



## اثربخشی درمان مبتنی بر بهزیستی روان شناختی بر وسوسه بعد از ترک زنان مرکز اقامتی-اجباری ترک اعتیاد

بهنازشیدعنبرانی<sup>۱</sup>، حمیدرضا آقامحمدیان شعرباغ<sup>۲</sup>، مجید معینی زاده<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، خراسان رضوی، ایران

<sup>۲</sup> استاد گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، خراسان رضوی، ایران

<sup>۳</sup> استادیار گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، خراسان رضوی، ایران

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهزیستی بر وسوسه بعد از ترک در زنان مرکز اقامتی ترک اعتیاد است. روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام زنان در حال ترک حداقل یکی از مواد محرک و توهم زا بود که در مرکز اقامتی اجباری ترک اعتیاد اکبرآباد در مشهد نگهداری می شدند. نمونه شامل ۳۰ نفر بود که با روش نمونه گیری داوطلبانه انتخاب گردیدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. در این پژوهش درمان مبتنی بر بهزیستی روان شناختی به عنوان متغیر مستقل در گروه آزمایش اجرا شد و متغیر وسوسه بعد از ترک به عنوان متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفت. برای گردآوری داده‌های مورد نیاز از پرسشنامه سنجش وسوسه مصرف مواد پس از ترک استفاده شد. در ابتدای دوره درمان، آزمودنی‌ها (در گروه کنترل و آزمایش) به پرسشنامه ی پژوهش پاسخ دادند و پس از ۸ جلسه مداخله مجدداً مقیاس‌ها توسط آنان تکمیل شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر بهزیستی موجب کاهش وسوسه بعد از ترک ( $p < 0/05$ ) اعضای گروه آزمایش شده است. از نتایج به دست آمده می توان چنین نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر بهزیستی روانشناختی بر کاهش وسوسه بعد از ترک اثربخش است.

**کلمات کلیدی:** بهزیستی روان‌شناختی، وسوسه بعد از ترک



## مقدمه

مطالعه های علمی نشان می دهد که اعتیاد جزو ۱۰ بیماری اصلی جای دارد که بار عمده بیماری ها را در دنیا تشکیل می دهد [۱]. براساس آخرین اعلام ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۵) شمار رسمی معتادان کشور به ۲ میلیون و ۸۰۸ هزار نفر رسیده و افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله بیشترین مصرف کنندگان مواد مخدر هستند که در مقایسه با سال ۹۰، آمار جدید حکایت از رشد ۲ برابری معتادان دارد [۲]. اعتیاد به مواد مخدر یک بیماری ویرانگر است که تخریب عملکرد مغز و ایجاد آسیب های روان شناختی را در پی دارد [۳]. مصرف محرک ها پدیده های نوظهور در ایران به شمار می آید، با این وجود مطالعات جدید حاکی از میزان بالای مصرف مواد محرک از جمله شیشه در ایران می باشد [۴]. متآمفتامین ها (مثل شیشه) دسته ای از محرک های بسیار اعتیادآور به شمار می روند که موجب بالا رفتن خلق (سرخوشی)، برانگیختگی و تحریک سیستم اعصاب مرکزی (بر ناقل های منوآمین مغز تاثیر می گذارد) می شوند و سرخوشی ناشی از آن ممکن است ۱۲ ساعت طول بکشد [۵]. میزان مصرف متآمفتامین بین سالهای ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۸ رشد زیادی داشته است [۶]. مصرف متآمفتامین ها منجر به افزایش رفتارهای پرخطر نیز می شود [۷]. امکان تزریق این مواد، احتمال انتقال بیماری های عفونی از قبیل ایدز و هپاتیت را در این افراد افزایش می دهد که از جمله عمده ترین معضلات سلامتی در بین مصرف کنندگان ایرانی به شمار می آید [۸]. براساس آخرین اعلام ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۰ درصد از مجموع معتادان در ایران (۲ میلیون و ۸۰۸ هزار نفر) را زنان تشکیل می دهند [۲]. اعتیاد زنان علاوه بر آسیب به فرد، آثار مخربی روی وضعیت خانواده ها و زندگی کودکان دارد. زیرا از آنجا که زنان وظیفه مادری و تربیت نسل آینده را بر عهده دارند، وجود زن معتاد در خانواده می تواند آسیب های جدی ای را به خانواده و جامعه وارد کند. پس درمان زنان معتاد از اهمیت ویژه ای برخوردار است [۹]. یکی از درمان هایی که اخیرا مورد توجه قرار گرفته، درمان بهزیستی روان شناختی است که یک رویکرد جدید در زمینه درمان است [۱۰]. یعنی یک راهبرد درمانی نوین است که از درمان شناختی-رفتاری نشأت می گیرد [۱۱] و برای افزایش بهزیستی روان شناختی و درمان اختلالات خلقی و اضطرابی استفاده می شود [۱۲]. تکنیک هایی که در درمان برای بهبود بهزیستی روان شناختی استفاده میشود، شامل بازسازی شناختی (اصلاح افکار خودآیند و غیرمنطقی)، فعالیتهای زمانبندی شده (فعالیت های لذتبخش و نمره گذاری شده)، آموزش جرأت ورزی و حل مسئله است [۱۱]. تحقیقات زیادی در مورد اثربخشی درمان بهزیستی بر اختلالات افسردگی، اختلال اضطراب منتشر و سیکلوتایمی انجام شده است. ولی براساس خصوصیات این رویکرد امکان دارد که بر اختلال هایی مثل اختلال دوقطبی، سایکوزها و بیماران با نشانگان بیماری های طبی نیز موثر باشد. یک مثال دیگر از حوزه های بالقوه این درمان اختلالات طبی یا روان شناختی همراه با درد مزمن است [۱۳]. در مقاله معینی زاده و سلیگما درمان بهزیستی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری اثربخشی بیشتری در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی نشان دادند [۱۴]. فاوا و همکاران کارآمدی درمان بهزیستی را در بیماران مبتلا به افسردگی مطلوب گزارش کردند [۱۵]. همچنین رافانلی و همکاران اثربخشی بهزیستی درمانی را در قالب یک مطالعه مقدماتی بر روی نمونه ای مشتمل بر بیماران دارای نشانگان باقی مانده افسردگی ارزیابی و میزان اثربخشی این درمان را بالا گزارش نموده اند [۱۶]. همچنین درمان بهزیستی روان شناختی باعث کاهش اضطراب در مردان در حال ترک شیشه تحت درمان اجتماع محور شده است [۱۷]. براساس پژوهشی درمان بهزیستی روان شناختی در مورد افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بوده است [۱۱].

وسوسه<sup>۲</sup> یک مفهوم بسیار مرتبط در حوزه اعتیاد است که زیربنای رفتار جست و جوی مواد و عود مصرف در معتادان است [۱۸]. دراموند و سوسه را به معنی خواستن، تکانه ها و نیاز یا اجبار برای مصرف دانسته است [۱۹]. اینکه وسوسه مصرف بعد از ترک مواد یک اشتیاق و میل هشیارانه برای مصرف دوباره مواد است یا ناهشیارانه، هنوز جای بحث زیادی را دارد ولی برخی معتقدند که وسوسه مصرف در سطح ناهشیار اتفاق می افتد [۲۰]. اکنون پذیرفته شده است که محرک های مرتبط با مواد خاطرات مربوط به مواد را برمی انگیزد و تحریک کننده ی وسوسه و عود است [۲۱]. وسوسه با نواحی از مغز ارتباط دارد که مرتبط

<sup>1</sup> well-being therapy<sup>2</sup> craving



با پاداش، انگیزش و حافظه است از جمله نواحی قشری پیش پیشانی [۲۲]، جسم مخطط [۲۳]، ساختارهای دوپامینی مزولیمبیک مثل ناحیه کلاهی شکمی [۲۴] و آمیگدال و هیپوکامپ [۲۵].

با توجه به آنچه گفته شد و شیوع بالای اختلال اعتیاد به مواد و تأثیرات مخرب فردی، همچنین با در نظر گرفتن اثرات خانوادگی و اجتماعی آن [۲] و تأثیرات امیدبخش درمان‌های مثبت‌گرا از جمله درمان مبتنی بر بهزیستی روان شناختی در درمان اختلالات خلقی، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان بهزیستی روان‌شناختی بر وسوسه مصرف مواد بعد از ترک در زنان مرکز اقامتی ترک اعتیاد انجام می‌گیرد. نتایج پژوهش‌های مختلف اطلاعات قوی و متقنی درباره اثربخشی این نوع درمان در این گروه نمونه ارائه نکرده است. پس به دنبال پاسخ به این سوال هستیم که آیا درمان بهزیستی روان‌شناختی باعث کاهش معنادار وسوسه مصرف مواد بعد از ترک در زنان مرکز اقامتی ترک اعتیاد می‌شود؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر برحسب هدف از نوع کاربردی است. این مطالعه با توجه به اینکه دارای یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل و پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد و نمونه‌گیری آن داوطلبانه و در دسترس (غیرتصادفی) است، طرح شبه‌آزمایشی یا نیمه تجربی محسوب می‌گردد. پس طرح پژوهشی شبه‌آزمایشی با گروه کنترل و پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. جامعه آماری تمام زنان در حال ترک حداقل یکی از مواد محرک و توهم‌زا مانند شیشه، کوکائین، حشیش، گل، ماریجوانا، علف، آمفتامین و ... (ممکن است مواد محرک مثل شیشه با مواد مخدر مثل کریستال را ترکیبی و همزمان در گذشته مصرف کرده باشند) بودند که در مرکز اقامتی اجباری ترک اعتیاد اکبرآباد واقع در بلوار شاهنامه (سه راه فردوسی) در مشهد نگهداری می‌شدند. در کل ۱۵۰ نفر در آنجا نگهداری میشدند. با گرفتن نامه از دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد به اداره بهزیستی شهر مشهد مراجعه شد و مجوز برای ورود به کمپ اقامتی ترک اعتیاد زنان با نام اکبرآباد گرفته شد. بعد از آن سعی شد همکاری مدیر آن مرکز اقامتی جلب شود. سپس ۳۰ نفر از بیماران این کمپ (که در حال ترک مواد محرک بودند) داوطلبانه و هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در ۲ گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند (کسانی که ملاک‌های ورود را داشتند). با توجه به روش پژوهش شبه‌آزمایشی و حجم گروه نمونه تعداد ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. پژوهش افت‌آزمودنی نداشت زیرا کمپ اجباری و تحت نظر قوه قضاییه و بهزیستی بود و بیماران باید حداقل ۳ ماه را آنجا سپری می‌کردند. ملاک‌های ورود افراد به برنامه درمانی عبارت بودند از: عدم شرکت در سایر دوره‌های روان‌درمانی، عدم ابتلا به روان‌پریشی، ماده مصرفی از نوع مواد محرک و آمفتامین (توهم‌زا) مانند شیشه، کوکائین، حشیش، گل، ماریجوانا، علف و ... باشد و در حال حاضر در حال ترک باشد، سطح تحصیلات راهنمایی و بالاتر، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۵ سال، ترخیص نشدن به مدت حداقل ۲ ماه دیگر به دلیل اتمام گروه درمانی، مصرف متادون ممانعتی ندارد، داوطلب بودن جهت شرکت در پژوهش و امضای فرم رضایت‌نامه و تکمیل نمودن پرسش‌نامه‌ها. ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارت است از:

پرسشنامه سنجش وسوسه مصرف مواد پس از ترک: پرسشنامه سنجش وسوسه مصرف مواد پس از ترک توسط جواد صالحی فردی و همکاران ساخته شده است. این پرسشنامه که از ۲۰ گویه تشکیل شده است، میزان افکار و خیالات مربوط به مواد و وسوسه مصرف را می‌سنجد که فرد ترک‌کننده مواد ممکن است احساس و تجربه کرده باشد. نمره‌گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۶ نقطه‌ای (کاملاً درست است = ۵ و اصلاً درست نیست = ۰) می‌باشد. فردی و همکاران آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند که نشان می‌دهد دارای پایایی قابل قبولی است. برای سنجش روایی از پرسشنامه اطمینان موقعیتی و هوس‌روانی استفاده شد که جهت و اندازه همبستگی‌ها تأییدکننده روایی آن است [۲۶]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۲ محاسبه شد که حاکی از مقبول بودن پایایی این ابزار در جامعه مورد مطالعه می‌باشد.

در این پژوهش گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه درمان‌گروهی را به روش درمانی بهزیستی روان‌شناختی دریافت کردند. هر جلسه ۹۰ دقیقه بود و گروه درمانی به مدت ۲ ماه ادامه داشت. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. تمامی جلسات ساختارمند و با پشتوانه پژوهشی (۸، ۱۲) بود که در جدول ۱ خلاصه جلسات گزارش شده است. از گروه‌ها پیش و پس از انجام



جلسات درمانی آزمون‌های ذکر شده گرفته شد. از آنجا که مطالعه حاضر، از نوع مطالعات مداخله ای در انسانها می باشد، انجام مطالعه منوط به کسب رضایت نامه کتبی از افراد است که در روند پژوهش عملی گردید. داده های به دست آمده با استفاده از روش های آمار توصیفی و استنباطی و SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی میانگین و انحراف استاندارد گزارش شد و در بخش استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

جدول ۱: درمان بهزیستی روان شناختی براساس مدل نظری فاوا (۲۰۱۶)

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف خانگی
جلسات ابتدایی (۱-۲)	خوشامدگویی، ایجاد رابطه و بیان اهداف تشکیل گروه و اصول درمان	معرفی منطبق درمان	معرفی اهداف و اصول تشکیل گروه و اصول درمان
جلسات میانی (۳-۶)	مشخص کردن موانع موجود در راه بهزیستی روانشناختی	خوشامدگویی، ایجاد رابطه و بیان اهداف تشکیل گروه و اصول درمان	معرفی اهداف و اصول تشکیل گروه و اصول درمان
جلسات پایانی (۷-۸)	معرفی ابعاد شش گانه مدل بهزیستی روانشناختی بازبینی پیشرفت و آماده شدن برای پایان دادن به درمان	معرفی اهداف و اصول تشکیل گروه و اصول درمان	معرفی اهداف و اصول تشکیل گروه و اصول درمان

#### یافته‌ها:

شرکت کننده های حاضر در این پژوهش ۳۰ زن بودند که به طور تصادفی در ۲ گروه قرار گرفتند. در هر گروه ۱۵ نفر حضور داشتند که شامل یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل می شدند. در جدول (۱-۴) فراوانی تحصیلات در گروه های پژوهشی آورده شده است



جدول ۲: فراوانی افراد در گروه های شرکت کننده با توجه به مقطع تحصیلی

گروه						
کنترل			آزمایش			
فوق دیپلم	دیپلم	سیکل و زیر سیکل	لیسانس	فوق دیپلم	دیپلم	سیکل و زیر سیکل
۲	۶	۷	۱	۲	۶	۶

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد سن و مدت پاکی (ترک مواد) شرکت کنندگان در گروه های دو گانه آورده شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد سن و مدت زمان پاکی (برحسب تعداد روز) شرکت کنندگان

کنترل		آزمایش		گروه
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۷/۵۱	۳۳/۵	۶/۵۳	۳۴	سن
۴/۰۲	۲۸/۳۳	۴/۹۲	۲۵/۸	مدت پاکی

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد سن نشان می دهد که میانگین سن در افراد گروه آزمایش ۳۴ سال و انحراف استاندارد آن ۶/۵۳ می باشد و برای گروه کنترل نیز میانگین سن ۳۳/۵ و انحراف استاندارد آن ۷/۵۱ می باشد. یعنی میانگین سنی دو گروه تقریباً برابر است و پراکندگی سنی گروه کنترل مقداری بیشتر از گروه آزمایش می باشد. میانگین و انحراف استاندارد مدت زمان پاکی نشان می دهد که میانگین مدت زمان پاکی (ترک مواد) در افراد گروه آزمایش ۲۵/۸ روز و انحراف استاندارد آن ۴/۹۲ روز می باشد. حداقل مدت زمان پاکی برای گروه آزمایش ۱۵ روز و حداکثر ۳۴ روز بود. برای گروه کنترل نیز میانگین ۲۸/۳۳ و انحراف استاندارد آن ۴/۰۲ می باشد. حداقل مدت زمان پاکی برای گروه کنترل ۲۲ روز و حداکثر ۳۵ روز بود. یعنی میانگین مدت زمان پاکی در گروه کنترل حدود ۳ روز بیشتر از گروه آزمایش و پراکندگی در این متغیر در گروه کنترل و آزمایش تقریباً یکسان می باشد (البته پراکندگی مدت پاکی در گروه آزمایش کمی بیشتر است). بخش آمار توصیفی نمرات متغیر وابسته در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد نمرات وسوسه بعد از ترک در گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

میانگین		انحراف استاندارد		گروه آزمایش
پیش آزمون	۵۳/۴۶	۱۸/۱۸	پس آزمون	
پس آزمون	۴۳/۳۳	۲۱/۸۶	پیش آزمون	گروه کنترل
پس آزمون	۵۱/۰۶	۲۷/۰۲	پس آزمون	

جدول ۴ نشان می دهد که میانگین نمرات وسوسه بعد از ترک گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش داشته است. اما کاهش در گروه آزمایش بیشتر است.



به منظور آزمون فرضیه پژوهش از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شده است که در جدول ۵ شاخص های آماری آن ارائه می شود. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف و لوین نشان داد که این آزمون ها برای متغیر این پژوهش در گروه های کنترل و آزمایش و در مراحل پیش آزمون و پس آزمون معنی دار نشد ( $P > 0/05$ ) و بنابراین نتیجه گرفته می شود که توزیع داده ها نرمال می باشد و واریانس ها در دو گروه همگن می باشند. پس پیش فرض های تحلیل کوواریانس تک متغیره رعایت شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای وسوسه بعد از ترک

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
وسوسه بعد از ترک (پیش آزمون)	۱۵۰۳۹/۴	۱	۱۵۰۳۹/۴	۲۱۵/۶۶	۰۰/۰*
گروه	۵۳/۵۵	۱	۵۳/۵۵	۰/۷۶	۰/۳۸
خطا	۱۸۸۲/۸۶	۲۷	۶۹/۷۳		
کل	۸۴۲۰۶	۳۰			

طبق جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان می دهد که گروه درمانی بهزیستی روانشناختی به طور معناداری باعث کاهش وسوسه بعد از ترک ( $P < 0/05$ ) شده است (با احتساب پیش آزمون). بنابراین فرضیه ی تحقیق تایید می شود و نتیجه گرفته می شود که گروه درمانی بهزیستی روانشناختی باعث کاهش وسوسه بعد از ترک شده است.



## بحث و نتیجه گیری:

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان بهزیستی روان شناختی وسوسه بعد از ترک در زنان مرکز اقامتی ترک اعتیاد می باشد. برای دستیابی به این هدف نمونه ای مشتمل بر ۳۰ نفر برای این پژوهش انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. از نتایج این پژوهش می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر بهزیستی روانشناختی موجب کاهش معنادار وسوسه بعد از ترک در زنان مرکز اقامتی ترک اعتیاد در گروه تحت درمان بهزیستی روان شناختی می شود که با نتایج هو<sup>۳</sup>[۲۷]، جکوبسون<sup>۴</sup>[۲۸]، مارتین<sup>۵</sup> و همکاران [۲۹]، ماسکارو<sup>۶</sup> و همکاران [۳۰] و نیکنام و همکاران [۳۱] همسو می باشد. اهمیت توجه به وسوسه مصرف مواد بعد از ترک آن زمانی آشکار میشود که بدانیم اعتیاد به صورت یک فکر دائمی اجباری برای استفاده از مواد، حتی در شرایطی که فرد از مضرات جدی و پیامدهای ناگوار شخصی و اجتماعی آن آگاه است، ادامه می یابد [۳۲]. از میان ابعاد گوناگون درگیر در فرایند اعتیاد پدیده وسوسه مصرف مواد بعد از ترک نقش مهمی در بازگشت مجدد بیمار پس از درمان و حفظ موقعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد دارد. در فرایند درمان بیماران، بعد از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات مواد دیده می شود. این احساس ممکن است از چند ساعت پس از شروع درمان تا روزها و ماه ها پس از آن دیده شود. فراوانی و شدت ولع مصرف کم کم رو به کاهش می رود و به ندرت ناپدید می شود. بنابراین تشخیص و درمان این پدیده بالینی به عنوان یکی از عوامل شکست درمان دارای اهمیت است [۳۳]. آمینی و همکاران [۳۴] میزان بازگشت به مصرف مواد را ۷۵ درصد و در ایران ۵۰ درصد ذکر کرده اند. پس لزوم توجه به وسوسه مصرف مواد بعد از ترک آن بیش از پیش فراهم می باشد که در این پژوهش به جنبه های مختلف آن پرداخته شده است. در حال حاضر اختلال های مصرف مواد و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن یکی از مهم ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می آید [۳۵].

امروزه سوءمصرف مواد مخدر با کاهش کیفیت زندگی، افزایش میزان مرگ و میر، تقلیل در ارزش های اجتماعی و اخلاقی و افزایش رفتارهای مجرمانه همراه است و به همین دلیل یکی از مهم ترین موضوعات مرتبط با سلامت است که مورد توجه قرار گرفته است [۳۶]. اختلال مصرف مواد یکی از عواملی است که به طور مستقیم و غیرمستقیم سبب اختلال در نظم و امنیت جامعه شده است و هم از بعد شخصی و هم از بعد اجتماعی تاثیر عمیقی بر حوزه های حقوقی، اجتماعی، زیستی و مالی در جهان به جا گذشته است. علاوه بر میلیون ها نفر که در جهان از این عارضه اجتماعی رنج می برند، آثار و تبعات آن روی زندگی میلیون ها نفر دیگر نیز به طور غیرمستقیم تاثیر می گذارد [۳۷]. آنچه که در این بین حائز اهمیت است، بررسی عوامل مختلفی است که بر زندگی زنان معتاد تحت درمان تاثیر میگذارد. درمان مبتنی بر بهزیستی روانشناختی یکی از درمان های شناختی-رفتاری است که افکار خودآیند علت رفتارهای غیرانطباقی هستند، افراد باید رفتارها و افکار جدید را بیاموزند و بتوانند در طرح مراقبت از خود شرکت نمایند. درمان شناختی-رفتاری شیوه های کوتاه مدت و متمرکز بوده که به مصرف کنندگان مواد کمک می کند تا موقعیت هایی را که در آن احتمال سوءمصرف مواد بالا می رود را شناسایی و در زمان های لازم از این موقعیت ها دوری کرده و در نهایت به شیوه مؤثری با طیف مشکلات رفتاری مرتبط با مواد مقابله کنند [۳۸]. وسوسه مصرف مواد به دنبال ترک مواد به عنوان یکی از پیامدهای مهم آن به شمار می رود که در این پژوهش به آن پرداخته شده است. در مجموع با توجه به ابعاد مختلف روانی، اجتماعی و خانوادگی که مسئله اعتیاد در پی دارد، در این پژوهش سعی شده است به بررسی آن پرداخته شود. امید است که این پژوهش رهیافتی باشد برای سایر پژوهشگران تا در آینده پژوهشهای کامل تر و متقن تری را انجام دهند.

از محدودیت های این پژوهش عدم وجود فرصت کافی و ترخیص بیماران از کمپ بعد از ۳ ماه بود که امکان سنجش در مرحله پیگیری را با مشکل مواجه ساخت؛ با وجود اینکه مرحله پیگیری فرصت مناسبی برای مقایسه سرنوشت ساز گروه های آزمایش و کنترل فراهم می نماید.

<sup>3</sup> Cho<sup>4</sup> Jacobsen<sup>5</sup> Martin<sup>6</sup> Mascaro



2018 December 13

2nd International Conference on Psychology, Counseling, and Education

دومین کنفرانس بین المللی

روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت



منابع:

[1] 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, 54.*

[۲] ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۵). تهران: نشر دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر

[3] Famitafreshi, H., Karimian, M., & Fatima, S. (2016). Synergistic effects of social isolation and morphine addiction on reduced neurogenesis and BDNF levels and the resultant deficits in cognition and emotional state in male rats. *Current molecular pharmacology, 9(4), 337-347.*

[4] Moeeni, M., Razaghi, E. M., Ponnet, K., Torabi, F., Shafiee, S. A., & Pashaei, T. (2016). Predictors of time to relapse in amphetamine-type substance users in the matrix treatment program in Iran: a Cox proportional hazard model application. *BMC psychiatry, 16(1), 265.*

[5] Barr, A. M., Panenka, W. J., MacEwan, G. W., Thornton, A. E., Lang, D. J., Honer, W. G., & Lecomte, T. (2006). The need for speed: an update on methamphetamine addiction. *Journal of Psychiatry & Neuroscience.*

[6] Radfar, S. R., & Rawson, R. A. (2014). Current research on methamphetamine: epidemiology, medical and psychiatric effects, treatment, and harm reduction efforts. *Addiction & health, 6(3-4), 146.*

[7] Pirnia, B., Mansour, S., Rahmani, S., & Soleimani, A. A. (2015). Sexual Behavior and Age Differences in Methamphetamine Dependent and Non-Dependent Men Who Have Sex with Men (MSM). *Practice in Clinical Psychology, 3(4), 273-282.*

[8] Rahimi-Movaghar, A., Razaghi, E. M., Sahimi-Izadian, E., & Amin-Esmaeili, M. (2010). HIV, hepatitis C virus, and hepatitis B virus co-infections among injecting drug users in Tehran, Iran. *International Journal of Infectious Diseases, 14(1), e28-e33.*

[9] Sayar, S., Poryosefi, H., & Mirzaei, K. (2018). QUALITATIVE STUDY ON THE CONSEQUENCES OF WOMEN'S ADDICTION TO DRUG ABUSE IN TEHRAN. *INTERNATIONAL TRANSACTION JOURNAL OF ENGINEERING MANAGEMENT & APPLIED SCIENCES & TECHNOLOGIES, 9(5), 401-408.*

[10] Goedendorp, M. M., Kuiper, D., Reijneveld, S. A., Sanderman, R., & Steverink, N. (2017). Sustaining program effectiveness after implementation: The case of the self-management of well-being group intervention for older adults. *Patient education and counseling, 100(6), 1177-1184.*





2018 December 13

2nd International Conference on Psychology, Counseling, and Education

دومین کنفرانس بین المللی

روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت



[11] Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., & Sirigatti, S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(1), 26-30.

[12] Fava, G. A., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 34(1), 45-63.

[13] Fava, G. A. (2016). *Well-being therapy: Treatment manual and clinical applications*: Karger Medical and Scientific Publishers.

[14] Moenizadeh, M., & Salagame, K. K. (2010). The impact of well-being therapy on symptoms of depression. *International Journal of Psychological Studies*, 2(2), 223.

[15] 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.

[16] Rafanelli, C., Park, S. K., & Fava, G. A. (1999). New psychotherapeutic approaches to residual symptoms and relapse prevention in unipolar depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 6(3), 194-201.

[17] پیرنیا، بیژن؛ منصور، ستاره؛ نجفی، الهه؛ ریحانی، رضا. (۱۳۹۵). اثربخشی بهزیستی درمانی بر نشانگان اضطراب، استرس و افسردگی در مردان تحت درمان اجتماع مدار، سلامت جامعه، ۴ (۱۰)، ۴۸-۵۶

[18] O'Brien, C. P., Childress, A. R., Ehrman, R., & Robbins, S. J. (1998). Conditioning factors in drug abuse: can they explain compulsion? *Journal of psychopharmacology*, 12(1), 15-22.

[19] Franken, I. H. (2003). Drug craving and addiction: integrating psychological and neuropsychopharmacological approaches. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 27(4), 563-579.

[20] Miller, N. S., & Gold, M. S. (1994). Dissociation of "conscious desire" (craving) from and relapse in alcohol and cocaine dependence. *Annals of Clinical Psychiatry*, 6(2), 99-106.

[21] Pickens, C. L., Airavaara, M., Theberge, F., Fanous, S., Hope, B. T., & Shaham, Y. (2011). Neurobiology of the incubation of drug craving. *Trends in neurosciences*, 34(8), 411-420.

[22] Grant, S., London, E. D., Newlin, D. B., Villemagne, V. L., Liu, X., Contoreggi, C., . . . Margolin, A. (1996). Activation of memory circuits during cue-elicited cocaine craving. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 93(21), 12040-12045.



2018 December 13

2nd International Conference on Psychology, Counseling, and Education

دومین کنفرانس بین المللی

روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت



Sponsored and indexed by  
CIVILICA  
We Respect The Science



[23] Wetherill, R. R., Young, K. A., Jagannathan, K., Shin, J., O'Brien, C. P., Childress, A. R., & Franklin, T. R. (2013). The impact of sex on brain responses to smoking cues: a perfusion fMRI study. *Biology of sex differences*, 4(1), 9.

[24] Goudriaan, A. E., Veltman, D. J., van den Brink, W., Dom, G., & Schmaal, L. (2013). Neurophysiological effects of modafinil on cue-exposure in cocaine dependence: A randomized placebo- controlled cross-over study using pharmacological fMRI. *Addictive behaviors*, 38(2), 1509-1517.

[25] Volkow, N. D., Fowler, J. S., & Wang, G.-J. (2004). The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies. *Neuropharmacology*, 47, 3-13.

[۲۶] صالحی فدردی، جواد؛ بر عرفان، زرین؛ امین یزدی، سیدامیر. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش کنترل توجه بر کاهش تورش توجه به مواد و بهبود شاخص های درمانی معتادان تحت درمان سم زدایی. *مطالعات تربیتی و روان شناسی*، ۱۱(۲)، ۲۹-۵۶.

[27] Cho, S. (2008). Effects of logo-autobiography program on meaning in life and mental health in the wives of alcoholics. *Asian Nursing Research*, 2(2), 129-139.

[28] Jacobsen, B. (2008). Intervention to existential psychology: a psychology for the unique human being and its application in therapy. England. Wiley.

[29] Martin, R. A., MacKinnon, S., Johnson, J., & Rohsenow, D. J. (2011). Purpose in life predicts treatment outcome among adult cocaine abusers in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(2), 183-188.

[30] Mascaro, N., Rosen, D. H., & Morey, L. C. (2004). The development, construct validity, and clinical utility of the spiritual meaning scale. *Personality and Individual Differences*, 37(4), 845-860.

[۳۱] نیکنام، ماندانا؛ مداحی، محمدابراهیم؛ شفیق آبادی، عبدالله. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی معنادرمانی بر کاهش ولع و پیشگیری از بازگشت زنان وابسته به مواد. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۷(۲۵)، ۷۳-۵۶.

[32] Deter, T.D. (2011). Understanding the disease of addiction. Primary care. *Clinics in office practices*, 38(1), 61-70

[33] Abrams, D. B. (2000). Transdisciplinary concepts and measures of craving: commentary and future directions. *Addiction*, 95(8s2), 237-246.



[۳۴] امینی، کورش، امینی، داریوش، افشارمقدم، فاطمه، ماهیار، آذر. (۱۳۸۲). بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*. ۱۱ (۴۵): ۴۷-۴۱

[35] Daley, D.C., Marlatt, G. A & Douaihy, A. (2012). *Relapse prevention In Lowin: A comprehensive textbook*, fifth ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins: 633-647

[36] Becker, W. C., Sullivan, L. E., Tetrault, J. M., Desai, R. A., & Fiellin, D. A. (2008). Non-medical use, abuse and dependence on prescription opioids among US adults: psychiatric, medical and substance use correlates. *Drug and alcohol dependence*, 94(1-3), 38-47.

[37] Jenkins, S.S. (2009). Informing Therapeutic Treatment and practice: A study of recovery histories of Non recidiv. Unpublished PHD Dissertation. Canella University.

[38] Lau, M. A., & McMMain, S. F. (2005). Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioural therapies: The challenge of combining acceptance-and change-based strategies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(13), 863-869.