

## اثربخشی بهزیستی درمانی بر سلامت روان، آسیب روان و شادکامی در مردان وابسته به مت آمفتامین

بیژن پیرنیا<sup>۱</sup>، علی محمد رضایی<sup>۲</sup>، اسحاق رحیمیان بوگر<sup>۳</sup>، علی سلیمانی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۰۴

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر بهزیستی درمانی بر سلامت روان، آسیب روان و شادکامی روانشناختی مردان وابسته به مواد (مت آمفتامین) انجام شد. **روش:** طرح پژوهش حاضر شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. نمونه پژوهش شامل ۶ مرد دارای سوابق تحصیلی، سنی، طبقه اجتماعی، سنوات و مقدار مصرف مشابه وابسته به مت آمفتامین بودند که به طور تصادفی سه نفر به گروه آزمایش و سه نفر به گروه گواه اختصاص یافت و درمان به صورت انفرادی بر روی هر کدام از افراد گروه آزمایش انجام شد. هر کدام از افراد گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه هفتگی (هر جلسه ۵۰ دقیقه) تحت درمان انفرادی بهزیستی درمانی قرار گرفتند. پرسشنامه‌های سلامت روانی که یس، آسیب روانی لامبرت و شادکامی آکسفورد مورد اجرا درآمد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بهزیستی درمانی بر بهبود شاخص‌های سلامت روان، آسیب روانی و شادکامی تأثیر داشته است. **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش می‌تواند در چشم‌انداز ارزیابی، طرح‌ریزی مداخلات درمانی و سیر پژوهش‌های آتی در مصرف‌کنندگان مت آمفتامین سودمند باشد.

**کلید واژه‌ها:** بهزیستی درمانی، سلامت روانی، آسیب روانی، شادکامی، مت آمفتامین، اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران، پست الکترونیک:

b.pirmia@usc.ac.ir

۲. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، تهران، ایران

## مقدمه

در حال حاضر اختلال‌های مصرف مواد و پیامدهای ناخوشایند آن از مهمترین مشکلات سلامت عمومی در جهان به شمار می‌رود (دالی و مارلات<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵) که آثار زیان بار آن خود فرد، خانواده و کل جامعه را متاثر می‌سازد. اعتیاد چهارمین بیماری در ایران است (نقوی، ۲۰۰۶) و میزان مصرف مت‌آفتامین بین سال‌های ۲۰۰۵-۲۰۰۸ رشدی ۱۵۰ برابری داشته است (رادفر و راسون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). مطالعه بیماری‌ها نشان می‌دهد اعتیاد در زمره ده بیماری اصلی است که بار عمده بیماری‌ها را در جهان تشکیل می‌دهد (مادرز و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). تداوم مصرف مواد در طی زمان و تأثیرات سمی طولانی مدت آن بر عملکرد طبیعی معتادان سبب ایجاد اختلال در خانواده، محیط کاری و در سطحی وسیع‌تر در جامعه می‌شود (لشنر<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹). بنابراین درمان اعتیاد از اهمیت بالایی برخوردار است. آمار رو به فزونی اعتیاد در جهان، از جمله کشور ما حوزه اعتیاد را به یکی 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 به‌وجود آورده است (کیمبرلی و مک‌للان<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶).

با وجود اینکه در سال‌های اخیر شاهد ظهور درمان‌های متنوعی در این حوزه بوده‌ایم؛ اما همچنان ناظر عدم موفقیت برخی بیماران در این برنامه‌های درمانی هستیم و سوء مصرف مواد استمرار داشته و آمار عود همچنان بالاست (آدریان<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱). بررسی‌ها نشان می‌دهد وضعیت اکثر معتادان به دنبال توقف درمان، عود کرده و به طور کلی حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد آن‌ها با فاصله ۶ ماه پس از خاتمه درمان و ۸۰ درصد با فاصله ۱ سال پس از درمان، دوباره مصرف مواد را شروع می‌کنند (مک‌للان، مک‌کی، فورمان، ساسیولا و کمپ<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵) یکی از مولفه‌های حائز اهمیت در درمان اعتیاد، روان‌درمانی است که پیامدهای درمان را افزایش می‌دهد (باری<sup>۸</sup>، ۱۹۹۹). یکی از انواع روان‌درمانی‌ها که می‌تواند در

1. Dalley&Marlatt

2. Radfar&Rawso

3. Mathers & et al.

4. Leshner

5. Kimberly & McLellan

6. Adrian

7. McLellan, McKay, Forman,  
Cacciola& Kemp

8. Barry

حوزه اعتیاد نقش به سزایی داشته باشد، درمان‌های معطوف به روانشناسی مثبت‌گرا و از آن جمله درمان بهزیستی است. بهزیستی درمانی<sup>۱</sup> یکی از درمان‌های نوین در عرصه‌ی روانشناسی مثبت‌گرا می‌باشد که از درمان شناختی-رفتاری نشأت گرفته است (فاوا، رافانلی، کازارو، کونتی و گرانتی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸) و در مطالعات مختلف چه به تنهایی و چه به همراه درمان شناختی-رفتاری به کار رفته (فاوا و همکاران، ۱۹۹۸) و اثر بخشی آن در درمان اختلالات عاطفی و خلقی و افزایش بهزیستی روانشناختی (رافانلی، پارک و فاوا<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹) تایید شده است. بهزیستی درمانی یک برنامه درمانی کوتاه (هشت جلسه‌ای) سازمان یافته، رهنمودی<sup>۴</sup> و مشکل‌مدار<sup>۵</sup> است که بر مبنای الگوی شناختی بهزیستی روان‌شناختی ریف (رایف<sup>۶</sup>، ۱۹۸۹) قرار دارد که در آن از خودنگری‌ها<sup>۷</sup>، خاطره‌نویسی منظم و تعاملات درمان‌جو و درمان‌گر برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی درمان‌جو استفاده می‌شود (سلیگمن<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴). الگوی بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) دارای شش بعد است، شامل تسلط محیطی<sup>۹</sup>، رشد شخصی<sup>۱۰</sup>، هدفمندی زندگی<sup>۱۱</sup>، خودمختاری<sup>۱۲</sup>، خودپذیری<sup>۱۳</sup> و داشتن روابط مثبت با دیگران<sup>۱۴</sup>. هدف درمان‌گران از به کار بردن بهزیستی درمانی، کمک به درمان‌جویان است تا از سطوح پایین کارکرد، در هر شش حیطه مورد نظر بهزیستی روان‌شناختی، به سطوح بالای آن برسند (فاوا و همکاران، ۱۹۹۸). درمان‌گران به درمان‌جویان کمک می‌کنند تا از سطح آسیب‌های کارکردی به سطح بهینه و مطلوب این کارکردها برسند و تجربه‌های بهزیستی را در زندگی حال و گذشته‌شان پیدا کنند و این تجربه‌ها هر قدر که کوتاه باشد قابل تامل است. پس از اینکه درمان‌جویان کاملاً از موارد بهزیستی در زندگی‌شان آگاهی یافتند، در مرحله بعدی درمان به آن‌ها کمک می‌کنند که باورها و افکاری را که مزاحم تجربه بهزیستی آن‌هاست و نیز

1. Well-Being Therapy (WBT)
2. Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti & Grandi
3. Rafanelli, Park & Fava
4. Directive
5. Problem-oriented
6. Ryff
7. self-Observations
8. Seligman
9. environmental mastery
10. Personal growth
11. Purpose in life
12. autonomy
13. self-acceptance
14. positive relation with others

احساسات همراه با بهزیستی را شناسائی کنند (فاوا و همکاران، ۱۹۹۸). این مرحله از درمان به شناسائی افکار خودکار (رافانلی، پارک<sup>۱</sup> و فاوا، ۱۹۹۹) یا باورهای غیرمنطقی در شناخت درمانی معمولی شبیه است. با این تفاوت که در بهزیستی درمانی، خودنگری درمان‌جو از افکارش بیشتر مبتنی بر بهزیستی است تا بر موارد ناراحتی و تنش (روئینی و فاوا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). به طور کلی، روش‌های اصلی برای کمک به درمان‌جویان جهت غلبه بر نقایص موجود، در بهزیستی روان‌شناختی، عبارتند از بازسازی شناختی افکار خودکار، زمان‌بندی فعالیت‌هایی که احساس تسلط و کنترل یا لذت تولید می‌کنند، و آموزش جرات و جسارت و حل مسئله (روئینی و فاوا، ۲۰۰۴). الگویی وجود دارد که مفهومی از سلامت روانی ارائه می‌دهد و درمان‌گران برای پیدا کردن دیدگاه متوازن به درمان‌جویان از آن استفاده می‌کنند، که به آن الگوی حالت کامل سلامت روان<sup>۳</sup> می‌گویند (کی‌یس و لویز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). مطابق این دیدگاه درمان‌جویان را باید بر اساس درجه علائم بیماری‌های روانی که به آن مبتلا هستند (زیاد یا کم) و نیز میزان علائم بهزیستی که دارند (زیاد یا کم) سنجش و ارزیابی کرد. دو مقیاس در خور که درمان‌گران در صورت تمایل می‌توانند از آن‌ها استفاده کنند پرسش‌نامه نتیجه ۴۵/۲<sup>۵</sup> (لامبرت و همکاران، ۱۹۹۶) و پیوستار سلامت روانی - فرم بلند<sup>۶</sup> (کی‌یس، ۲۰۰۲ و ۲۰۰۵) است. با ترکیب کردن این پیوستارها به هم، یک درمان‌جو را می‌توان در یکی از شقوق زیر جای داد: ۱) سلامت روانی کامل یا حالت بالندگی<sup>۸</sup>؛ ۲) بیماری روانی کامل یا حالت گرفتاری<sup>۹</sup>؛ ۳) سلامت روانی ناکامل یا حالت پژمردگی<sup>۱۰</sup>؛ و ۴) بیماری روانی ناکامل یا حالت دردمندی<sup>۱۱</sup>. درمان‌گران بر اساس الگوی حالت کامل می‌توانند جایگاه درمان‌جو را بر اساس این چهار وضعیت تعریف کنند و آن را با خود درمان‌جو هم در میان بگذارند و با توجه به آن، اهداف نتیجه‌بخش درمان را با مراجعه کننده مورد بحث و بررسی قرار دهند. بنابر این با توجه به شیوع چشمگیر

1.Park  
2.Ruini& Fava  
3.complete state model of mental health  
4.keyes&lopez  
5.outcome questionnaire -45.2 (OQ-45.2)

6.Lambert  
7.mental health continuum-long form (MHC-LF)  
8.Flourishing  
9.Floundering  
10 .Languishing  
11 .Struggling

مصرف مواد محرک و تأثیرات مخرب فردی، خانوادگی و اجتماعی آن و با در نظر گرفتن تأثیرات امید بخش درمان‌های مثبت گرا از جمله بهزیستی درمانی بر درمان اختلالات خلقی، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی بهزیستی درمانی بر شاخص‌های سلامت روانی، آسیب‌روانی و شادکامی در مردان مصرف کننده مت‌آمفتامین انجام شد.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش تحقیق حاضر شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی مردان وابسته به مت‌آمفتامین<sup>۱</sup> (شیشه) تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۲ به مرکز اجتماع‌درمان‌مدار کرج مراجعه کرده و تحت درمان بودند. نمونه پژوهش شامل شش مرد دارای سوابق تحصیلی، سنی، طبقه اجتماعی، سنوات و مقدار مصرف مشابه وابسته به مت‌آمفتامین بودند که هیچ کدام به طور همزمان به مواد دیگر (غیر از شیشه) وابسته نبودند، عقب ماندگی یا اختلالات شدید روان‌پزشکی و یا بیماری‌های خاص جسمانی نداشتند. سه نفر از این افراد به صورت تصادفی به گروه آزمایش و سه نفر به گروه گواه اختصاص یافتند. هر کدام از شرکت کنندگان گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای هفتگی تحت درمان انفرادی بهزیستی درمانی قرار گرفتند.

## ابزارها

۱. پرسش‌نامه سلامت روانی - فرم بلند: این پرسش‌نامه توسط که یس در ۲۰۰۲ به منظور ارزیابی ابعاد بهزیستی روانی در حیطه روان‌شناسی مثبت‌گرا طراحی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۳۵ گویه است که جمع آن‌ها با هم یک نمره کلی بهزیستی را تشکیل می‌دهد که این نمره در دامنه‌ای از ۲۷۱-۳۹ قرار می‌گیرد و نمره بالاتر مبین سطوح بالاتر بهزیستی است. نمره خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه شامل بهباشی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی می‌باشد. نمره خرده‌مقیاس بهزیستی هیجانی در دامنه‌ی ۴۰-۵، نمره خرده‌مقیاس بهزیستی روان‌شناختی در دامنه ۱۲۶-۱۸ و نمره خرده‌مقیاس بهزیستی اجتماعی در دامنه

۱۰۵-۱۵ قرار می‌گیرد. خرده‌مقیاس بهزیستی اجتماعی همبستگی تقریبی ۰/۳۰ با شاخص‌های علائم خلقی پائین دارند (که یس، ۱۹۹۸). همچنین که یس و لویز (۲۰۰۲) بین خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس‌های استاندارد افسردگی - مانند مقیاس خلق افسرده مرکز پژوهش‌های همه‌گیر شناسی<sup>۱</sup> (رادلووف<sup>۲</sup>، ۱۹۷۷) و مقیاس درجه‌بندی افسردگی زونگ<sup>۳</sup> (زونگ، ۱۹۶۵) - همبستگی متوسط حدود ۰/۵۰ را گزارش نموده‌اند. تحلیل عاملی تاییدی خرده‌مقیاس‌های خلق افسرده مرکز پژوهش‌های همه‌گیر شناسی و مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در آمریکا و کره جنوبی یک الگوی دو عاملی را نشان داد که در آن یک عامل پوشیده (پنهان) سلامت روان و یک عامل بیماری روانی بهترین تناسب را با داده‌ها داشتند (که یس و همکاران، زیر چاپ). در همان پژوهش خرده‌مقیاس‌های خلق افسرده مرکز پژوهش‌های همه‌گیر شناسی با بهزیستی روان‌شناختی در آمریکا همبستگی منفی (۰/۶۸-) با هم داشتند (که یس، ۲۰۰۲).

۲. پرسش‌نامه نتیجه ۴۵/۲: این پرسش‌نامه توسط لامبرت و همکاران در ۱۹۹۶ ساخته شد. دارای ۴۵ گویه است که به منظور سنجش پیشرفت و نتایج کار درمان‌جو در درمان طراحی شده است و سه بعد را می‌سنجد: ناراحتی ذهنی، روابط بین فردی و عملکرد نقش‌های اجتماعی. گویه‌ها با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای پاسخ داده می‌شوند که در آن صفر مبین "تقریباً همیشه" و ۴ نشانه "هرگز" است. جمع نمره‌های ۴۵ گویه یک نمره کلی به دست می‌دهد که دامنه آن از صفر تا ۱۸۰ است که در آن هر چه نمره بیشتر باشد، نشان دهنده مشکل و اختلال بیشتری است. این پرسش‌نامه طوری تدوین شده که اختلالات و نشانگان گوناگون در بزرگسالان را بسنجد. اعتبار<sup>۴</sup> بازآزمایی در دامنه‌ی ۰/۸۲ طی یک فاصله‌ی زمانی دو هفته‌ای تا ۰/۶۶ در یک دوره‌ی ده هفته‌ای بوده است. ضریب ثبات درونی در دامنه‌ای از ۰/۷۰ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (لامبرت و همکاران، ۱۹۹۶).

1. Center for epidemiologic studies °  
dep. Mood scale  
2. Radloff  
3. zung self-rating depression scale

4. Reliability

۳. پرسش نامه شادکامی آکسفورد: این پرسش نامه دارای ۲۹ گویه است. پایه نظری این پرسش نامه تعریف آرگیل و کروسلند<sup>۱</sup> (۱۹۸۷) از شادکامی است. ۲۱ عبارت این پرسش نامه از پرسش نامه افسردگی بک اقتباس و معکوس گردیده است. مانند آزمون افسردگی بک هر گویه پرسش نامه شادکامی دارای چهار گزینه است که هر گزینه صفر تا سه امتیاز را در بر دارد و آزمودنی باید بر طبق وضعیت فعلی خود یکی از آن‌ها را انتخاب نماید. نمره بالاتر در این آزمون نشان دهنده شادکامی بیشتر است. نمرات پایین تر از ۲۲ (شادی کم)، نمرات ۲۲ تا ۴۴ (شادی متوسط)، نمرات ۴۴ تا ۶۸ (شادی بالا) و نمرات ۶۸ تا ۸۷ (شادی بسیار بالا) را نشان می دهد. بالاترین نمره ای که فرد می تواند در این مقیاس کسب کند، ۸۷ است که بیانگر بالاترین حد شادکامی بوده و کمترین نمره این مقیاس صفر است که موید ناراضی بودن آزمودنی از زندگی و افسردگی فرد است. نمره بهنجار این آزمون بین ۴۰ تا ۴۲ است. هیل و آرگیل<sup>۲</sup>، روایی سازه بالا و قابل قبولی را برای پرسش نامه شادکامی آکسفورد از طریق همبستگی با مقیاس های خود گزارش دهی صفات شخصیتی و نقاط قوت انسان<sup>۳</sup> گزارش کرده اند. ضریب همسانی درونی نیز ۰/۹۱ گزارش شده که رضایت بخش است (هیل و آرگیل، ۲۰۰۲).

۲۳۱

231

### روند اجرا

بعد از اجرای پیش آزمون مداخله درمان بهزیستی به مدت ۱۲ جلسه ۵۰ دقیقه ای در گروه آزمایش اجرا شد. پس از خاتمه درمان، پس آزمون به عمل آمد. پس از پایان پژوهش به منظور رعایت جوانب اخلاقی، برای اعضای گروه کنترل ۴ جلسه مشاوره فردی برگزار گردید. محتوای جلسات درمانی گروه آزمایش در جدول ۱ ارائه شده است.

**جدول ۱: محتوای جلسات بهزیستی درمانی**

جلسه‌ها	محتوا
اول	مصاحبه بالینی
دوم	تعریف فرایند برنامه آموزشی-درمانی و اهداف برای معنادان شرکت کننده در فرایند درمان، ارائه فرم‌ها و دفترچه خاطرات، تصریح تعهدات دو جانبه در برنامه، و اجرای پیش‌آزمون
سوم	در مورد چارچوب بهزیستی درمانی، نقش درمان‌گر و مسئولیت‌های مراجع، نقش فقدان هیجان‌ات مثبت در تداوم وابستگی به مواد بحث شد (کاربرگ معرفی ثبت خود).
چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل، شناسایی دوره‌های بهابشی به کمک کشف هیجان‌ات مثبت، ترغیب شخص به ثبت رویدادها در دفترچه خاطرات (کاربرگ رها شدن از کینه).
پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل، خوش‌بینی و امید، مراجعان به فکر کردن درباره زمانی که در یک کار مهم شکست می‌خورند سوق داده شدند، سپس از مراجعان خواسته شد توجه کنند وقتی یک در بسته می‌شود، چه درهای دیگری باز می‌شود (کار برگ گشایش درهای جدید در زندگی).
ششم	بررسی تکالیف جلسه قبل، پذیرش خود و نقش آن در آرامش روانی، پذیرش تجارب ناکام کننده به جای انکار یا تلاش برای فراموشی آن‌ها (کاربرگ نامه امید).
هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل، استفاده از مکان‌های عمومی در کشف استدلال‌های غیرمنطقی، هدف-مندی واکنش اهداف بلند مدت در جهت‌دهی به زندگی، (کاربرگ موهبت‌ها).
هشتم	کاربرگ موهبت‌ها، بخشش به عنوان وسیله‌ی قدرتمندی که می‌تواند خشم را به هیجان‌ات مثبت تبدیل کند، تسلط به محیط به عنوان مولفه‌ای از سلامت روان (کاربرگ نامه بخشش).
نهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، رشد شخصی و بررسی میزان تحول شناختی اجتماعی و یا دوره‌های رکود احتمالی، نقش شناخت‌های ناکارآمد در ایجاد رکود (کاربرگ ثبت عواطف).
دهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، قدردانی به عنوان تشکر بادوام مورد بحث قرار گرفت و خاطرات خوب و بد مجدداً با تاکید بر قدردانی برجسته شد، مثال‌های عملی از تأثیر خوش‌بینی و بدبینی بر مصرف مواد و پرهیز از مصرف (کاربرگ قدردانی).
یازدهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه مولفه‌های خودمختاری و روابط مثبت با دیگران، پیشرفت مرور شد، جمع‌بندی صورت گرفت و پس‌آزمون اجرا شد.
دوازدهم	جداسازی از گروه، تعیین ملاقات‌های دوره‌ای با گروه آزمایش و ارائه نتایج پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها انجام شد.

**یافته‌ها**

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.



**جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون**

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت شناختی	آزمایش	۴۴/۰۰	۱۲/۲۸	۳۱/۰۰	۵/۱۹
	گواه	۶۶/۰۰	۱۰/۱۴	۵۶/۳۳	۱۳/۲۷
سلامت اجتماعی	آزمایش	۴۶/۶۶	۹/۲۹	۳۳/۶۶	۱۴/۰۴
	گواه	۶۶/۶۶	۷/۰۹	۵۲/۳۳	۸/۳۲
سلامت هیجانی	آزمایش	۲۲/۳۳	۰/۵۷	۱۸/۶۶	۱/۱۵
	گواه	۲۳/۳۳	۲/۵۱	۲۳/۳۳	۳/۷۸
آسیب روانی	آزمایش	۱۳۰/۳۳	۱۳/۷۹	۱۵۱/۰۰	۷/۸۱
	گواه	۹۷/۰۰	۷/۵۴	۱۲۳/۶۶	۲۲/۸۵
شادکامی	آزمایش	۱۳۱/۳۳	۳۸/۳۷	۱۵۱/۳۳	۱۱/۹۳
	گواه	۱۰۴/۳۳	۴۰/۷۳	۱۲۱/۳۳	۸/۷۱

برای بررسی اثربخشی درمان‌بهبودی بر مولفه‌های سلامت روانی می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) استفاده شود. پیش از اجرای مانکوا مفروضه یکسانی واریانس‌های خطا با آزمون لون و مفروضه یکسانی ماتریس کواریانس‌ها با آزمون M باکس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون لون نشان داد که مفروضه یکسانی واریانس خطا برقرار نمی‌باشد. همچنین مفروضه یکسانی ماتریس کواریانس‌ها نیز برقرار نبود. بنابراین به جای لامبدای ویلکز، اثر پیلایی مورد استفاده قرار گرفت. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری حکایت از عدم معناداری داشت ( $F=۳/۱۸۰, P>۰/۰۵, \eta^2=۰/۸۰$  اثر پیلایی). نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی اثربخشی درمان‌بهبودی بر آسیب‌روانی و شادکامی در جدول زیر ارائه شده است.

**جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی اثربخشی درمان‌بهبودی بر آسیب‌روانی و شادکامی**

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
آسیب‌روانی	۱/۸۴	۰/۰۷	۰/۹۳
شادکامی	۲۰۳/۱۸	۰/۴۱	۰/۴۱

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود درمان‌بهبودی نتوانسته است بطور معناداری باعث کاهش آسیب‌روانی و افزایش شادکامی شود.

## بحث و نتیجه گیری

تاحدود یک دهه قبل، به طور عمده متخصصان در حوزه پیش گیری و درمان، علاقمند به مطالعه ضعف های افراد بودند (سلیگمن، ۲۰۰۴). این علاقه به چند دلیل بوده است. دلیل اول وجود این دیدگاه است که "قبل از آن که بخواهیم به افراد شاد کمک کنیم، باید غم کسانی که رنج می کشند را برطرف کنیم و با آنان همدردی کنیم". دلیل دوم، 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 روان شناختی قرار می گیرد. بامیستر، براتسلاوسکی، فینکنور و واهس (۲۰۰۱) نوشته اند "بد از خوب قوی تر است". آن ها با مرور ادبیات پژوهشی، بیان کردند که وقایع منفی در مقایسه با وقایع مثبت از شدت بیشتری برخوردارند و اطلاعات در مورد موضوعات بد نیز، کامل تر از اطلاعات در مورد موضوعات خوب، مورد رسیدگی و بررسی قرار می گیرد. به نظر می رسد اکنون روان شناسی بیش از هر زمان نیازمند نقشه ای کارآمد در مورد عملکرد بهینه انسانی است. وظیفه آینده روان شناسی مثبت گرا درک عواملی است که توانمندی ها را می سازند. در نهایت روان شناسی مثبت گرا نیازمند گسترش مداخله های موثر جهت افزایش و تقویت این فرایندها است. پژوهش حاضر نیز در راستای تغییر نگاه از رویکرد مشکل مدار به رویکرد پرورش توانمندی ها شکل گرفت. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان بهزیستی بر بهبود سلامت روان، آسیب روانی و شادکامی در بیماران وابسته به مواد بود. نتایج نشان داد که درمان بهزیستی در بهبود شاخص های مورد نظر در بیماران وابسته به مواد تأثیر معنی داری نداشته است. اگر چه پژوهشی مشابه این مطالعه تا به حال انجام نشده، اما مطالعاتی بر اساس مداخله بهزیستی درمانی صورت پذیرفته است. در پژوهشی که فاوا و تومبا (۲۰۰۹) با عنوان افزایش بهزیستی روان شناختی و تاب آوری به کمک روش های بهزیستی درمانی و با هدف بررسی میزان اثر بخشی بهزیستی درمانی انجام دادند، نشان داد که شکوفایی و انعطاف پذیری را می توان به واسطه مداخلات خاص که منجر به ارزیابی

مثبت از خود، احساس رشد پایدار، اعتقاد به زندگی مثبت و معنی دار، فرایند روابط مثبت با دیگران، توانایی مدیریت موثر زندگی و احساس خودتعیین گری به وجود آورد. همچنین کاهش آسیب پذیری نسبت به افسردگی و اضطراب به واسطه بهزیستی درمانی نشان داده شده است. در پژوهشی که معینی زاده و سالانگاما<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) با عنوان بهزیستی درمانی افسردگی بر نمونه‌ای ۴۰ نفری در ۲۰۱۰ انجام دادند، نشان داده شد که تفاوت معنی داری بین نمرات قبل و بعد از درمان وجود داشت و بهزیستی درمانی از درمان شناختی-رفتاری موثرتر بوده است و نتایج بیانگر امکان پذیری و مزایای بالینی افزودن بهزیستی درمانی به دیگر مجموعه تکنیک‌های درمان است. فاوا، رافانلی، کازارو، کونتی و گرندی (۱۹۹۸) بهزیستی درمانی را به عنوان رویکرد درمانی جدید برای نشانه‌های باقی مانده اختلالات خلقی (افسردگی اساسی، اختلال هراس همراه با گذر هراسی<sup>۲</sup>، 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 بهزیستی درمانی و گروه شناختی-رفتاری اختصاص دادند. نتایج نشان داد که هم بهزیستی درمانی و هم درمان شناختی-رفتاری با کاهش معنی دار نشانه‌های باقیمانده همراه بودند. علاوه بر این گلبار یزدی، شعرفاف، موسوی فر و معینی زاده (۱۳۹۰) نشان دادند که بهزیستی درمانی در کاهش استرس و افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور اثر گذار است.

به منظور تبیین یافته‌های پژوهشی و درک چرایی عدم معنی داری بهزیستی درمانی، بر اساس بررسی پیشینه پژوهشی و تجربه بالینی تبیین‌های زیر ارائه می‌شود.

یکی از دلایل تبیین کننده عدم معنی داری مداخله، زمان بندی اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون بوده است. به این صورت که مداخله پژوهشی عنوان شده بر روی نمونه‌ای با سابقه‌ی ۱ ماه اقامت در مرکز اجرا شد که مصادف با مرحله ماه غسل می‌باشد و در این مرحله پیش‌آزمون به عمل آمده است، در حالی که پایان فرایند درمان ۳ ماهه در مرحله دیوار بوده است، از این رو نمرات بالای پیش‌آزمون و نمرات نه چندان بالای پس‌آزمون

(عدم معنی داری) قابل توجه و درک است. ویژگی‌های مرحله ماه غسل و دیوار در جدول زیر ارائه شده است.

**جدول ۴: ویژگی‌های مرحله ماه غسل و دیوار در اختلالات وابسته به مواد**

ابعاد	مرحله ماه غسل (۴۵-۱۵ روز)	مرحله دیوار (۱۲۰-۴۵ روز)
رفتاری	انرژی زیاد، رفتار بدون تمرکز	از دست دادن انرژی
شناختی	نتوانی در اولویت بندی	دلیل تراشی برای عود
عاطفی	اعتماد به نفس بیش از حد یا احساس درمان شدن	عدم توان لذت بردن
ارتباطی	انکار اختلال اعتیاد	بی‌قراری، سرزنش و بی‌صبری

دلیل دیگر فقدان بازنمودهای دیداری در پروتکل شناختی-رفتاری است. درمان‌های شناختی-رفتاری که اغلب متکی بر قلم و کاغذ هستند کمتر می‌توانند با نیازهای مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین منطبق باشند، از این رو کمبود جنبه‌های دیداری و تجسمی به شدت احساس می‌شود. بنابراین به علت آسیب دیدن حافظه کوتاه مدت (کاری) در افراد وابسته به مت‌آمفتامین، درمان‌های شناختی-رفتاری و از جمله بهزیستی درمانی که بر کلمات متکی هستند و از تجسم و تصویرسازی ذهنی استفاده نمی‌کنند کمتر اثربخش هستند (راسون و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). دلیل دیگر فردی بودن درمان در برابر درمان گروهی است. تعامل با گروه همسان و دارای ویژگی‌های مشترک می‌تواند با کارآمدی درمان مرتبط باشد (بارنت و اسویندل<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷). اسویندل و همکاران (۱۹۹۵)، ۴۶۶ بیمار را به طور تصادفی در دو برنامه‌ی درمان وابستگی به الکل مطالعه کردند. برنامه‌ی درمانی اول، درمان جامع انفرادی را ارائه می‌کرد و برنامه‌ی دوم، بر تعامل گروه همسان متکی بود. بیمارانی که وارد برنامه‌ی دوم شدند، برآیند درمانی بهتری نشان دادند که بیانگر اهمیت بالقوه گروه همسان در برنامه‌های درمان الکلیسم است (نوروزی، ۱۳۸۹). بنابراین درمان گروهی این مزیت را دارد که دیگران هم در گروه می‌توانند بگویند که حس بهتری دارند و لذا تجربه و حمایت دیگران در فرایند درمان حائز اهمیت است (راسون، ریچارد، ۲۰۱۴). دلیل دیگر حجم کم نمونه بود. به دلیل حجم کم نمونه (سه نفر در هر گروه) و به تبع آن افزایش

خطای اندازه‌گیری، معنی‌داری یافته‌ها به تغییرات بسیار فاحش و چشمگیری نیاز دارد که این عامل نیز می‌تواند یکی از عوامل احتمالی عدم معنی‌داری یافته‌ها باشد.

## منابع

گلبار یزدی، هانیه؛ شعراف، حمیدرضا؛ موسوی فرد، نهضت؛ معینی زاده، مجید (۱۳۹۰). اثربخشی درمان بهزیستی بر استرس و بهزیستی روانشناختی زنان ناباور. *مجله زنان و مامائی و نازائی ایران*، ۱۵(۲)، ۵۶-۴۹.

عابدی، میرشاه؛ جعفری، ابراهیم؛ لیاقتدار، محمدجواد (۲۰۰۶). هنجاریابی پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های اصفهان، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۲(۲)، ۹۵-۱۰۰.

نوروزی، علیرضا (۱۳۸۹). خدمات بستری در درمان اعتیاد. تهران: انتشارات ماه و مهر نو.

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

Argyle, M., & Crossland, J. (1987). The dimensions of positive emotions. *British Journal of Social Psychology*, 26(2), 127-137.

Barnett, P. G., & Swindle, R. W. (1997). Cost-effectiveness of inpatient substance abuse treatment. *Health Services Research*, 32(5), 615-621.

Barry, K. L. (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.

Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia research*, 68(2), 319-329.

Beckstead, D. J., Hatch, A. L., Lambert, M. J., Eggett, D. L., Goates, M. K., & Vermeersch, D. A. (2003). Clinical significance of the Outcome Questionnaire (OQ-45.2). *The Behavior Analyst Today*, 4(1), 86-96.

Daley, D.C., & Marlatt, G.A. (2005). Relapse prevention. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman, & J.G. Langrod (Eds.), *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, 4th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 772-785.

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(2), 475-480.

Fava, G. A., & Tomba, E. (2009). Increasing Psychological Well-Being and Resilience by Psychotherapeutic Methods. *Journal of Personality*, 77(6), 1903-1934.

Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33(7), 1073-1082.

Keyes, C. L., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health. *Handbook of positive psychology*, 12(8), 45-59.

Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 6(3), 121-140.

Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 14(7), 207-222.

- Kimberly, J. R., & McLellan, A. T. (2006). The business of addiction treatment: A research agenda. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*(3), 213-219.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 3*(4), 249-258.
- Leshner, A. I. (1999). Science-based views of drug addiction and its treatment. *Jama, 282*(14), 1314-1316.
- 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.
- Maddux, J. E. (2008). Positive psychology and the illness ideology: Toward a positive clinical psychology. *Applied Psychology, 57*(s1), 54-70.
- Mathers, C. D., Bernard, C., Iburg, K. M., Inoue, M., Ma Fat, D., Shibuya, K., ... & Xu, H. (2003). *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Geneva: World Health Organization.
- 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.
- Moeenizadeh M, Kumar K. (2010). Well-being therapy (WBT) for depression. *International Journal of Psychological Study, 2*(1), 107-115.
- Naghavi, M. (2006). Transition in Health Status in the Islamic Republic of Iran. *Iranian Journal of Epidemiology, 2*(1), 45-57.
- Radfar, S. R., & Rawson, R. A. (2014). Current research on methamphetamine: Epidemiology, medical and psychiatric effects, treatment, and harm reduction efforts. *Addiction and Health, 6*(3-4), 146-154.
- 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., Huber, A., McCann, M., Shoptaw, S., Farabee, D., Reiber, C., & Ling, W. (2002). A comparison of contingency management and cognitive behavioral approaches for cocaine dependent methadone maintained individuals. *Archives of General Psychiatry, 59*, 817-824.
- Ruini, C., & Fava, G. A. (2004). Clinical applications of well-being therapy. *Positive psychology in practice, 22*(11), 371-387.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudemonic well-being. *Annual review of psychology, 52*(1), 141-166.
- 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), 1052-1069.
- Sawyer Radloff, L., & Teri, L. (1986). Use of the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale with Older Adults. *Clinical Gerontologist, 5*(1-2), 119-136.
- Schmutte, P. S., & Ryff, C. D. (1997). Personality and well-being: reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*(3), 549-566.
- Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*, Oxford University Press.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general psychiatry, 12*(1), 63-70.