رویش روان شناسی، سال ۸، شماره۶ ، شماره پیاپی ۳۹ ، شهریور ۱۳۹۸
Rooyesh-e-Ravanshenasi, 8(6), 2019

اعتیاد و روان‌شناسی مثبت‌گرا، بررسی اثربخشی درمان مثبت‌گرا بر شاخص شدت اعتیاد در مردان وابسته به مت‌آمفتامین، یک کارآزمایی بالینی تصادفی

Addiction and Positive Psychology, Investigating the Effectiveness of Well-being Therapy on the Severity of Addiction in Methamphetamine-Dependent Male Patients, a Randomized Clinical Trial

بیژن پیرنیا (نویسنده مسئول)
دانشجوی دکترای تخصصی روان شناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ
منیر چراغی
دانشجوی دکترای تخصصی روان شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن
زینب فراهانی طجر
کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج
فاطمه گرجی کندی
کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی
پریا صادقی
کارشناسی ارشد روان شناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات

Bijan Pirnia*
PhD Student of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture
Monir Cheraghi
PhD Student of Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University
Zeynab Farahani Tajar
M.A in Psychology, Islamic Azad University Branch of Karaj
Fatemeh Gorji Kandi
M.A in Psychology, Faculty of Humanities, School of Psychology, Kharazmi University
Paria Sadeghi
M.A in Psychology of Personality, Islamic Azad University of Science and Research

چکیده

روان‌شناسی مثبت‌گرا شاخه‌ای نوین از علم روان‌شناسی به‌شمار می‌آید که تکیه بر توان‌مندی‌ها را جایگزین نگاه آسیب‌شناختی نموده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بهزیستی‌درمانی بر شاخص شدت اعتیاد در مردان وابسته به محرک انجام شد. در یک مطالعه تجربی تک سایت در قالب کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل و پیش آزمون و پس آزمون پنجاه مرد (سنین ۴۵-۱۸ با میانگین سنی: ۲۹/۴) در فاز پرهیز از مصرف مت‌آمفتامین از بین مددجویان بستری در کمپ اقامتی (مواد محرک) شهرکرج با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و با استفاده از نرم افزار اکسل آفیس به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی(n=۲۵) و کنترل (n=۲۵) تخصیص داده شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه هفتگی (هر جلسه ۵۰ دقیقه) تحت درمان گروهی بهزیستی رایف قرار گرفت و گروه کنترل صرفا درمان‌های روتین مرکز را دریافت نمود. سپس، دو گروه در دو نوبت پیش آزمون و پس آزمون توسط پرسشنامه شدت اعتیاد (میزان پاسخ دهی=۹۲٪) مورد ارزیابی قرار گرفتند. از شرکت کنندگان دو بار در هفته تست ادرار با آستانه مفروض سی صد نانوگرم در میلی‌لیتر به منظور احراز اطمینان از پایبندی به پرهیز از مصرف به عمل آمد. داده‌ها توسط آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین داده‌های کیفی حاصل از ارزیابی‌های دموگرافیک کدگذاری و به کمک ابزار تحلیل داده‌های کیفی Atlas.ti-5.2 مورد تحلیل قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها نشان داد که بهزیستی درمانی تاثیر معناداری بر بهبود

Abstract

Positive psychology is a modern branch of psychology, which has replaced relying on the capabilities to the pathological cognitive aspect. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of well-being therapy on addiction severity index in stimulant dependent males. In a single-site trial, a single-site randomized clinical trial with pre-test and post-test control group of fifty men (18-45 years old with an average age of 29.4) in the phase of avoiding Methamphetamine were selected from clients hospitalized in Residential Camp (drugs) in Karaj city using random sampling method and they were randomly assigned to experimental (n = 25) and control (n = 25) groups using Excel Office software. The experimental group received 12 weekly sessions (50 minutes each session) Ryff's grouping well-being therapy and the control group received only routine treatments of the center. Then, the two groups were evaluated in two stages of pre-test and post-test by the questionnaire of addiction severity (response rate = 92%). Participants received twice-weekly urine tests with a threshold of 30 Nanograms per milliliter to ensure adherence to avoidance from using. Data were analyzed by one-way *ANCOVA* (analysis of covariance). Also, qualitative data derived from demographic evaluations were coded and analyzed using Atlas.ti-5.2 data analysis tools.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.2.8]

شاخص شدت اعتیاد با فاصله اطمینان ۲۶/۴ (۸۵/۹۵-۱۸/۳۳) ایفا نموده است (p <۰۰/۰۱). یافته‌های این پژوهش می‌تواند در ارزیابی، طرح‌ریزی مداخلات درمانی و مسیر پژوهش‌های آتی در مصرف‌کنندگان مت-آمفتامین سودمند باشد.

واژگان کلیدی: بهزیستی‌درمانی، مت‌آمفتامین، اعتیاد، مقیاس شدت اعتیاد

Data analysis showed that the well-being therapy had a significant effect on the improvement of the addiction severity index with a confidence interval of 26.4 (18.85-33.95) (p<0.001). The findings of this study can be useful in evaluating, designing health interventions and future research pathways in methamphetamine users.

Key words: Well-being Therapy, Methamphetamine, Addiction, Addiction Severity Index

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت :** خرداد۹۶ **پذیرش:** آذر ۹۶ **ویرایش نهایی** : مهر۹۸

مقدمه

اعتیاد یک بیماری جسمی، روحی و روانی به شمار می‌آید که به دلیل ماهیت پیشرونده‌اش در همه ابعاد زندگی سلامتی فرد، خانواده و جامعه را با مخاطره روبرو می سازد(مول و کوب[1] ۲۰۰۷) و پیامدهای ناخوشایند آن از مهمترین مشکلات سلامت عمومی در جهان به شمار می رود(دالی و مارلات[2] ۲۰۰۶). مطالعه بیماری‌ها نشان می‌دهد که اعتیاد در زمره ده بیماری اصلی جای دارد که بار عمده بیماری‌ها را در جهان تشکیل می‌دهد(مادرز، برنارد، ایبورگ، اینو، مافات، شیبویا و همکاران[3] ۲۰۰۳) دفتر آمار و ارقام سازمان ملل، در رابطه با آمار مصرف مواد و جرم و جنایت تخمین می‌زند که ۱۸۵ میلیون نفر در سطح جهان، معادل ۳/۱ درصد جمعیت عمومی جهان و۴/۳ درصد از جمعیت سنین پانزده سال، حداقل یک‌بار مصرف مواد غیر قانونی را در زندگی تجربه نموده‌اند) و اعتیاد در ایران اچهارمین بیماری شایع قلمداد می‌شود (نقوی، ۲۰۰۶). از سوی دیگر ظهور مواد محرک چالشی نوظهور در حیطه اعتیاد محسوب می‌گردد. به عنوان نمونه میزان مصرف مت‌آمفتامین بین سال های ۲۰۰۸- ۲۰۰۵ رشدی ۱۵۰ برابری داشته است(راسون[4] ۲۰۱۳). تداوم مصرف مواد در طی زمان و تاثیرات سمی طولانی مدت آن بر عملکرد طبیعی معتادان سبب ایجاد اختلال در خانواده، محیط کار و در سطحی وسیعتر در جامعه می‌شود(لشنر[5] ۱۹۹۹). مت‌آمفتامین‌ها سبب نارساکنش‌وری در شاخص‌های بیولوژیک می‌گردند که در عرصه وسیعی از مولفه‌های روان-شناختی منعکس می‌گردد (پیرنیا، گیوی، روشن، پیرنیا و سلیمانی، ۲۰۱۶؛ پیرنیا، طاهری نخست، پیرنیا، مرادی و تیموری، ۲۰۱۷). آمار رو به فزونی اعتیاد در جهان، از جمله کشور ما حوزه اعتیاد را به‌یکی از اولویت‌های مجامع پژوهشی تبدیل کرده و علاقه زیادی را نسبت به درمان اعتیاد به عنوان یک راه حل به مشکلات بهداشتی و اجتماعی مربوط به آن به وجود آورده است (مک للان، مکای، فورمان، کاسیولا و کمپ[6] ۲۰۰۵).

بسیاری از پژوهشگران ضرورت در نظر گرفتن مداخلات روان‌شناختی به منظور بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد را مرد تایید قرار داده‌اند(لش، وانگ، گرین، گادگبکو، هال، جونز و آنرو[7] ۲۰۰۶). همان‌طور که از نظر گذشت امروزه با مشکل جدیدی در این حوزه روبرو هستیم و آن تغییر الگوی مصرف مواد از سنتی به مواد صنعتی می‌باشد و این پدیده در نوع خود نیازمند اعمال رویکردهای نوین در عرصه روان پزشکی و روان شناسی می‌باشد (محمدی، ۱۳۹۰).

با وجود اینکه در سال‌های اخیر شاهد ظهور درمان‌های متنوعی در این حوزه بوده‌ایم؛ اما همچنان ناظر عدم موفقیت برخی بیماران در برنامه‌های درمانی و سوء مصرف مستمر و آمار عود بالا هستیم (آدریان[8] ۲۰۰۱). بررسی‌ها نشان می‌دهد که وضعیت اکثر معتادان به‌دنبال توقف درمان، عود نموده و به طور کلی حدود ۰/۶۰_ ۰/۵۰ از بیماران بهبود یافته در طی۶ ماه و ۰/۸۰ با فاصله ۱ سال پس از ختم درمان، دوباره مصرف مواد را آغاز می‌نمایند (مک‌للان و همکاران، ۲۰۰۵) . یکی از مولفه های حائز اهمیت در درمان اعتیاد، روان‌درمانی است که پیامدهای درمان را افزایش می‌دهد(باری و پنل[9] ۱۹۹۹) . پژوهش‌ها نشان می‌دهند که معتادان کمتر از راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی و بیشتر از راهبردهای مقابله جسمانی کردن و مهار هیجانی استفاده می‌نمایند

[1] - Moal & Koob
[2] - Daley & Marlatt
[3] - Mathers, Bernard, Iburg, Inoue, Mafat, Shibuya et al
[4] - Rawson
[5] - Leshner
[6] - McLellan, McKay, Forman, Cacciola & Kemp
[7] - Lash, Wang, Greene, Gadegbeku, Hall, Jones & Unruh
[8] - Adrian
[9] - Barry & Panel

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.2.8]

(طوفانی و جوانبخت، ۲۰۰۱). دیرسن و هلون[1](۲۰۱۰) نشان دادند که تکنیک‌های شناختی‌رفتاری به‌تنهایی و یا همراه با دارو درمانی نقش مهمی در مدیریت اضطراب و افسردگی و ارتباط با اطرافیان داشته و باعث افزایش رضایت فرد از سطح زندگی خویش می‌گردد. یکی از انواع روان درمانی ها که می تواند در حوزه اعتیاد نقش به سزایی داشته باشد، درمان های معطوف به روانشناسی مثبت گرا و از آن جمله درمان بهزیستی می باشد (پیرنیا، منصور، نجفی و ریحانی، ۱۳۹۵).. بهزیستی درمانی یکی از درمان‌های نوین در عرصه روانشناسی مثبت‌گرا می‌باشد که از درمان شناختی‌رفتاری نشات گرفته که در مطالعات مختلف چه به تنهایی و چه به همراه درمان شناختی‌رفتاری به کار گرفته شده (فاوا، رافانلی، کازارو، کونتی و گراندی[2] ۱۹۹۸) و اثر بخشی آن در درمان اختلالات عاطفی و خلقی و افزایش بهزیستی‌روان‌شناختی (رافانلی، پارک و فاوا[3] ۱۹۹۹) مورد تایید قرار گرفته شده است. بهزیستی‌درمانی یک برنامه درمانی کوتاه مدت (هشت جلسه‌ای) سازمان یافته، رهنمودی و مشکل‌مدار است که بر مبنای الگوی بهزیستی روان‌شناختی ریف[4](۱۹۸۹) قرار دارد که در آن از خودنگری‌ها ، خاطره-نویسی منظم و تعاملات درمانجو و درمانگر برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی درمانجو استفاده می‌شود(سلیگمن[5] ۲۰۰۴). الگوی بهزیستی روان‌شناختی ریف(۱۹۸۹) دارای شش بعد می‌باشد، این ابعاد شامل تسلط محیطی، رشد شخصی، هدفمندی زندگی، خودمختاری، خود پذیری و داشتن روابط مثبت با دیگران می‌باشد. هدف درمان‌گران از به‌کار بردن بهزیستی درمانی، کمک به درمانجویان جهت ارتقاء از سطوح پائین کارکرد، در هر شش حیطه مورد نظر بهزیستی روان‌شناختی، به سطوح بالا می‌باشد(فاوا و همکاران، ، ۱۹۹۸). درمان‌گران به درمانجویان کمک می‌نمایند تا از سطح آسیب‌های کارکردی به سطح بهینه و مطلوب این کارکردها ارتقاء یافته و تجربه‌های بهزیستی را در زندگی حال و گذشته‌شان شناسایی نمایند. پس از این‌که درمان‌جویان کاملا از موارد بهزیستی در زندگی‌شان آگاهی یافتند، در مرحله بعدی، درمان به آنان یاری می‌رساند تا باورها و افکار مزاحم تجربه بهزیستی و نیز احساسات همراه با بهزیستی را شناسائی نمایند (فاوا و همکاران، ۱۹۹۸) این مرحله از درمان به شناسائی افکار خودکار یا باور های غیرمنطقی در شناخت‌درمانی معمول شباهت دارد (رافانلیو همکاران، ۱۹۹۹). با این تفاوت که در بهزیستی‌درمانی، خودنگری درمانجو از افکارش بیشتر مبتنی بر بهزیستی است تا بر محتوی تنش زا و به طور کلی، روش‌های اصلی به منظور کمک به درمانجویان جهت غلبه بر نقایص موجود، در بهزیستی روان‌شناختی، عبارتند از بازسازی شناختی افکار خودکار، زمان‌بندی فعالیت هایی که احساس تسلط و کنترل یا لذت تولید می‌نمایند، آموزش جرات‌ورزی و حل مسئله (روئینی و فاوا[6] ۲۰۰۴). . مطالعات گذشته از اثربخشی درمان مثبت‌گرا بر شاخص ولع‌مصرف در افراد وابسته به مت‌آمفتامین حکایت دارند (پیرنیا، صادقی، رحمانی، پیرخائفی و سلیمانی، ۱۳۹۵). همچنین از درمان مثبت‌گرا در بهبود شاخص‌های خلقی در مردان تحت درمان اجتماع‌مدار (TC) با موفقیت استفاده شده است (پیرنیا، منصور، نجفی و ریحانی، ۱۳۹۵). با وجود شواهدی مبنی بر اثربخشی درمان مذکور، نتایج مطالعه پیرنیا، رضایی، رحیمیان و سلیمانی (۱۳۹۵) در تضاد با نتایج مطالعات گذشته از عدم اثربخشی درمان مذکور حکایت دارد. با عنایت به آن چه از نظر گذشت و وجود تناقض در یافته‌های پژوهشی و با توجه به شیوع چشمگیر مصرف مواد محرک و تاثیرات مخرب فردی، خانوادگی و اجتماعی آن و همچنین با در نظر گرفتن تاثیرات امید بخش درمان های مثبت گرا از جمله بهزیستی درمانی در درمان اختلالات خلقی، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی بهزیستی درمانی بر شاخص شدت اعتیاد در مردان ایرانی وابسته به مت آمفتامین در فاز پرهیز از مصرف انجام پذیرفت.

روش

پژوهش حاضر از نوع تجربی و دربردارنده پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. داده های پژوهش حاضر در خلال مهرماه لغایت اسفند ماه ۹۲ جمع‌آوری شدند. جامعه آماری این مطالعه را کلیه مردان مصرف‌کننده مت‌آمفتامین در فاز پرهیز از مصرف ساکن تهران تشکیل دادند. از میان جامعه مذکور ۵۴ نفر از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱) دارا بودن دامنه سن تقویمی ۳۱-۱۸ سال، ۲) سابقه حداقل سه ماه پرهیز از مصرف مت‌آمفتامین، ۳) دارا بودن حداقل سطح تحصیلی دیپلم- همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱) گزارش تست ادرار مثبت در طول دوره درمانی، ۲) بهره گیری از درمان‌های دارویی و روان‌شناختی

[1] - Driessen & Hollon
[2] - Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti & Grandi
[3] - Rafanelli, Park & Fava
[4] - Ryff
[5] - Seligman
[6] - Ruini & Fava

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.2.8]

مکمل و ۳) دو هفته غیبت مستمر از حضور در جلسات درمان. شرکت کنندگان مدت زمانی ۱۴ روز قبل از تخصیص تصادفی مورد ارزیابی روان شناختی قرار گرفتند و پس از آن وارد فاز ارزیابی خط پایه شدند. مدتی پس از آغاز فرایند پژوهش(بین هفته های سوم تا نهم) ۴ نفر به دلایل مختلف از جمله غیبت و گزارش تست ادرار مثبت از پژوهش خارج شدند. ۵۰ شرکت کننده، به طور تصادفی و با استفاده از نرم افزار اکسل آفیس در دو گروه (هر گروه ۲۵ نفر)، آزمایش و کنترل کاربندی شدند. تحلیل ادرار شرکت‌کنندگان به مدت یک ماه به صورت دو بار در هفته و پس از آن هر ۱۵ روز یک بار به صورت تصادفی اخذ و بر اساس آستانه مفروض سیصد نانوگرم در میلی لیتر تحلیل شد. پروتکل درمان بهزیستی به صورت گروهی به مدت ۱۲ جلسه و هر جلسه ۵۰ دقیقه (سه ماه، هفته‌ای یک جلسه) اجرا شد. پس از گذشت دوازده جلسه درمانی کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش برای دومین بار و این بار در قالب پس‌آزمون، توسط پرسشنامه شاخص شدت اعتیاد مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، پس از پایان فرایند درمان، ۴ جلسه درمان گروهی بهزیستی به آزمودنی‌های لیست انتظار ارائه شد. تمام مراحل انجام پژوهش بر اساس آخرین نسخه از کنوانسیون هلسینکی انجام پذیرفت.

در این پژوهش با در نظر گرفتن یک سویه بودن آزمون و مبنا قرار دادن Z =۱/۶۴۵، α=۰/۰۵ و همچنین توان آزمون ۰/۸۴=β- ۱ حجم نمونه در هر گروه ۲۵ نفر براورد شد. در این مطالعه از پرسشنامه جمعیت‌شناختی، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات IV -DSM[1] (SCID) و پرسشنامه شدت اعتیاد مک للان استفاده شد، همچنین جهت ارزیابی عدم مصرف مواد از کیت نشانگر مصرف محرک استفاده شد.

ابزار

پرسشنامه جمعیت‌شناختی توسط پژوهشگر به منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی نظیر سن، تحصیلات، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، سابقه بیماری، سابقه درمان و مدت زمان مصرف مواد تهیه و مورد استفاده قرار گرفت.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالاتDSM - IV (SCID) یک مصاحبه بالینی است که برای تشخیص اختلال‌های محور یک بر اساس DSM - IVبه کار می‌رود. ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID، ۰/۶۰ گزارش شده است (فیرست و همکاران[3] ۲۰۰۲) . توافق تشخیصی این ابزار به زبان فارسی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی با پایایی بالاتر از ۰/۶۰ مطلوب بوده است، ضریب کاپا برای کل تشخیص‌های فعلی و تشخیص های طول عمر به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۵۵ به دست آمده است (شریفی و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین پایایی ابزار فوق از طریق محاسبه آلفای کرونباخ در این مطالعه ۰/۸۷ براورد شد.

پرسشنامه شاخص شدت اعتیاد (ASI[4]): به منظور بررسی وضعیت بالینی بیماران در این پژوهش از ویرایش پنجم شاخص شدت اعتیاد که توسط مک للان و همکاران (۱۹۹۲) تهیه شده است استفاده شد. شاخص مذبور مصاحبه‌ای نیمه ساختار یافته می‌باشد که توسط پژوهشگر آموزش دیده و به صورت رو در رو اجرا می‌شود. این پرسشنامه مشکلات بیماران را در ۷ زمینه طی سی روز گذشته، سال گذشته و طی عمر گردآوری می‌نماید و در هر بخش نمره کل ترکیبی (۰-۱) ارائه می‌دهد که بیانگر وضعیت فرد در حیطه مورد نظر می‌باشد. اگر وضعیت‌های ذکر شده بیشتر از ۶ ماه زمان برده باشد، نمره کامل و اگر کمتر از شش ماه باشد نمره صفر اخذ می‌گردد. این ابزار دارای ۱۱۶ پرسش است که ۸ سوال در مورد وضعیت پزشکی، ۲۱ سوال در مورد وضعیت شغلی، ۲۴ سوال در مورد وضعیت مصرف مواد مخدر و الکل، ۲۷ سوال در مورد وضعیت حقوقی، ۲۳ سوال در مورد وضعیت خانوادگی و ۱۳ سوال در مورد وضعیت روانی بیمار مطرح می‌گردد. ASI، شدت مصرف مواد و حوزه‌های مرتبط با آن را در دو چارچوب زمانی در طول عمر و وضعیت اخیر (۳۰ روز اخیر) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. معمولا از این ابزار جهت ارزیابی مصرف مواد در بدو ورود به درمان، در طول درمان و پس از آن استفاده می‌شود. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار حاکی از پایایی و اعتبار بالای آن می‌باشد. در مطالعه مک‌للان و همکاران (۱۹۹۵) اعتبار پیش‌بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۱، حساسیت و اختصاصی بودن به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۰ و اعتبار هم‌زمان آزمون ۰/۹۱ گزارش شده است. همچنین همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۵ تا ۰/۸۹ محاسبه شده است. همسانی درونی پرسشنامه شاخص شدت اعتیاد در مطالعه حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برآورد شد.

[1] - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*DSM*–4)
[2] - The Structured Clinical Interview for DSM-4
[3] - First, Spitzer, Gibbon & Williams
[4] - *Addiction Severity Index*

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.2.8]

تست ادرار: این ارزیابی توسط کیت‌های (مت آمفتامین) نشانگر اعتیاد به مدت چهار هفته به صورت دو بار در هفته و پس از آن هر ۱۵ روز یک بار به صورت تصادفی گرفته می‌شود.

یافته ها

در مطالعه حاضر داده‌های توصیفی در قالب میانگین و انحراف استاندارد ارائه شده‌اند. همچنین داده‌های کیفی حاصل از ارزیابی‌های دموگرافیک کدگذاری و به کمک ابزار تحلیل داده های کیفی Atlas.ti-5.2 مورد تحلیل قرار گرفتند. در بخش تحلیل‌های استنباطی، با توجه به وجود طرح مستقل در قالب پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین فاصلهای بودن مقیاس شدت اعتیاد از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس استفاده شد. فرض ما این بود که بهزیستی‌درمانی در ارتقاء شاخص شدت اعتیاد اثر گذار می‌باشد. جهت تحلیل داده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۰ استفاده شد. پیش از استفاده از آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری، مفروضه‌های روش مذکور بررسی شد. مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرها توسط آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف[1] مورد ارزیابی قرار گرفت و برقراری پیش شرط مذکور احراز شد (p>۰/۰۵). همچنین شرط یکسانی واریانس‌ها به وسیله آزمون لون[2] مورد ارزیابی قرار گرفت و مفروضه مذکور تائید شد (p>۰/۰۵). علاوه بر این مفروضه همگنی شیب رگرسیون از طریق محاسبه F تعاملی بین متغیر همپراش و مستقل احراز شد (p>۰/۰۱).

جدول۱- وضعیت جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش در دو گروه

شاخص‌ها	ابعاد	بهزیستی‌درمانی	کنترل
	فراوانی/ درصد	فراوانی/ درصد	فراوانی/ درصد
وضعیت تحصیلات	زیر دیپلم	۹ (۳۶٪)	۷ (۲۸٪)
	دیپلم به بالا	۱۶ (۶۴٪)	۱۸ (۷۲٪)
سن	۱۸-۲۵ سال	۱۷ (۶۸٪)	۱۵ (۶۰٪)
	۲۵ سال به بالا	۸ (۳۲٪)	۱۰ (۴۰٪)
وضعیت شغلی	شاغل	۱۱ (۴۴٪)	۱۰ (۴۰٪)
	بیکار	۱۴ (۵۶٪)	۱۵ (۶۰٪)
متوسط درامد ماهیانه	کمتر از یک میلیون تومان	۱۵ (۶۰٪)	۱۷ (۶۸٪)
	بیشتر از یک میلیون تومان	۱۰ (۴۰٪)	۸ (۳۲٪)

جدول ۱ وضعیت جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، آزمودنی‌ها اغلب از سطح تحصیلات بالای دیپلم (بهزیستی درمانی: ۶۴٪، کنترل: ۷۲٪) برخور دارند. در شاخص سن اغلب آزمودنی‌ها از شاخص سنی کمتر از ۲۵ سال (بهزیستی درمانی: ۶۸٪، کنترل: ۶۰٪) برخور دارند. از نظر مولفه وضعیت شغلی اکثریت افراد در دو گروه درمان و کنترل فاقد شغل (بهزیستی درمانی: ۵۶٪، کنترل: ۶۰٪) می‌باشند. در شاخص وضعیت مالی نیز اکثریت شرکت‌کنندگان در هر دو گروه با درامد کمتر از یک میلیون تومان در ماه (بهزیستی درمانی: ۶۰٪، کنترل: ۶۸٪) برخور دارند.

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل کواریانس به منظور مقایسه نمرات شدت اعتیاد پس آزمون در دو گروه پژوهش

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذور اتا
پیش آزمون	۶۶۴۳/۱۵	۱	۶۶۴۳/۱۵	۷/۲۹	۰/۰۱	۰/۶۴
گروه	۹۱۱/۲۷	۱	۹۱۱/۲۷	-	-	-
خطا	۴۹۴۱/۱۲	۴۹	۱۰۰/۸۳	-	-	-

[1] - Kolmogorov–Smirnov test
[2] - Levene's test

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.2.8]

جدول ۴ نتایج حاصل از آزمون تحلیل کواریانس را نشان می‌دهد، بر این اساس بین میانگین پس آزمون دو گروه تفاوت معناداری مشاهده می‌شود($P<۰,۰۱$). با توجه به نتایج فوق می‌توان اذعان نمود که بهزیستی‌درمانی بر شاخص شدت اعتیاد اثر بخش بوده است.

بحث و نتیجه گیری

تاحدود یک ده قبل، به‌طور عمده متخصصان در حوزه پیش‌گیری و درمان، علاقمند به مطالعه کاستی‌های افراد بودند. این علاقه به چند دلیل وجود داشته است (سلیگمن، ۲۰۰۴) : دلیل اول وجود این دیدگاه است که " قبل از آن که بخواهیم به افراد شاد یاری رسانیم، باید غم کسانی که رنج می کشند را برطرف نماییم و با آنان همدردی کنیم". دلیل دوم، تبیینی عمل گرایانه و تاریخی بوده است. بعد از جنگ جهانی دوم، روان شناسی بالینی به سمت تمرکز بر تشخیص و درمان اختلالات به شیوه "مدل بیماری طبی" پیش رفت (مادوکس، ۲۰۰۲). دلیل سوم، در حیطه طبیعت انسان و فرایندهای روان‌شناختی قرار می‌گیرد. وقایع منفی در مقایسه با وقایع مثبت از شدت بیشتری برخوردارند و اطلاعات در مورد موضوعات منفی نیز، کامل‌تر از اطلاعات در مورد موضوعات مثبت، مورد بررسی و توجه قرار می‌گیرد.

پژوهش حاضر نیز در راستای تغییر نگاه از رویکرد مشکل‌مدار به رویکرد پرورش توانمندی‌ها شکل گرفت. هدف از پژوهش حاضر اثربخشی بهزیستی‌درمانی بر شاخص شدت اعتیاد در مردان ایرانی وابسته به مت‌آمفتامین در فاز پرهیز از مصرف بود. نتایج نشان داد که درمان بهزیستی در بهبود شاخص مورد نظر در بیماران وابسته به مواد تاثیر معناداری ایفا نموده است. این نتایج با یافته های بورلسون و جوزف (۲۰۰۸)، بورلسون و کامینر (۲۰۰۸)، راسون و همکاران (۲۰۰۶) و پتری و همکاران (۲۰۰۵) همسو می باشد که تغییر در دو مولفه وضعیت روانی و وضعیت مصرف مواد را گزارش نموده اند. یافته های این پژوهش با گستره وسیعی از پیشینه پژوهشی همسو می‌باشد که اثر بخشی بهزیستی‌درمانی را در درمان اختلالات عاطفی و خلقی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی مورد تایید قرار داده اند. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، پیرنیا و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی درمان مثبت‌گرا بر شاخص ولع‌مصرف پرداختند. نتایج نشان داد که درمان مثبت‌گرا اثربخشی معناداری بر شاخص ولع‌مصرف ایفا نموده است.

در این راستا، نتایج پژوهش پیرنیا و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد که استفاده از درمان مثبت‌گرا بر کاهش شاخص ولع‌مصرف در افراد مصرف‌کننده محرک اثربخش می‌باشد. همچنین می‌توان از درمان‌مثبت‌گرا در ارتقاء شاخص‌های خلقی در مردان تحت درمان اجتماع‌مدار (TC) با موفقیت استفاده نمود (پیرنیا، منصور، نجفی و ریحانی، ۱۳۹۶).

پیرامون اثربخشی بهزیستی‌درمانی، در پژوهشی که فاوا و تومبا (۲۰۰۹) با عنوان افزایش بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری به کمک روش روان‌درمانی بهزیستی و با هدف بررسی میزان اثر بخشی بهزیستی‌درمانی انجام دادند، نشان داد که شکوفایی و انعطاف‌پذیری را می توان به واسطه مداخلات خاص که منجر به ارزیابی مثبت از خود، احساس رشد پایدار، اعتقاد به زندگی مثبت و معنا دار، فرایند روابط مثبت با دیگران، توانایی مدیریت موثر زندگی و احساس خود تعیین‌گری می‌شوند را به وجو آورد، همچنین کاهش آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی و اضطراب به واسطه بهزیستی‌درمانی نشان داده شده است (فاوا و تومبا، ۲۰۰۹). در پژوهشی که معینی‌زاده و سالاگاما (۲۰۱۰) در قالب بررسی اثربخشی بهزیستی‌درمانی بر افسردگی بر روی نمونه ای ۴۰ نفری از آزمودنی ها در سال ۲۰۱۰ انجام دادند، نشان داد که تفاوت معناداری بین نمرات قبل و پس از درمان مشاهده شد و بهزیستی درمانی از درمان شناختی‌رفتاری موثرتر بوده است و نتایج بیانگر امکان‌پذیری و مزایای بالینی افزودن بهزیستی‌درمانی به دیگر مجموعه تکنیک‌های درمان است (معینی زاده و کومار، ۲۰۱۰). همچنین فاوا و همکاران(۱۹۹۸) بهزیستی‌درمانی را به عنوان رویکرد درمانی جدید به منظور رفع نشانه‌های باقی‌مانده اختلالات خلقی (افسردگی اساسی، اختلال هراس همراه با موقعیت هراسی ، ترس اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر ، اختلال وسواس اجباری) که به کمک روش‌های رفتاری یا دارویی با موفقیت درمان شده بودند به کار بردند. پژوهشگران این افراد را به طور تصادفی به دو گروه بهزیستی‌درمانی و گروه شناختی-درمانی اختصاص دادند، نتایج نشان داد که هم بهزیستی‌درمانی و هم درمان شناختی‌رفتاری با کاهش معنا دار نشانه‌های باقیمانده همراه بودند. علاوه بر این در ایران گلبار یزدی، شعرباف، موسوی و معینی‌زاده (۱۳۹۰) نشان دادند که بهزیستی‌درمانی در کاهش استرس و افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور اثر گذار می‌باشد.

در تضاد با یافته‌های مطالعه حاضر، نتایج پژوهش پیرنیا، رضایی، رحیمیان و سلیمانی (۱۳۹۵) نشان داد که بهزیستی‌درمان اثربخشی معناداری بر شاخص‌های سلامت‌روان، شادکامی و آسیب‌شناسی روانی نداشته است. در ارزیابی اثربخشی دو درمان نیز، مطالعه پیرنیا (۲۰۱۵)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.2.8]

با هدف مقایسه اثربخشی بهزیستی‌درمانی و درمان مثبت‌گرا در بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون نشان داد که دو درمان در اثربخشی تفاوت معناداری نسبت به یکدیگر نشان ندادند.

با عنایت به آن‌چه از نظر گذشت، کلید اثربخشی درمان‌بهزیستی را می‌توان تمرکز آن بر مولفه‌های مثبت و توان‌مندی‌های موجود در افراد وابسته به مواد برشمرد. سوءمصرف مواد در درازمدت بر شاخص‌های بنیادی روان‌شناختی همچون ساختار شخصیت و عزت نفس اثرگذار می‌باشد و با توجه به نقش سوءمصرف مواد بر شکل‌گیری آسیب‌های روان‌شناختی، فرایند بازپروری نیز تحت تاثیر قرار می‌گیرد. در این بین آن‌چه اهمیت دارد تقویت پتانسیل‌های موجود در بیمار جهت تجهیز وی برای مقابله با ولع‌های احتمالی و نوسانات خلقی می‌باشد. روان‌شناسی مثبت‌گرا با بهره‌گیری از توان‌مندی‌ها توانسته است که شکاف موجود را پر نماید و به یاری بیماران وابسته‌به مواد بشتابد. از دگر سو، بازتاب اثربخشی شاخص‌های مثبت‌گرا را می‌توان در کارامدی مولفه‌های معنوی در درمان اعتیاد مشاهده نمود. امروزه معنویت و تکیه بر شاخص‌های روحانی به جای اتکا بر فرایندهای درمان دارویی جای خود را در حیطه اعتیاد باز نموده است. این ابعاد معنوی همان شاخص‌های مثبت‌گرا هستند که از گذاره‌های بالقوه افراد نشات گرفته و راهی را جهت مبارزه با پدیده اعتیاد پیش‌روی بیماران قرار می‌دهند. درمان‌های آینده بیش از پیش از مداخلات دارویی فاصله گرفته و به سمت فرایندهای معنوی و روان‌شناختی سیر خواهند نمود.

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشیدرمان بهزیستی بر مولفه‌های شناختی در افراد وابسته به مت‌آمفتامین انجام گرفت. در این پژوهش اثربخشی بهزیستی‌درمانی بر شاخص شدت اعتیاد در مردان ایرانی وابسته به مت‌آمفتامین در فاز پرهیز از مصرف مورد کارازمایی قرار گرفت که نتایج نشان داد این روش درمانی اثر بخشی معناداری در ارتقاء متغیر مذکور ایفا نموده است. به نظر می‌رسد که اکنون روان‌شناسی بیش از هر زمان دیگر نیازمند نقشه‌ای کارامد در مورد عملکرد بهینه انسانی است. وظیفه آینده روان‌شناسی مثبت‌گرا درک عواملی است که توانمندی‌ها را بر می‌انگیزند. در نهایت روان شناسی مثبت‌گرا نیازمند گسترش مداخلات موثر جهت افزایش و تقویت این فرایندها می‌باشد.

منابع

Adrian, M. (2001). Do treatments and other interventions work? Some critical issues. *Substance use & misuse*, *36*(13), 1759-1780.

Barry, K. L., & Panel, C. (1999). Brief interventions and brief therapies for substance abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment: Rockwell, MD*.

Burleson, J. A., & Kaminer, Y. (2008). Does temperament moderate treatment response in adolescent substance use disorders?. *Substance abuse*, *29*(2), 89-95.

Driessen, E., & Hollon, S. D. (2010). Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators. *Psychiatric Clinics of North America*, *33*(3), 537-555.

Daley, D. C., & Marlatt, G. A. (2006). Relapse Prevention: Reducing the Risk of Relapse. Overcoming Your Alcohol or Drug Problem: Workbook, 127–134. doi:10.1093/med:psych/9780195307740.003.0016

Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological medicine*, *28*(02), 475-480.

Fava, G. A., & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of personality*, *77*(6), 1903-1934.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (2002). Structured clinical interview for Axis I DSM-IV disorders. *New York: Biometrics Research*.

Golbar yazdi, H., Sherbaf, H., Mousavi, N., Moinizade, M. (2011). The effectiveness of well-being therapy on stress and psychological well-being infertile women. 15(2): 48-55. [Persian]

Lash, J. P., Wang, X., Greene, T., Gadegbeku, C. A., Hall, Y., Jones, K. & Unruh, M. (2006). Quality of life in the African American Study of Kidney Disease and Hypertension: effects of blood pressure management. *American Journal of Kidney Diseases*, *47*(6), 956-964.

Leshner, A. I. (1999). Science-based views of drug addiction and its treatment. *Jama*, *282*(14), 1314-1316.

Le Moal, M., & Koob, G. F. (2007). Drug addiction: Pathways to the disease and pathophysiological perspectives. European Neuropsychopharmacology, 17(6-7), 377–393. doi:10.1016/j.euroneuro.2006.10.006

Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of personality and social psychology*, *71*(3), 616.

McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., ... & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of substance abuse treatment*, *9*(3), 199-213.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.2.8]

McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J., & Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, *100*(4), 447-458.

Maddox, W. T. (2002). Toward a unified theory of decision criterion learning in perceptual categorization. *Journal of the experimental analysis of behavior*, *78*(3), 567-595.

Mathers CD, Bernard C, Iburg KM, Inoue M, Mafat D, Shibuya K et al. Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results. Geneva. World Health Organization. 2003.

Mohhamadi k. (2011). Survey of changes in traditional patterns of drug use (low risk) to industrial (hazardous) in Iran. 2. [Persian]

Moeenizadeh, M., & Kumar, S. K. K. (2010). Well-being therapy (WBT) for depression. *International Journal of Psychological Studies*, *2*(1), 107.

Naghavi, M. (2006). Transition in health status in the Islamic Republic of Iran. *Iranian Journal of Epidemiology*, *2*(1), 45-57.

Najafi M, Anaraki M, Mohhamadifar M. (2014). investigatived the role of metacognition, emotion regulation and negative emotion in prediction behavior of substance, Quarterly Journal of Research on Addiction, 8(29):65-76. [Persian]

Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification* (Vol. 1). Oxford University Press.

Perry, J. L., Larson, E. B., German, J. P., Madden, G. J., & Carroll, M. E. (2005). Impulsivity (delay discounting) as a predictor of acquisition of IV cocaine self-administration in female rats. *Psychopharmacology*, *178*(2-3), 193-201.

Pirnia, B. (2015). The effectiveness of group positive-therapy (PPT) and well-being therapy (WBT) on attitude towards drug abuse in patients under methadone maintenance therapy. *World J Med Sci*, *12*, 354-360.Pirnia, B., Givi, F., Roshan, R., Pirnia, K., & Soleimani, A. A. (2016). The cortisol level and its relationship with depression, stress and anxiety indices in chronic methamphetamine-dependent patients and normal individuals undergoing inguinal hernia surgery. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, *30*, 395.

Pirnia B, Mansour S, Hajsadeghi Z, Rahmani S, Pirkhaefi A, Soleimani A. Comparing the Effectiveness of two treatments of Meta cognitive Therapy (MCT) and Positive-oriented Therapy (PPT) on index of Craving for Male Methamphetamine users . chj. 2016; 10 (2) :42-51

Pirnia B., Mansour S., Najafi E., & Reyhani R. (2016). Effectiveness of Well Being Therapy on Symptoms of Anxiety, Stress and Depression in Men on Therapeutic-Community. Community Health Journal, 10(4), 47-56.

Pirnia, B., Nakhost, H. R. T., Pirnia, K., Moradi, A. R., & Teimouri, M. (2017). Ear Acupuncture in Treating Trismus-Syndrome: A Case Report. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, *7*(6).

Pirnia, B., Rezayi, A., Rahimian bogar, E., & Soleimani, A. (2016). On the Effectiveness of Well-Being Therapy in Mental Health, Psychopathology, and Happiness in Methamphetamine-Dependent Men. Journal of research on addiction. 10(37), 227-240.

Rafanelli, C., Park, S. K., & Fava, G. A. (1999). New psychotherapeutic approaches to residual symptoms and relapse prevention in unipolar depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *6*(3), 194-201.

Rawson, R. A. (2013). Current research on the epidemiology, medical and psychiatric effects, and treatment of methamphetamine use. Journal of Food and Drug Analysis, 21(4), S77–S81. doi:10.1016/j.jfda.2013.09.039

Rawson, R. A., McCann, M. J., Flammino, F., Shoptaw, S., Miotto, K., Reiber, C., & Ling, W. (2006). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction*, *101*(2), 267-274.

Ruini, C., & Fava, G. A. (2004). Clinical applications of well-being therapy. *Positive psychology in practice*, 371-387.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, *57*(6), 1069.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, *4*(3), 219.

Schmutte, P. S., & Ryff, C. D. (1997). Personality and well-being: reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*(3), 549.

Seligman, M. E. (2004). Character strengths and virtues: A handbook and classification. Oxford University Press.

Sharifi, V., Assadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., ... & Seddigh, A. (2009). A persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders: psychometric properties. *Comprehensive psychiatry*, *50*(1), 86-91.

Snyder, C. R., Sympson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A., & Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of personality and social psychology*, *70*(2), 321.

Tofani, H, Javanbakhat M. (2001). Coping strategies and dysfunctional attitude in substance abusers and normal persons. IJPCP. 7 (1 and 2):55-63. [Persian]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.2.8]