

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی گروهی و آموزش رفتار برنامه ریزی شده بر خطرپذیری دانشجو معلمان در معرض اعتیاد دانشگاه فرهنگیان مشهد

Comparison of the effectiveness of group schema therapy and planned behavior training on risk-taking and addiction of student teachers of Farhangian University of Mashhad

Ali Sedaghati Rad (Corresponding author)

PhD Student in Counseling, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

Email: a.sedaghati3081@gmail.com

Mohammad Mohammadipour

Professor, Department of Educational Sciences and Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

Ali Asghar Sarai

Assistant Professor, Department of Educational Sciences and Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

Abstract

Aim: The aim of this study was to compare the effectiveness of group schema therapy and teaching planned behavior on student risk-taking and addiction of teachers at Farhangian University of Mashhad. **Method:** Method: The research method was quasi-experimental with control and control groups. The statistical population of this study is all undergraduate students in Mashhad in the academic year 1399-99, in which 48 people were selected by purposive sampling and in four groups: group schema therapy (12 people), planned behavior training (12 people). The combination (n = 12) and the control group (n = 12) were randomly replaced. The information required for the study was collected using addiction questionnaires and risk questionnaires in three stages: pre-test, post-test and three months after the intervention. Data were analyzed using SPSS22 software and repeated measures analysis of variance and Scheffe post hoc test.

Results: The results showed that group schema therapy ($P < 0/01$) And training of planned behavior ($P < 0/01$) Has a significant effect on reducing addiction and risk-taking of student teachers who this effect after one month of follow-up ($P < 0/01$) Was durable in both groups. There was also a significant difference between the two interventions ($P < 0/01$). **Conclusion:** Both types of interventions can be used to prevent youth addiction.

Keywords: Group Schema Therapy, Planned Behavior Training, Addiction, Risk-Taking, Student.

علی صدقاتی راد (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

Email: a.sedaghati3081@gmail.com

محمد محمدی پور

استاد گروه علوم تربیتی و روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

علی اصغر سرایی

استادیار گروه علوم تربیتی و روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی گروهی و آموزش رفتار برنامه ریزی شده بر خطرپذیری دانشجو معلمان در معرض اعتیاد دانشگاه فرهنگیان مشهد اجرا شد. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با گروه کنترل و گواه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجوی معلمان دوره کارشناسی شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ می باشد که ۴۸ نفر به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب و در چهار گروه طرحواره درمانی گروهی (۱۲ نفر)، آموزش رفتار برنامه ریزی شده (۱۲ نفر) گروه ترکیبی (۱۲ نفر) و گروه گواه (۱۲ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. اطلاعات مورد نیاز پژوهش با استفاده از پرسشنامه های اعتیاد پذیری و پرسشنامه خطرپذیری، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و سه ماه بعد از بیان مداخله، جمع آوری گردید. داده های به دست آمده با استفاده از نرم افزار spss22 و با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی شفه تحلیل شد... **یافته ها:** نتایج پژوهش نشان داد طرحواره درمانی گروهی ($P < 0/01$) و آموزش رفتار برنامه ریزی شده ($P < 0/01$) بر کاهش خطرپذیری و اعتیادپذیری دانشجو معلمان تاثیر معنی داری دارد که این تاثیر بعد از یک ماه پیگیری ($P < 0/01$) در هر دو گروه با دوام بود. همچنین تفاوت معنا داری بین دو شیوه مداخله وجود نداشت ($P > 0/01$). **نتیجه گیری:** می توان از هر دو نوع مداخله در پیشگیری از اعتیاد جوانان بهره گرفت.

کلمات کلیدی: طرحواره درمانی گروهی، آموزش رفتار برنامه ریزی شده، اعتیاد پذیری، خطرپذیری، دانشجو.

مقدمه

اعتیاد^۱ نوعی ناهنجاری روانی-اجتماعی^۲ است که با مصرف غیرطبیعی یا غیرمجاز برخی مواد از جمله الکل، تریاک و حشیش ارتباط دارد (نائول، بریورز و بچارا^۳، ۲۰۱۳). در طبقه‌بندی اختلالات روانی (ویرایش پنجم) مرتبط با مواد، طیفی از مشکلات مربوط به استفاده و سوءاستفاده از داروهایی مانند الکل، کوکائین، هرویین و مواد دیگری وجود دارد که افراد برای تغییر در طرز تفکر، احساس و رفتار خود استفاده می‌کنند (سید محمدی، ۱۳۹۷). بر پایه تحقیقات سازمان‌های جهانی در دهه ۲۰۱۰، مسئله مواد مخدر در کنار مشکلات جهانی دیگر مانند معضلات زیست‌محیطی، شکاف طبقاتی، سلاح‌های کشتار جمعی و غیره جزء مشکلات اساسی تهدیدکننده حیات و سلامت انسان‌ها در سراسر دنیا به شمار می‌رود (مادن^۴ و همکاران، ۲۰۱۶). مسجیدی (۱۳۹۸) در مطالعه خود نشان داد دانشجویان پزشکی در سال اول ورود این دانشجویان ۲،۵ درصد دختران و ۴ تا ۶ درصد دانشجویان پسر دخانیات مصرف می‌کنند، اما نکته تاسف‌انگیز این است که پس از ۷ سال و درحالی‌که همه این دانشجویان در دروس خود با مضرات و ضررهای دخانیات آشنا می‌شوند، این آمار افزایش یافته بود و بر اساس آن بیش از ۲۲ درصد دانشجویان پسر سال آخر و ۱۷ درصد دانشجویان دختر دخانیات و قلیان مصرف می‌کنند. در ارتباط با تمایل به مصرف مواد یک سری ویژگی‌های شخصیتی اثر گذار می‌باشد (روح الامین، ۱۳۹۸؛ زرگر، ۱۳۸۷). همه کسانی که در مواجهه با مواد قرار می‌گیرند معتاد نمی‌شوند، بلکه کسی معتاد می‌شود که گرایش به اعتیاد را داشته باشد (هیروبی و آگاتسوما^۵، ۲۰۰۵). علت عمده گرایش نوجوانان و جوانان به مصرف مواد مخدر و اعتیادآور، متغیرهای روان‌شناختی و هیجانی است. افرادی که در کنترل مهارت‌های هیجانی خود ناتوانند، به احتمال زیاد به مصرف مواد اعتیادآور روی می‌آورند (میرزایی و همکاران، ۱۳۹۲). ویژگی‌های شخصیتی همچون اعتیادپذیری و خطرپذیری از جمله این ویژگی‌ها می‌باشد (بهادر و شیدا، ۱۳۹۴؛ شفیعی و قمیسی، ۱۳۹۶؛ زاده‌محمدی و احمدی، ۱۳۸۷، هوانگ^۶ و همکاران، ۲۰۱۲).

خطرپذیری^۷ به رفتارهایی اطلاق می‌شود که احتمال نتایج منفی و مخرب جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش می‌دهد (کارگرگ و گروور، ۲۰۰۳). جسور (۱۹۸۷) با ارائه اصطلاح سندروم رفتار مشکل ساز، مقولات رفتارهای پرخطر را شامل سیگار کشیدن، مصرف مواد مخدر، الکل، رانندگی خطرناک و فعالیت جنسی زود هنگام دانسته است. خطرپذیری و انجام رفتار پرخطر دقیقاً معادل یکدیگر نیستند. خطرپذیری علاوه بر اینکه انجام رفتارهای پرخطر را در بر می‌گیرد، به آسیب‌پذیری و در معرض خطر بودن فرد از سوی محیط و نزدیکان و نیز گرایشها، تمایلات و باورهای نادرست و تهدیدکننده فرد در مورد رفتارهای پرخطر اشاره دارد (زاده‌محمدی و همکاران، ۱۳۸۷). در کنش‌های روزانه دانشجویان با رویداد‌های زندگی برخی از آنها به دلیل داشتن خطرپذیری بالا بیشتر در معرض اعتیاد قرار می‌گیرند (وردیجیوگاریسیا^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). راهکار مناسب و توصیه شده در مورد اعتیاد

^۱Addiction

^۲Psychosocial abnormal

^۳Noël, Brevers, Bechara

^۴Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-V)

^۵Madden

^۶Huang

^۷Risk-taking

^۸Verdejo-García

پیشگیری^۱ است و از مهم‌ترین فعالیت‌ها در زمینه راهبرد تربیتی- آموزشی، آگاهی دادن به افراد مختلف جامعه در مورد علل روی آوردن به مواد، تأثیر داروها، خطرهای بدنی و روانی- اجتماعی استفاده از مواد را می‌توان برشمرد. در حال حاضر، بهترین مکان برای انجام چنین برنامه‌های پیشگیرانه‌ای مراکز آموزشی مانند مدارس و دانشگاه است. پیشگیری عبارت است از به تأخیر انداختن یا جلوگیری از شروع استفاده از مواد در جامعه (پاشاشریفی و رضایی، ۱۳۸۸). یکی از روش‌های پیشگیری از مصرف مواد مخدر، آگاه‌سازی افراد از خطرهای زیان‌های مواد مخدر و اصلاح نگرش افراد از مثبت به منفی نسبت به اعتیاد، معتاد و مواد مخدر است (ستاری و همکاران، ۱۳۸۲). آموزش روانشناختی، یکی از اساسی‌ترین ابزارها و روش‌های پیشگیری از معضل اعتیاد است. مؤثرترین برنامه‌های آموزشی، آن‌هایی هستند که مبتنی بر رویکردها و مطالعات نظریه محور هستند؛ که در الگوهای تغییر رفتار ریشه دارند (تهرانی و همکاران، ۱۳۹۶). از میان رویکردهای درمانی طرحواره درمانی و رفتاربرنامه ریزی شده در پژوهش‌های گوناگون اثربخشی خود را در پیشگیری از رفتارهای پرخطر نشان داده‌اند. نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده^۲ یکی از نظریات پرکاربرد و کارآمد است. در این نظریه، فرض می‌شود که قصد برای انجام یک رفتار تحت تأثیر نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده قرار دارد. با توجه به این نظریه، هنجارهای انتزاعی، نگرش‌ها و کنترل رفتاری متصور جنبه آشکار اعتقادات برجسته (اعتقاداتی که اخیراً در ذهن نقش بسته‌اند) هستند. با توجه به نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، این هنجارها بر قصد فرد برای انجام رفتار هدف تأثیر خواهند داشت. نگرش، ارزیابی روان‌شناسانه از یک رفتار به صورت خوب یا بد، ایمن یا غیرایمن و غیره است. نگرش اثر مستقیمی بر قصد فرد برای انجام یک رفتار دارد. در کنار این دو سازه (نگرش و هنجارهای انتزاعی)، کنترل رفتاری متصور (تصور فرد را از میزان کنترلی منعکس می‌کند که آن‌ها بر انجام رفتار هدف دارند) نه تنها با قصد بلکه با انجام واقعی رفتار هدف رابطه دارد رفتار، ظهور مستقیم قصد است؛ که تمایل یا برنامه‌های فرد را برای انجام واقعی رفتار هدف بیان می‌کند (وفایی نجار و همکاران، ۱۳۹۵). پژوهش و انجام مداخلات با استفاده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در حوزه اعتیاد و سوء مصرف مواد سابقه زیادی دارد. طاووسی و همکاران (طاووسی و همکاران، ۱۳۹۰) با به کارگیری این نظریه به منظور پیش‌بینی رفتار سوء مصرف مواد در نوجوانان نشان دادند که سازه‌های مدل ۲۸٪ واریانس رفتار و ۳۶٪ واریانس قصد را توصیف می‌کند. کاربرد این نظریه توسط میرزایی علویجه و همکاران (۱۳۹۳) نیز توانست واریانس ۱۷/۹ درصدی از رفتار پدران در پیشگیری از گرایش فرزندان به مواد را توضیح بدهد. به منظور پیش‌بینی سوء مصرف مواد در نوجوانان بشیریان و همکاران (۱۳۹۲) نیز از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده استفاده کردند و نشان دادند که نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری متصور پیش‌بینی‌کننده‌های قوی برای قصد مصرف مواد هستند. هوانگ و همکاران (۲۰۱۲) با استفاده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در قالب یک برنامه پیشگیری از اعتیاد در دانش‌آموزان سال اول دبیرستان در تایوان نشان دادند مهارت‌های زندگی، نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری متصور دانش‌آموزان دریافت‌کننده برنامه مداخله‌ای به طور معناداری بعد از اجرای آموزش نظریه محور بهبود یافت. نظریه رفتار برنامه ریزی شده می‌تواند رفتار افراد را تحت تأثیر قرار دهد، اما به دید محقق توجه به ساخت شناختی افراد نیز می‌تواند در تغییر رفتار اثر بخش باشد.

¹Prevention²Hiroi & Agatsuma

طرحواره‌های ناسازگار که در شکل‌گیری بسیار از رفتارهای مشکل‌آفرین دخالت دارند از جمله مقوله‌های مهم ساخت شناختی افراد می‌باشد.

براساس نظریه یانگ رفتارهای ناسازگاران در پاسخ به طرحواره ایجاد شده و بعدها به وسیله طرحواره‌ها برانگیخته می‌شوند. یانگ معتقد است طرحواره‌های ناسازگار اولیه عمیقترین سطح شناخت هستند، الگوی ثابت و دراز مدتی دارند که در دوران کودکی به وجود می‌آیند و تا زندگی بزرگسالی ادامه پیدا می‌کنند و تا حد زیادی ناکارآمدند (سلمانی، ۱۳۹۸). آنها نقش اولیه و پایه‌ای در تجارب افراد داشته و برفرایند تجارب بعدی تأثیر می‌گذارند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر نحوه فکر، احساس و عملکرد بیماران یا این که با دیگران چگونه ارتباط برقرار کنند نقشی اساسی دارند (سهرابی، ۱۳۹۴). سانپچ و سالانکوویچ^۱ (۲۰۲۰) نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با سبک‌های مقابله‌ای با اجتناب و جبران بیش از حد در افراد با اعتیادپذیری بالا رابطه مثبت دارند. وردیجیوگاریا و همکاران (۲۰۱۹) از درمانهای شناختی و عصب روانشناختی (مثل طرح‌واره درمانی و حافظه‌کاری) و رفتار درمانی (مدیریت اضطراری و رفتار برنامه‌ریزی شده) بهره بردند. نتایج نشان داد آموزش رفتار برنامه‌ریزی شده و مدیریت اضطراری همراه با درمان شناختی رفتاری، پتانسیل تغییر تصمیم‌گیری را در افراد معتاد دارند. کاراتیزاس^۲ و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار در تمایل به سوء مصرف مواد در بزرگسالان موثر است و در درمان افراد معتاد شیوه‌های طرح‌واره درمانی می‌تواند موثر باشد. آنچه پژوهشها نشان داد اهمیت سن جوانی در مقوله آموزش پیشگیرانه و مفید بودن دو شیوه آموزشی طرحواره درمانی و رفتار برنامه‌ریزی شده در حیطه پیشگیری از اعتیاد می‌باشد. لذا با توجه به ضرورت توجه به پیشگیری از سوء مصرف مواد در محیط‌های آموزشی آنهم دانشگاه فرهنگیان از طریق آموزش و کارایی مداخلات آموزشی مبتنی بر طرح‌واره درمانی گروهی برای تغییر شناخت و نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده برای عملیاتی کردن شناخت‌ها، هدف این مطالعه مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر طرح‌واره درمانی گروهی و نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در خطرپذیری و تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز دانشجو معلمان دانشگاه فرهنگیان می‌باشد.

روش

رویکرد این پژوهش کمی و به روش نیمه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه دانشجویان دانشگاه فرهنگیان (N=1344) در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود. در پژوهش‌هایی که آزمودنی‌ها باید ویژگی‌های مشخصی را داشته باشند تا مداخلات پژوهش معنی‌دار باشد بهتر است از نمونه‌گیری هدفمند، آزمودنی‌هایی که واجد ویژگی‌های مشخص شده پژوهش (در اینجا نمرات بالا در اعتیادپذیری و خطرپذیری) استفاده شود (دلاور، ۱۳۹۸)، لذا در این پژوهش به صورت نمونه‌گیری هدفمند ۴۸ نفر از کسانی که نمره اعتیادپذیری و خطرپذیری آنها از خط برش بالاتر بودند به عنوان نمونه پژوهش استفاده شد. برای این که بتوانیم میزان تأثیر دو نوع مداخله را به صورت دقیق بررسی کنیم نیازمند چهار گروه بود، دو گروه طرحواره درمانی و رفتار برنامه‌ریزی را به تنهایی استفاده کردند، یک گروه ترکیب هر دو روش البته ابتدا طرحواره درمانی که شناخت و

^۱Knapik, Slancová

^۲Karatzias

سازه های شناختی افراد را هدف قرار می داد و بعد از آموزش رفتار برنامه ریزی شده استفاده شد برای تثبیت رفتار. لذا در این طرح آزمودنی های متجانس به روش تصادفی به ۴ گروه تقسیم (۳ گروه برای آزمایش و یک گروه برای کنترل یا گواه) در نظر گرفته شدند. پس از اجرای پیش آزمون، ۳ گروه آزمایش تحت تأثیر متغیر مستقل (طرح واره درمانی، آموزش رفتار برنامه ریزی شده و آموزش همزمان) قرار گرفتند. سپس از همه ی گروه های چهارگانه پس آزمون به عمل آمد. همچنین برای بررسی پایای درمان یک ماه بعد از پایان جلسات مجدداً از هر سه گروه آزمون خطر پذیری و اعتیاد پذیری اخذ شد. برای مقایسه نتایج گروه های آزمایش و گواه از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۱: دیاگرام طرح پژوهش

گروه	آزمون	مداخله	آزمون
گروه آزمایش ۱	پیش آزمون	طرحواره درمانی گروهی	پس آزمون
گروه آزمایش ۲	پیش آزمون	رفتار برنامه ریزی شده	پس آزمون
گروه کنترل ۱	پیش آزمون	آموزش همزمان	پس آزمون
گروه کنترل ۲	پیش آزمون	بدون درمان	پس آزمون

معیارهای ورود به پژوهش؛ دانشجو بودن در دانشگاه فرهنگیان، نمره اعتیاد پذیری و خطر پذیری بالا در پرسشنامه های پژوهش، نداشتن سابقه مصرف مواد و یا ترک مواد، نداشتن مشکلات و اختلالات روانشناختی، تعهد به شرکت در تا پایان پژوهش و معیارهای خروج از پژوهش عدم تمایل به شرکت در جلسات مداخله به علل خاص مثل بیماری در نظر گرفته شد. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی از جمله، احترام به حقوق افراد، کرامت انسان و تنوع باورها و عقاید، اجتناب از هرگونه تبعیض، مسئولیت پذیری نسبت به وظایف حرفه ای، جلب رضایت از تمامی شرکت کنندگان، رازداری و محرمانه بودن اطلاعات به دست آمده از دانشجو معلمان، عدم ذکر اسامی افراد در هیچکدام از اسناد پژوهش و بهره گیری تمام گروه های از مداخلات پژوهش پس از اتمام فرایند پژوهش رعایت شد. همچنین در این پژوهش تعارض منافع در هر حوزه جمع آوری، تفسیر و انتشار اطلاعات انجام نگرفته است.

ابزار

مقیاس اعتیاد پذیری زرگر (۱۳۸۵): مقیاس آمادگی به اعتیاد (اعتیاد پذیری) ۱ توسط وید ۲ و همکاران (۱۹۹۲) ساخته شد و توسط زرگر (۱۳۸۵) مطابق با فرهنگ ایرانی پرسشنامه ترجمه و هنجاریابی شده است. این پرسشنامه از دو عامل تشکیل شده و دارای ۳۶ ماده به اضافه ۵ ماده دروغ سنج می باشد. این پرسشنامه ترکیبی از دو عامل آمادگی فعال و آمادگی منفعل می باشد. آمادگی فعال مربوط به رفتارهای ضد اجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد، افسردگی و هیجان خواهی می باشد و در عامل دوم (آمادگی منفعل) بیشترین ماده ها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی می باشد.

امادگی منفعل ۱۶ سوال (1,2,5,6,9,12,13,14,15,20,22,24,30,32,33,39)

امادگی فعال ۲۰ سوال: (3, 7,8,10,11,16,17,18,19,21,23,25,26,27,28,29,31,34,35,36)

۵ گویه هم برای دروغ سنجی استفاده می شود.

¹ APS (Addiction Potential Questionnaire)

² Weed

نمونه سوال: رفاقت با افرادی که مواد مصرف می کنند اشکالی ندارد.

در پژوهش زرگر و همکاران (۱۳۸۷) جهت محاسبه روایی این مقیاس از دو روش استفاده شد. در روایی ملاکی، پرسشنامه آمادگی به اعتیاد دو گروه معتاد و غیر معتاد را به خوبی از یکدیگر تمیز داده است. روایی سازه مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده ای فهرست بالینی علائم بالینی ۰/۴۵ محاسبه شده است که معنی دار می باشد. اعتبار مقیاس با روش آلفایکرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد که در حد مطلوب می باشد (زرگر و همکاران، ۱۳۸۷). نمره گذاری هر سوال بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می باشد. البته این شیوه نمره گذاری در سوالات شماره ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ معکوس خواهد شد. این پرسشنامه دارای عامل دروغ سنج می باشد که شامل سوالات شماره ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ می شود. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه باید مجموع امتیازات تک تک سوالات (به غیر از مقیاس دروغ سنج) را با هم جمع نمود. این نمره دامنه ای از ۰ تا ۱۰۸ را خواهد داشت. نمرات بالاتر به منزله آمادگی بیشتر فرد پاسخ دهنده برای اعتیاد می باشند و برعکس.

پرسشنامه خطرپذیری محمدی و همکاران (۱۳۸۶) (IARS):^۱ برای سنجش خطرپذیری از مقیاس خطرپذیری ایرانی (زاده محمدی و همکاران، ۱۳۸۶) استفاده شد. در این مقیاس ۳۸ گویه برای سنجش آسیب پذیری در مقابل رفتارهای پرخطر از قبیل سیگار کشیدن (۵ سوال)، مصرف مواد مخدر (۸ سوال)، مصرف الکل (۶ سوال)، رانندگی پرخطر (۵ سوال)، خشونت (۵ سوال)، رابطه و رفتار جنسی (۴ سوال) و گرایش به جنس مخالف (۴ سوال) به کار گرفته شد. پاسخگویان موافقت یا مخالفت خود را با این گویه ها در یک مقیاس ۵ گزینه ای از کاملاً موافق (=۵) تا کاملاً مخالف (=۱) بیان کردند. نمره گزاری گویه ها ۱ برای کاملاً مخالفم، ۲ مخالفم، ۳ متوسط، ۴ موافقم و ۵ کاملاً موافقم انجام می شود. حداکثر نمره مقیاس ۱۹۰ نمره و حداقل آن ۳۸ نمره می باشد. مقیاس خط برش ندارد و هر چه نمرات بیشتر باشد رفتار پرخطر بیشتر اتفاق می افتد.

نمونه سوال: من از حرکات نمایشی مثل لایی کشیدن، تک چرخ زدن و مسابقه با دیگران خوشم می آید.
اعتبار مقیاس خطرپذیری ایرانی (IARS) به روش همسازی درونی^۲ و با کمک آلفای کرونباخ و روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و روش تحلیل مولفه های اصلی^۳ مورد بررسی قرار گرفت. آزمون KMO برابر با ۰/۹۴۹ و در سطح بسیار مطلوب و رضایت بخش بود و آزمون کرویت بارتلت از نظر آماری معنادار بود. هم چنین میزان اعتبار پرسشنامه خطرپذیری و خرده مقیاسهای آن در سطح مناسب و مطلوبی بود، به طوری که میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۳۸، سیگار کشیدن ۰/۹۳۱، مصرف مواد مخدر ۰/۹۰۶، مصرف الکل ۰/۹۰۷، رابطه و رفتار جنسی ۰/۸۵۶ و گرایش به جنس مخالف ۰/۸۰۹ بدست آمد.

روش اجرا

ابتدا از دانشجویان دانشگاه فرهنگیان آزمونهای خطرپذیری و اعتیاد پذیری گرفته شده و از بین افرادی که بالاترین نمره را آورده بودند به صورت تصادفی منظم و از روی لیست ۴۸ نفر انتخاب و در سه گروه (سه گروه آزمایش ۱۲

^۱-Iranian Adolescents Risk-taking Scale

^۲-Internal Consistency

^۳-Principle Component Analysis

نفره و یک گروه گواه ۱۲ نفره) به صورت کاملاً تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایش (۱)، ۱۱ جلسه یک ساعته طرح واره درمانی، گروه آزمایش (۲)، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای رویکرد رفتار برنامه ریزی شده و گروه آزمایش (۳) ۱۲ جلسه آموزش ترکیبی از هر دو رویکرد بهره گرفته شد. پس از پایان جلسات آموزشی مجدداً از هر ۴ گروه آزمون خطر پذیری گرفته شد.

پروتکل درمانی برای جلسات به قرار زیر می باشد:

جدول ۲. خلاصه جلسات طرحواره درمانی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳، سیدمحمدی، ۱۳۹۶)

جلسات	اهداف محتوایی	اهداف جلسات
جلسه اول	آشنایی و معرفی برنامه	برقراری ارتباط و همدلی، چگونگی شکل گیری طرحواره های ناسازگار اولیه، عملکردهای طرحواره و سبکها و پاسخهای مقابله ای ناسازگار
جلسه دوم	اجرای پرسشنامه ها	ارزیابی وضعیت اولیه گروه، مفهوم سازی مشکل آزمودنی طبق رویکرد طرحواره محور
جلسه سوم	تعریف طرحواره درمانی	آشنایی و درک مفاهیم طرحواره درمانی و نحوه کاربرد آن،
جلسه چهارم	آموزش و شناخت طرحواره های ناسازگار اولیه	فراگیری دقیق و علمی طرحواره های ناسازگار اولیه، آموزش و تمرین دو تکنیک شناختی شامل آزمون اعتبار طرحواره و تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره
جلسه پنجم	معرفی حوزه های طرحواره های ناسازگار اولیه	آشنایی با حوزه های طرحواره های ناسازگار اولیه و تشخیص آن، شناسایی حوزه های مختل طرحواره مربوطه
جلسه ششم	آموزش و شناخت مفهوم هماهنگی شناختی	شناخت پاسخهای مقابله ای ناکارآمد با تجربیات شخصی، نوشتن
جلسه هفتم	مرحله سنجش و آموزش طرحواره درمانی	شناخت و تشخیص طرحواره های ناسازگار فردی، ایجاد فرصت
جلسه هشتم	استفاده از راهبردهای شناختی طرحواره درمانی	اصلاح طرحواره ها و سبکهای مقابله ای ناکارآمد، پیدا کردن راه های جدید برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک های مقابله ای اجتناب، تسلیم و جبران افراطی
جلسه نهم	استفاده از راهبردهای تجربی طرحواره درمانی	تغییر و بهبود سطح هیجانی و عاطفی طرحواره های ناسازگار، اجرای گفتگوی خیالی، شناسایی نیاز هیجانی ارضا نشده و تلاش علیه طرحواره ها در سطح عاطفی
جلسه دهم	آموزش روشهای الگوشکنی	جایگزین کردن رفتارهای سالم و کارآمد بجای رفتارهای ناسازگار، تصویرسازی ذهنی موقعیتهای مشکل آفرین و تمرین رفتارهای سالم تصویرسازی، ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط، بازنگری مزایا و معایب رفتارها
جلسه یازدهم	اجرای پس آزمون	ارزیابی اثربخشی طرحواره درمانی، غلبه بر موانع تغییر رفتار، جمع بندی

مداخله آموزشی شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای متناسب با سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده و بر اساس نیازهای آموزشی متناسب با پیشگیری از سوء مصرف مواد در دانشجویان خواهد بود.

جدول ۳. خلاصه جلسات رفتار برنامه ریزی شده (ایزن و شفن، ۲۰۱۲)

جلسات	اهداف محتوایی	اهداف جلسات
جلسه اول	آشنایی و معرفی برنامه	گفتن اهداف برگزاری کلاس ها، تنظیم ساعت و تاریخ جلسات
جلسه دوم	مفاهیم کلی	شامل تعریف اعتیاد، آشنایی با انواع مواد، دلایل گرایش به مواد، فیزیولوژی بدن و وابستگی مغز و روان
جلسه سوم	باورها، خانواده	موضوعات باورهای غلط درباره آثار فیزیولوژیکی - روانی - اجتماعی مواد، هزینه های اجتماعی و فردی، تعریف انسان سالم و دیدگاه خانواده، جامعه و گروه های اجتماعی هنجار جزء
جلسه چهارم	موقعیت شناسی	شناسایی موقعیت های پرخطر و مهارت های برخورد با موقعیت های پرخطر ریشه های تحولی و حوزه های آن
جلسه پنجم	مهارت زندگی	مهارت های زندگی و جرات آموزی
جلسه ششم	خود آگاهی هیجانی	شناسایی و مقابله با خلق منفی، جایگزینی افکار منطقی و مثبت به جای افکار و خلق منفی، مقابله با استرس و افزایش اعتماد به نفس
جلسه هفتم	خودآرزیابی	شناسایی نقاط ضعف، ترس ها، مشکلات ارتباطی، تجربیات مثبت و منفی گذشته به همراه فراهم سازی موقعیت برای تشویق جمعی و ارائه بازخورد مناسب
جلسه هشتم	اجرای پرسشنامه	گرفتن پس آزمون

جلسات در قالب گروه‌های ۱۲ نفری در مرکز مشاوره دانشگاه فرهنگیان مشهد برگزار شد و با تکیه بر تکنیک بحث گروهی، ایفای نقش و بارش افکار اداره شد و در انتهای هر جلسه خلاصه‌ای از مباحث به همراه جزوه مرتبط داده شد.

یافته‌ها

آزمودنی‌های پژوهش شامل ۴۸ نفر دانشجو معلمان پسر که در ۴ گروه ۱۲ نفره (طرح واره درمانی گروهی، رفتار برنامه ریزی شده و گواه) انتساب شدند.

جدول (۴) مقایسه سنی گروه‌های آزمایشی و گواه

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
طرح‌واره درمانی	۲۲/۱۳	۳/۳۳	۱۸	۲۶
رفتار برنامه ریزی شده	۲۱/۷۶	۴/۴۳	۱۸	۲۹
ترکیبی	۲۱/۸۹	۳/۲۴	۱۹	۲۶
گواه	۲۲/۱۱	۳/۷۱	۱۹	۲۸

جدول (۵) شاخص‌های توصیفی اعتیاد پذیری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
طرح واره درمانی گروهی	اعتیاد پذیری	۹۱/۶۷	۳/۹۵	۵۴/۲۷	۱۳/۱۸	۴۹/۹۳
	خطر پذیری	۱۵۵/۴۴	۲/۲۱	۱۰۳/۱۰	۳/۳۴	۱۰۰/۵۵
رفتار برنامه ریزی شده	اعتیاد پذیری	۹۱/۴۷	۲/۹۲۴	۶۱/۲۷	۶/۳۲	۵۷/۰۰
	خطر پذیری	۱۵۵/۴۴	۲/۲۱	۱۰۳/۱۰	۳/۳۴	۱۰۰/۵۵
آموزش همزمان	اعتیاد پذیری	۹۲/۲۵	۴/۲۵	۴۵/۲۳	۳/۲۴	۴۴/۲۱
	خطر پذیری	۱۵۷/۱۵	۴/۱۷	۹۹/۱۵	۳/۵۵	۹۴/۳۳
گواه	اعتیاد پذیری	۹۱/۴۰	۳/۳۰	۸۹/۴۷	۲/۹۲	۹۰/۲۰
	خطر پذیری	۱۵۵/۴۴	۲/۲۱	۱۰۳/۱۰	۳/۳۴	۱۰۰/۵۵

جهت پاسخگویی به فرضیات پژوهشی از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی بهنجار بودن توزیع متغیرها نشان دهنده بهنجار بودن توزیع متغیرها به تفکیک گروه‌ها بود ($P > 0/05$). نتایج آزمون لوین برابری همگنی واریانس‌ها در پیش‌آزمون ($F = 0/76, P > 0/05$)، پس‌آزمون ($P > 0/05$) و پیگیری ($F = 2/33, P > 0/05$) نشان از برابری واریانس‌های گروه‌ها داشت. آزمون کرویت موچلی نیز نشان داد که مفروضه محقق شده است ($W = 0/98, \chi^2 = 5/26, df = 2, P > 0/05$). با توجه به محقق شدن مفروضات در ادامه از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج تحلیل در جدول ۶ آمده است:

جدول (۶) نتایج آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
آزمون	۱۸۱۴۵/۸۸	۲	۹۰۷۲/۹۴	۲۳۷/۶۴	۰/۰۰۰۰	۰/۸۵
عضویت گروهی	۸۲۶۹/۷۲	۲	۴۱۳۴/۸۶	۵۴/۱۵	۰/۰۰۰۰	۰/۷۲
آزمون × عضویت گروهی	۲۵۴۶/۲۸	۴	۶۳۶/۵۷	۲۷/۳۳	۰/۰۰۰۰	۰/۵۳

آن چنان که در جدول ۶ نشان داده شده است میان سه گروه آموزش طرح واره درمانی گروهی، آموزش رفتار برنامه ریزی شده و آموزش همزمان بر خطر پذیری بر حسب آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت

گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). اندازه اثر منابع تغییر در ایجاد تفاوت ها به ترتیب $0/85$ ، $0/72$ و $0/53$ است. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین ها بر حسب مراحل آزمون در گروه های آزمایشی در جدول ۷ آورده شده است.

جدول (۷) آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین خطرپذیری بر حسب مراحل آزمون در گروه های آزمایشی

گروه ها	پیش آزمون-پس آزمون		پیش آزمون-پیگیری		پس آزمون-پیگیری		مجذور اتای
	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری	
طرحواره درمانی	۳۱/۲۳	۰/۰۰۱	۳۳/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۱۹	۰/۸۸
رفتار برنامه ریزی شده	۲۷/۴۹	۰/۰۰۱	۲۸/۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۲۲	۰/۷۶
ترکیبی	۳۶/۳۳	۰/۰۰۱	۳۹/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۱۲	۰/۹۱

نتایج جدول ۷ نشان می دهد که در هر سه گروه آزمایشی از پیش آزمون به پس آزمون و پیش آزمون به پیگیری میانگین ها افزایش یافته و تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). از پس آزمون به پیگیری در هر سه گروه آزمایشی تفاوت معنادار نیست ($P > 0/05$). نتایج نشان می دهد که مجذور اتای سهمی در گروه آموزش طرحواره درمانی ($0/88$)، رفتار برنامه ریزی شده ($0/76$) و آموزش ترکیبی ($0/91$) می باشد. مقایسه های بین گروهی در پس آزمون و پیگیری با آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۸ انجام دیده می شود:

جدول (۸) نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه تفاوت ها بر حسب عضویت در گروه های آزمایشی در خطرپذیری

گروه	پس آزمون		پیگیری	
	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
طرح واره درمانی گروهی - رفتار برنامه ریزی شده	۸/۷۱	۰/۰۲	۸/۲۳	۰/۰۲
طرح واره درمانی گروهی - آموزش همزمان	-۱۲/۳۱	۰/۰۰۱	-۱۶/۳۴	۰/۰۰۱
رفتار برنامه ریزی شده - آموزش همزمان	-۱۵/۲۵	۰/۰۰۱	-۱۸/۰۸	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۸ نشان می دهد که در پس آزمون و پیگیری تفاوت های گروه آموزش طرح واره درمانی گروهی و رفتار برنامه ریزی شده و گروه آموزش همزمان معنادار است ($P < 0/05$). میانگین طرح واره درمانی گروهی از گروه آموزش رفتار برنامه ریزی شده بیشتر و از گروه آموزش همزمان کمتر است. گروه آموزش رفتار برنامه ریزی شده نیز تفاوت معناداری با گروه آموزش همزمان دارد ($P < 0/01$). این گروه میانگین کمتری نسبت به گروه آموزش همزمان دارد.

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر اثربخشی دو برنامه طرحواره درمانی گروهی، رفتار برنامه ریزی شده بر خطرپذیری با گرایش به اعتیاد مورد بررسی قرار گرفت. از چهار گروه پژوهشی سه گروه آزمایشی که به ترتیب تمرینات طرحواره درمانی گروهی، رفتار برنامه ریزی شده و آموزش همزمان بر خطر پذیری و اعتیاد پذیری دانشجویان معلمان بهره گرفته و گروه گواه در لیست انتظار جهت دریافت خدمات بودند و بعد از اتمام مداخله به صورت رایگان از هر دو آموزش بهره مند شدند. فرضیه پژوهش «بین اثربخشی آموزش طرح واره درمانی گروهی، آموزش رفتار برنامه ریزی شده و آموزش همزمان بر خطرپذیری دانشجویان با گرایش به اعتیاد تفاوت وجود دارد.» بود. نتایج چهار گروه نشان داد که در پس

آزمون و پیگیری تفاوت های گروه آموزش طرحواره درمانی گروهی و رفتار برنامه ریزی شده بر اعتیاد پذیری نسبت به گروه گواه معنادار بود ($P < 0/01$). میانگین گروه طرحواره درمانی گروهی نسبت به گروه رفتار برنامه ریزی پایین تر آمده بود ولی معنی دار نبود لذا تفاوت معنی داری بین دو شیوه در خطرپذیری و اعتیاد پذیری دانشجویان مشاهده نشد ($P > 0/01$). در پس آزمون و پیگیری تفاوت های گروه آموزش همزمان بر خطرپذیری و اعتیاد پذیری نسبت به آموزش طرحواره درمانی گروهی و رفتار برنامه ریزی شده به تنهایی معنادار بود ($P < 0/01$). نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های روح الامین (۱۳۹۸)؛ قندهاری و دهقانی، (۱۳۹۶)؛ سرزهی و همکاران (۱۳۹۵)؛ بهادر و شیدایی (۱۳۹۴)؛ محمدی زیدی و پاکپور حاجی آقا (۱۳۹۴)؛ مادن و همکاران (۲۰۱۶) و کاتارسیس و همکاران (۲۰۱۶) هم راستاست.

در بروز اعتیاد، رفتارهایی پرخطر نقش تحریک کننده دارند. رفتارهای تکانشی و تصمیم گیری های مخاطره آمیز اگر همراه با خودبازداری نباشد، تبعات شکننده ای برای افراد به دنبال خواهد داشت. طبق نظریه رفتار برنامه ریزی شده هنجارها و باورهای افراد در مورد هر قصد رفتاری نقش تعیین کننده ای در بروز یا عدم بروز رفتارها دارد. وقتی در محیطی زندگی می کنیم که هنجار آن رفتارهای پرخطر می باشد و باور جمع بر انجام کارهایی پرخطر است امکان بروز رفتار پرخطر زیاد می شود. آنچه که در این بین مانع مناسبی برای عدم بروز رفتار پرخطر (اینجا اعتیاد) می شود، عامل آگاهی نسبت به رفتار پرخطر است. طبق الگوی آموزشی رفتار برنامه ریزی شده، می توان با ایجاد یک هنجار شخصی مبتنی بر باورهای کارآمد، کنترل مناسبی را به فرد در مواجهه با موقعیت های پرخطر آموزش داد. از طرفی برای داشتن باورهای کارآمد نیاز مند تغییر ساخت شناختی فرد هستیم، بسیاری از جنبه های زندگی روزمره ی افراد (تفکر، احساس و رفتار) خودکار هستند (ماردسن و همکاران، ۲۰۱۹). همان طور که مسجدی (۱۳۹۸) خاطر نشان کرده است، افراد تنها نسبت به چیزهایی هوشیار هستند که نیاز دارند نسبت به آنها هوشیار باشند. یادگیری و انجام هر فعالیت جدید در ابتدا نیازمند دقت و توجه آگاهانه است اما با تسلط بر هر مهارت به تدریج اعمال مربوط به آن به صورت خودکار درمی آیند، به نحوی که حتی میتوان دو کار را همزمان انجام داد (یانگ و همکاران، ۲۰۱۲). رفتارهای جدید مستلزم توجه به هر مولفه هستند. با تمرین و تکرار به تدریج مولفه های رفتار جدید به صورت بخشی از آن دسته از فرآیندهای مغزی درمی آیند که نیاز چندانی به توجه آگاهانه ندارند به نحوی که در نهایت از حیطه ی هوشیاری خارج شده، پس از آن به صورت زنجیره های رفتاری خودکار عمل خواهند کرد (محمدی زیدی و پاکپور حاجی آقا، ۱۳۹۴). به دلایلی که شرح آنها گفته خواهد شد، خصوصیات جاری محیط بلافصل مانند اشیا، محیط و مردم، میتوانند الگوهای خودکار پاسخدهی و رفتار را فعال سازند. فرآیندهای شناختی خودکار به صورت میانجی بین خصوصیات محیطی و تصمیمگیری یا رفتار عمل میکنند، بنابراین به افکار هوشیار و تامل، کمتر نیاز میشود. شواهد تجربی مبنی بر این که این فرآیندهای خودکار (از جمله طرحواره های ناسازگار) نقش مهمی در تقویت، تداوم و عود انواع مختلف رفتارهای بهنجار و نابهنجار از جمله سوء مصرف مواد، بازی میکند. طرحواره های ناسازگار، پدیده های است که در طی آن با وجود تلاشهای فرد برای نادیده گرفتن محرک، تمام نیروی توجه به سمت آن سوق میابد (کاتارسیس و همکاران، ۲۰۱۶). این پدیده در بسیاری از آسیب شناسی های روانی نقش مهمی را بازی میکند. برای مثال، زمانی که

طرحواره های ناسازگار برای محرکهای مربوط به مواد مخدر شروع میشود، میتواند ساز و کارهایی را که در نهایت به مصرف مواد میانجامند فعال سازد. نظریه ها و تحقیق های متعددی نقش طرحواره های ناسازگاره مواد را در ناتوانی کنترل رفتارهای سوء مصرف مواد، مهم میدانند (قندهاری و دهقانی، ۱۳۹۶ و کاتارسیس و همکاران، ۲۰۱۶). در طرح واره درمانی نگاه درمانگر به گرایش به مواد مخدر، داشتن طرحواره های ناسازگار است که فرد را در مواجهه با موقعیت منجر به رفتارهای پرخطر می کند و خودبازداری را مختل می کند. در نظریه رفتار برنامه ریزی شده هم نگاه مبتنی بر هنجارها و باورهای فرد است، وقتی هنجارهای محیط و فشار هنجاری شدید می شود و باورهای فرد هم قدرت مقابله با آن فشار را ندارد، رفتار پرخطر تشدید می شود. در این پژوهش سعی شده است تا با ترکیب رویکرد های شناختی و رفتاری (طرحواره درمانی و رفتار برنامه ریزی شده) الگوی جدیدی را برای پیشگیری سوء مصرف مواد ارائه دهیم. شواهد حاکی از آن است که مصرف مواد به عنوان یک رفتار ناشی از وابستگی، ویژگیهای ذهنی، هیجانی و انگیزشی دارد. سوء مصرف مواد، رفتاری ذهنی و هیجانی است زیرا پس از یک دوره ترک با تمایلات تشدید به مصرف همراه است (بهادر و شیدایی، ۱۳۹۴).. رفتار سوء مصرف مواد، انگیزشی است زیرا در موارد زیادی، میل (یا تمایل) به مواد به رفتار جستجوی مواد (معطوف به هدف) نمی انجامد. مدل های سنتی رفتاری تمایل به مواد، حاکی از آن است که میل، پیشنیاز رفتار جستجوی مواد است. لیکن براساس شواهد موجود، میل به مواد، همیشه به مصرف آن منجر نمیشود (برای مثال، تمامی مصرفکنندگان سمزدایی شده، میل به مصرف را تجربه میکنند اما تعدادی پاک باقی می مانند). بنابراین، محققین بین میل به مواد، هوس و مصرف مواد تمایز قایل شدند (روح الامین، ۱۳۹۸). او عنوان کرد فرآیندهای شناختی خودکاری که میل به مصرف مواد را به دنبال میآورند با فرآیندهای شناختی هوشیار و غیر خودکار تکمیل میشوند. فرد از میل خود آگاه بوده و فرصت تصمیم گیری دارد که پاک بماند یا مواد مصرف کند. زمانی که موانع بیرونی و درونی، مانع از مصرف مواد شده و تجربی لذت یا راحتی مورد انتظار فرد را مسدود میکنند، هوس شکل میگیرد. براساس مطالعات شخصی و مرور پژوهشهای قبلی، می توان نتیجه گرفت که میل یا هوس با مصرف مواد رابطه ی ضعیفی دارند. به علاوه مصرف یا بازگشت به مصرف بارها در غیاب میل یا احساس هوس نیز مشاهده شده است. اگر ما طرحواره ها را همان قسمت ناهوشیار و نیمه هوشیار فرد در نظر بگیریم و درون داد و هنجارهای اجتماعی و گروهی را قسمت هوشیار و برونداد، هدف این پژوهش در واقع اتخاذ رویکردی بود که هر دو جنبه مصرف مواد را کنترل کند و تا حدود زیادی هم موفق شد.

این پژوهش در واقع در تلاش برای معرفی دو روش مداخله در پیشگیری از سوء مصرف مواد از بعد تغییر نگرش (طرح واره درمانی) و تغییر رفتار (رفتار برنامه ریزی شده) بود. با توجه به موفقیت این دو روش می توان از هر دو روش به طور همزمان استفاده کرد تا اثربخشی مداخلات پیشگیرانه بیشتر شود. همچنین با توجه به جامعه هدف (جوانان و دانشجویان) که در معرض انواع عوامل خطر آفرین گرایش به مواد مخدر هستند، استفاده از این دو شیوه مداخله پیشگیرانه را در دبیرستانها و دانشگاهها می تواند از افزایش گرایش به مصرف مواد این قشر پیشگیری کند از مهمترین محدودیت های پژوهش می توان استفاده از دانشجویان پسر در پژوهش، تعداد جلسات نامتقارن آموزش در گروه های سه گانه پژوهش و بروز بیماری کرونا ذکر کرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد جهت تصویب طرح پژوهشی حاضر با کد اخلاقی (IR.IAU.BOJNOURD.REC.1399.01) و از تمامی افراد شرکت کننده در این مطالعه به خاطر صبر و همکاری و همچنین همکارانمان در دانشگاه فرهنگیان به دلیل همکاری صمیمانه، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

منابع

- اسکندری، حسین (۱۳۹۴). طرح‌واره درمانی: شکل‌گیری چارچوب مدل مفهومی در گذرگاه تحول تاریخی. بهار ۱۳۹۴ - شماره ۱۸ مطالعات روانشناسی بالینی. ش: ۱۸؛ ۲۲-۱۵.
- بهادر، علی؛ شیدایی، طاهره (۱۳۹۴). اثربخشی برنامه های پیشگیری از مواد مخدر بر کاهش رفتارهای پرخطر دانش آموزان مقطع متوسطه شهر کرمان، همایش ملی روانشناسی و مدیریت آسیب های اجتماعی، چابهار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد چابهار، https://www.civilica.com/Paper-PSYCHOLOGY01-PSYCHOLOGY01_152.html.
- روح الامین، مریم (۱۳۹۸). بررسی خودبازداری و نظام باورها در افراد مصرف کننده مت آمفتامین در شروع و پایان جلسات درمانی ماتریکس در مراکز درمانی ترک اعتیاد. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی. ۱۳ (۵۱): ۸۹-۱۰۶.
- زرگر، یدالله؛ نجاریان، بهمن؛ نعی، عبدالزها (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی های شخصیتی (هیجان خواهی، ابراز وجود، سرسختی روانشناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر، مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز. ۱، ۳، ۱۲۰-۹۹.
- سرهزی، نرگس؛ مودی، میترا؛ شریف زاده، غلامرضا (۱۳۹۵). کاربرد مدل رفتار برنامه ریزی شده در پیش بینی عوامل موثر بر رابطه با جنس مخالف در دختران نوجوان شهر بیرجند. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۵؛ ۲۳: (۴) ۳۲۵-۳۳۳.
- سلطان الکتابی، مرضیه. (۱۳۹۳). مقایسه دیدگاه های طرح‌واره درمانی، روان پویایی آزادیدرمانی. فصلنامه تازه های روان‌درمانی، ۷۲: ۸۸-۷۴.
- سلمانی، محمدرضا (۱۳۹۸). روان درمانی های موج سوم: بررسی روند تحول با تاکید ویژه بر طرح‌واره درمانی، دومین کنگره سراسری موج سوم درمان های رفتاری، کاشان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، https://www.civilica.com/Paper-TWBT02-TWBT02_041.html.
- سهرابی، فرامرز (۱۳۹۴). روان‌درمانی های موج سوم: خاستگاه، حال و چشم انداز، با تاکید ویژه بر طرح‌واره درمانی. مطالعات روانشناسی بالینی. ش: ۱۸؛ ۱-۱۴.
- شفیعی، حسن و قمیسی، محمدرضا (۱۳۹۶). ویژگی های شخصیتی و نگرش به اعتیاد و مواد مخدر در دانشجویان، ششمین کنگره انجمن روانشناسی ایران، تهران، انجمن روانشناسی ایران، https://www.civilica.com/Paper-CIPSA06-CIPSA06_357.html.
- صرامی، حمید (۱۳۹۸). سرمقاله فصل نامه اعتیاد پژوهی. فصلنامه اعتیاد پژوهی. دوره ۱۳، شماره ۵۱: ۲-۱.
- قندهاری ارش، دهقانی اکرم (۱۳۹۶). اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر باورهای فراشناختی و کاهش دوز متادون در مردان تحت درمان با متادون. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی. ۱۱ (۴۴): ۱۶۹-۱۸۶.
- کاتر، فلیپ (۲۰۰۹). تئوری های تغییر رفتار. ترجمه؛ وحید منش، عطیه و هاشم خانی، میثم (۱۳۹۵). تهران. ارجمند
- مسجدی، محمد رضا (۱۳۹۸). بررسی شیوع مصرف مواد مخدر و دخانیات در دانشگاه های علوم پزشکی. مجموعه مقالات هفتمین سمپوزیوم و چهارمین جشنواره خود مراقبتی و آموزش بیمار. تهران: دانشکده علوم پزشکی تهران. خرداد ۱۳۹۸.
- زاده محمدی، علی و احمدآبادی، زهره (۱۳۸۷). هم وقوعی رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان دبیرستان های شهر تهران. خانواده پژوهی، سال چهارم، شماره ۱۳، صص. ۸۷-۱۰۰.
- محمدی زیدی عبسی، پاکپور حاجی آقا امیر (۱۳۹۴). کاربرد نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در پیشگیری از سوء مصرف مواد در نوجوانان پسر. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. ۱۳۹۴؛ ۳: (۴) ۲۹۸-۳۱۰.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۹۱). سند جامع ارتقاء سلامت روان (۱۳۹۴-۱۳۹۰) مبتنی بر نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، ص ۱-۱۶.
- یانگ، جفری؛ کلوکسو، ژانت و ویشار، مارجوری. (۲۰۱۲). طرح واره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی). ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز، ۱۳۹۱، تهران: ارجمند

- Allahverdi-pour H, Heidarnia AR, Kazem Nezhad A, Witte K, Shafiee F, Azad Fallah P. Applying Fear Appeals Theory for Preventing Drug Abuse among Male High School Students in Tehran. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Science* 2006; 13(3): 43-50.
- Barati M, Alahverdipour H, Moini B, Farahaninasab A, Mahjob H. Evaluation of theory of planned behavior-based education in prevention of MDMA (ecstasy) use among university students. *Medical Journal of Tabriz university of medical sciences* 2011; 33 (3): 20-9.
- Bashirian S, Hidarnia A, Allahverdi Pour H, Hajizadeh E. Application of Theory of Planned Behavior in Predicting Factors of Substance Abuse in Adolescents. *Journal of Fasa University of medical sciences* 2012; 2 (3): 156-62.
- Ghavidel N, Samadi M, Kharmanbiz A, Asadi A, Feyzi A, Ahmadi R, et al. Investigation of substance use prevalence and the interrelated factors involved through third-year high school students in Nazarabad city from January 2008 to June 2008. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2012;19(97).
- Gorman DM, Huber JC Jr. The social construction of "evidence-based" drug prevention programs: a reanalysis of data from the Drug Abuse Resistance Education (DARE) program. *Evaluation Review*. 2009;33(4):396-414.
- Hiroi, N., & Agatsuma, S. (2005). Genetic susceptibility to substance dependence. *Journal of Molecular Psychiatry*, 10, 336–344. doi:10.1038/sj.mp.4001622.
- Huang CM, Chien LY, Cheng CF, Guo JL. Integrating life skills into a theory-based drug-use prevention program: effectiveness among junior high students in Taiwan. *Journal of school health*. 2012;82(7):328-35.
- Karatzias T, Jowett S, Begley A, Deas S. (2016). *Early maladaptive schemas in adult survivors of interpersonal trauma: foundations for a cognitive theory of psychopathology*. *European Journal of Psychotraumatology*. Published online: 61 Sep 2016. PMC5399097
- Kwan PP, Sussman S, Valente TW. Peer Leaders and Substance Use Among High-Risk Adolescents. *Substance use & misuse*. 2015;50(3):283-91.
- Madden TE, Graham AV, Straussner SLA, Saunders LA, Schoener E, Henry R, et al. Interdisciplinary benefits in Project MAINSTREAM: a promising health professions educational model to address global substance abuse. *Journal of interprofessional care*. 2016;20(6):655-64. 4. UNODC, World Drug Report 2014 (United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6).
- Mesic S, Ramadani S, Zunic L, Skopljak A, Pasagic A, Masic I. Frequency of substance abuse among adolescents. *Materia socio-medica*. 2013;25(4):265.
- Mirzadeh A, Gholami S, Rafiee F, Shahravan A. An evaluation of the knowledge and attitude of school teachers regarding root canal therapy in Kerman, Iran. *Journal of Oral Health and Oral Epidemiology*. 2013;2(2).
- Mirzaei M, Mazloomi SS, Yassini SM, Askarshahi M, Jalilian F, Zinat Motlagh F, et al. Fathers behavioral intention and behavior in prevention of children tendency toward addictive drugs. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2013;1(2):57-66.
- Reddy UK, Siyo RKN, Haque MAU, Basavaraja H, Acharya BLG, Divakar DD. Effectiveness of health education and behavioral intervention for tobacco de-addiction among degree students: A clinical trial. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*. 2015;5(8):93
- Roberto AJ, Shafer MS, Marmo J. Predicting substance-abuse treatment providers' communication with clients about medication assisted treatment: A test of the theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of substance abuse treatment*. 2014;47(5):307-13.
- Knapik P, Slancová K. (2020). Core beliefs – Schemas and Coping Styles in Addictions. *Cognitive Remediation Journal*.;9(3):9-19. doi: 10.5507/crj.2020.003.
- Tehrani H, Majlessi F, Shojaeizadeh D, Sadeghi R, Kabootarkhani MH. Applying Socioecological Model to Improve Women s Physical Activity: A Randomized Control Trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2016;18(2).
- Tavosi M, Hidarnia A, Montazeri A, Taremian F, Hajizadeh E, Ghofranipour F. Modification of Reasoned Action Theory and comparison with the original version by path analysis for substance abuse prevention among adolescents. *Journal of Hormozgan university of medical sciences* 2010; 14 (1): 45-54. [Persian]
- Verdejo-García, A., Alcázar-Córcoles, M.A. & Albein-Urios, N. Neuropsychological Interventions for Decision-Making in Addiction: a Systematic Review. *Neuropsychol Rev* 29, 79–92 (2019). <https://doi.org/10.1007/s11065-018-9384-6>
- VafaiNajar A, Masihabadi M, Moshki M, Ebrahimipour H, Tehrani H, Esmaeli H, et al. Determining the Theory of Planned Behavior s Predictive Power on Adolescents Dependence on Computer Games. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2015;2(4):303-11.
- Weed, N., Butcher, N. J., Mckenna, T., & Ben-Porath, Y. (1992). New measures for assessing alcohol and other drug problems with MMPI-2, APS & AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58,389-404.