness of Stress Management Training, Cognitive-Behavioral Relapse Prevention, Drug-Dependent Men in A Therapeutic Community Centers in Isfahan. (Persain)]. Journal of Addiction Studies. 2011; 5(20): 73-86.
46. Tavoosy M, Montazery A, Heydarnia A, Tareman F, Hajizade E, Ghofranpoor F. [Compare the Effect of Perceived Self-Efficacy and Perceived Behavioral Control in the Theory of Rational Action on the Prevention of Drug Abuse and Path Analysis. (Persian)]. Journal of Payesh. 2011; 11(2): 199-205.
47. Oraky M. [Evaluation of the Efficacy of Cognitive - Behavioral Therapy Combined with Anger Management on Self-Efficacy, Coping Style A, Anger Management, Substance Abuse Prevention and Reduce the Desire to Return (Relapse) in A Group of Drug Dependent Clients (Persian)]. (Ph.D. thesis) Allameh Tabatabai University; 2008.
48. Jafary M, Shahidy S, Abedin A. [Comparative Effectiveness of Extra Theoretical and Cognitive-Behavioral Avoidance in Improvement of Efficacy in Drug Dependent Adolescents. (Persain)]. Journal of Behavioral Sciences. 2009; 7(1): 1-12.

Effectiveness of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model on Increasing Self-efficacy in Opiate-dependents

Doostian Y. (M.Sc.)¹, Shafie'abadi A. (Ph.D.)², Kalantar Kooshe S.M. (Ph.D.)³, *Massah O. (M.D.)⁴

Receive date: 16/12/2013

Accept date: 23/02/2014

1. M.Sc. of Rehabilitation Counseling, Allame Tabataba'ee University, Ph.D. Student of Rehabilitation Counseling, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
2. Ph.D. in Counseling, Professor of Psychology & Educational Sciences Faculty, Allame Tabataba'ee University, Tehran, Iran
3. Ph.D. in Counseling, Assistant Professor of Psychology & Educational Sciences Faculty, Allame Tabataba'ee University, Tehran, Iran
4. Physician, Addiction Therapist, Substance Abuse and Dependency Research Center, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

***Correspondent Author Address:**
Substance Abuse and Dependency Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar Alley, Daneshjoo Blv., Evin, Tehran, Iran.

***Tel:** +98 (21) 22180095

***E-mail:** omchomch@gmail.com

Abstract

Objective: This study examined the effectiveness of Marlatt's cognitive-behavioral model on increasing self-efficacy in opiate-dependents.

Materials & Methods: In a pilot project, 30 opiate-dependent clients of addiction clinics in Khorramabad were randomly assigned to study and control groups. The study group went through 12 sessions of cognitive behavioral therapy; an overall 24 hours. The control group did not receive any special treatment. All the participants completed the self-efficacy questionnaire at the beginning and end of treatment. Analysis of covariance was used to analyze data.

Results: Findings showed significant differences between the two groups after intervention.

Conclusions: According to the findings Marlatt's cognitive behavioral model is effective in increasing self-efficacy in opiate-dependents.

Keywords: Cognitive-behavioral treatment, Marlatt's model, Self-efficacy, Opiate-dependency.

"This article is the result of a thesis."