



بسمه تعالی  
جمهوری اسلامی ایران  
دانشگاه علوم پزشکی ساوه  
معاونت پژوهشی

## پرسشنامه طرح تحقیقاتی

نام و نام خانوادگی مجری مسئول : محمود کریمی

نام و نام خانوادگی سایر مجریان : بهرام آرمون، مرضیه عربان، آرزو ضابطی

عنوان طرح : بررسی پیشگویی کننده های موثر در بازگشت مجدد به اعتیاد در بین معتادین مراجعه کننده به کلینیکهای ترک اعتیاد شهر ساوه با استفاده از مدل شناختی رفتاری مارلات

تاریخ پیشنهاد: ۱۳۹۸

محقق گرامی خواهشمند است قبل از تکمیل این پرسشنامه به راهنمای تکمیل پرسشنامه و تذکرات توجه فرمائید.

نشانی: ساوه - سه راه طالقانی دانشکده علوم پزشکی ساوه

## راهنمای تکمیل پرسشنامه

- ۱- در بیان مسئله باید ماهیت و وسعت مسئله، توصیف سابقه مرتبط با موضوع تحقیق، دلیل انجام این تحقیق، اهمیت موضوع و آنچه محقق تصور می کند با انجام مطالعه در حل مسئله کمک می کند، مطرح شود.
- ۲- در بررسی متون (Literature review) ضمن کنکاش در مطالعات قبلی انجام شده مرتبط با موضوع و بحث مختصری درباره آنها باید منبع مورد استفاده برای هر موضوع ذکر و به فهرست منابع و مآخذ ارجاع داده شود.
- ۳- خلاصه روش اجرای طرح باید حاوی نکات کلیدی روش کار باشد به نحوی که مراحل مختلف را از ابتدا تا انتهای طرح به وضوح ترسیم نماید. ضمناً باید توضیح داده شود که چه داده هایی برای یافتن پاسخ به سوالات تحقیق لازم است و چگونه می خواهیم آنها را جمع آوری و اندازه گیری کنیم. در صورتی که برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه ای استفاده می کنید لطفاً آن را پیوست نمائید.
- ۴- نوع طرح می تواند، بنیادی، کاربردی یا بنیادی - کاربردی باشد.
- ۵- نوع مطالعه می تواند پایه، کارآزمایی بالینی، اپیدمیولوژی توصیفی، مداخله ای، اپیدمیولوژی تحلیلی، کیفی، تولیدی تقسیم بندی نمود.
- ۵-۱- **علوم پایه**: منظور پژوهشهایی است که در جهت گسترش مرزهای دانش بدون در نظر گرفتن استفاده علمی خاص برای کاربرد آن انجام می گیرد.
- ۵-۲- **کارآزمایی بالینی**: یک پژوهش بالینی معمولاً دارای گروه کنترل است که هدف آن شناخت و ارزیابی اثر بخشی یک مداخله بالینی می باشد. مطالعات بالینی قبل و بعد هم شامل این تعریف می شود.
- ۵-۳- **اپیدمیولوژیک توصیفی**: مطالعه Cross-sectional که به منظور بررسی شیوه و بروز و یا شناخت عوامل خطر در جامعه انجام می گیرد.
- ۵-۴- **مداخله ای**: هر گونه مداخله ای که به منظور تغییر در شیوه های مدیریت، ارائه خدمات و یا تغییر رفتار جامعه و یا تغییر در مدیریت آموزش و پژوهش انجام می شود. این طرحها شامل طرحهای کارآزمایی بالینی نمی باشد.
- ۵-۵- **اپیدمیولوژیک تحلیلی**: پژوهش های از نوع Cohort و Cass-control می باشند.
- ۵-۶- **کیفی**: مطالعه ای است که بر اساس روشهای کیفی انجام می شود.
- ۵-۷- **تولیدی**: پژوهشی است که با بهره گیری از دانش موجود در جهت تولید مواد و وسایل جدید و یا ارتقاء کیفیت آنچه قبلاً تولید شده است می باشد.
- ۵-۸- **مبتنی بر اطلاعات بیمارستانی و درمانگاهی**: پژوهشی است که معمولاً توصیفی است و صرفاً از اطلاعات موجود در پرونده بیماران استفاده می شود.

- ۶- در جدول شماره ۲-۴- منظور از نوع فعالیت ، وظیفه ای است که بر اساس تقسیم کار هر یک از اعضاء شرکت کننده در تهیه، تدوین و اجرای طرح به عهده دارند ( مدیریت طرح، تهیه پرسشنامه جمع آوری نمونه انجام آزمایش ... )
- ۷- حق الزحمه مربوط به هزینه پرسنلی و حق تحقیق پژوهشگران بر اساس آئین نامه طرحهای پژوهشی منظور گردد.
- ۸- حق تحقیق محقق و همکاران در جدول ۲-۴ هزینه های پرسنلی منظور گردد.
- ۹- منظور از ملاحظات اخلاقی مجموعه اقداماتی است که محقق به منظور جلوگیری از امکان آسیب و تعرض به حقوق دیگران (جامعه انسانی یا غیر انسانی) انجام می دهد. لازم به ذکر است که مسائل اخلاقی طرح به دلیل اهمیت، در حوزه معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق در پژوهش مورد توجه قرار می گیرند.
- ۱۰- منابع و مآخذ مورد استفاده را با استفاده از یک شیوه استاندارد (مثلاً Vancouver) بنویسید.

## تذکرات

- ۱— در مواردیکه اجرای طرح مستلزم همکاری افراد با سازمانهای دیگری باشد، طرح دهنده بایستی امضاء افراد یا موافقتنامه کتبی سازمان مربوط را پیوست این پرسشنامه نماید.
- ۲— طرح تسلیم شده پس از اعلام موافقت نهائی توسط شورای پژوهشی دانشگاه و عقد قرارداد بین معاونت پژوهشی و مجری طرح قابل اجرا خواهد بود.
- ۳— مجری طرح طبق قرارداد ملزم به رعایت کامل مندرجات طرح و ارائه گزارش پیشرفت کار در فواصل زمانی تعیین شده در قرارداد می باشد.
- ۴— چنانچه مجری طرح نیاز به تغییر مندرجات طرح (بودجه — زمان — همکاران و ...) داشته باشد، تغییرات پس از درخواست کتبی مجری و تصویب در شورای پژوهشی قابل اجراء خواهد بود.
- ۵— چنانچه انجام طرح پژوهشی در مرحله ای از پیشرفت آن اعم از اینکه به نتیجه نهائی رسیده یا نرسیده باشد، منجر به کشف یا اختراع و یا تحصیل حقوق شود مجری طرح طرف قرارداد موظف است مراتب را کتباً به معاونت پژوهشی اطلاع دهد. حقوق فوق الذکر که در اثر اجرای طرح تحقیقاتی ایجاد گردیده است طبق قرارداد متعلق به دانشگاه خواهد بود.
- ۶— در صورت تمایل مجری طرح به انتشار یا ارائه نتایج حاصله در داخل یا خارج از کشور، لازم است قبلاً نظر موافق معاونت پژوهشی جلب گردد. بدیهی است که ذکر حمایت مالی و همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه در انتشارات مذکور الزامی خواهد بود.
- ۷— چنانچه مجری در هر مرحله از اجرای طرح از ادامه آن منصرف گردد باید مراتب را کتباً با ذکر دلایل مربوط، به معاونت پژوهشی دانشگاه اعلام تا پس از طرح در شورای پژوهشی بر اساس قرارداد اقدام گردد.
- ۸— رعایت اصول اخلاقی در پژوهش توسط محقق و همکاران الزامی است.
- ۹— کلیه تجهیزات و لوازم که از محل اعتبارات پژوهشی تهیه می شود پس از اتمام طرح بر طبق قرارداد به دانشگاه عودت داده خواهد شد.

بخش اول - اطلاعات مربوط به مجریان و همکاران طرح

۱-۱- مجری مسئول: محمود کریمی

نام و نام خانوادگی: بهرام آرمون، مرضیه عربان، آرزو ضابطی

نشانی و تلفن: ساوه

محل کار: -

منزل: -

شغل و سمت فعلی: هیات علمی

سازمان متبوع: دانشکده علوم پزشکی ساوه

محل اجرای طرح: ساوه

۱-۲- درجات علمی سوابق تحصیلی مجری مسئول (به ترتیب از لیسانس به بالا):

سال دریافت	مرتبه علمی	گرایش	رشته تحصیلی	درجه تحصیلی
-	استادیار	-	آموزش بهداشت	محمود کریمی

۱-۳- مشخصات سایر مجریان:

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	گرایش	مرتبه علمی و محل کار	امضاء
	بهرام آرمون	آموزش بهداشت		استادیار	
	آرزو ضابطی	بهداشت عمومی		دانشجو	

۱-۴- مشخصات همکاران اصلی:

امضاء	نوع همکاری	مرتبه علمی و محل کار	رشته تحصیلی	م و نام و نام خانوادگی	شماره
	نگارش مقاله	استادیار	دکتری آموزش سلامت	مرضیه عربان	

۱ - ۵ - فهرست پژوهشهای قبلی و مقالات منتشر شده مجری مسئول :

## بخش دوم - اطلاعات مربوط به طرح پژوهشی

### ۲-۱ - عنوان طرح پژوهشی:

الف) فارسی: بررسی پیش‌گویی‌کننده‌های موثر در بازگشت مجدد به اعتیاد در بین معتادین مراجعه‌کننده به کلینیکهای ترک اعتیاد شهر ساوه با استفاده از مدل شناختی رفتاری مارلات

### ب) انگلیسی

*Predictors of relapse to substance abuse among addicts referred to addiction treatment Clinics in Saveh city*

### ۲-۲ - نوع طرح:



بنیادی - کاربردی



کاربردی



بنیادی

### ۲ ضرورت اجرای طرح

خطر بازگشت به مصرف مواد مخدر به دنبال ترک اعتیاد همواره مطرح است و این مسئله مقابله با مسئله اعتیاد را پیچیده تر می‌سازد. مسئله ترک مصرف مواد مخدر از جمله مسائلی است که همواره مورد توجه مسئولین و نیز خود مبتلایان به سوء مصرف مواد و خانواده آنان بوده است. ترک جسمانی مواد مخدر چندان مشکل نیست. مشکل اصلی بازگشت و شروع دوباره این عادت ناپسند است. مطالعات زیادی شیوع بالای عود و مصرف مجدد مواد مخدر توسط معتادان پس از ترک مواد را نشان می‌دهد. در بررسی‌های انجام‌گرفته، محققان به این نتیجه رسیده‌اند که تنها ۲۰ تا ۵۰ درصد بیماران می‌توانند به قطع مصرف موثر بعد از یک سال ادامه دهند. در ایران بر اساس اطلاعات موجود ۴۰ درصد معتادانی که جهت ترک اعتیاد به مراکز بازپروری مراجعه می‌کنند سابقه حداقل یک بار اقدام جهت قطع مصرف را داشته‌اند، که نشان می‌دهد میزان بازگشت به اعتیاد بعد از ترک مواد مخدر بسیار بالاست. با توجه به شیوع نسبتاً بالای اعتیاد و نیز عود آن در کشور از یکسو، و تفاوت‌های منطقه‌ای در افکار، باورها و عوامل موثر در عود اعتیاد از سوی دیگر، ضرورت شناسایی عوامل تاثیرگذار، به ویژه در حوزه رفتارهای فردی، اجتماعی و شخصیتی، در گرایش مجدد به اعتیاد در شهرستان ساوه امری است کاملاً منطقی. لذا انجام مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل شناختی رفتاری موثر در بازگشت به اعتیاد در این بیماران ضروری به نظر می‌رسد؛ امید است تا با آگاهی از عوامل موثر در گرایش مجدد اعتیاد، در اجرای راهبردها و برنامه‌های پیشگیرانه و کنترل‌کننده اعتیاد گام‌های موثرتری برداشته شود.

### ۲- خلاصه روش اجرا

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی که از نوع مقطعی می‌باشد جمعیت مورد مطالعه آن را معتادین خود معرف مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز ترک اعتیاد شهر ساوه تشکیل می‌دهند. این مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری غیر احتمالی در دسترس و هدفمند در سالهای ۹۹-۱۳۹۸ انجام خواهد شد. تیم تحقیق بعد از اخذ مجوزهای لازم و قانونی، و انجام هماهنگی‌ها، با مراجعه به مراکز ترک اعتیاد، مددجویانی را که در هنگام جمع‌آوری اطلاعات سابقه سوء مصرف و وابستگی به یک یا چند ماده مخدر اعتیاد آور (ترکیبات

افیونی از قبیل تریاک، شیره تریاک، شیره سوخته، هروئین و مشتقات آن، متادون، مورفین، بوپرونورفین، مسکن ها و داروهای خواب آور و ... را به صورت تفریحی یا مداوم داشته باشند، وارد مطالعه می شوند. یعنی همه معتادین انتخاب شده بر اساس فرمول حجم نمونه بررسی خواهند شد تا میزان عود یا عدم عود در آنها مشخص شود سپس بر اساس عوامل مورد نظر و سازه های مدل مارلات در دو گروه با و یا بدون عود مقایسه و تحلیل های لازم انجام خواهد شد. معیار ورود در این مطالعه بیماران معتادی هستند که در مراکز ترک اعتیاد دارای پرونده فعال بوده داشته باشند. معیار خروج هم عدم رضایت آگاهانه می باشد.

روش گردآوری اطلاعات با استفاده از روش مصاحبه و تکمیل پرسشنامه به صورت خود گزارش دهی خواهد بود. بدین ترتیب که پرسشگران آموزش دیده در ساعات اداری در محل پژوهش حضور یافته و با تفهیم شرکت کنندگان مطالعه در خصوص اهداف پژوهش و با رعایت ملاحظات اخلاقی مانند اصول رازداری، عدم ذکر نام شرکت کننده، رضایت نامه آگاهانه کتبی، در صورت دارا بودن معیارهای ورود به مطالعه پرسش نامه ها را در اختیار آنان، قرار میدهند. در صورتی که برخی از نمونه ها به هر دلیلی از جمله سواد کم، قادر به نگارش نبودند، پژوهشگر شخصاً سؤالات را برای آنها قرائت کرده و بدون هیچ دخل و تصرفی پاسخ های آنان را ثبت خواهند کرد. طول مدت تکمیل هر پرسش نامه حدود ۲۰ تا ۴۵ دقیقه خواهد بود..

در این مطالعه اطلاعات به دست آمده پس از وارد کردن در نرم افزار آماری *SPSS* وبرایش ۱۸ با استفاده از آزمون های آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت. ارتباط بین داده های اسمی با استفاده از آزمون کای دو ( $\chi^2$ ) و ارتباط بین داده های کمی با استفاده از آزمون *t*، *ANOVA*، همبستگی پیرسون، رگرسیون خطی و ... در سطح اطمینان ۹۵٪ مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

### ۳- مقدمه و معرفی طرح (بیان مسئله) :

یکی از جنبه های مهم اعتیاد که طی تلاش های بازدارنده مشخص شده، عود سوء مصرف مواد پس از رهایی از زندان یا مراکز بازپروری بوده است. بسیاری از معتادان بیش از ۲الی ۳بار از خدمات بازپروری استفاده نموده اند(۱). طبق گزارش های علمی حداقل ۲از ۳ نفر بیماری که جهت قطع مصرف ترکیبات تریاک اقدام می کنند در عرض شش ماه عود داشته اند(۲). اکثریت این افراد در سال شروع درمان دچار عود اعتیاد شده و سه ماه اول درمان مستعدترین دوره عود می باشد(۳). تحقیقات بیانگر این موضوع هستند که تنها ۲۰ تا ۵۰ درصد بیماران می توانند به قطع مصرف مواد مخدر بعد از یک سال ادامه دهند(۳). مطالعه آینده نگر *Xie* و همکاران که ده سال به طول انجامید نشان داد که یک سوم افراد، در اولین سال مطالعه و دو سوم در

داشته اند(۴) و همچنین در مطالعه ای دیگری میزان عود سوء مصرف مواد ۸۰ درصد بوده، که در ۴۰ درصد افراد، سابقه ی ترک بیش از سه بار گزارش شده است (۵). بر اساس مطالعات در ایران ۲۰ تا ۹۰ درصد معتادانی که تحت درمان قرار می گیرند، عود سوء مصرف مواد دارند. به همین دلیل برخی از متخصصین از لفظ «اختلال مزمن و عود کننده» برای توصیف اعتیاد استفاده می کنند(۶).



درمان اعتیاد همواره به عنوان یکی از دغدغه های سیاست گذاران سلامت مطرح بوده و نیز مبلغ قابل توجهی از اعتبارات بخش سلامت را به خود اختصاص می دهد. با وجود این، میزان بالای عود سوء مصرف مواد به عنوان یک مشکل اساسی در این خصوص مطرح بوده و چالشهایی را در درمان مددجویان ایجاد نموده است (۷). در میان معتادان، بسیاری را می توان یافت که تمایل به قطع مصرف مواد مخدر دارند ولی تلاشهای مکرر آنها برای قطع مصرف به شکست می انجامد. آنها معمولاً دوره ترک را با موفقیت پشت سر می گذارند اما بعد از مدتی به شرایط گذشته باز می گردند. پس بنابراین حتی بعد از اینکه فرد مصرف مواد مخدر را برای مدتی طولانی قطع می نماید نیز نمی توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر نگیرد. معتاد پس از آغاز مجدد مصرف مواد مخدر به سرعت به اوج مصرف میرسد و شرایطی به مراتب بدتر از دوره قبل از قطع مصرف پیدا می کند و ممکن است تعدادی از معتادان به دلیل روی آوری مجدد به مصرف مواد مخدر جان خود را از دست دهند (۷). اکثریت این افراد در سال شروع درمان، عود سوء مصرف مواد دارند و سه ماه اول درمان مستعدترین دوره عود آنان می باشد (۸). مطالعات نشان می دهند که در 20 تا 50 درصد مصرف کنندگان مواد مخدر بعد از یک سال و 19 درصد بعد از شش سال قادر به ترک مصرف مواد مخدر هستند (۷). در مطالعه آینده نگر دیگری، که برای ارزیابی میزان عود سوء مصرف مواد، در ماه اول و سوم صورت پذیرفت، نشان داده شد که در پایان ماه سوم ۵۷ درصد بیماران عود سوء مصرف مواد داشتند (۹). فدایی بیان می کند در بهترین شرایط و بهترین درمانها ۹۵ درصد معتادان شش ماه پس از ترک دوباره به چرخه اعتیاد بازگشته و کدرصد باقی مانده نیز در یکی دو سال آینده به این چرخه باز خواهند گشت (۱۰).

در مطالعه ای در تایوان درجه بازگشت افراد به اعتیاد پس از ترک تا ۷۰ درصد گزارش شده است. به همین دلیل، برخی از متخصصان از لفظ اختلال مزمن و عود کننده برای توصیف اعتیاد استفاده می کنند (۱۱).

با توجه به شیوع اعتیاد در بین نوجوانان و کاهش میانگین سنی معتادان از جوان به نوجوان و فعالیت مراکز درمانی و اردوگاههای کار درمانی و مراکز مراقبت بعد از خروج و راهنمایی و مشاوره سازمان زندانها از یک طرف و توفیق نیافتن معتادان به ترک کامل اعتیاد از طرف دیگر، ضرورت پرداختن به عوامل تاثیر گذار، به ویژه در حوزه رفتاری فردی، اجتماعی و شخصیتی، در گرایش مجدد افراد به اعتیاد امری است کاملاً منطقی. از نظر محققین عوامل موثر بر بازگشت بر مصرف مواد عبارتند از؛ عوامل فردی (جسمانی، روانی، اختلالات مربوط به شخصیت)، عوامل محیطی (خانواده و اختلالات خانوادگی، محیطهای نامناسب، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی)، بر چسب زنی، رضایت اجتماعی، نگرش مثبت به اعتیاد و احساس تبعیض اشاره شده است (۱۲). فلاح زاده و حسینی نیز در مطالعه خود در این زمینه به عواملی همچون دوستان معتاد، فشارهای روحی- روانی، مراجعه به محل های سابق، موقعیت های ناگوار، طرد شدن از طرف خانواده و جامعه و دیدن اشیاء و ابزار مصرف مواد اشاره کرده اند (۱۳).

والتون و همکاران نشان دادند که بین مصرف مجدد مواد و مواجهه با مواد مخدر در منزل ارتباط معنی داری است ولی بین مصرف مجدد مواد و مواجهه با مواد مخدر در محیط کار و اجتماع ارتباط معنی دار وجود ندارد (۱۴).

**Pani** و همکاران گزارش کردند که اختلالات همراه از جمله افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنی و اعتیادهای دارویی باعث مقاومت به درمان و بازگشت دوباره به اعتیاد میگردند (۱۵). همچنین **Joe** و همکاران گزارش کردند متغیرهایی مثل مشکل شناخت،

آمادگی یا انگیزه برای درمان، مشخصات آماری بیمار، طول مدت مصرف مواد، سابقه بزهکاری و اختلالات روانپزشکی همراه و سابقه درمانهای پیشین در میزان عود اعتیاد تأثیر دارند (۱۶) Miller و همکاران در بررسی عوامل مؤثر در بازگشت به اعتیاد در الککل به چهار عامل بروز اتفاقات ناخوشایند در زندگی، ارزیابی شناختی، منابع سازگاری بیمار و وضعیت خلقی و عاطفی بیمار اشاره کرده اند (۱۷).

اگرچه دارو درمانی اولین انتخاب برای درمان اعتیاد به شمار می رود اما استفاده از دارو درمانی به تنهایی، نتیجه ای جز بر باد رفتن تلاش و هزینه های مادی و معنوی فرد معتاد و خانواده اش ندارد. استفاده صرف از دارو درمانی بدون توجه به ابعاد وابستگی روانی، فرهنگی و اقتصادی فرد معتاد، تنها به زدودن ماده مؤثر مواد مخدر (مورفین) تأکید دارد در حالی که اکثر کارشناسان معتقدند روان درمانی و گروه درمانی دراز مدت برای بیماران سم زدایی شده از خود سم زدایی مهمتر است. متأسفانه تمرکز روی دارو درمانی موجب می شود بیماری ۸۰ درصد از افراد کمتر از ۶ ماه دوباره عود کند (۱۸) درحالی که توجه به عوامل فردی، اجتماعی و محیطی علاوه بر دارو درمانی، احتمال عود را از بطور چشمگیری کاهش خواهد داد (۱۹). با توجه به مطالب مطرح شده می توان نتیجه گرفت که درمان روانشناختی اعتیاد یا کاهش میزان عود یکی از اساسی ترین مشکلات پیش روی درمانگران و بیماران در حوزه درمان وابستگی به مواد است.

یکی از مدل های پیشگیری از عود که در پژوهش های متعددی کارآیی آن مورد تایید قرار گرفته است، مدل پیشگیری از عود مارلات می باشد (۲۰، ۲۱). کارول (۲۲) با مروری بر ۲۴ پژوهش بالینی کنترل شده، به این نتیجه رسید که مداخلات پیشگیری از عود مارلات برای اختلالات اعتیادی مؤثر می باشد. این روش در ابتدا برای الکلی ها تدوین شد و سپس برای افراد وابسته به کوکائین و دیگر مواد مخدر مورد استفاده قرار گرفت. مدل پیشگیری از عود مارلات بر طبقه بندی دقیق هیجانات، رویدادها و موقعیت های راه انداز عود متمرکز است. این مدل، هم شامل تعیین کننده های فوری عود نظیر مهارت های مقابله ای که بطور مستقیم و هم بر پیشایندهای پنهان چون سبک زندگی که به طور غیر مستقیم آسیب پذیری فرد نسبت به عود را افزایش می دهد، تأکید دارد (۲۳). رویکردهای درمانی مبتنی بر مدل پیشگیری از عود مدل مارلات بر مهارتهای مقابله ایی و عوامل درون فردی و بین فردی از قبیل کنترل محرک، مقابله با حالت های هیجان منفی، مقابله با ناکامی و خشم، مقابله با تعارضات بین فردی، شناسایی موقعیت های پر خطر و نحوه مقابله با آنها در دو سطح عمومی و اختصاصی تأکید دارد (۲۳، ۲۴). در بخش کنترل محرک، به افراد آموزش داده می شود تا موقعیت های پر خطر را که ماشه چکان وسوسه و متعاقب آن عود هستند را شناسایی کنند و از این موقعیت ها از طریق بکارگیری پاسخ های مقابله ایی مناسب اجتناب کنند. در مجموع افراد از طریق بهبود و ارتقاء مهارت مقابله ایی توانایی های شناختی رفتاری و هیجانی لازم جهت مواجهه با نشانه های راه انداز لغزش و عود را بدست می آورند (۲۵، ۲۶).

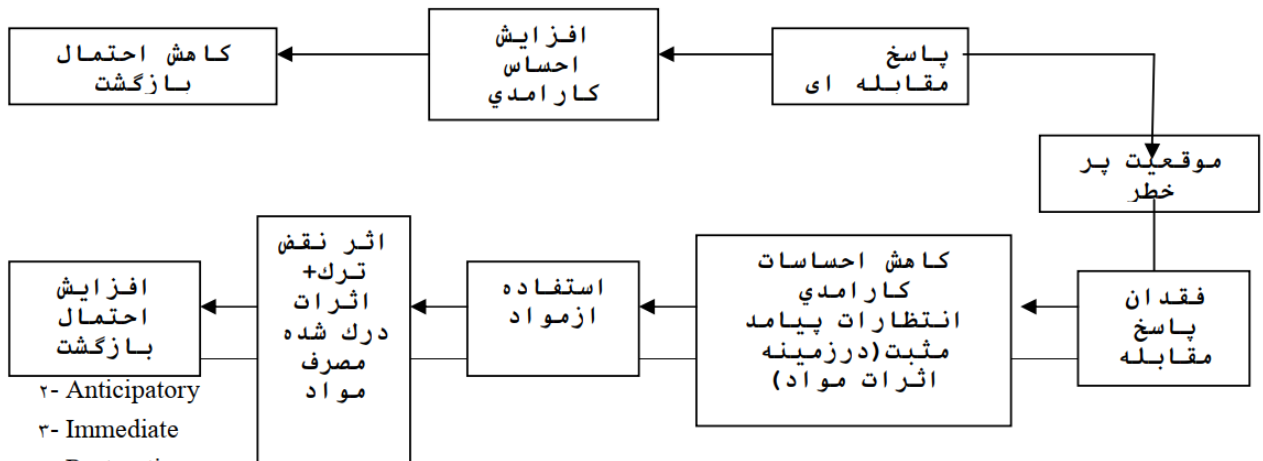
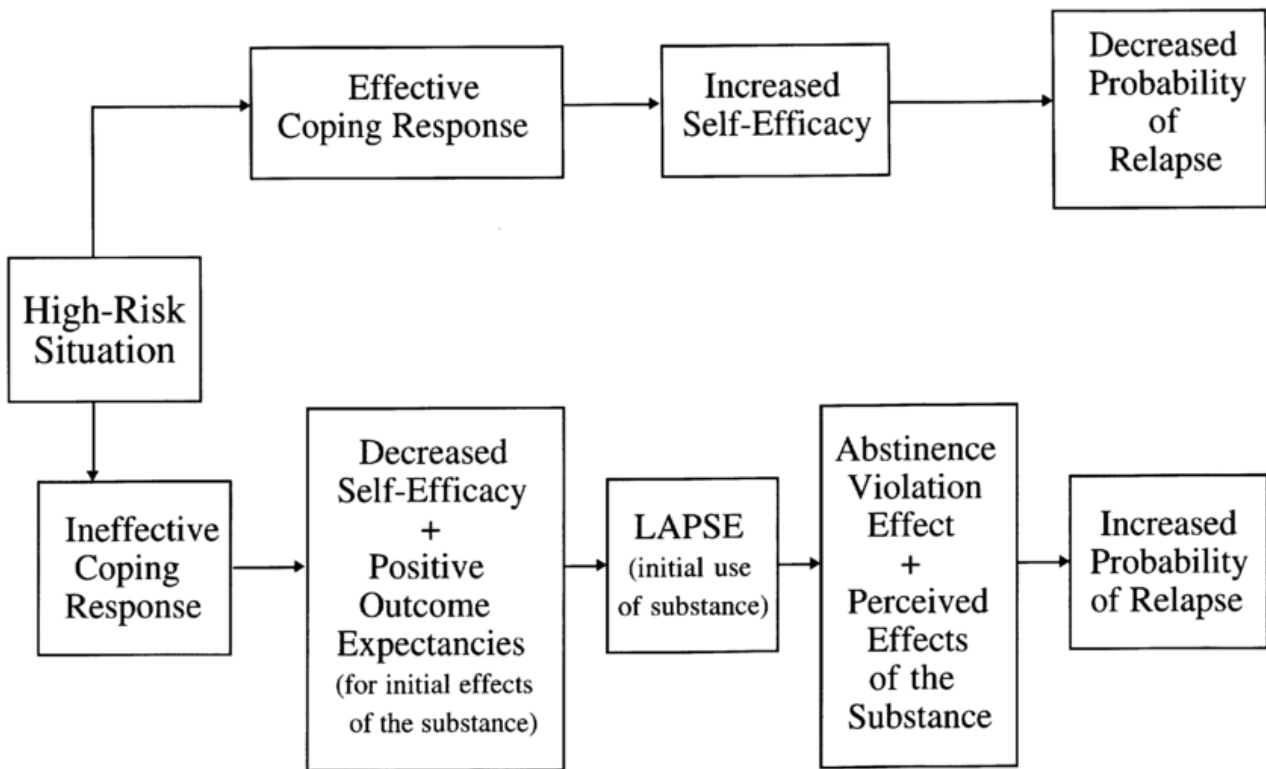
آلن مارلات - استاد برجسته روانشناسی دانشگاه واشنگتن درسیاتل امریکا - با طرح نظریه خویش درباره فرایند بازگشت، نافذترین و موثرترین مدل در این زمینه را عرضه داشت. این مدل در ابتدا به منظور توجیه فرایند بازگشت در الکلی ها طرح شد، اما اصول

آن قابل تعمیم به سایر رفتارهای اعتیادی نیز هست. مارلات که، در واقع، یک فرایند نگر است، بازگشت را نیز پدیده ای فرایند ی می داند و برای ارائه این پدیده به تنویر نقش پدیده ای با نام لغزش می پردازد و بر تمایز آن از مفهوم "بازگشت" پای می فشارد و از طرح مفهوم لغزش در توضیح برداشت خود از فرایند بازگشت سود می جوید از نظر او، لغزش به عنوان یک رویداد منفرد و بروز مجدد عادت قبلی یاد می کند، رویدادی که ممکن است به بازگشت منجر بشود یا نشود. چنین طرز تلقی از لغزش، آنگاه که با واژه هایی چون اشتباه کاری و خطا توضیح داده می شود، علاوه برآن که نقش عوامل محیطی را برجسته می سازد دلالت برآن نیز دارد که " عمل تصحیح کننده "کارایی دارد و بازگشت امری کاملاً غیر قابل اجتناب نیست. چنین برداشتی، افق دید تازه ای را در درمان اعتیاد می گشاید و این نگاه تازه، نگاهی پیشگیرانه است - پیشگیری از بازگشت. مارلات به دنبال استفاده از روشهای رفتاری در درمان اعتیاد است و نقش عوامل شناختی در اعتیاد را تأیید می کرد. ایشان با پی بردن به نا کارآمدی روش های محض رفتاری، به طرح مدلی رفتاری - شناختی از فرایند بازگشت و، به تبع آن، مداخلات رفتاری و شناختی برای پیشگیری از بازگشت پرداخت. او، براساس پژوهشهایی، نشان داد که تعامل عوامل فردی، موقعیتی و فیزیولوژیکی خطر بازگشت را تعیین می کند(۲۷).

بدین ترتیب، مارلات، فرایند کلی بازگشت و پیشگیری از آن را در قالب یک شکل دوسویه توضیح می دهد. بر اساس این مدل، هنگامی که درمانجو در موقعیتی پر خطر قرار می گیرد، به شرط وجود پاسخ های مقابله ای مناسب، احساس کارآمدی او افزایش می یابد و این وضعیت به نوبه خود، "احتمال بازگشت" را کاهش می دهد. اما در صورت فقدان پاسخ های مقابله ای، احساس کارآمدی کاهش پیدامی کند و انتظارات مثبتی در زمینه اثرات مصرف مواد در موقعیت پر مخاطره شکل می گیرد که این وضعیت منجر به مصرف مواد "لغزش" می شود. پس از لغزش وجود اثر نقض ترک مضاف بر اثرات مواد مصرف می شود(۲۵، ۲۸).

اثر نقض ترک شامل دو جزء است: نخست آنکه لغزش، تصویر خویشتن درمانجو را به عنوان فردی متعهد به ترک مخدوش می سازد و منجر به بروز نوعی "نا هماهنگی شناختی" در درمانجو می شود که به صورت احساس گناه، شرم و یک آشفتگی عمومی تجربه می شود. دوم آنکه هنگامی جریان بازگشت تسهیل می شود که درمانجو لغزش خود را به عاملی درونی، و پایا کلی ربط دهد مانند ربط دادن لغزش به فقدان اراده، بنابراین، آن را غیر قابل کنترل ارزیابی کند. تبیین لغزش بدین طریق، منجر به سرزنش خویشتن و کارآمدی اندک برای پیشگیری از بازگشت می شود احتمال بازگشت را افزایش می دهند(۲۷، ۲۹).

بدیهی است که قبل از هر نوع برنامه ریزی و اقدام مداخله ای، آگاهی از شرایط موجود و شناخت وضعیت کنونی عود در میان معتادین ضروری به نظر می رسد. در همین راستا، کارشناسان بر این باورند که بررسی های همه گیری شناسی و تحلیل وضعیت، نخستین گام در طراحی برنامه های پیشگیرانه است(۳۰). لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل موثر در بازگشت به اعتیاد با بهره گیری از مدل شناختی رفتاری مارلات در بین معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر ساوه انجام خواهد شد؛ چرا که اعتقاد بر آن است که آگاهی از عوامل زمینه ساز در سوق دادن افراد به شروع مجدد اعتیاد، مسئولان و برنامه ریزان را در اجرای سیاست ها و اقدامات پیشگیرانه و کنترل کننده اعتیاد یاری خواهد کرد.



- ۲- Anticipatory
- ۳- Immediate
- ۴- Restorative
- ۱- Abstinence Violation Effect
- ۲- Cognitive Dissonance

### سازه های الگوی شناختی - رفتاری مارلات

مفهوم	تعریف نظری	تعریف عملیاتی
وسوسه	تجربه خود آگاه تمایل به مصرف مواد	منظور نمره ای است که شرکت کنندگان در مطالعه از پرسشنامه وسوسه دریافت می کنند
تاب آوری	تاب آوری ظرفیت بازگشتن از دشواری پایدار و ادامه دار و توانایی در ترمیم خویشتن است. عبارتی تطابق مثبت در واکنش به شرایط ناگوار	منظور نمره ای است که شرکت کنندگان در مطالعه از پرسشنامه تاب آوری دریافت می کنند
حمایت اجتماعی	حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است.	منظور نمره ای است که شرکت کنندگان در مطالعه از پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده دریافت می کنند
عود	از سرگیری استفاده از دارو یا ماده شیمیایی پس از یک یا چند دوره پرهیز	منظور نمره ای است که شرکت کنندگان در مطالعه از پرسشنامه عود دریافت می کنند
مقابله	تلاشهایی است برای کنترل واداره کردن موقعیت هایی که به نظراسترس زا وخطرناک به نظر می رسند.	منظور نمره ای است که شرکت کنندگان در مطالعه از پرسشنامه مقابله دریافت می کنند
انتظار پیامد	انتظاری که مددجویان از مصرف مواد مخدر دارند.	منظور پاسخگویی به سئوالات مربوطه در پرسشنامه مدل مرلات می باشد.
خود کارآمدی	اطمینان فرد به توانایی انجام عمل	منظور نمره ای است که شرکت کنندگان در مطالعه از پرسشنامه خودکارآمدی دریافت می کنند



### ۴-۲ — بررسی متون Literature Review (در صورت نیاز می توانید از صفحات اضافی استفاده

نمائید):

مهدی کریم یار و همکاران مطالعه ای با عنوان " بررسی میزان تأثیر علل مختلف عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد" انجام دادند. در این مطالعه که از نوع توصیفی - مقطعی بود. نمونه گیری به صورت در دسترس از بین ۵۰۶ نفر از معتادین انجام شد. اطلاعات به روش پرسشگری توسط روان شناس مرکز جمع آوری گردید. ابزار جمع آوری داده ها یک چک لیست بود. یافته ها نشان داد که اکثریت (۹۵/۱ درصد) افراد مورد پژوهش مرد با میانگین سنی  $1/15 \pm 35/20$ ، میانگین سن اولین مصرف مواد مخدر  $8/63 \pm$  ۴۴،۲۴، میانگین تعداد دفعات مراجعه جهت ترک  $2/24 \pm 6/39$  و میانگین مدت زمان آخرین ترک  $1/96 \pm 97/10$  روز به دست آمد. از دیدگاه معتادین، در بین عوامل فردی، عوامل روانی و در عوامل محیطی، عوامل اجتماعی بیشترین تأثیر را در عود داشتند. در مجموع نیز عوامل روانی بیشترین تأثیر و عوامل خانوادگی کمترین تأثیر را در بین حیطه های مختلف نشان داده اند. محققان نتیجه گیری کردند

عود سوء مصرف مواد، علل مختلفی دارد که شایع‌ترین آن علل روانی به ویژه و سوءاستفاده است. لذا آرایه راهکارهای مناسب و مراقبت و پیگیری همه جانبه خانواده و اجتماع در جهت مقابله با این شرایط، در تثبیت موفقیت درمان ضروری است (۳۱).

صفری و موسوی زاده در مطالعه‌ای با عنوان "بررسی عوامل موثر در بازگشت به سوء مصرف مواد در مراجعین به مراکز ترک اعتیاد شهرستان مراغه در سال ۹۰" انجام دادند در این مطالعه که از نوع توصیفی مقطعی بود. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد و نمونه‌ها را ۳۸۰ مددجوی مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر مراغه که حداقل یکبار سابقه بازگشت به مصرف مواد مخدر را داشتند، تشکیل دادند. داده‌ها با مصاحبه ساختار یافته به صورت حضوری جمع‌آوری و با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون آنالیز واریانس تحلیل شدند. نتایج نشان داد که ۶۲/۶ درصد مبتلایان به سوء مصرف مواد، یک تا سه بار درمان ناموفق داشته‌اند. مهمترین عوامل عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان شامل: علایم جسمی ناخوشایند ناشی از قطع مصرف (۷۲/۶ درصد)، ناراحتی‌های روحی (۵۷/۳ درصد)، رابطه با همکاران معتاد (۲۹/۵ درصد)، ارزان بودن مواد مخدر (۴۰/۵ درصد)، کم سواد بودن (۲۳/۴ درصد)، عدم کنترل خانواده (۲۷/۴ درصد) و معاشرت با دوستان معتاد (۵۷/۹ درصد) بود. نتیجه‌گیری: عوامل مختلفی بر بازگشت به سوء مصرف مواد تاثیر گذارند، لذا به نظر می‌رسد از بین بردن وابستگی جسمانی از راه درمان دارویی (سم زدایی صرف) برای تداوم ترک اعتیاد کافی نبوده و توجه به عواملی که ارتباط خود را با عدم توانایی برای ترک کامل نشان داده‌اند، حائز اهمیت است (۳۲).

-ریماز و همکاران در مطالعه‌ای با هدف تعیین عوامل موثر بر عود سوء مصرف مواد در معتادان مراجعه کننده به دو مرکز ترک اعتیاد شهر تهران انجام دادند. این مطالعه مورد-شاهدی بر روی ۱۶۰ نفر مورد عود و ۱۶۰ نفر شاهد انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای محقق ساخته بود. در این مطالعه، نسبت برتری برای بررسی ارتباط عود سوء مصرف مواد با سیگاری بودن بعد از ترک، مشغولیت ذهنی نسبت به مصرف مواد، معاشرت با دوستان معتاد، ضعف و بی‌حالی، و مشاجرات خانوادگی بود. در افراد مصرف کننده تریاک و شیره نسبت به کراک و شیشه شانس کمتری برای عود سوء مصرف داشتند. نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌کند که مشاوره و رویکردهای درمانی در خانواده، پایش و مراقبت طولانی مدت از درمان شدگان، و برنامه‌های حفاظتی و مراقبتی در درمان‌های اعتیاد ادغام شود تا از اثر عواملی مانند مشاجره خانوادگی، فشار همسانان، بر عود اعتیاد بکاهد (۳).

- طراحی و همکاران در مطالعه‌ای با هدف بررسی دیدگاه کارشناسان ترک اعتیاد و معتادان خودمعرف مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در مورد عوامل مرتبط با عود اعتیاد انجام دادند. این مطالعه مقطعی بر روی ۲۰۰ نفر از معتادان به مواد مخدر با حداقل یک بار سابقه عود و ۲۴ نفر از کارشناسان مراکز ترک اعتیاد تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی در شهر خرم‌آباد در تیر ماه سال ۱۳۸۹ انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه استفاده شد.

در این مطالعه عوامل دسترسی آسان به مواد مخدر، بیکاری و داشتن دوستان معتاد به عنوان مهم‌ترین عوامل از دیدگاه معتادان مطرح گردید. از دید کارشناسان داشتن دوستان معتاد، بیکاری و مشکلات عاطفی در روی آوردن مجدد به مواد مخدر حائز اهمیت بود (۳۳).

- در بررسی شرق و همکاران با عنوان "بررسی عوامل مؤثر از دیدگاه معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان آذربایجان غربی در سال ۸۸" به روش توصیفی و با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، روی کلیه معتادان مراجعه کننده به مراکز

اعتیاد(۲۲۸نفر) که شرایط مورد پژوهش را داشتند در سال ۸۸در استان آذربایجان غربی انجام شده بود. در این مطالعه از پرسشنامه استفاده شده بود. یافته های این پژوهش نشان داد که(۳۲/۹٪)نمونه ها یک بار سابقه ترک اعتیاد داشتند و نیز دلیل روی آوردن مجدد به اعتیاد اکثریت آنها (۵۰/۹٪)بیمار روانی بود. بررسی دیدگاه واحدهای مورد پژوهش حاکی از آن بود که در زمینه عوامل فردی، رفع احساس تنهایی و انزوا (۳۶٪)درزمینه عوامل خانوادگی، روابط نامناسب والدین با فرزندان (۱۷/۵٪)در زمینه عوامل اجتماعی، وجود دوستان معتاد (۳۵/۵٪). درزمینه عوامل اقتصادی، بیکاری (۳۴/۶٪) و در زمینه عوامل فرهنگی، نداشتن تفریحات سالم در اوقات فراقت (۴۰/۴٪) به ترتیب دارای بیشترین اهمیت بوده است. این پژوهش توانسته است عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی-اقتصادی با نسبت های متفاوت باعث روی آوردن مجدد به اعتیاد می شود را دسته بندی کند اما نتوانسته است با تمرکز بر روی علل عود و راهکارهای جلوگیری از آن به عنوان مشکل اصلی وابستگی به مواد را ذکر کند(۳۴).

- در مطالعه ای که توسط بهروان و همکاران با عنوان "تحلیل جامعه شناختی بازگشت مجدد معتادان به اعتیاد در مرکز اجتماع درمان مدار (TC) در شهر مشهد در سال ۱۳۸۸" صورت گرفت برای بررسی دفعات بازگشت معتادان به اعتیاد از روش پیمایشی با ابزار پرسشنامه استفاده شده است. تعداد ۱۰۵ نفر بعنوان نمونه با استفاده از فرمول کوکران از جامعه آماری ۱۲۰ نفری معتادانی که حداقل یک بار سابقه ترک اعتیاد داشتند و برای درمان اعتیاد خود به مرکز اجتماع درمان مدار شهر مشهد مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. شیوه نمونه گیری به صورت تصادفی ساده بود. به این صورت که اسامی افراد نمونه از فهرست کل معتادان قرعه کشی شد و افراد نمونه انتخاب و پرسشنامه را تکمیل کردند. میانگین دفعات بازگشت مجدد معتادان به اعتیاد پس از ترک اعتیاد معادل ۸.۳ است که از حدوسط مقیاس (۱۶دفعه) کمتر است. بیشتر پاسخگویان کمتر از مقدار میانگین، دفعات بازگشت مجدد به اعتیاد را تجربه کرده اند. یک چهارم معتادان ۴دفعه و کمتر بازگشت داشته اند. نیمی از معتادان ۶ دفعه و کمتر بازگشته اند در حالی که ۲۵ درصد معتادان ۱۰ دفعه و بیشتر بازگشت به اعتیاد داشته اند. در این مطالعه برچسب زدن به فرد معتاد مهمترین عامل بازگشت فرد به اعتیاد بود(۱۲).

- مطالعه دیگری با عنوان "عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان در سال ۱۳۸۳" که توسط طیبه میرزایی و همکاران وی صورت گرفته است در این مطالعه که در سال ۱۳۸۳ در شهر رفسنجان صورت گرفت که نوع مطالعه ایشان از نوع توصیفی بود تعداد افراد تحت مطالعه ۲۰۰ نفر که همگی آنها مرد بودند براساس نمونه گیری آسان در طی شش ماه انتخاب شدند در این مطالعه ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود عوامل مرتبط بصورت عوامل فردی نظیر درد بی خوابی ناتوانی جنسی و ... و عامل محیطی نظیر نظیر تاثیر دوستان، در دسترس بودن مواد اختلافات خانوادگی، ابتلاء اعضای خانواده به اعتیاد و نداشتن سر پرست در خانواده واز عوامل درمانی می توان به قطع زود هنگام درمان، پیروی نکردن از توصیه های پزشکی و مصرف مواد در طول دوران ترک اشاره کرد یافته های این مطالعه نشان داد که بیشترین عامل مرتبط با عود اعتیاد مشکلات روانی افراد یعنی عوامل فردی بیان شد عامل دوم عوامل اجتماعی بود که در دسترس بودن مواد بیشترین سهم را داشت عامل سوم عوامل درمانی بود که عدم پیگیری کادر موثرترین عامل در عود را داشت و چهارمین عامل عوامل

خانوادگی را می توان نام برد که اختلافات خانوادگی بیشترین سهم را در بین عوامل خانوادگی داشت از نقاط قوت این مطالعه می توان به این نکته اشاره کرد که محقق علاوه بر عوامل فردی و محیطی به عوامل درمانی نیز توجه داشته و در مطالعه خود ذکر کرده است که معمولا در اکثر مطالعات انجام شده در بحث اعتیاد نادیده گرفته شده است، اما اشکالی که در این مطالعه به چشم می خورد عدم استفاده از پرسشنامه استاندارد است چون بنا به گفته خود محقق نوع پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود (۲۸).



## ۲ - ۵ - اهداف و فرضیات (OBJECTIVES & HYPOTHESIS)

### ۱۶-۲- هدف اصلی طرح

تعیین عوامل موثر در عود و عدم عود در بین معتادین مراجعه کننده به کلینیکهای ترک اعتیاد شهر ساوه با استفاده از مدل شناختی رفتاری مارلات

### ۱۷-۲- اهداف فرعی

۱. تعیین و مقایسه میزان وسوسه نسبت به مصرف مجدد مواد در بین معتادین دارای عود و بدون عود شهر ساوه
۲. تعیین و مقایسه میزان تاب آوری در برابر مصرف مجدد مواد در بین معتادین دارای عود و بدون عود شهر ساوه
۳. تعیین و مقایسه میزان حمایت اجتماعی درک شده در بین معتادین دارای عود و بدون عود شهر ساوه
۴. تعیین و مقایسه میزان خودکارآمدی درک شده در بین معتادین دارای عود و بدون عود ساوه
۵. تعیین و مقایسه میزان مقابله در بین معتادین دارای عود و بدون عود شهر ساوه
۶. تعیین میزان فراوانی عود در بین شرکت کنندگان در مطالعه
۷. تعیین رابطه بین متغیرهای دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه (سن، تحصیلات، محل سکونت و ...) و میزان عود

### ۱۸-اهداف کاربردی

ارائه راهکار مناسب در جهت شناسایی عوامل موثر بر عود اعتیاد بر مبنای مدل شناختی- رفتاری عود در معتادین

### ۱۹- فرضیات/سوالات پژوهش

#### سوالات:

۱. میزان فراوانی عود در بین شرکت کنندگان در مطالعه چقدر است؟

#### فرضیات:

۱. بین میزان وسوسه نسبت به مصرف مجدد مواد در معتادین دارای عود و بدون عود شهر ساوه تفاوت وجود دارد.
۳. بین میزان حمایت اجتماعی درک شده در معتادین دارای عود و بدون عود شهر ساوه تفاوت وجود دارد.
۴. بین میزان خودکارآمدی درک شده در معتادین دارای عود و بدون عود شهر ساوه تفاوت وجود دارد.
۵. بین میزان مقابله در بین معتادین دارای عود و بدون عود شهر ساوه تفاوت وجود دارد.
۶. بین عود و برخی از متغیرهای دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه (سن، تحصیلات، محل سکونت و ...) رابطه وجود دارد.

## ۲-۶- روش اجرای طرح و انتخاب نمونه

۲-۶-۱- نوع مطالعه:

- پایه  کارآزمایی بالینی  اپیدمیولوژیک توصیفی  مداخله ای
- مبتنی بر اطلاعات بیمارستانی و درمانگاهی  کیفی  اپیدمیولوژیک تحلیلی  تولیدی

## روش محاسبه نمونه و تعداد آن

با توجه به اینکه این پژوهش یک مطالعه توصیفی و از نوع مقطعی می باشد، برآورد حجم نمونه با بکار گیری فرمول زیر محاسبه می شود:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \times p \cdot q}{(d)^2}$$

که با در نظر گرفتن فرمول فوق و با توجه به اینکه میزان عود و بازگشت به اعتیاد در مطالعات انجام شده در کشور در حدود ۴۰ درصد گزارش شده است (۱۴ و ۱۶)؛ میزان  $P=0.40$  و با در نظر گرفتن  $d=0.04$  و حدود اطمینان ۰/۹۵، حجم نمونه لازم برای انجام این پژوهش ۵۷۶ نفر برآورد شده است؛ که ما در این مطالعه ۵۸۰ نفر در نظر گرفتیم.

## ۲۳- ابزار و روش جمع آوری داده‌ها (پرسشنامه/چک لیست ضمیمه گردد)

ابزار جمع آوری داده‌ها یک پرسشنامه استاندارد می باشد که به روش خود گزارش دهی و مصاحبه با معتادین تکمیل خواهد شد. این ابزار پس از تهیه و قبل از استفاده میدانی روایی محتوایی آن به شیوه پانل متخصصین با کمک ۸ نفر از متخصصین و افراد خبره در رشته های آموزش بهداشت، روانشناسی و روانپزشکی، و اپیدمیولوژی ارزیابی خواهد شد. همینطور روایی صوری آن با ۲۰ نفر از معتادان سنجیده خواهد شد. پایایی پرسشنامه مذکور با استفاده از روش آزمون آلفای کرونباخ و با ۲۰ نفر از معتادان که بعداً در مطالعه اصلی وارد نخواهند شد سنجیده خواهد شد.

- پرسشنامه متغیرهای دموگرافیک: متغیرهای دموگرافیک مورد مطالعه عبارتند از: سن، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، میزان درآمد و .....
- پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده: پرسشنامه استاندارد حمایت اجتماعی درک شده شامل ۱۲ سؤال اختصاصی می باشد که میزان حمایت اجتماعی درک شده معتادین را از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی ارزیابی می نماید. مقیاس

اندازه گیری ۱ تا ۷ می باشد که کسب نمره بالاتر نشاندهنده میزان حمایت درک شده بیشتر می باشد. روایی و پایایی این مقیاس در مطالعات داخلی گزارش شده است.

- **پرسشنامه خودکارآمدی:** پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی عمومی شامل ۱۰ سؤال اختصاصی با مقیاس رتبه‌ای متشکل از ۱ تا ۴ گزینه ای می‌باشد که کسب نمره بالاتر نشان دهنده میزان خودکارآمدی بالاتر خواهد بود. روایی و پایایی این مقیاس در مطالعات داخلی گزارش شده است.
- **پرسشنامه خود تاب آوری:** پرسشنامه استاندارد خود تاب آوری شامل ۱۴ سؤال اختصاصی با مقیاس رتبه‌ای متشکل از ۱ تا ۴ گزینه ای می‌باشد که کسب نمره بالاتر نشان دهنده میزان خود تاب آوری بالاتر خواهد بود. روایی و پایایی این مقیاس در مطالعات داخلی گزارش شده است.
- **پرسشنامه وسوسه:** پرسشنامه استاندارد وسوسه شامل ۴ سوال با مقیاس رتبه‌ای متشکل از ۱ تا ۵ گزینه ای می‌باشد که کسب نمره بالاتر نشان دهنده میزان وسوسه بیشتر جهت مصرف مجدد مواد خواهد بود. روایی و پایایی این مقیاس در مطالعات داخلی گزارش شده است.
- **پرسشنامه انتظار پیامد:** پرسشنامه استاندارد انتظار پیامد شامل ۱۵ سؤال اختصاصی با مقیاس رتبه‌ای متشکل از ۱ تا ۵ گزینه ای می‌باشد که کسب نمره بالاتر نشان دهنده انتظارات منفی بیشتری از پیامدهای مصرف مواد مخدر می باشد. روایی و پایایی این مقیاس در مطالعات داخلی گزارش شده است.
- **پرسشنامه عود:** پرسشنامه عود و مصرف مجدد مواد مخدر عمل با یک سوال اختصاصی با مقیاس دو گزینه ای (بلی و خیر) مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

۲-۶-۴- روشهای آماری تجزیه و تحلیل نتایج:

پس از جمع آوری داده ها، جهت تجزیه و تحلیل، اطلاعات آنها وارد کامپیوتر می گردد و با استفاده از نرم افزار ۱۸ SPSS و آزمونهای آماری کای اسکوئر، تی مستقل، آنوا، رگرسیون و ضریب همبستگی پیرسون داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند.

۲-۶-۵- جدول متغیرها:

ردیف	متغیر	نوع		کمی		کیفی		تعریف علمی	نحوه اندازه گیری	مقیاس
		مستقل	مربوط	نسبتی	مترقی	نوعی	ترتیبی			
۱	سن	✓	✓					سن معتادین بر حسب سال	پرسشنامه	سن شناسنامه ای
۲	میزان تحصیلات		✓			✓		سطح سواد شرکت کنندگان ( بیسواد، ابتدائی، راهنمایی، دیپلم و دانشگاهی)	پرسشنامه	آخرین مدرک تحصیلی
۳	محل سکونت		✓				✓	محل زندگی افراد	پرسشنامه	شهر و یا روستا
۴	وضعیت اقتصادی		✓	✓				میزان درآمد ماهیانه	پرسشنامه	میزان درآمد به ریال
۵	سابقه مصرف سیگار		✓			✓		سابقه مصرف سیگار دارد یا خیر؟	پرسشنامه	همیشه، گاهی اوقات، هرگز
۶	شغل		✓				✓	خاندار، کشاورز، باغ دار، دامدار و شغل آزاد	پرسشنامه	شغل فعلی
۷	وضعیت تاهل		✓				✓	وضعیت تاهل فعلی افراد	پرسشنامه	متاهل، مجرد
۸	خودکارآمدی		✓	✓				میزان توانائی درک شده فرد نسبت به اینکه می تواند خود را کنترل کند.	پرسشنامه	اصلا صحیح نیست، به سختی، تقریباً، کاملاً صحیح است
۹	حمایت اجتماعی درک شده		✓	✓				حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، وستان و سایرین	پرسشنامه	کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم
۱۰	تاب آوری		✓	✓				ظرفیت افراد برای سالم ماندن و مقاومت و تحمل در شرایط سخت و پر خطر است	پرسشنامه	اصلاً صدق نمی کند، خیلی کم، گاهی، اکثراً صدق می کند
۱۱	وسوسه		✓	✓				اشتیاق و نیاز روانی شدید به مصرف مواد مخدر	پرسشنامه	اندک، کم، متوسط، نه همیشه، دائماً
۱۲	انتظار پیامد		✓	✓				ارزشی که فرد به نتایج مورد انتظار می دهد	پرسشنامه	کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم
۱۳	عود اعتیاد		✓				✓	تعداد دفعات بازگشت مجدد فرد به مواد اعتیادآور پس از ترک	پرسشنامه	تعداد دفعات عود

واژه ها: در این قسمت واژه ها و مفاهیم کلیدی پژوهش شرح داده شده است.

- سوء مصرف مواد!

تعریف نظری: سوء مصرف مواد عبارتست از الگوی غیرانطباقی مصرف مواد به صورت پیامدهای مضر قابل توجه و عود کننده، در ارتباط با مصرف مکرر مواد است که پدیده‌های تحمل و محرومیت را شامل نمی‌شود (۳).

تعریف عملیاتی: در این مطالعه منظور از سوء مصرف مواد عبارتست از مصرف ترکیبات افیونی از قبیل تریاک، شیره تریاک، شیره سوخته، هروئین و مشتقات آن، متادون، مورفین، بوپرونورفین، مسکن‌ها و داروهای خواب‌آور می‌باشد.

- مواد مخدر:

تعریف نظری: هر نوع ترکیب شیمیایی که باعث تغییر در کارکرد مغز شود را ماده و به مجموعه آنها مواد می‌گویند. به عبارت دیگر هر ماده‌ای که پس از وارد شدن به درون بدن بتواند به صورت هیجان، افسردگی، رفتار نابهنجار و عصبانیت یا اختلال در قضاوت و شعور بر یک یا چند عملکرد مغز تاثیر بگذارد ماده مخدر است (۳).

تعریف عملیاتی: در این تحقیق ماده مخدر، مصرف موادی مانند مشتقات تریاک، متادون، مورفین، بوپرونورفین و ... می‌باشد.

- عود اعتیاد

تعریف نظری: تعداد دفعات بازگشت مجدد فرد به مواد اعتیادآور پس از ترک

تعریف عملیاتی: در این تحقیق منظور پاسخ فرد به سؤال مربوطه در پرسشنامه خواهد بود، که سابقه و میزان دفعات بازگشت به مواد پس از ترک ارزیابی خواهد شد. در این بخش مدجوبانی که بعد از سابقه ترک مواد اقدام به مصرف مجدد مواد کرده باشند بعنوان عود تلقی خواهند شد. تعداد و میزان عود بعد از جمع‌آوری اطلاعات و طبقه‌بندی، ارتباط آن با سازه‌ها و متغیرهای مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

- مدل شناختی رفتاری مارلات

تعریف نظری: مدل پیشگیری از عود مارلات بر طبقه بندی دقیق هیجانات، رویدادها و موقعیت‌های راه‌انداز عود متمرکز است. این مدل، هم شامل تعیین‌کننده‌های فوری عود نظیر مهارت‌های مقابله‌ای که بطور مستقیم و هم بر پیشایندهای پنهان چون سبک زندگی که به طور غیر مستقیم آسیب‌پذیری فرد نسبت به عود را افزایش می‌دهد، تاکید دارد (۲۳).

تعریف عملی: منظور از مدل مارلات در این پژوهش پاسخگویی به سؤالات سازه‌های خودکارآمدی، وسوسه، خودتاب‌آوری، حمایت اجتماعی، انتظار پیامد و وسوسه در پرسشنامه می‌باشد.

## ۲-۷- ملاحظات اخلاقی: (فرم رضایت نامه در صورت وجود ضمیمه گردد)

در مطالعه حاضر سعی شده است که قسمت‌های مختلف پژوهش به گونه‌ای طراحی شوند که از بروز هر گونه مشکلات اخلاقی تا حد ممکن جلوگیری به عمل آید همچنین در تدوین پرسشنامه سعی شده است تا حد امکان از طرح سؤالات خصوصی و محرمانه اجتناب شود و ضمن آموزش‌های لازم به پرسشگران تمامی آنها موظف هستند قبل از تکمیل پرسشنامه برای هر نمونه وی را از اهداف مطالعه آگاه و رضایت وی را در جهت همکاری برای تکمیل پرسشنامه جلب نمایند در این خصوص موارد زیر از طرف پرسشگر به واحدهای پژوهش گوشزد می‌شود:

ک پرسشنامه مذکور فاقد نام و نام خانوادگی و نشانی شما می‌باشد.

☞ اطلاعات شما به صورت کلی همراه با ۵۸۰ نفر دیگر تجزیه و تحلیل می شود و هیچ نام و نشانی از شما به میان نخواهد آمد.

☞ سایر اطلاعات شما نیز به صورت محرمانه نزد محقق نگهداری می شود.

☞ پرسشنامه حاضر صرفاً جهت انجام یک طرح تحقیقاتی بوده و ارزش دیگری ندارد.

همانطور که قبلاً نیز ذکر شد در این مطالعه معیار پذیرش نمونه ها تمایل آنها به شرکت در مطالعه می باشد از این رو در صورت عدم تمایل به همکاری در جهت تکمیل پرسشنامه هیچ گونه اصرار یا پافشاری از طرف پرسشگر صورت نخواهد گرفت بلکه نمونه از مطالعه خارج شده و نمونه دیگری جایگزین وی می شود .

## روش اجرا:

در این پژوهش توصیفی- تحلیلی جمعیت مورد مطالعه آن معتادین خود معرف مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز ترک اعتیاد شهر ساوه تشکیل میدهند. این مطالعه با استفاده از روش نمونه گیری غیر احتمالی در دسترس و هدفمند در سالهای ۹۸-۱۳۹۷ انجام خواهد شد. تیم تحقیق بعد از اخذ مجوزهای لازم و قانونی، و انجام هماهنگی ها، با مراجعه به مراکز ترک اعتیاد، مددجویانی را که در هنگام جمع آوری اطلاعات سابقه سوء مصرف و وابستگی به یک یا چند ماده مخدر اعتیاد آور (ترکیبات افیونی از قبیل تریاک، شیره تریاک، شیره سوخته، هروئین و مشتقات آن، متادون، مورفین، بوپرونورفین، مسکن ها و داروهای خواب آور و ...) را به صورت تفریحی یا مداوم داشته وارد مطالعه می شوند. یعنی همه معتادین انتخاب شده بر اساس فرمول حجم نمونه بررسی خواهند شد تا میزان عود یا عدم عود در آنها مشخص شود سپس بر اساس عوامل مورد نظر و سازه های مدل مارلات در دو گروه با و یا بدون عود مقایسه و تحلیل های لازم انجام خواهد شد. معیار ورود در این مطالعه بیماران معتادی هستند که در مراکز ترک اعتیاد دارای پرونده فعال باشند معیار خروج هم عدم رضایت آگاهانه می باشد.

روش گردآوری اطلاعات با استفاده از روش مصاحبه و تکمیل پرسشنامه به صورت خود گزارش دهی خواهد بود. بدین ترتیب که پرسشگران آموزش دیده در ساعات اداری در محل پژوهش حضور یافته و با تفهیم شرکت کنندگان مطالعه در خصوص اهداف پژوهش و با رعایت ملاحظات اخلاقی مانند اصول رازداری، عدم ذکر نام شرکت کننده، رضایت نامه آگاهانه کتبی، در صورت دارا بودن معیارهای ورود به مطالعه پرسش نامه ها را در اختیار آنان، قرار میدهند. پرسشنامه مذکور دارای بخش های اطلاعات دموگرافیک، سازه حمایت اجتماعی، تاب آوری، خودکارآمدی، و سوسه، انتظار پیامد، در صورتی که برخی از نمونه ها به هر دلیلی از جمله سواد کم، قادر به نگارش نبودند، پژوهشگر شخصاً سؤالات را برای آنها قرائت کرده و بدون هیچ دخل و تصرفی پاسخ های آنان را ثبت خواهند کرد. طول مدت تکمیل هر پرسش نامه حدود ۲۰ تا ۴۵ دقیقه خواهد بود.

در این مطالعه اطلاعات به دست آمده پس از وارد کردن در نرم افزار آماری SPSS و ویرایش ۱۸ با استفاده از آزمون های آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت. ارتباط بین داده های اسمی با استفاده از آزمون کای دو ( $\chi^2$ ) و ارتباط بین داده های کمی با استفاده از آزمون  $t$ ، ANOVA، همبستگی پیرسون، رگرسیون خطی و ... در سطح معنا داری کمتر از ۰,۰۵ مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

۲-۸- زمان لازم برای اجرای کامل طرح :

زمان اجرا به ماه																											ردیف	فعالیت‌های اجرایی											
۳۶	۳۵	۳۴	۳۳	۳۲	۳۱	۳۰	۲۹	۲۸	۲۷	۲۶	۲۵	۲۴	۲۳	۲۲	۲۱	۲۰	۱۹	۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰			۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	زمان کل	
																																					۲ ماه	۱	مطالعه متون و جمع آوری اطلاعات کتابخانه ای همچنین تدوین پروپوزال و ارزیابی پایایی پرسشنامه
																																					۱ ماه	۲	گرفتن مجوز از معاون پژوهشی و کمیته اخلاق
																																					۳ ماه	۳	جمع آوری اطلاعات
																																					۲ ماه	۴	کد بندی و ورود اطلاعات و تحلیل آن و نگارش دست آوردهای طرح
																																					۳ ماه	۵	نگارش مقاله و ارسال به کنگره ها و یا مجلات علمی و پژوهشی

### بخش سوم - اطلاعات مربوط به هزینه های انجام طرح

۳-۱- آیا برای این طرح از سازمانهای دیگر درخواست اعتبار شده است؟  بلی  خیر

در صورت مثبت بودن جواب لطفاً نام سازمان و نتیجه حاصل را ذکر فرمائید.

۳-۲- هزینه پرسنلی با ذکر مشخصات کامل هر نوع فعالیت و حق الزحمه آنها :

ردیف	نوع فعالیت	انجام دهنده فعالیت	تعداد افراد	کل ساعات کار در طول انجام طرح	حق الزحمه در ساعت	جمع کل ریال	ملاحظات
۱	تهیه مقالات پژوهشی مرتبط، تهیه و تدوین پروپوزال و پرسشنامه	مجریان	۲	۲۵ ۲۵	۲۰۰۰۰۰ ۲۰۰۰۰۰	۵۰۰۰۰۰۰ ۵۰۰۰۰۰۰	
۲	جمع آوری اطلاعات	رابطین بهداشتی	۵	۵۰۰	۱۰۰۰۰۰	۵۰۰۰۰۰۰	
۳	آنالیز اطلاعات			۲	۲۰۰۰۰۰	۴۰۰۰۰۰۰	
جمع کل هزینه های پرسنلی						۱۹۰۰۰۰۰۰	

۳-۳- هزینه آزمایشها و خدمات تخصصی که توسط دیگر مؤسسات صورت می گیرد:

موضوع آزمایش یا خدمات تخصصی	مرکز سرویس دهنده	تعداد کل دفعات	هزینه برای هر دفعه	جمع (ریال)
جمع هزینه های آزمایشها و خدمات تخصصی :				



۳-۴- فهرست وسایل غیر مصرفی که باید از اعتبار این طرح از داخل یا خارج کشور خریداری شود:

ردیف	نام دستگاه	شرکت سازنده یا فروشنده	کشور	آیا در ایران موجود است؟	تعداد لازم	قیمت واحد	قیمت کل
جمع هزینه های وسایل :							

۳-۵ - فهرست مواد و وسایل مصرفی لازم برای اجرای این طرح که باید خریداری شود :

نام ماده	کشور سازنده	شرکت سازنده	شرکت فروشنده ایرانی	تعداد یا مقدار لازم	قیمت واحد	قیمت کل
شیر	ایران			۴۰۰	۱۰۰۰۰	۴۰۰۰۰۰۰
کیک	ایران			۴۰۰	۱۰۰۰۰	۴۰۰۰۰۰۰
فلش	ایران			۱	۲۰۰۰۰۰	۲۰۰۰۰۰۰
کاغذ A4	ایران			۲ بسته	۲۵۰۰۰۰	۵۰۰۰۰۰۰
خودکار	ایران			۱۰۰ عدد	۵۰۰۰	۵۰۰۰۰۰۰
جمع هزینه مواد مصرفی						۹۲۰۰۰۰۰۰ ریال

۳-۵ - هزینه مسافرت (در صورت لزوم):

مبلغ به ریال	تعداد افراد	نوع وسیله نقلیه	تعداد و هدف از مسافرت در مدت اجرای طرح	مقصد
۱۰۰۰۰۰۰				
۳۰۰۰۰۰۰	۳	آژانس	۱۰	مراکز ترک اعتیاد ساوه و زرنديه
۲۵۰۰۰۰۰	۲		۱۵	نوبران، غرق اباد

جمع هزینه های مسافرت

۶۵۰۰۰۰۰ ریال

۳-۶ - هزینه تایپ و تکثیر

۴۰۰۰۰۰۰ ریال	تایپ ، تکثیر و صحافی گزارش نهایی	۱
۳۲۰۰۰۰۰ ریال	تایپ و تکثیر پرسشنامه ( در صورت وجود )	۲
۷۲۰۰۰۰۰ ریال	جمع هزینه ها	

۳-۷ - هزینه هایی که از سایر سازمانها تامین خواهد شد

۳-۷-۱ - نام سازمان تامین کننده اعتبار، مبلغ و نحوه مصرف آن :

۳-۸ - جمع هزینه های طرح:

۱۹۰۰۰۰۰۰	۱- هزینه پرسنلی
	۲- هزینه آزمایشها و خدمات تخصصی
	۳- هزینه وسایل غیر مصرفی
۹۲۰۰۰۰۰	۴- هزینه وسایل مصرفی
۶۵۰۰۰۰۰ ریال	۵- هزینه مسافرت
۷۲۰۰۰۰۰ ریال	۶- هزینه تایپ و تکثیر
۴۱۹۰۰۰۰۰	۷- جمع کل هزینه ها :
	۸- مبلغ تامین شده توسط سازمانهای دیگر
	۹- باقیمانده اعتبار مورد نیاز که باید توسط معاونت پژوهشی تامین گردد

صحت مطالب، لیست وسایل و مواد و هزینه های مطالب مندرج در پرسشنامه مورد تایید می باشد.

محل امضای معاون پژوهشی دانشگاه :

محل امضای معاون پژوهشی دانشکده

محل امضای مجری مسئول :

یا رئیس مرکز تحقیقات :

## بخش چهارم - اطلاعات دیگر مربوط به طرح

۴-۱ - مشکلات اجرایی احتمالی در انجام طرح و روش حل مشکلات :

تایید نهایی طرح در شورای پژوهشی دانشکده:

تاریخ :

حاضرین :

امضاء

تایید نهایی طرح در شورای گروه :

تاریخ :

حاضرین :

امضاء

۱. Orang J. *A research on addiction*. Tehran: Publication of the Ministry of Culture and Islamic Guidance. 1998.
۲. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*: Lippincott Williams & Wilkins; 20۱۱
۳. Rimaz S, Dastoorpour M, Mohseni S. *Demographic variables associated with relapse in women and men referred to the selected addiction treatment centers in Tehran, 2009: A case-control study*. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2013;20(107):
۴. Xie H, McHugo GJ, Fox MB, Drake RE. *Special section on relapse prevention: Substance abuse relapse in a ten-year prospective follow-up of clients with mental and substance use disorders*. *Psychiatric services*. 2005;56(10):1282-7.
۵. Mutasa H. *Risk factors associated with noncompliance with methadone substitution therapy (MST) and relapse among chronic opiate users in an Outer London community*. *Journal of advanced nursing*. 2001;35(1):97-107.
۶. Bolhari J, Dabaghi P. *Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention in the treatment of opioid dependence*. *J Addic Mental Health Research*. 2008;7:29-43.
۷. Rimaz S, Mohseni S, Merghati Khoei ES, Dastoorpour M, Akbari F. *Case-control study of factors influencing on drug abuse relapse in addicts referred to two recovery centers in Tehran*. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2013;10(3):53-64.
۸. Saunders B, Allsop S. *Relapse: a psychological perspective*. *British Journal of Addiction*. 1987;82(4):417-29.
۹. Grau-López L, Roncero C, Gonzalvo B, Fusté G, Barral C, Alvarós J, et al. *PW01-226-Relapse related factors in drug dependent patients after detoxification process in an inpatient unit*. *European Psychiatry*. 2010;25:1654.
۱۰. Amini K, Darush A. *Investigating the social and environmental factors associated with the return of narcotic drugs to those who visit the Turkish state centers*. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2003;11(45):41-7.
۱۱. Chou T-C, Hung Y-J, Liao F-C. *A Study on Factors Affecting the Abstention of Drug Abuse in Private Rehabilitation Institutes in Taiwan—Operation Dawn Taiwan as an Example*. 2008.
۱۲. Behravan H, Miranvari S. *A sociological analysis of drug addict's relapse in the therapeutic community of Mashhad, Iran*. 2010.
۱۳. Falahzade H, Hoseyni N. *Reviewing the causes of recurred addiction from the perspective of addicts who referred to welfare center of Yazd city*. *Tolooe Behdasht J*. 2005;15(1):2.
۱۴. Walton MA, Reischl TM, Ramanathan CS. *Social settings and addiction relapse*. *Journal of Substance Abuse*. 1995;7(2):223-33.
۱۵. Pani PP, Trogu E, Contu P, Agus A, Gessa GL. *Psychiatric severity and treatment response in a comprehensive methadone maintenance treatment program*. *Drug & Alcohol Dependence*. 1997;48(2):119-26.
۱۶. Simpson D, Broome KM. *Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process*. *Addiction*. 1998;93(8):1177-90.
۱۷. Miller WR, Westerberg VS, Harris RJ, Tonigan JS. *What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models*. *Addiction*. 19۱۲)۹۱;۹۶s1):155-72.
۱۸. Sadegiye Ahari S, Azami A, Barak M, Amani F, Firuz S. *Reviewing the causes of recurred addiction in patients who referred to centers introduced of Tehran welfare*. *Ardabil Med Univ J*. 2004;3(4):36-40.
۱۹. Yegane B. *Reducing the risk of recurred addiction from 25 to 2 percent with complementary therapy*. Tehran: Iranian Students News Agency. 2007.
۲۰. Marlatt GA, Donovan DM. *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*: Guilford press; 2005.
۲۱. Donovan DM, Marlatt GA. *Assessment of addictive behaviors*: Guilford Press; 2007.
۲۲. Carroll KM. *Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials*. *Experimental and clinical psychopharmacology*. 1996;4(1):46.

- ۲۳ Witkiewitz K, Marlatt GA. Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*. 2004;59(4):224.
- ۲۴ Zen TW, Tao TI. *Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems*. 2004.
- ۲۵ Hendershot CS, Witkiewitz K, George WH, Marlatt GA. Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2011;6(1):17.
- ۲۶ Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA. Relapse prevention an overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health*. 1999;23(2):151-.
- ۲۷ Nemati F. Relapse Prevention: An Introduction to Marlatt's Cognitive – Behavior Model %J *Research on Addiction*. 2002;1(1):0-.
- ۲۸ Mirzaei T, Ravary A, Hanifi N, Miri S, Oskouie F, Mirzaei Khalil Abadi S. Addicts' perspectives about factors associated with substance abuse relapse. *Iran Journal of Nursing*. 2010;23(67):49-58.
- ۲۹ N. Mohammadi MS, F.M. Ghonouti MS, M. Movalat. The Study of Reasons in Relapsing of Addiction Patients Who Referred to Reference Center in Hamdan. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 15(1):32-42.
- ۳۰ BARATI M, ALLAHVERDIPOUR H, JALILIAN F. Prevalence and predictive factors of psychoactive and hallucinogenic substance abuse among college students. 2012.
- ۳۱ Mehdi K. Investigating the effect of different causes of addiction recurrence from the viewpoint of people with substance abuse. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2016;13(1):124-33.
- ۳۲ Safari M, Mousavi-Zade S. Factor influences on return to substance abuse in clients referred to addiction treatment centers in Maragheh City in 1390. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery*. 2014;24(86):57-64.
- ۳۳ Tarrahi M, Ansari H, Heydari K, Sharhani A, Akrami R, Holakouie Naeini K. Viewpoint of Care Providers and Self-Reported Substance Drug Addicts Referring to Withdrawal Centers About Etiology of Re-Addiction in Khoramabad, 2010. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2013;12(4):299-308.
- ۳۴ Sharg A, Shakibi A, Neisari R, Aliloo L. Survey of factors related to the relapse of addiction from view of addict patients attending to drug abuse treatment clinics in West Azerbaijan. *Urmia Medical Journal*. 2011;22(2):129-36.

#### فرم کلی رضایت نامه آگاهانه

آقای/ خانم محترم

ما از شما دعوت می کنیم تا در یک پروژه پژوهشی شرکت نمایید. ما اهمیت بالقوه این پژوهش را باور داریم. با این حال قبل از آنکه شما تصمیم بگیرید در آن شرکت کنید یا خیر، ما نیاز داریم مطمئن شویم که شما فهمیده اید اول اینکه ما برای چه این پژوهش را انجام می دهیم. دوم اینکه اگر موافقت کنید برای شما افراد تحت قیمومیت شما چه منافع دربر خواهد داشت. لازم به ذکر است هزینه ای بابت انجام این پژوهش به شما تحمیل نمی گردد. لطفاً این متن را به دقت بخوانید و هر سئوالی که دارید با اطمینان پرسید و اگر تمایل دارید، با خویشاوندان دوستان یا هر فرد دیگر به بحث و تبادل نظر بپردازید، ما سعی خواهیم کرد تا بهترین توضیح را ارائه دهیم و هر اطلاعات بیشتری که شما بخواهید چه در حال، چه در آینده فراهم آوریم شما مجبور به اخذ یک تصمیم فوری نیستید.

اینجانب ..... شخصا" یا به نمایندگی از سوی ..... بعنوان ولی/قیم/وکیل قانونی رضایت قلبی خود را مبنی بر شرکت من/موکل/فرد تحت قیمومیت من در این پژوهش بعنوان نمونه اعلام نموده و موارد ذیل مورد تأیید من می باشد:

- ۱- من مطلع ام که مجری محترم بنام دکتر .... عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد و مجری متن اجازه پژوهش را (با امضای معاون پژوهشی دانشگاه) به من نشان دادند
- ۲- من مطلع ام که هدف این تحقیق تعیین عوامل موثر بر عود اعتیاد در معتادان می باشد. و مجری روش انجام پژوهش و نحوه انتخاب من/موکل/فرد تحت قیمومیت من بعنوان نمونه را در این پژوهش به من شرح دادند. ضمناً" به من مهلت داده شد تا نظر خود را پس از مشورت با هر کس که مایل هستم، مبنی بر شرکت با میل خود و کاملاً" اختیاری یا عدم شرکت در پژوهش مذکور اعلام نمایم. ضمناً" مجری یادآور شدند که در صورت اعلام عدم تمایل به همکاری

در این پژوهش رابطه درمانی من/موکل/فرد تحت قیمومیت من با مرکز درمانی و پزشک معالج دچار اشکال نخواهد شد و مجری مرا از فهرست درمانهای من/موکل/فرد تحت قیمومیت من در خصوص بیماری من/موکل/فرد تحت قیمومیت من مطلع گردانید.

۳- اینجانب می دانم که اطلاعات مربوط به من/موکل/فرد تحت قیمومیت من اعم از اطلاعات شخصی و آنچه مربوط به بیماری یا روش درمان من/موکل/فرد تحت قیمومیت من میشود صرفاً نزد محقق ارشد این تحقیق قرار دارد و این محقق به هیچ عنوان اجازه انتشار اطلاعات شخصی من/موکل/فرد تحت قیمومیت من را مگر با اجازه کتبی من ندارد و فقط نتایج کلی و گروهی این تحقیق را می توانند بصورت مقاله، گزارش و از این قبیل منتشر نمایند.

۴- مجری به من اطمینان داد که کلیه هزینه های مربوط به مداخلات (آزمایشاتی که مربوط به اجرای این پژوهش می باشد) رایگان می باشد و هزینه ای از من دریافت نمی کند.

۵- به مجری تفهیم کردم علاوه بر بیماری اصلی که علت مراجعه به این مرکز درمانی می باشد دارای وضعیت های خاص یا بیماری های مثل سرطان، فلوئید، آسم و ..... می باشم.

چهار مورد متن رضایت نامه و نه نکته مندرج در ذیل مورد تائید اینجانب می باشد

### امضای نمونه

اینجانب محمود کریمی عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ساوه رضایت نامه فوق را در اختیار آقای/خانم..... در تاریخ..... گذاشته و در تاریخ..... تحویل اینجانب گردید و به تمام مفاد آن..... متعهد هستم و خود راضی به اجرای مفاد آن می دانم و ضمناً متعهد می گردم در صورت بروز یا احتمال بروز هر مشکلی برای سوژه/نمونه/بیمار آنچه به صلاح سوژه/نمونه/بیمار باشد انجام دهم.

چهار مورد متن رضایت نامه و نه نکته مندرج در ذیل مورد تائید اینجانب می باشد

### مهر و امضای پژوهشگر مسئول / ارشد

### نکات قابل توجه مجری و نمونه/سوژه/بیمار:

نکته اول: مجری موظف است تمام مطالب فوق الذکر (معرفی کامل خود-هدف و روش اجرا<sup>۱</sup> پژوهش- نحوه انتخاب نمونه-فوائد و مضرات انجام پژوهش مذکور- فهرست درمانهای موجود-توصیه های ایمنی بعد از شرکت نمونه در پژوهش-تعیین نحوه پرداخت غرامت-مشخصات و عوارض جانبی دارو-نحوه حمایت درمانی از نمونه-تاریخ اتمام پژوهش) را به زبان ساده و قابل فهم به سوژه/نمونه/بیماران توضیح دهد.

نکته دوم: در صورتیکه سوژه/بیمار/نمونه کودک یا عقب مانده ذهنی و یا به هر دلیلی از قوه تشخیص و ادراک ضعیف برخوردار باشند مجری موظف است از ولی/قیم قانونی ایشان و از خود سوژه/بیماران/نمونه ها به تناسب سطح درک و قوه تمیز ایشان رضایت نامه آگاهانه جداگانه بگیرد.

نکته سوم: مجری موظف است بر اساس موقعیت و نوع پژوهش رضایت نامه آگاهانه تهیه نماید. ضمناً انجام روشهای گوناگون تحقیق نباید مغایر با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی جامعه باشد.

نکته چهارم: مجری موظف است قبل از ورود نمونه ها/بیماران/سوژه ها به مطالعه معاینه کامل از آنان انجام داده و نتیجه را در پرونده بیماران ثبت نماید و کلیه اطلاعات کسب شده محرمانه بماند.

نکته پنجم: مجری موظف است کلیه هزینه های ناشی از شرکت نمونه ها در پژوهش را از محل اعتبارات طرح پرداخت نماید. در صورت بروز هرگونه مشکل اعم از جسمی/روحي ناشی از شرکت نمونه ها در پژوهش، مجری موظف به معرفی نمونه ها به مراکز درمانی مناسب و هماهنگی با مراکز مربوطه می باشد. بدیهی است پرداخت هزینه درمان بیمار به عهده مجری طرح می باشد.

نکته ششم: نمونه/بیمار/سوژه موظف است قبل از ورود به مطالعه اطلاعات دقیق از وضعیت های خاص و تاریخچه بیمارهای خود به مجری طرح ارائه دهد. نکته هفتم: نمونه/بیمار/سوژه موظف است بر اساس برنامه ارائه شده توسط مجری با وی همکاری نماید مگر اینکه انصراف خود را از ادامه شرکت در پژوهش بطور قطع اعلام نماید.

نکته هشتم: نمونه/بیمار/سوژه موظف است در صورت بروز هرگونه مشکل ناشی از شرکت در مطالعه، فاکتورهای هزینه شده/در صورتیکه نیاز به درمان داشته باشد صورتحساب درمان را از مرکز درمانی مربوطه تهیه و در اختیار مجری جهت دریافت غرامت قرار دهد.

نکته نهم: نمونه/بیمار/سوژه متعهد می گردد پس از اتمام دوره همکاری در پژوهش مذکور مجدداً درخواست غرامت نکند.

دوست عزیز



پرسشنامه حاضر به منظور انجام یک طرح تحقیقاتی در زمینه پیشگیری از عود (بازگشت به اعتیاد) طراحی شده است، لذا از شما خواهشمندیم با ارائه پاسخ های صادقانه خود ما را در این کار یاری نمائید. ضمناً پرسشنامه حاضر بدون نام و نام خانوادگی بوده و پاسخ های شما به صورت محرمانه در نزد گروه تحقیق می ماند و به هیچ وجه در اختیار دیگری قرار داده نخواهد شد. پیشاپیش از همکاری صمیمانه شما کمال تشکر و سپاس گذاری را داریم. **دانشگاه علوم پزشکی ساوه**

۱. سن (به سال): ۲. جنسیت: O مرد O زن

۳. تحصیلات: O بیسواد O ابتدایی (خواندن و نوشتن) O سیکل O دیپلم O دانشگاهی

۴. شغل: ۵. محل سکونت: O شهر O روستا

۶. وضعیت تاهل: O متاهل O مجرد O همسر مرده O همسر جداشده

۷. وضعیت زندگی: O باوالدینم O تنها O با همسر و فرزندان O سایر ۸- تعداد فرزندان:

۹. میزان درآمد ماهیانه: O کمتر از ۵۰۰ هزار تومان O ۵۰۰ تا یک میلیون O یک تا دو میلیون O بیش از دو میلیون

۱۰. کدامیک از افراد خانواده و یا نزدیکان شما سابقه مصرف مواد دارد؟ (می توانید بیش از یک مورد انتخاب کنید)

پدر	مادر	از برادرانم	از خواهرانم	خویشاوندان نزدیک	سایر خویشاوندان	بهترین دوستم	سایر دوستان	همسر	فرزندانم	سایر موارد نام ببرید.....
-----	------	-------------	-------------	------------------	-----------------	--------------	-------------	------	----------	---------------------------

۱۱. تجربه مصرف کدامیک از مواد زیر را دارید؟ (می توانید بیش از یک مورد انتخاب کنید)

سیگار	الکل	حشیش	گراس	تریاک سوخته شیره	اکس Ex	تمجیزک نورجیزک	کوکابین	هرویین	کراک	شیشه	متادون	ترامادول ریتالین	مواد دیگر
-------	------	------	------	------------------	--------	----------------	---------	--------	------	------	--------	------------------	-----------

۱۲. درجه سنی برای اولین بار مواد مخدر را تجربه کردید؟-----

۱۳. آیا تا کنون عود (بازگشت به اعتیاد) داشته اید؟ خیر O بلی O در صورت بلی بودن چند بار؟ .....

\*\*\* در صورتی که عود داشتید به سوالات ۱۴-۱۶ پاسخ دهید.

۱۴. از آخرین عود شما چه مدتی گذشته است؟ یک هفته O یک ماه O سه ماه O شش ماه O یکسال O بیش از یکسال O

۱۵. اولین تجربه بازگشت به اعتیاد (عود) شما در چه مکانی بود؟

خانه خودتان	خانه دوستان	مهمانی	آسایشگاه سربازی	پارک یا خیابان	خوابگاه دانشجویی	محل تحصیل	موارد دیگر
-------------	-------------	--------	-----------------	----------------	------------------	-----------	------------

۱۶- هر یک از عوامل زیر در گرایش دوباره شما به مواد (عود) چقدر اهمیت دارد؟ (لطفاً ✓ علامت بزنید)

۰ (بی اهمیت)	۱ (اهمیت کم)	۲ (اهمیت متوسط)	۳ (اهمیت زیاد)

۱۷. در طول ۲۴ ساعت گذشته شدت ولع (وسوسه) شما چه میزان بوده است؟

○ اندک کم ○ متوسط ○ قابل توجه ○ خیلی زیاد

۱۸. هر چند وقت یک بار برای مصرف مواد وسوسه می‌شوید؟

○ اندک کم ○ متوسط ○ قابل توجه ○ خیلی زیاد

۱۹. در طول زمان، مدت زمان هر بار وسوسه شما چقدر است؟

○ اندک کم ○ متوسط ○ قابل توجه ○ خیلی زیاد

۲۰. بنویسید که در طی ۲۴ ساعت گذشته وسوسه به ذهن شما خطور کرده است؟

- لطفاً هریک از عبارات زیر را به دقت مطالعه کرده و مشخص کنید که هریک از آنها در چه شرایطی در مورد شما درست است.

سوالات خود تاب آوری		اصلاً صدق نمی‌کند.	خیلی کم صدق می‌کند	گاهی صدق می‌کند	اکثر اوقات صدق می‌کند
۱	من نسبت به دوستانم بخشنده هستم.				
۲	من به سرعت به خود مسلط می‌شوم و از بهت و گیجی بیرون می‌آیم.				
۳	من از رویارویی با موقعیت‌های جدید و غیرمعمول لذت می‌برم.				

				من به راحتی می‌توانم در دیگران احساس خوبی نسبت به خودم ایجاد می‌کنم.	۴
				من از امتحان غذاهایی که تا به حال نخورده‌ام، لذت می‌برم.	۵
				دیگران به من به‌عنوان آدمی بسیار پر انرژی نگاه می‌کنند.	۶
				دوست دارم برای رسیدن به مقصد، راه‌های جدید را انتخاب کنم.	۷
				من از اغلب مردم کنجکاوترم.	۸
				بیشتر کسانی که در اطرافم می‌بینم، دوست داشتنی هستند.	۹
				معمولاً قبل از انجام یک کار، به دقت در مورد آن فکر می‌کنم.	۱۰
				تمایل دارم کارهای جدید و متفاوتی انجام دهم.	۱۱
				زندگی روزمره من پر از اموری است که به آن‌ها علاقمند هستم.	۱۲
				دوست دارم خودم را به‌عنوان فردی با شخصیت مقتدر توصیف کنم.	۱۳
				می‌توانم با منطق، خشم خود را نسبت به دیگری، به سرعت مهار کنم.	۱۴

- لطفاً هریک از عبارات زیر را با دقت بخوانید و گزینه مناسب را در مقابل آن علامت بزنید.

سوالات انتظار پیامد					کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱	مصرف مواد مخدر به شما کمک می کند که بعد از کار کم تر احساس خستگی داشته باشید.								
۲	مصرف مواد مخدر به شما کمک می کند تا در امور تحصیلی خود فعال تر و آماده تر باشید.								
۳	مصرف مواد مخدر به شما کمک می کند تا تمرکز بهتری داشته باشید.								
۴	مصرف مواد مخدر به شما کمک می کند تا در طول شب بیش تر بیدار بمانید.								
۵	مصرف مواد مخدر به شما کمک می کند تا کار خود را بهتر انجام دهید.								
۶	مصرف مواد مخدر به شما کمک می کند تا احساس کنید تمرکزتان افزایش یافته است.								
۷	مصرف مواد مخدر به شما کمک می کند تا کم تر دچار حواس پرتی شوید.								
۸	مصرف مواد مخدر به شما کمک می کند تا احساس سرحالی بیش تری داشته باشید.								
۹	مصرف مواد مخدر به شما کمک می کند تا لحظات لذت بخشی را تجربه کنید.								
۱۰	مصرف مواد مخدر به شما احساس پرانرژی بودن می دهد.								
۱۱	مصرف مواد مخدر به شما احساس شادی و خشنودی بیش تری می دهد.								
۱۲	مصرف مواد مخدر باعث ایجاد بی خوابی شما می شود.								
۱۳	مصرف مواد مخدر به شما احساس اضطراب می دهد.								
۱۴	مصرف مواد مخدر به شما احساس وحشت زدگی و عصبی شدن می دهد.								
۱۵	مصرف مواد مخدر باعث می شود تا کم تر احساس گرسنگی کنید.								

- لطفاً هریک از عبارات زیر را به دقت بخوانید و گزینه مناسب را در مقابل هر عبارت علامت بزنید.

سوالات خودکارآمدی درک شده					کاملاً صحیح	تقریباً صحیح	به سختی صحیح	اصلاً صحیح نیست
۱	من اگر به سختی تلاش کنم، همیشه می توانم حل مسائل دشوار را مدیریت کنم.							
۲	اگر کسی با من مخالفت کند، من می توانم راه و روش و ابزاری پیدا کنم برای دست یافتن به آنچه که می خواهم ابزار و روش هایی پیدا کنم.							
۳	برای من چسبیدن به اهدافم و رسیدن به مقاصدم آسان است.							
۴	من مطمئنم که می توانم به طور مؤثری با رویدادهای غیر منتظره برخورد کنم.							
۵	به خاطر کاردانی ام، می دانم که چه طور موقعیت های پیش بینی نشده را مدیریت کنم.							
۶	اگر تلاش لازم را داشته باشم، می توانم اکثر مسائل را حل کنم.							
۷	من زمانی که با مشکلات روبه رو می شوم می توانم آرام بمانم؛ زیرا می توانم به توانایی های مقابله ای ام تکیه کنم.							
۸	زمانی که با مشکلی مواجه می شوم، معمولاً می توانم چندین راه حل پیدا کنم.							
۹	اگر من در رنج و سختی باشم معمولاً می توانم به راه حلی فکر کنم.							
۱۰	من معمولاً می توانم هر آنچه را که در سر راه من سبب می شود مدیریت کنم.							

- هر عبارت را به دقت خوانده و مشخص کنید که درباره هر عبارت چه احساسی دارید.

سوالات حمایت اجتماعی درک شده		مخالقم	کاملاً مخالفم	تقریباً مخالفم	نظری ندارم	تقریباً موافقم	موافقم	کاملاً موافقم
۱	زمانی که به کمک نیاز دارم، فرد خاصی در کنارم وجود دارد.							
۲	فرد خاصی وجود دارد که من می‌توانم در غم‌ها و شادی‌هایم با او شریک شوم.							
۳	خانواده‌ام واقعاً تلاش می‌کنند که به من کمک کنند.							
۴	من حمایت و کمک عاطفی لازم را از خانواده‌ام دریافت می‌کنم.							
۵	من شخصی خاصی را دارم که برایم منبع آرامش است.							
۶	دوستانم واقعاً می‌کوشند که به من کمک کنند.							
۷	در زمان بدبختی می‌توانم روی دوستانم حساب کنم.							
۸	من می‌توانم در مورد مشکلاتم با خانواده‌ام صحبت کنم.							
۹	من دوستانی دارم که می‌توانم با آن‌ها در غم‌ها و شادی‌هایم شریک شوم.							
۱۰	در زندگی من شخص خاصی وجود دارد که به احساسات من توجه می‌کند.							
۱۱	خانواده‌ام تمایل دارند در امر تصمیم‌گیری به من کمک کنند.							
۱۲	من می‌توانم در مورد مشکلاتم با دوستانم صحبت کنم.							

- هر عبارت را به دقت خوانده و پاسخ مورد نظر خود را مشخص کنید.

سوالات راهبرد مقابله		همیشه	بیشتر اوقات	معمولاً	گاهی اوقات	هرگز
۱	روی مشکل متمرکز می‌شوم و در مورد راه‌های مختلف آن فکر می‌کنم					
۲	خود را به خاطر اعتیاد سرزنش می‌کنم.					
۳	مضطرب میشوم مبادا نتوانم ترک کنم					
۴	دچار تنش زیادی می‌شوم					
۵	برای خود یک هدف مشخص کرده و آنرا دنبال می‌کنم.					
۶	برای دور کردن ذهنم از این افکار خود را به کار یا فعالیت دیگری مشغول می‌سازم					
۷	از فرد متخصص در این حوزه کمک می‌گیرم.					
۸	با شخص دیگری که می‌تواند کاری واقعی در مورد این مشکل انجام دهد. صحبت می‌کنم.					

					از آنجا که نمی‌شود کاری انجام داد، موقعیت را می‌پذیرم	۹
					از باور آنچه که اتفاق افتاده، امتناع کردم.	۱۰
					آرزو می‌کنم می‌توانستم چگونگی احساس، و یا آنچه را اتفاق افتاده است، تغییر دهم.	۱۱
					سعی می‌کنم همه چیز را فراموش کنم.	۱۲

با تشکر از همکاری شما

دوست گرامی