



Efficacy of the monotheistic integrated family-based treatment program on increasing psychological well-being and self-esteem in drug-addicted men

Hossein Abouzari¹, Gholamali Afrooz², Seyed Saeid Pournaghash Motlaq Tehrani³, Masoud Gholamali Lavasani⁴

1. Ph.D Candidate in Health Psychology, Kish International Campus, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: hosein.abouzari@gmail.com

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: afrooz@ut.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: spnaghash@ut.ac.ir

4. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: lavasani@ut.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 06 September 2024

Received in revised form 08 October 2024

Accepted 12 November 2024

Published Online 23 August 2025

Keywords:

monotheistic integrated family-based treatment program, psychological well-being, self-esteem, drug-addicted men

ABSTRACT

Background: Married men struggling with addiction are more susceptible to the harms of addiction due to family responsibilities and social expectations. In this regard, numerous treatment programs have been developed to improve the condition of individuals with addiction, some of which pay special attention to the psychological, spiritual, and familial dimensions of these individuals. Despite existing evidence regarding the positive effects of spirituality and family support in addiction treatment, there remain significant research gaps in this area.

Aims: The primary aim of this study was to develop and evaluate the effectiveness of a Tawhidi integrated family-based therapy program in enhancing the psychological well-being and self-esteem of men addicted to substances.

Methods: The research method was a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group and a two-month follow-up. The study population consisted of all married men addicted to substances in Yazd County in 2023. From this population, 30 families were selected using convenience sampling. Participants completed the Psychological Well-being Scale (Ryff, 1989) and the Self-esteem Scale (Rosenberg, 1965). The experimental group participated in ten 90-minute sessions of the researcher-developed treatment program, while the control group received no intervention until the end of the follow-up period. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance with SPSS-27.

Results: The study's findings indicated that the Tawhidi integrated family-based therapy program had a significant effect on improving the psychological well-being and its components, as well as enhancing the self-esteem of men addicted to substances during both the intervention and follow-up phases. There was a significant difference between the experimental and control groups ($P < 0.05$).

Conclusion: Based on the study's findings, the Tawhidi integrated family-based therapy program can effectively improve and enhance the psychological well-being and self-esteem of men addicted to substances. These findings can be utilized by social workers, counselors, and psychologists to support this population.

Citation: Abouzari, H., Afrooz, Gh., Pournaghash Motlaq Tehrani, S.S., & Gholamali Lavasani, M. (2025). Efficacy of the monotheistic integrated family-based treatment program on increasing psychological well-being and self-esteem in drug-addicted men. *Journal of Psychological Science*, 24(150), 19-39. [10.52547/JPS.24.150.19](https://doi.org/10.52547/JPS.24.150.19)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 150, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.150.19](https://doi.org/10.52547/JPS.24.150.19)



✉ **Corresponding Author:** Gholamali Afrooz, Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

E-mail: afrooz@ut.ac.ir, Tel: (+98) 9121113929

Extended Abstract

Introduction

Addiction is one of the most pervasive and challenging public health issues globally, impacting individuals and their families at multiple levels, including physical, psychological, and social dimensions. Men, particularly those who are married, face unique challenges due to their roles as family providers and societal expectations. These responsibilities, combined with the stigma of addiction, exacerbate their psychological distress, often leading to worsened mental health outcomes and strained familial relationships (Jiloha, 2019). The growing prevalence of substance abuse, especially among men, highlights the need for comprehensive treatment programs that address not only the individual but also their family and social environment. In Iran, where cultural norms emphasize familial responsibility, married men battling addiction are particularly vulnerable. Recent reports suggest that the rate of substance abuse among men in Iran is increasing, with significant repercussions on both individual health and family well-being (World Health Organization, 2022).

Psychological well-being, defined as the individual's perception of their life satisfaction, sense of purpose, and emotional functioning, is a key factor in addiction recovery (Ryff & Singer, 2008). Low psychological well-being among individuals with substance use disorders is well-documented, with studies consistently showing that addiction diminishes an individual's sense of autonomy, mastery, and positive relationships with others (Park & Lee, 2019). For married men with addiction, this reduction in psychological well-being is even more profound, as the pressures of family roles compound their emotional struggles. Research indicates that enhancing psychological well-being can significantly aid in addiction recovery by improving coping strategies and reducing the likelihood of relapse (García-Rodríguez et al., 2020). Several interventions have aimed to improve psychological well-being in individuals with addiction, yet there is a notable gap in addressing the family unit's role in this process.

Self-esteem is another critical factor in addiction recovery. Defined as an individual's overall sense of self-worth, self-esteem influences how individuals perceive their ability to cope with challenges, including addiction (Rosenberg, 1965). Men suffering from addiction often experience diminished self-esteem, which can hinder their motivation to seek and maintain recovery (Brown, 2020). Studies suggest that interventions aimed at enhancing self-esteem can have a profound impact on addiction outcomes, improving both psychological resilience and the ability to maintain long-term sobriety (Orth & Robins, 2019). Despite the importance of self-esteem in addiction recovery, there is a paucity of research examining the impact of family-based interventions on enhancing self-esteem among addicted individuals.

One therapeutic approach that has shown promise in addressing both psychological well-being and self-esteem is the Tawhidi integrated family-based therapy. This approach combines elements of psychological, spiritual, and family-focused interventions, grounded in the Islamic concept of *Tawhid*—the belief in the oneness of God, which emphasizes unity, balance, and holistic healing (Nurbakhsh & Pourmohammadi, 2021). The Tawhidi approach integrates these principles into a structured therapy model that addresses the individual's psychological and spiritual needs within the context of their family environment. This model aligns with the growing body of research that highlights the importance of family support and spiritual dimensions in addiction recovery (Kelly, Greene, & Bergman, 2020). However, despite its theoretical foundations, the Tawhidi integrated therapy has not been extensively studied in addiction treatment settings, particularly among married men.

In comparison to more widely studied therapeutic models, such as cognitive-behavioral therapy (CBT) or motivational interviewing (MI), the Tawhidi integrated approach offers a more culturally and spiritually tailored intervention, particularly suited for populations in which spirituality and family cohesion are integral to daily life. CBT and MI, while effective in many cases, primarily focus on individual cognitive restructuring and motivation enhancement,

often neglecting the broader familial and spiritual context that significantly influences the recovery process (Miller & Rollnick, 2013). Given the centrality of family and spirituality in many Middle Eastern cultures, there is a clear gap in the literature regarding culturally adapted interventions that can simultaneously address the psychological, spiritual, and relational dimensions of addiction recovery.

The current study seeks to fill this gap by evaluating the effectiveness of the Tawhidi integrated family-based therapy in enhancing the psychological well-being and self-esteem of married men addicted to substances. This research is particularly critical given the lack of culturally specific interventions that incorporate both spiritual and familial components in addiction treatment. The primary research question is whether the Tawhidi integrated family-based therapy can significantly improve psychological well-being and self-esteem in this population, providing a holistic framework for understanding the interplay between family dynamics, spirituality, and individual mental health outcomes in addiction recovery.

Method

The methodology of the present study was a semi-experimental design of the pre-test-post-test type with a control group and a two-month follow-up. The research population included all married men suffering from addiction in Yazd County in 2023, from which 30 families were selected using convenience sampling. Inclusion criteria included male gender, a minimum of 1 year of married life, consent from all family members to actively participate in the educational sessions, a minimum of 1 year of substance addiction verified by self-report, a score of less than 54 on the Psychological Well-Being Scale (Ryff, 1989), and a score of less than 25 on the Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965). Exclusion criteria included the use of any addiction cessation medications such as methadone and buprenorphine, the death of a spouse or divorce, and any severe psychological trauma experienced within the past year (such as the death of parents or close relatives, controlled by self-report).

The implementation method of this study was such that, with the help of addiction treatment clinics in Yazd County, eligible addicted men among the

clients were identified. During the identification of the participants, the researcher conducted a preliminary interview to clarify the study's objectives, ethical principles, answer any questions from the participants, request participation in the research, and obtain informed consent. Throughout the preliminary interview, all research questionnaires were presented individually and separately to the participants as screening tools and pre-tests (it should be noted that all family members participated in the educational sessions; however, the husbands were the main participants in the study and were assessed privately). Among the participants, those who obtained an adequate score (in terms of psychological performance) were excluded, and new participants were identified and substituted based on the criteria of each tool, indicating poor scores and performance. After the preliminary interview, each participant was randomly assigned to one of the two groups (experimental group and control group). Participants from each group were invited to attend a designated psychological and counseling clinic at the assigned time for their group. The experimental group received the relevant educational sessions from the researcher according to the related guidelines, while the control group did not receive any interventions during this period. After the final session of the experimental group, the research questionnaires were administered as post-tests. Finally, two months after the last treatment session, a follow-up assessment was conducted. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance in SPSS software, and the information was interpreted accordingly.

Results

In the experimental group, the mean and standard deviation of the participants' age were 40.87 and 9.687 years, respectively. The mean and standard deviation of the duration of marriage were 196.93 months (approximately 17 years) and 106.199 months (approximately 9 years). The mean and standard deviation of the duration of substance use were 150.4 months (approximately 13 years) and 91.487 months (approximately 8 years). The mean and standard deviation of the number of children were 2 and 1, respectively. In the control group, the mean

and standard deviation of age were 39.07 and 12.481 years, respectively. The mean and standard deviation of the duration of marriage were 189.6 months (approximately 16 years) and 156.605 months (approximately 13 years). The mean and standard deviation of the duration of substance use were 178.8 months (approximately 15 years) and 132.432 months (approximately 11 years), while the mean and standard deviation of the number of children were 1.4 and 1.242, respectively. Additionally, in the experimental group, 8 participants (53.3%) had traditional marriages and 7 participants (46.7%) had mixed marriages. Furthermore, 14 participants (93.3%) were from low-income backgrounds, and 1 participant (6.7%) was from a medium-income background. Regarding education, 8 participants (53.3%) had completed elementary school and 7 participants (46.7%) had high school diplomas.

Finally, the type of addiction among the participants in the experimental group included 15 individuals (100%) with opioid addiction and 3 individuals (20%) with both opioid and alcohol addiction. In the control group, 11 participants (73.3%) had traditional marriages and 4 participants (26.7%) had mixed marriages. Additionally, 13 participants (86.7%) were from low-income backgrounds and 2 participants (13.3%) were from a medium-income background. Concerning education, 1 participant (6.7%) was illiterate, 5 participants (33.3%) had completed elementary school, and 9 participants (60%) had high school diplomas. Finally, the type of addiction in the control group included 1 participant (6.7%) with alcohol addiction, 14 participants (93.3%) with opioid addiction, and 3 participants (20%) with a combination of alcohol and opioid addiction.

Table 1. The results of multivariate covariance analysis

Stage	Test	Value	F	Hypothesis df	Error df	p	Effect size	Power
Post-test	Pillai Trace	.983	450.35	3	23	.001	.98	1.00
	Wilk's Lambda	.017	450.35	3	23	.001	.98	1.00
	Hotelling Trace	58.74	450.35	3	23	.001	.98	1.00
	Roy's Largest Root	58.74	450.35	3	23	.001	.98	1.00
Follow-up	Pillai Trace	0.951	147.29	3	23	.001	.95	1.00
	Wilk's Lambda	.049	147.29	3	23	.001	.95	1.00
	Hotelling Trace	19.21	147.29	3	23	.001	.95	1.00
	Roy's Largest Root	19.21	147.29	3	23	.001	.95	1.00

Table 1 indicates that there is a significant difference between the experimental and control groups regarding the dependent variables at a significance level of $p < 0.05$. This suggests that at least one of the dependent variables (psychological well-being and self-esteem) shows a significant difference between the two groups. Considering the calculated effect size,

98% of the total variance between the experimental and control groups is attributed to the effect of the independent variable. Additionally, the statistical power of the test is equal to 1.00, meaning that the test was able to reject the null hypothesis with 100% power.

Table 2. The results of the analysis of covariance in the MANCOVA context

Stage	Dependent Variables	Sum of Squares	DF	Mean of Squares	F	p	Effect Size	Statistical Power
Post-test	Psychological wellbeing	6947.58	1	6947.58	354.8	.001	.93	1.00
	Self-esteem	816.5	1	816.5	207.4	.001	.89	1.00
Follow-up	Psychological wellbeing	4292.06	1	4292.06	205.27	.001	.89	1.00
	Self-esteem	530.09	1	530.09	159.08	.001	.86	1.00

According to the Table 2, the treatment is effective in increase subjects' psychological well-being and self-esteem, and its effectiveness was continued until the 2-month follow-up. The results of the Bonferroni test comparing the effects of time indicate that the differences in the mean scores of the components

under investigation between the pre-test and post-test stages and between the pre-test and follow-up stages are statistically significant; however, the differences in the means during the follow-up post-test stage are not significant. Furthermore, the results of the Bonferroni test comparing the effects between groups

indicate that the differences in the mean scores of the components under investigation between the experimental and control groups are statistically significant.

Conclusion

The present study aimed to evaluate the effectiveness of the Tawhidi integrated family-based therapy in improving psychological well-being and self-esteem among married men suffering from addiction. One of the key findings was that this therapy positively impacted psychological well-being, with effects that were sustained two months post-treatment. This result can be explained by Abraham Maslow's theory of self-actualization, which posits that individuals have an inherent need to reach their full potential and flourish. When an individual recovers from addiction, family-centered therapy can assist them in reconstructing their inner values and life goals, especially within the supportive context of family relationships. This rebuilding process helps the individual not only overcome the physical challenges of addiction but also enhances their psychological well-being. The family serves as a powerful supportive factor, playing a crucial role in the individual's recovery (Maslow, 1943).

In family-based therapeutic programs, the "Tawhidi" element signifies a focus on integrating all aspects of life rather than concentrating on a single dimension of the individual's existence. This holistic approach in treatment enables the person to achieve a higher level of balance, both physically and spiritually (Nurbakhsh & Pourmohammadi, 2021). Additionally, from the perspective of family systems theory, the family is considered a dynamic system where positive changes in one member can lead to beneficial outcomes for others. As such, the psychological well-being of an addicted individual may be sustained due to the emotional and spiritual support received from the family (Bowen, 1978).

Another significant finding of this research was the improvement in self-esteem among men suffering from substance addiction. This effect was also sustained for two months post-treatment, aligning with previous studies by Sharifinia (2008), Hadi and Janbozorgi (2009), and Ghaffari Houmedin and Dehghan (2020), which demonstrated the

effectiveness of Tawhidi integrated therapy on various psychological outcomes. In explaining this finding, it is essential to highlight that the Tawhidi family-based therapy draws on the principles of Islamic unity and spirituality, focusing on fostering integration and unity in the individual's personality and family relationships. This unified approach enhances both psychological and social well-being, contributing to increased self-esteem. Research has shown that family-based therapy positively impacts personality traits and clinical outcomes in addicted individuals (Hadi & Janbozorgi, 2009), improving elements such as stress coping skills and family dynamics.

The Tawhidi integrated family-based therapy, grounded in the concept of Tawhid (oneness), seeks to unite different facets of the individual's life—spirituality, family, and personal development—thereby fostering greater self-confidence and self-esteem. This approach resonates with the religious and cultural context of Islamic societies, where the family plays a central role in individual recovery. By promoting holistic healing, this therapy provides a comprehensive framework that not only addresses addiction but also cultivates lasting psychological and relational improvements.

In conclusion, the findings from this study contribute to the growing body of evidence supporting the integration of spirituality and family dynamics into addiction treatment programs. By emphasizing holistic recovery, such therapeutic models hold great promise for enhancing both psychological well-being and self-esteem in addicted individuals, particularly in culturally specific settings where family and spiritual values are integral to the healing process. Further research could explore the long-term impacts of such interventions and their applicability to different cultural contexts.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of psychology in the Faculty of Psychology, University of Tehran. In order to maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the consent of the participants. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to appreciate the participants in the study.



ارزیابی اثربخشی برنامه درمانی یکپارچه توحیدی خانواده‌محور بر افزایش بهزیستی روانشناختی و عزت نفس مردان معتاد به مواد

حسین ابوذری^۱، غلامعلی افروز^۲، سید سعید پورنقاش مطلق تهرانی^۳، مسعود غلامعلی لواسانی^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، پردیس بین‌المللی کیش، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۴. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۱۹

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۷/۱۷

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۲۲

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۶/۰۱

کلیدواژه‌ها:

برنامه درمانی یکپارچه توحیدی خانواده‌محور، بهزیستی روانشناختی، عزت نفس، مردان معتاد به مواد

زمینه: مردان متأهل دچار اعتیاد، به دلیل مسئولیت‌های خانوادگی و انتظارات اجتماعی، بیش از دیگران در معرض آسیب‌های ناشی از اعتیاد قرار دارند. در همین راستا، برنامه‌های درمانی متعددی برای بهبود وضعیت افراد مبتلا به اعتیاد ارائه شده‌اند که برخی از آنها به ابعاد روانشناختی، معنوی و خانوادگی این افراد توجه ویژه‌ای دارند. علی‌رغم شواهد موجود در خصوص اثرات مثبت معنویت و حمایت خانواده بر درمان اعتیاد، هنوز شکاف‌های پژوهشی مهمی در این حوزه وجود دارد.

هدف: هدف اصلی این پژوهش، تدوین و ارزیابی اثربخشی برنامه درمانی یکپارچه توحیدی خانواده‌محور بر افزایش بهزیستی روانشناختی و عزت نفس مردان معتاد به مواد بود.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه پژوهش شامل تمامی مردان متأهل دچار اعتیاد شهرستان یزد در سال ۱۴۰۲ بود که از این میان ۳۰ خانواده با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت کنندگان به مقیاس بهزیستی روانشناختی (ریف، ۱۹۸۹) و مقیاس عزت نفس (روزنبرگ، ۱۹۶۵) پاسخ دادند. مشارکت کنندگان در گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بسته درمانی محقق‌ساخته را دریافت کردند در حالی که گروه گواه تا پایان دوره پیگیری هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نسخه SPSS-۲۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که برنامه درمانی یکپارچه توحیدی خانواده‌محور بر افزایش بهزیستی روانشناختی و مولفه‌های آن و همچنین بر بهبود عزت نفس مردان معتاد به مواد در مراحل مداخله و پیگیری مؤثر واقع شده و دارای اثربخشی معنادار بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه است ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش با استفاده از برنامه درمانی یکپارچه توحیدی خانواده‌محور، می‌توان بهزیستی روانشناختی و عزت نفس را در مردان مبتلا به اعتیاد بهبود و ارتقا داد. یافته‌های مذکور می‌تواند برای کمک به این گروه از افراد توسط مددکاران اجتماعی، مشاوران و روانشناسان مورد استفاده قرار گیرد.

استاد: ابوذری، حسین؛ افروز، غلامعلی؛ پورنقاش مطلق تهرانی، سید سعید؛ و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۴۰۴). ارزیابی اثربخشی برنامه درمانی یکپارچه توحیدی خانواده‌محور بر افزایش بهزیستی روانشناختی و عزت نفس مردان معتاد به مواد. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۰، ۱۹-۳۹.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۰، ۱۴۰۴. DOI: [10.52547/JPS.24.150.19](https://doi.org/10.52547/JPS.24.150.19)



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: غلامعلی افروز، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. afrooz@ut.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۲۱۱۱۳۹۲۹

مقدمه

اعتیاد^۱ به مواد مخدر یکی از چالش‌های مهم اجتماعی و بهداشتی است که در بسیاری از جوامع، از جمله ایران، به شکل گسترده‌ای شیوع یافته است. طبق آمارهای رسمی، تعداد معتادان به مواد مخدر در ایران به بیش از دو میلیون نفر می‌رسد و درصد قابل توجهی از این افراد را مردان متأهل تشکیل می‌دهند (هیدر و دوگر، ۲۰۲۰). این گروه به دلیل مسئولیت‌های خانوادگی، اجتماعی و شغلی خود، با چالش‌های بیشتری در مقابله با اعتیاد و پیامدهای آن مواجه هستند. اعتیاد نه تنها سلامت جسمی و روانی افراد را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه زندگی خانوادگی آن‌ها را نیز مختل کرده و کیفیت روابط آن‌ها با همسر و فرزندان را کاهش می‌دهد. با توجه به پیامدهای جدی این پدیده، ضرورت بررسی روش‌های درمانی مؤثر برای بهبود وضعیت روانی و اجتماعی این افراد امری حیاتی است. امروزه، اعتیاد خطر بزرگی برای ارزش‌های جامعه محسوب می‌شود (عبدی و همکاران، ۱۴۰۳). اعتیاد می‌تواند اثرات روانی و اجتماعی بسیاری در زندگی فرد داشته باشد. دروغ گفتن، دزدی کردن و خیانت همه از عوارض اعتیاد است (دومبروفسکی، ۲۰۲۲). معتادان در زمینه‌ی فکری و فلسفه‌ی زندگی، بی‌اعتنا به زندگی، بی‌هدف، بدبین، بی‌بند و بار و بی‌هیجان و بی‌توجه نسبت به ارزش‌های حاکم بر جامعه هستند (اورورا و کویفمن، ۲۰۲۱). ویژگی مهم اختلالات مصرف مواد تغییر اساسی در مدارهای مغزی است که امکان دارد بعد از مسمومیت‌زایی ادامه یابد، مخصوصاً در افرادی که به اختلالات شدید مبتلا هستند (قاسمی و همکاران، ۱۴۰۳). تأثیرات رفتاری این تغییرات مغزی ممکن است در برگشت‌های مکرر و اشتیاق شدید به دارو در مواقعی که افراد با محرک‌های مرتبط با دارو مواجه می‌شوند، آشکار شوند (بلرت و همکاران، ۲۰۲۳). این تأثیرات مداوم دارو ممکن است در اثر روش‌های درمانی بلندمدت بهبود یابند. یافته‌های پژوهش‌های پیشین حاکی از ارتباط نزدیک بین بهزیستی روانشناختی^۲ پایین و اعتیاد است (آرمانی کیان و همکاران، ۲۰۲۰).

بهزیستی روانشناختی شامل عواملی مانند رضایت از زندگی، تعادل عاطفی، رشد شخصی و احساس معنا و هدف در زندگی است. بهزیستی روانشناختی با سازگاری فیزیکی و روانشناختی، وقایع استرس‌زای زندگی، عملکرد و

رضایت از زندگی مرتبط دانسته شده است (کوهی و همکاران، ۱۴۰۰). بهزیستی روانشناختی بالا می‌تواند عامل مهمی در کاهش میل به مصرف مواد و اعتیاد محسوب شود؛ در مقابل، هرچه اعتیاد شدیدتر باشد، سطوح بهزیستی روانشناختی فرد و مولفه‌های تشکیل دهنده‌ی آن شامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود بیشتر لطمه می‌بیند (شبانی شاد و همکاران، ۱۴۰۳؛ ابوطالبی و همکاران، ۱۴۰۱). در همین راستا، شیدعنبرانی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی با بررسی تأثیر آموزش بهزیستی روانشناختی روی زنان دچار اعتیاد گزارش کردند که بکارگیری این آموزش نه تنها باعث کاهش چشمگیر اعتیاد در زنان می‌شود بلکه وسوسه مصرف مجدد مواد را نیز تا حدود زیادی کاهش می‌دهد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که افراد دچار اعتیاد، به دلیل تجربه مداوم شکست و از دست دادن کنترل بر زندگی خود، دچار کاهش شدید بهزیستی روانشناختی می‌شوند. برای مثال، پژوهش‌هایی نظیر مطالعه شریفی‌نیا (۱۳۸۷) و هادی و جان‌بزرگی (۱۳۸۸) نشان داده‌اند که افراد معتاد از سطوح پایینی از رضایت روانشناختی و سلامت روانی برخوردارند. بهبود بهزیستی روانشناختی می‌تواند عاملی تعیین‌کننده در موفقیت برنامه‌های درمانی باشد، چرا که احساس معنا و ارزش در زندگی به افراد کمک می‌کند تا بر چالش‌های ترک اعتیاد غلبه کنند و به سوی یک زندگی سالم‌تر و سازنده‌تر گام بردارند. علاوه بر بهزیستی روانشناختی، عزت‌نفس^۳ نیز به عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی در بهبود شرایط روانی و اجتماعی افراد معتاد اهمیت زیادی دارد.

براساس یافته‌های پژوهشی، نقص قابل توجهی در عزت‌نفس مردان دچار اعتیاد وجود دارد (گیلانی و همکاران، ۲۰۲۰). عزت‌نفس به معنای ارزیابی مثبت فرد از خود و ارزش‌گذاری به توانمندی‌ها و ویژگی‌های فردی است. اعتیاد معمولاً با احساسات منفی نسبت به خود همراه است و موجب کاهش شدید عزت‌نفس می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که افراد معتاد به دلیل ناتوانی در مدیریت زندگی و فشارهای اجتماعی، معمولاً دچار احساس بی‌ارزشی و نارضایتی از خود می‌شوند. پژوهش بیانی اشکفتکی و همکاران (۱۳۹۹) و غفاری حومدین و دهقان (۱۳۹۹) نشان داده است که برنامه‌های درمانی که بر افزایش عزت‌نفس تمرکز دارند، می‌توانند در بهبود کیفیت

³. self-esteem

¹. Addiction

². psychological well-being

زندگی و کاهش وابستگی به مواد مخدر مؤثر باشند. هیدر و دوگر (۲۰۲۰) نشان دادند که افراد غیرمعتاد در مقایسه با افراد معتاد به مواد مخدری که هیچ‌گونه درمانی دریافت نمی‌کردند، نمره‌های به مراتب بیشتری در مقیاس عزت نفس روزنبرگ به دست می‌آوردند. ارتباط متقابلی بین اعتیاد و عزت نفس پایین نشان داده شده است که براساس آن، فقدان عزت نفس کافی می‌تواند باعث شود افراد در دام اعتیاد گرفتار شوند؛ همچنین، اعتیاد باعث کاهش شدید عزت نفس در افراد دچار اعتیاد می‌شود (جاوک و دیتریچ، ۲۰۱۹). گیلانی و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود دریافتند که افزایش عزت نفس می‌تواند به عنوان ابزاری برای افزایش کیفیت زندگی افراد دچار اعتیاد به کار رود و از شدت اعتیاد آن‌ها بکاهد. دنک و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی که انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که عزت نفس در اعتیاد چنان حایز اهمیت است که افزایش آن می‌تواند به طور چشمگیری اقدام به خودکشی در میان افراد دچار اعتیاد را کاهش دهد.

پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که بهترین مدل‌های درمانی برای کار با افراد دچار اعتیاد، مدل‌های خانواده‌محور^۱ هستند (برای مثال، هوگ و همکاران، ۲۰۲۲؛ ویتنبرون و هالتراپ، ۲۰۲۲؛ کوکورلیس و همکاران، ۲۰۱۹). خانواده، نقش مهمی در مشکلات رفتاری فرد و الگوی گرایش به مصرف مواد دارد به گونه‌ای که برخی از پژوهش‌ها، عوامل مربوط به خانواده را بیشترین عامل در گرایش به مواد می‌دانند (رهبری غازی و همکاران، ۱۴۰۱). یکی از روش‌های درمانی که در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است، برنامه درمانی یکپارچه توحیدی خانواده‌محور^۲ است. این رویکرد درمانی با تأکید بر تعامل میان خانواده، معنویت و فردیت، به دنبال ارائه یک رویکرد جامع برای بهبود بهزیستی روانشناختی و عزت نفس افراد دچار اعتیاد است. معنویت و پیوندهای خانوادگی به عنوان دو عامل کلیدی در این روش، باعث تقویت هویت فردی و ایجاد حس همبستگی و پذیرش می‌شود. این برنامه بر خلاف بسیاری از رویکردهای درمانی که تنها به ابعاد فردی می‌پردازند، بر اهمیت تعامل میان فرد، خانواده و باورهای معنوی تأکید می‌کند و این ویژگی می‌تواند به ویژه برای مردان متأهل دچار اعتیاد مؤثر باشد.

در مقایسه با روش‌های درمانی سنتی مانند درمان شناختی-رفتاری که بر تغییر الگوهای فکری و رفتاری تمرکز دارد، برنامه درمانی یکپارچه

توحیدی با تأکید بر حمایت‌های خانوادگی و تقویت معنویت، به افراد کمک می‌کند تا درک عمیق‌تری از هویت خود و موقعیت اجتماعی‌شان پیدا کنند. این رویکرد جامع به فرد این امکان را می‌دهد که علاوه بر ترک مواد، به بهبود روانشناختی و ارتباطات اجتماعی خود نیز دست یابد. با این حال، خلاهای پژوهشی مهمی در این زمینه وجود دارد. بسیاری از مطالعات پیشین، به تأثیر برنامه‌های درمانی بر عزت نفس یا بهزیستی روانشناختی به طور جداگانه پرداخته‌اند و کمتر پژوهشی به بررسی همزمان این دو متغیر در چارچوب یک برنامه جامع درمانی پرداخته است. همچنین، کمبود پژوهش‌هایی که به طور خاص به مردان متأهل دچار اعتیاد پرداخته‌اند، ضرورت انجام این پژوهش را برجسته‌تر می‌کند.

مردان متأهل دچار اعتیاد، به دلیل مسئولیت‌های خانوادگی و انتظارات اجتماعی، بیش از دیگران در معرض آسیب‌های ناشی از اعتیاد قرار دارند. این افراد اغلب با کاهش عزت نفس و بهزیستی روانشناختی مواجه می‌شوند، که هر دو از عوامل کلیدی در مقابله با چالش‌های زندگی و موفقیت در ترک اعتیاد محسوب می‌شوند. در همین راستا، برنامه‌های درمانی متعددی برای بهبود وضعیت افراد مبتلا به اعتیاد ارائه شده‌اند که برخی از آنها به ابعاد روانشناختی، معنوی و خانوادگی این افراد توجه ویژه‌ای دارند. درمان یکپارچه توحیدی خانواده‌محور با در نظر گرفتن تعامل میان این ابعاد، به ارائه یک رویکرد جامع برای بهبود افراد دچار اعتیاد می‌پردازد. این برنامه درمانی با تأکید بر معنویت، ارتباط با خانواده و افزایش خودآگاهی، به بهبود عزت نفس و بهزیستی روانشناختی کمک می‌کند.

علی‌رغم شواهد موجود در خصوص اثرات مثبت معنویت و حمایت خانواده بر درمان اعتیاد، هنوز شکاف‌های پژوهشی مهمی در این حوزه وجود دارد. همچنین، در مطالعات کمی به طور خاص به تأثیر این درمان‌ها بر مردان متأهل دچار اعتیاد توجه شده است، در حالی که این گروه به دلیل نقش‌های خانوادگی و اجتماعی خود با چالش‌های خاصی در مسیر ترک اعتیاد روبرو هستند. علاوه بر این، تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی می‌تواند نتایج درمان‌های مختلف را تحت تأثیر قرار دهد، لذا بررسی اثربخشی این برنامه در شرایط فرهنگی و اجتماعی خاص هر جامعه ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر با توجه به این خلاهای پژوهشی طراحی شده است. هدف از این مطالعه، ارزیابی اثربخشی برنامه درمانی یکپارچه توحیدی

^۱. family-focused modules

^۲. monotheistic integrated family-based treatment program

خانواده‌محور بر بهبود بهزیستی روانشناختی و افزایش عزت‌نفس مردان متأهل دچار اعتیاد است. این پژوهش با توجه به ساختار جامع برنامه درمانی و تمرکز بر نیازهای ویژه این گروه، می‌تواند به پر کردن شکاف‌های موجود در این حوزه کمک کند و راهکارهایی نوین برای بهبود وضعیت افراد مبتلا به اعتیاد ارائه دهد. همچنین، نتایج این پژوهش می‌تواند به درمانگران و سیاست‌گذاران در حوزه اعتیاد کمک کند تا برنامه‌های مؤثرتری برای بهبود سلامت روانی و اجتماعی این گروه از افراد طراحی و اجرا کنند. با توجه به تمامی موارد مطرح شده سوال اصلی پژوهش این است که آیا برنامه درمانی یکپارچه توحیدی خانواده‌محور می‌تواند به طور مؤثری به بهبود بهزیستی روانشناختی و افزایش عزت‌نفس مردان متأهل دچار اعتیاد کمک کند؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش حاضر نیمه-آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه پژوهش شامل تمامی مردان متأهل دچار اعتیاد شهرستان یزد در سال ۱۴۰۲ بود که از این میان ۳۰ خانواده با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل جنسیت مرد، سابقه دست‌کم ۱ سال زندگی مشترک، موافقت همه اعضای خانواده برای حضور و مشارکت فعالانه در جلسات آموزش، دارای سابقه دست‌کم ۱ سال اعتیاد به مواد مخدر که به شیوه خوداظهاری کنترل شد، کسب نمره‌ی کمتر از ۵۴ در مقیاس بهزیستی روانشناختی (ریف، ۱۹۸۹) و نمره کمتر از ۲۵ در مقیاس عزت‌نفس (روزنبرگ، ۱۹۶۵)؛ ملاک‌های خروج شامل مصرف هرگونه داروی ترک اعتیاد مثل متادون و بوپرنورفین، فوت همسر یا طلاق، هرگونه تجربه وقایع آسیب‌زای روانشناختی شدید در طول ۱ سال گذشته (مانند مرگ والدین یا افراد نزدیک که به شیوه خوداظهاری کنترل شد) بود.

ب) ابزار

مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف^۱ (Ryff): این مقیاس توسط ریف (۱۹۸۹) ساخته شده و شامل ۱۸ ماده و شش عامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است که براساس یک طیف لیکرت ۶ رتبه‌ای (از ۱ = کاملاً مخالفم تا ۶

= کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه‌ی نمره‌های این مقیاس بین ۱۸ و ۱۰۸ است که نمره‌ی بیشتر نشان دهنده‌ی بهزیستی روانشناختی بیشتر است. در نسخه اصلی ضریب پایایی برای کل ابزار ۰/۷۹ گزارش شده است و ساختار عاملی آن با استفاده از تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفته است. در نسخه فارسی خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) در یک تحلیل عاملی تأییدی تک گروهی نشان دادند که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس از برازش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه‌ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ گزارش کردند. همچنین جلوداری (۱۴۰۰) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹ گزارش کرد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۷۶ برآورد شد.

مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ^۲ (RSES): این مقیاس توسط روزنبرگ (۱۹۶۵) تهیه شده و شامل ۱۰ ماده است. ماده‌های این مقیاس براساس یک طیف لیکرت ۴ رتبه‌ای (از ۱ = کاملاً مخالفم تا ۴ = کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه‌ی نمره‌های این مقیاس بین ۱۰ تا ۴۰ است که نمره‌ی بالاتر نشان دهنده‌ی عزت‌نفس بالاتر است. در نسخه اصلی ضریب پایایی برای کل ابزار ۰/۸۳ گزارش شده است و ساختار عاملی آن با استفاده از تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفته است. در نسخه فارسی این ابزار رجبی و بهلول (۱۳۸۶) ضرایب همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و روایی واگرایی آن را با استفاده از مقیاس وسواس مرگ ۰/۳۴ - گزارش کردند. همچنین جلوداری (۱۴۰۰) پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار برابر با ۰/۸۴ برآورد شد. برنامه درمانی یکپارچه توحیدی خانواده‌محور: این برنامه در قالب ده جلسه تدوین شد و به صورت هفته‌ای دو جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به اجرا در آمد. روایی محتوایی این برنامه با استفاده از نظر ۵ متخصص موضوعی در حوزه روانشناسی و اعتیاد با استفاده از ضریب CVR و CVI برآورد شد که به ترتیب عبارت بود از ۰/۷۹ و ۰/۸۳ که بیانگر وضعیت مطلوب عناصر تدوین شده در برنامه درمانی بود. جزییات این برنامه در جدول ۱ ارائه شده است.

². Roseberg's Self-Esteem Scale

¹. Ryff's Psychological Well-Being Scale

جدول ۱. برنامه درمانی یکپارچه توحیدی خانواده‌محور محقق‌ساخته

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
نخست	معارفه و آشنایی و آموزش تن آرامی	معرفی کامل اعضا توسط خودشان؛ توزیع آیین‌نامه گروه درمانی و توضیح درباره آن توسط درمان‌گر؛ پیمان جمعی برای رعایت قوانین گروه به ویژه اسرار یکدیگر؛ توضیح رابطه بدن و روان؛ بیان اصول کلی تن آرامی؛ تمرین تن آرامی.	تکلیف منزل: روزی دوبار و هر بار به مدت پنج دقیقه طبق دستور، تن آرامی را تمرین کنید.
دوم	بررسی انگیزه تغییر، خودافشایی کردن اعضا و بیان احساسات و انتظارات	مرور تکلیف جلسه قبل؛ اجرای تن آرامی؛ توضیح اهمیت خودافشایی در فرایند درمان؛ ترغیب اعضا به مشارکت در خودافشایی و تشویق افراد پیشگام؛ توضیح لزوم ابراز احساسات و بیان انتظارات؛ بیان احساس اعضای خانواده نسبت به یکدیگر؛ جمع‌بندی و تقویت عزت نفس و انگیزه توسط درمان‌گر.	تکلیف منزل: (۱) تا جلسه بعد، بعضی از مشکلات شخصی خود را با همسر خود در میان بگذارید و گزارش آن را به درمان‌گر بدهید. (۲) خواسته‌ها و انتظارات خود از اعضای خانواده را بنویسید و آن‌ها را به منطقی یا غیرمنطقی، عملی یا غیرعملی تقسیم و خواسته‌های منطقی و عملی خود را مشخص کنید.
سوم	بررسی مشکلات، علل گرایش به اعتیاد، تعیین اولویت‌های درمانی	مرور تکلیف جلسه قبل؛ اجرای تن آرامی؛ اعلام موضوع توسط درمان‌گر؛ بیان مشکلات رفتاری و روانی توسط اعضا؛ تهیه فهرست جامع مشکلات توسط درمان‌گر؛ بیان علل اعتیاد توسط اعضا؛ جمع‌بندی توسط درمان‌گر.	تکلیف منزل: با اعضای خانواده درمورد مشکلات مشترک و اولویت آن‌ها گفتگو کنید و نتیجه را به درمان‌گر ارائه دهید. با تأمل در سیر اعتیاد خود، سایر عللی که در گروه مطرح نکردید را نوشته و در جلسه بعد به درمان‌گر ارائه دهید.
چهارم	راهکارهای ترک اعتیاد و بررسی موانع و راه‌حل‌ها	مرور تکلیف جلسه قبل؛ اجرای تن آرامی؛ اعلام موضوع توسط درمان‌گر؛ توضیح راهکارهای متنوع ترک اعتیاد توسط اعضا و نقش اعضای خانواده در آن؛ بیان مشکلات و موانع بهبودی توسط اعضا؛ ارائه راه‌حل توسط سایر اعضا یا درمان‌گر برای مشکلات مطرح شده؛ معرفی راهبردهای مقابله‌ای و نقش آن‌ها در تداوم اعتیاد؛ جمع‌بندی و تقویت عزت نفس اعضا.	تکلیف منزل: در مورد سه فعالیت مهمی که باید برای بهبود خود انجام دهید فکر کنید و آن‌ها را همراه با مشکلات احتمالی یادداشت کنید. در مورد کارهایی که برای غلبه بر موانع و سختی‌های درمان باید انجام دهید با اعضای گروه و خانواده صحبت کنید و نتیجه را به درمان‌گر ارائه دهید.
پنجم	خودافشایی واقعی، شکستن انکار و تقویت راستگویی	مرور تکلیف جلسه قبل؛ اجرای تن آرامی؛ بیان احساسات و حالات اعضا و بازخورد درمان‌گر؛ شناسایی مقاومت‌ها و انکارها و تلاش برای کاهش آن‌ها و ایجاد بینش؛ مواجهه اعضا با یکدیگر و اعضای خانواده برای برملاسازی انکارها و توجیه‌ها؛ مداخله درمان‌گر برای راهنمایی و کاهش تنش؛ جمع‌بندی و نتیجه‌گیری توسط درمان‌گر.	تکلیف منزل: در مورد خصوصی‌ترین مسائل خود که تا کنون با هیچ‌کس در میان نگذاشته‌اید دو صفحه بنویسید و به درمان‌گر تحویل دهید. در مورد دروغ‌ها و انکارهای خود فکر کرد و برای کم کردن آن‌ها با سایر اعضای خانواده مشورت کنید و نتیجه را به درمان‌گر اعلام نمایید.
ششم	پذیرش اشتباهات خود و تخلیه هیجانی	مرور تکلیف جلسه قبل؛ اجرای تن آرامی؛ آموزش تکنیک صندلی داغ توسط درمان‌گر؛ نشستن اعضا روی صندلی داغ و بیان اشکالات خود و شنیدن انتقادهای سایر اعضا جز خانواده؛ توضیح اهمیت و چگونگی تخلیه هیجانی؛ ابراز خشم و انزجار اعضا از کسانی که عمیقاً از او عصبانی‌اند؛ مداخله درمان‌گر در هیجانات شدید و کنترل آن؛ جمع‌بندی و ارائه روش‌های مناسب تخلیه هیجانی در منزل توسط درمان‌گر.	تکلیف منزل: تا جلسه بعد، حداقل سه بار در مقابل آینه ایستاده و اشکالات خود را با صدایی که خودتان بشنوید بیان کنید. در یک مکان خلوت، با صدای بلند خشم خود را از کسانی که شما را ناراحت کرده‌اند، ابراز کنید.
هفتم	دلبستگی، صمیمیت و توبه	مرور تکلیف جلسه قبل؛ اجرای تن آرامی؛ بیان ویژگی‌های مثبت اعضا توسط خانواده‌ها؛ تماس جسمی و ابراز علاقه اعضا با خانواده‌شان؛ توضیح درمان‌گر درباره عشق خدا به بندگان و برانگیختن احساس مثبت اعضا نسبت به خدا؛ بیان تجارب معنوی و حالات توبه توسط اعضای گروه؛ تبیین معنای حقیقی توبه توسط درمان‌گر.	تکلیف منزل: سه نفر از اعضای خانواده و سه نفر از اعضای نزدیک گروه را انتخاب کنید و ویژگی‌های مثبت آن‌ها را بنویسید و به درمان‌گر ارائه دهید. در مورد وظایف خود در برابر خدا و لزوم انجام توبه حقیقی از رفتارهای نادرست گذشته با اعضای خانواده صحبت و مشخص کنید که از چه رفتار معینی به چه دلیل و براساس چه ضمانت اجرایی می‌خواهید توبه کنید.
هشتم	بررسی معنا و هدف زندگی	مرور تکلیف جلسه قبل؛ اجرای تن آرامی؛ اعلام موضوع توسط درمان‌گر؛ بیان اهداف و معنای زندگی توسط اعضا؛ بحث گروهی اعضا درباره وظایف و	تکلیف منزل:

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
		مسئولیت‌هایشان در برابر خانواده، جامعه و خدا؛ جمع‌بندی و نتیجه‌گیری توسط درمان‌گر.	مهم‌ترین اهداف خود را در زندگی فهرست کرده و دلیل علاقه‌تان به ادامه زندگی را بنویسید. مسئولیت کارهای خودتان با بر عهده بگیرید و در مقابل اشتباهاتتان شجاعانه معذرت‌خواهی کنید.
نهم	گسترش شبکه حمایت اجتماعی	مرور تکلیف جلسه قبل؛ اجرای تن‌آرامی؛ اعلام موضوع توسط درمان‌گر؛ بحث اعضا درباره وضعیت کنونی روابط خانوادگی و اجتماعی‌شان؛ توضیح درمان‌گر درباره اهمیت صله رحم ارائه راهکارهای مناسب بر گسترش روابط اجتماعی؛ تبیین مراقبه نیایش توسط درمان‌گر؛ بیان احساس معنوی اعضا از حالات منوی خود؛ آموزش روش صحیح مراقبه و نیایش.	تکلیف منزل: با استفاده از راهکارهای ارائه شده، ارتباط خود با خانواده، اقوام و دوستان را بیشتر کنید و گزارش آن را به گروه ارائه دهید. با دوستان خود و اعضای خانواده جلسات مراقبه و نیایش تشکیل دهید و در آن به مراقبه و نیایش بپردازید.
دهم	مواجهه با لغزش و اختتامیه	مرور تکلیف جلسه قبل؛ اجرای تن‌آرامی؛ توضیح درمان‌گر درباره تفاوت لغزش و عود؛ بیان تجارب اعضا از لغزش‌های خود و احساس خود در آن لحظه؛ راهنمایی درمان‌گر برای مواجهه صحیح با لغزش؛ نظرسنجی اعضا درباره فرایند جلسات گروه؛ توصیه درمان‌گر برای استمرار جلسات در قالب‌های دیگر؛ طلب عفو و بخشودگی اعضا از یکدیگر و اعضای خانواده.	

ج) روش اجرا

روش اجرای این مطالعه به این صورت بود که با کمک کلینیک‌های ترک اعتیاد شهرستان یزد به شناسایی مردان معتاد واجد شرایط پژوهش از میان مراجعان اقدام شد. در هنگام شناسایی آزمودنی‌ها، پژوهشگر در یک مصاحبه اولیه اقدام به تشریح اهداف پژوهش، اصول اخلاقی، پاسخ به پرسش‌های احتمالی مشارکت‌کنندگان، درخواست شرکت در پژوهش و دریافت رضایت آگاهانه کرد. در طول مصاحبه اولیه، کلیه پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان ابزار غربال‌گری و همچنین پیش‌آزمون به مشارکت‌کنندگان به صورت انفرادی و مجزا ارائه شد (لازم به اشاره است که کلیه اعضای خانواده در جلسات آموزشی مشارکت داشتند با این حال شوهران، مشارکت‌کننده اصلی پژوهش بودند و فقط آن‌ها و به صورت خصوصی مورد سنجش قرار گرفتند). از میان مشارکت‌کنندگان، آن‌هایی که نمره‌ی مطلوب (به لحاظ عملکرد روانشناختی) به دست آورند حذف و شرکت‌کنندگان جدیدی که براساس راهنمای هر ابزار، نمره و عملکرد ضعیفی داشتند، شناسایی و جایگزین شدند. پس از پایان مصاحبه اولیه، هر مشارکت‌کننده به صورت تصادفی به یکی از ۲ گروه (گروه آزمایش و گروه گواه) تخصیص یافتند. از مشارکت‌کنندگان هر گروه دعوت شد تا در زمان تخصیص یافته برای هر گروه در یک کلینیک تخصصی روانشناسی و مشاوره مشخص حضور یابند. گروه آزمایش براساس دستورالعمل مربوطه خود، تعداد جلسات آموزش مرتبط را توسط

پژوهشگر دریافت کرد در حالی که گروه گواه در این مدت هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. پس از پایان آخرین جلسه‌ی گروه آزمایش، پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان پس‌آزمون اجرا شد. در نهایت، ۲ ماه پس از آخرین جلسه درمان، سنجش پیگیری انجام شد. در نهایت، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS انجام شد و تفسیر اطلاعات صورت گرفت.

یافته‌ها

در گروه آزمایش، میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها به ترتیب ۴۰/۸۷ و ۹/۶۸۷ سال، میانگین و انحراف معیار طول مدت ازدواج آزمودنی‌ها ۱۹۶/۹۳ (≈ ۱۷ سال) و ۱۰۶/۱۹۹ (≈ ۹ سال)، میانگین و انحراف معیار طول مدت مصرف مواد آزمودنی‌ها به ترتیب ۱۵۰/۴ (≈ ۱۳ سال) و ۹۱/۴۸۷ (≈ ۸ سال) و میانگین و انحراف معیار تعداد فرزندان آزمودنی‌ها به ترتیب ۲ و ۱ نفر بود. در گروه گواه نیز، میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها به ترتیب ۳۹/۰۷ و ۱۲/۴۸۱ سال، میانگین و انحراف معیار طول مدت ازدواج آزمودنی‌ها ۱۸۹/۶ (≈ ۱۶ سال) و ۱۵۶/۶۰۵ (≈ ۱۳ سال)، میانگین و انحراف معیار طول مدت مصرف مواد آزمودنی‌ها به ترتیب ۱۷۸/۸ (≈ ۱۵ سال) و ۱۳۲/۴۳۲ (≈ ۱۱ سال) و میانگین و انحراف معیار تعداد فرزندان آزمودنی‌ها به ترتیب ۱/۴ و ۱/۲۴۲ نفر بود. همچنین، در گروه آزمایش، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) دارای ازدواج سنتی و ۷ نفر (۴۶/۷ درصد)

درصد) سیکل و ۹ نفر (۶۰ درصد) دیپلم؛ و در نهایت، نوع اعتیاد ۱ نفر (۶/۷ درصد) الکحل، ۱۴ نفر (۹۳/۳ درصد) افیونی و ۳ نفر (۲۰ درصد) ترکیب الکحل و مواد افیونی بود. شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد مشارکت‌کنندگان پژوهش در متغیرهای بهزیستی روانشناختی و عزت نفس به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

درصد) ترکیبی؛ همچنین، ۱۴ نفر (۹۳/۳ درصد) در طبقه کم درآمد و ۱ نفر (۶/۷ درصد) متوسط؛ سطح تحصیلات ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) سیکل و ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) دیپلم؛ و در نهایت، نوع اعتیاد ۱۵ نفر (۱۰۰ درصد) افیونی و ۳ نفر (۲۰ درصد) هم افیونی و هم الکلی بود. به همین شکل در گروه گواه، ۱۱ نفر (۷۳/۳ درصد) دارای ازدواج سنتی و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) ترکیبی؛ همچنین، ۱۳ نفر (۸۶/۷ درصد) در طبقه کم درآمد و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) متوسط؛ سطح تحصیلات ۱ نفر (۶/۷ درصد) بی‌سواد، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد)

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها و مراحل اندازه‌گیری

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		چولگی	کشیدگی
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
بهزیستی روانشناختی	گروه آزمایش	۳۳/۸۷	۸/۶۹۲	۶۵/۳۳	۱۴/۴۸	۵۷/۸۷	۱۴/۱۵۷	۰/۴۰۲	۰/۱۱۴
	گروه گواه	۳۴/۰۷	۸/۷۷۹	۳۳/۰۶	۸/۰۰۷	۳۳/۰۷	۸/۳۷۱	۰/۲۴۹	۰/۱۳۹
استقلال	گروه آزمایش	۱۲/۲۴	۲/۶۷	۱۵/۴۵	۲/۸۳	۱۴/۳۴	۲/۷۶	۰/۰۵۹	-۰/۵۹۲
	گروه گواه	۱۳/۵۴	۳/۵۵	۱۲/۷۶	۲/۲۲	۱۳/۲۳	۲/۱۷	۰/۰۳۷	-۱/۴۳۴
تسلط بر محیط	گروه آزمایش	۱۲/۱۲	۰/۵۶۶	۱۴/۳۴	۲/۴۲	۱۴/۸۹	۰/۵۶۶	۰/۳۳۷	-۱/۷۱۹
	گروه گواه	۱۱/۲۳	۱/۵۲۰	۱۱/۵۴	۲/۳۴	۱۱/۳۲	۱/۵۲۰	۰/۴۲۲	-۱/۱۹۶
رشد شخصی	گروه آزمایش	۱۰/۱۰	۰/۴۱۱	۱۳/۹۸	۳/۶۴	۱۳/۷۶	۳/۷۴	۰/۲۷۵	۰/۴۲۲
	گروه گواه	۱۰/۲۵	۰/۳۴۰	۱۱/۱۰	۲/۲۴	۱۰/۹۲	۲/۲۷	-۰/۰۶۸	۰/۲۷۵
ارتباط با دیگران	گروه آزمایش	۱۳/۵۶	۲/۸۸	۱۵/۹۹	۰/۵۶۶	۱۴/۶۵	۳/۹۰	۰/۴۴۲	۰/۴۴۶
	گروه گواه	۱۳/۱۲	۰/۰۶۸	۱۲/۴۳	۱/۵۲۰	۱۲/۳۶	۲/۴۹	۰/۱۴۶	۰/۲۶۲
هدفمندی	گروه آزمایش	۱۰/۶۸	۲/۴۴	۱۴/۴۳	۲/۳۳	۱۴/۲۳	۲/۴۲	۰/۰۵۹	-۰/۵۹۲
	گروه گواه	۱۱/۱۷	۲/۱۷	۱۱/۴۳	۲/۵۶	۱۱/۸۷	۲/۱۹	۰/۰۳۷	-۱/۴۳۴
پذیرش خود	گروه آزمایش	۱۰/۱۴	۱/۵۲۰	۱۴/۹۶	۳/۹۰	۱۴/۴۵	۳/۹۰	۰/۳۳۷	-۱/۷۱۹
	گروه گواه	۱۱/۵۶	۲/۸۸	۱۱/۶۴	۲/۳۴	۱۰/۷۶	۰/۵۶۶	۰/۴۲۲	-۱/۱۹۶
عزت نفس	گروه آزمایش	۱۷/۸	۴/۸۷۳	۲۹/۰۷	۴/۷۷۳	۲۶/۴۷	۴/۹۸۴	۰/۲۷۵	۰/۱۶۴
	گروه گواه	۱۸/۲	۴/۱۲۷	۱۸/۶	۳/۵۰۱	۱۸/۳	۳/۲۵۶	-۰/۰۶۸	۰/۲۶۲

احتمال در آزمون‌های لون برای تمامی متغیرهای مورد بررسی بیشتر از ۰/۰۵ است، لذا فرض همگنی واریانس‌ها در سطح خطای ۰/۰۵ در گروه‌های مورد مطالعه محقق شده است. به عبارتی واریانس‌های خطای متغیرهای بهزیستی روانشناختی و عزت نفس در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اختلاف معنی‌داری ندارند. از آزمون ام‌باکس برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس استفاده شد ($F=1/49$) و از آن جایی که مقدار احتمال به‌دست آمده در آزمون ام‌باکس از سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۱ بیشتر بود، لذا شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس در سطح خطای ۰/۰۱ برقرار است. همچنین با استفاده از آزمون

پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، نسبت به بررسی مفروضه‌های آماری اقدام شد. در گام اول پیروی از توزیع نرمال با استفاده از مقادیر چولگی و کشیدگی مورد بررسی قرار گرفت و همچنین از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد و نتایج نشان داد متغیرهای بهزیستی روانشناختی و عزت نفس در گروه‌های گواه و آزمایش در مراحل مختلف پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح خطای ۵ درصد دارای توزیع نرمال است ($p>0/05$). یکی دیگر از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برابری واریانس‌های خطا می‌باشد که برای سنجش آن از آزمون لون استفاده گردید. نتایج بررسی برابری واریانس‌های خطا، نشان داد که مقادیر

کرویت مایلی کروی بودن شکل ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته در مدل مربوط به فرضیه تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. مقادیر احتمال به دست آمده در آزمون فرضیه کرویت مایلی برای تمامی متغیرهای تحقیق از سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۵ بیشتر می‌باشد. لذا فرضیه کرویت (همگنی ماتریس واریانس-کواریانس) با مقادیر کرویت مایلی گزارش شده برای متغیرهای بهزیستی روانشناختی ($F=0/861$) و عزت

نفس ($F=0/852$) در سطح خطای ۰/۰۵ قبول می‌شود. لذا پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برقرار بوده و می‌توان از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تحلیل اثر مداخله استفاده نمود. در جدول ۳ نتایج آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی اثر زمان و اثر متقابل زمان و گروه بر متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز برای بررسی اثر عامل زمان و اثر متقابل زمان در گروه بر متغیرهای بهزیستی روانشناختی و عزت نفس

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	Sig	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلای	۰/۹۸۳	۴۵۰/۳۵	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۱/۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۱۷	۴۵۰/۳۵	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۱/۰۰
اثر هتلینگ	۵۸/۷۴	۴۵۰/۳۵	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۱/۰۰
بزرگترین ریشه روی	۵۸/۷۴	۴۵۰/۳۵	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۱/۰۰

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $p < 0/05$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد و می‌توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (بهزیستی روانشناختی و عزت نفس) بین دو گروه، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. با توجه به اندازه اثر

محاسبه شده، ۹۸ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱/۰۰ است، بدین معنی که آزمون توانسته با توان ۱۰۰ درصد فرض صفر را رد کند.

جدول ۴. نتایج اثرات درون گروهی و بین گروهی مربوط به مقایسه متغیرهای بهزیستی روانشناختی و عزت نفس

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذورات
بهزیستی روانشناختی	مراحل آزمون	۷۲/۱۰۴	۲	۳۶/۰۵۲	۴۰/۴۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱
	تعامل مراحل آزمون و گروه	۷۲/۱۰۴	۱/۴۰۴	۵۱/۳۷	۴۰/۴۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱
	عضویت گروهی	۷۲/۱۰۴	۱/۵۰۷	۴۷/۸۶	۴۰/۴۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱
استقلال	مراحل آزمون	۲۸/۱۰۴	۲	۱۴/۰۵	۳۶/۰۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۲
	تعامل مراحل آزمون و گروه	۲۸/۱۰۴	۱/۳۰۵	۲۱/۵۴	۳۶/۰۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۲
	عضویت گروهی	۲۸/۱۰۴	۱/۳۹۳	۲۰/۱۷	۳۶/۰۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۲
تسلط بر محیط	مراحل آزمون	۴۹/۷۶۳	۴	۱۲/۴۴	۱۳/۹۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰۰
	تعامل مراحل آزمون و گروه	۴۹/۷۶۳	۲/۸۰	۱۷/۷۲	۱۳/۹۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰۰
	عضویت گروهی	۴۹/۷۶۳	۳/۰۱۳	۱۶/۵۱	۱۳/۹۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰۰
رشد شخصی	مراحل آزمون	۲۷/۱۴۱	۴	۶/۷۸	۱۷/۴۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵۳
	تعامل مراحل آزمون و گروه	۲۷/۱۴۱	۴	۶/۷۸	۱۷/۴۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵۳
	عضویت گروهی	۲۷/۱۴۱	۲/۶۰۹	۱۰/۴۰	۱۷/۴۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵۳
ارتباط با دیگران	مراحل آزمون	۱۳۲۱/۴	۲	۶۶۰/۷	۸۸/۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۰
	تعامل مراحل آزمون و گروه	۱۳۷۸/۲	۲	۶۸۹/۱	۹۲/۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۸
	عضویت گروهی	۴۱۶/۹	۵۶	۷/۴۴	۹۲/۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۸
هدفمندی	مراحل آزمون	۷۴/۸۰۰	۶۳/۲۷	۱/۱۸۲	۳۶۹/۰۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۹

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
تعالیم مراحل آزمون و گروه	عضویت گروهی	۳۲/۷۵۶	۸۴	۰/۳۹۰	۳۵۴/۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۷
		۳۲/۷۵۶	۵۴/۷۷	۰/۶۹۸	۳۵۴/۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۷
		۳۳۵۰/۸	۲	۱۶۷۵/۴	۳۶۹/۰۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۹
		۳۲۱۶/۹	۲	۱۶۰۸/۴	۳۵۴/۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۷
پذیرش خود	عضویت گروهی	۲۵۴/۲	۵۶	۴/۵۴	۳۵۴/۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۷
		۳۱۹/۰۳	۲	۱۵۹/۵	۴۹/۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۰
		۳۹۶/۸	۲	۱۹۸/۴	۶۱/۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۹
		۱۷۹/۵۱	۵۶	۳۵۴/۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۷	

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در درمان یکپارچه توحیدی خانواده محور بر بهزیستی روانشناختی و عزت نفس در زمان‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < ۰/۰۱$). نتایج نشان می‌دهد که ۴۹ و ۶۸ درصد از تغییرات درون گروهی متغیرهای بهزیستی روانشناختی و عزت نفس به وسیله زمان تبیین می‌شود. نتایج مربوط به اثر تعاملی بین زمان و گروه نشان می‌دهد که این اثر در تمامی متغیرها معنی‌دار است ($p < ۰/۰۱$). بنابراین بین سطوح مختلف زمان و سطوح مختلف گروه‌ها

تعالیم وجود دارد. اندازه اثرها نشان می‌دهند که ۴۹ و ۶۸ درصد از تغییرات درون گروهی به وسیله اثر متقابل زمان در گروه تبیین می‌شود. نتایج مربوط به اثرات بین گروهی مندرج در جدول ۴ بیان می‌دارد که بین امتیازات متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < ۰/۰۱$). به عبارتی برای هر یک از متغیرهای بهزیستی روانشناختی و عزت نفس تفاوت معنی‌داری بین شرکت‌کننده‌های گروه گواه و گروه آزمایش وجود دارد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای بهزیستی روانشناختی و عزت نفس

متغیر	زمان ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	۱/۷۳	۰/۳۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۰/۹۷	۰/۳۷	۰/۰۳۴
	پس آزمون	-۰/۷۶	۰/۳۴	۰/۰۹۸
عزت نفس	پیش آزمون	۴/۲۳	۰/۸۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۳/۹۹	۰/۹۱	۰/۰۰۱

نتایج آزمون بنفرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌های مورد بررسی در مراحل پیش آزمون-پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری به لحاظ آماری معنادار اما تفاوت آن میانگین‌ها در مراحل پس آزمون پیگیری غیرمعنادار است. همچنین نتایج آزمون بنفرونی در مقایسه اثرات گروه نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌های مورد بررسی در دو گروه آزمایش و گواه به لحاظ آماری معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه درمانی یکپارچه توحیدی خانواده محور در افزایش بهزیستی روانشناختی و عزت نفس مردان متأهل

دچار اعتیاد بود. یکی از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که برنامه درمانی یکپارچه توحیدی خانواده محور بر بهزیستی روانشناختی مردان معتاد به مواد مؤثر است و این اثربخشی در ۲ ماه پس از درمان همچنان تداوم داشت. این یافته با مطالعات شریفی‌نیا (۱۳۸۷) مبنی بر اثربخشی این روش درمانی بر ارتقای وضعیت سلامت روانی زندانیان دارای اعتیاد؛ هادی و جان‌بزرگی (۱۳۸۸)؛ بیاتی اشکفتکی و همکاران (۱۳۹۹) و غفاری حومدین و دهقان (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر بهبود سه مؤلفه صبر، امید و اضطراب وجودی، همسو بود. برای تبیین نظری یافته‌ها، می‌توان از دیدگاه‌های روانشناسی مثبت‌نگر و نظریه‌های مربوط به بهزیستی روانشناختی استفاده کرد. بهزیستی روانشناختی به حالتی اطلاق می‌شود که

فرد احساس رضایت از زندگی و توانمندی در مواجهه با چالش‌های روزمره داشته باشد. برنامه‌های درمانی که به ساختارهای چندوجهی همچون "درمان یکپارچه توحیدی" متکی هستند، از این جهت کارآمد هستند که با تمرکز بر همه جنبه‌های روانی، جسمی، روحانی و اجتماعی، به توانمندسازی فرد برای بازگشت به زندگی سالم و پرانرژی کمک می‌کنند. یکی از نظریه‌هایی که می‌تواند این یافته را تبیین کند، نظریه خودتحقیق‌یابی آبراهام مزلو است. بر اساس این نظریه، افراد نیاز دارند که به شکوفایی و توانمندی‌های بالقوه خود دست یابند (قاسمی و همکاران، ۱۴۰۳). زمانی که فردی از اعتیاد رهایی می‌یابد، برنامه‌های درمانی خانواده‌محور می‌توانند به وی کمک کنند که در کنار خانواده به بازسازی ارزش‌های درونی و اهداف زندگی خود بپردازد. این فرآیند بازسازی باعث می‌شود که فرد نه تنها از مشکلات جسمی اعتیاد نجات یابد، بلکه بهزیستی روانی نیز افزایش یابد، چرا که خانواده به عنوان یک عامل حمایتی قوی، نقشی اساسی در بهبود فرد ایفا می‌کند (کوهی و همکاران، ۱۴۰۰). در این نوع برنامه‌های درمانی، عنصر توحیدی به این معناست که درمان به جای تمرکز بر یک بعد خاص، به تمام ابعاد زندگی فرد توجه دارد. این یکپارچگی در درمان باعث می‌شود که فرد نه تنها از نظر جسمی بلکه از نظر روحی نیز به یک سطح بالاتر از تعادل دست یابد. بر اساس نظریه سیستم‌های خانواده نیز، خانواده به عنوان یک سیستم پویا در نظر گرفته می‌شود و در صورتی که یک عضو سیستم دچار تغییرات مثبت شود، این تغییرات به سایر اعضای خانواده نیز منتقل می‌شود و در نتیجه بهزیستی روانشناختی فرد به دلیل حمایت عاطفی و معنوی از جانب خانواده تداوم می‌یابد (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷). از دید پژوهشگر، تبیین این یافته به نحوه اجرای برنامه درمانی یکپارچه توحیدی خانواده‌محور مرتبط است. این برنامه با ترکیب رویکردهای معنوی و خانوادگی، بر نیازهای عمیق روانی و اجتماعی فرد معتاد تمرکز دارد. معنویت به عنوان یکی از عناصر اصلی برنامه، به افراد کمک می‌کند تا از طریق تقویت ارتباط خود با مفاهیم دینی و الهی، احساس معنای بیشتری در زندگی پیدا کنند. این احساس معنا می‌تواند به بهبود بهزیستی روانشناختی و کاهش تنش‌های روحی فرد کمک کند (قاسمی و همکاران، ۱۴۰۳). همچنین، نقش خانواده در این برنامه بسیار مهم است. مردان متأهل مبتلا به اعتیاد، به دلیل مسئولیت‌های خانوادگی و فشارهای اجتماعی، ممکن است به شکل عمیق‌تری از حمایت خانوادگی سود ببرند. وقتی خانواده به

صورت فعال در فرآیند درمان مشارکت می‌کند، فرد معتاد انگیزه بیشتری برای تغییر پیدا می‌کند، چرا که حمایت عاطفی و روانی خانواده نه تنها در طول درمان بلکه پس از پایان آن نیز ادامه دارد (غفاری و دهقان، ۱۳۹۹). این حمایت مستمر باعث می‌شود که اثربخشی درمان حتی پس از گذشت دو ماه همچنان پایدار بماند. درمان یکپارچه توحیدی با در نظر گرفتن ابعاد مختلف وجودی فرد (جسمانی، روانی، معنوی و اجتماعی) به نوعی تعادل درونی می‌انجامد که بهبود روانشناختی و افزایش بهزیستی فرد را تضمین می‌کند. توجه به این نکته ضروری است که حفظ تعادل بین این ابعاد پس از پایان درمان نیز به واسطه تعاملات مثبت خانوادگی تقویت می‌شود و این موضوع می‌تواند دلیل تداوم اثرات مثبت درمان در ماه‌های پس از آن باشد. یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که برنامه درمانی یکپارچه توحیدی خانواده‌محور بر عزت نفس مردان معتاد به مواد مؤثر است و اثربخشی آن در ۲ ماه پس از درمان همچنان تداوم داشت. این یافته با مطالعات شریفی‌نیا (۱۳۸۷) مبنی بر اثربخشی این روش درمانی بر ارتقای وضعیت سلامت روانی زندانیان دارای اعتیاد؛ هادی و جان‌بزرگی (۱۳۸۸)؛ بیاتی اشکفتکی و همکاران (۱۳۹۹) و غفاری حومدین و دهقان (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر بهبود سه مولفه صبر، امید و اضطراب وجودی همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت برنامه درمانی یکپارچه توحیدی خانواده‌محور یکی از روش‌های درمانی است که بر اساس نظریه توحید و معنویت برای کمک به افراد معتاد به مواد طراحی شده است. این روش درمانی سعی دارد با ایجاد یکپارچگی و وحدت در شخصیت و روابط خانوادگی افراد معتاد، بهبود روانشناختی و اجتماعی آن‌ها را افزایش دهد. برخی از پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نشان داده‌اند که این روش درمانی می‌تواند بر مؤلفه‌های شخصیتی و بالینی افراد معتاد تأثیر مثبت داشته باشد (هادی و جان‌بزرگی، ۱۳۸۸). همچنین این روش درمانی می‌تواند بر کاهش پرخاشگری، افزایش مهارت‌های مقابله با استرس و تقویت روابط خانوادگی افراد معتاد مؤثر باشد. برنامه درمانی یکپارچه توحیدی خانواده‌محور یک روش درمانی است که بر اساس نظریه توحید و معنویت اسلامی برای کمک به افراد معتاد به مواد طراحی شده است. این روش درمانی با ایجاد یکپارچگی و وحدت در شخصیت و روابط خانوادگی افراد معتاد، سعی دارد عزت نفس و اعتماد به نفس آن‌ها را افزایش دهد. این درمان به واسطه از بین بردن احساس گناه و رنجش از

طریق خودافشایی، همرنگی و همدلی گروهی و سایر شرکت‌کننده‌ها و ارائه انواع راه‌کارهای ترک اعتیاد و پیشنهادات متنوع عمدتاً از طرف خود اعضا برای رفع موانع ترک، روزنه امید تازه‌ای برای رهایی از این پدیده شوم و افزایش اعتماد به نفس افراد ایجاد می‌کند (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۳). یک بخش مهم دیگر این درمان، تأکید بر توانمندی‌های خود افراد و کمک به آن‌ها در کشف استعدادها و توانمندی‌هایشان و نقش فعالانه آن‌ها در درمان با ارائه بینش‌ها، راه‌کارها و همفکری‌ها است؛ همچنین، درمانگر با ارزش قائل شدن برای مشارکت افراد در فرآیند درمان چه در قالب داوطلبی یا درخواست، در مراحل مختلفی مثل مرور تکالیف خانگی، مشارکت در بحث‌های گروهی و ارائه پیشنهادها مورد توجه، قدردانی و تأکید درمانگر قرار می‌گیرند تا بویژه اعتماد به نفس و کارآمدی آن‌ها بهبود یابد. همچنین، یکی از مفروضه‌های اساسی این درمان در ارتباط با مشکلات مردان متأهل معتاد، وجود اختلافات خانوادگی و کم‌رنگ شدن پیوندهای خانوادگی و دوستانه است (ابوطالبی و همکاران، ۱۴۰۱)؛ در نتیجه، شکل خانواده‌محور و خانواده‌درمانی این رویکرد به بازسازی این پیوند و افزایش مهر و محبت در بین اعضای خانواده می‌پردازد که به صورت مستقیم و غیرمستقیم باعث افزایش عزت نفس کلیه شرکت‌کنندگان اعم از آزمودنی‌ها و اعضای خانواده‌شان می‌شود. علاوه بر این، افزایش اعتقاد به خدا و ایمان به رحمت و مغفرت سبب تقویت باور به آمرزیده شدن و فرصت توبه و برگشت به مسیر الهی و تقویت‌کننده عزت نفس افراد ترک‌کننده است (جلوداری، ۱۴۰۰).

از دیدگاه پژوهشگر، برنامه درمانی یکپارچه توحیدی خانواده‌محور به دلیل رویکرد جامع آن نسبت به زندگی فرد، می‌تواند به بهبود عزت نفس مردان مبتلا به اعتیاد منجر شود. این برنامه با تمرکز بر تقویت روابط خانوادگی، ایجاد احساس معنای زندگی و مشارکت اجتماعی، به فرد کمک می‌کند تا از نگرش منفی نسبت به خود رهایی یابد و به سمت یک تصویر مثبت و سازنده از خود حرکت کند. مردان متأهل که درگیر اعتیاد بوده‌اند، معمولاً به دلیل فشارهای اجتماعی و خانوادگی احساس ناکارآمدی و شکست می‌کنند. این احساسات منفی معمولاً به کاهش شدید عزت نفس منجر می‌شود. با این حال، زمانی که فرد تحت حمایت خانواده و در چارچوب یک برنامه جامع معنوی قرار می‌گیرد، این احساسات منفی به مرور زمان جای خود را به احساس توانمندی و موفقیت می‌دهند. علاوه بر این،

پژوهشگر معتقد است که عنصر معنوی برنامه درمانی به عنوان یکی از عوامل کلیدی در افزایش عزت نفس ایفای نقش می‌کند. فرد معتاد با به دست آوردن حس ارتباط با یک نیروی بالاتر (مثل خداوند)، از دیدگاه معنوی احساس ارزشمندی و حمایت می‌کند. این احساس درونی می‌تواند منجر به بازسازی هویت فردی و بهبود نگرش فرد نسبت به خود شود. نکته مهم دیگر این است که برنامه درمانی با تمرکز بر حمایت خانوادگی و تداوم این حمایت پس از اتمام درمان، به فرد کمک می‌کند که عزت نفس تازه پیدا شده خود را حفظ کرده و تقویت کند (کوهی و همکاران، ۱۴۰۰). تجربه این حمایت‌ها در طولانی مدت باعث می‌شود که اثرات درمان حتی پس از دو ماه همچنان پایدار بماند. در نتیجه، فرد نه تنها از وابستگی به مواد رهایی پیدا می‌کند، بلکه به فردی با عزت نفس و ارزشمندی بالا تبدیل می‌شود که قادر است با چالش‌های زندگی مواجه شود.

در این پژوهش با چالش‌هایی مواجه بودیم که برخی از آنها به نحوه اجرای برنامه درمانی و ساختار جلسات مربوط می‌شد. از جمله این چالش‌ها می‌توان به دشواری برقراری نظم و حفظ تمرکز در میان تمامی اعضای شرکت‌کننده (شامل آزمودنی‌ها و خانواده‌هایشان) اشاره کرد. تعداد زیاد شرکت‌کنندگان باعث شد که تمرکز و توجه کلیه افراد در طول جلسات به خوبی حفظ نشود. همچنین، حضور غیاب برخی از اعضای خانواده، به‌ویژه فرزندان، در جلسات به دلیل تعداد زیاد شرکت‌کنندگان به‌طور مداوم مشاهده می‌شد، که این امر خود بر روند کلی جلسات تأثیرگذار بود. علاوه بر این، طرح درمانی به‌کار گرفته شده در این پژوهش مبتنی بر یافته‌های آسیب‌شناختی مردان متأهل دچار اعتیاد بود، لذا باید در به‌کارگیری این برنامه برای نمونه‌های زنان دقت بیشتری اعمال شود و اصلاحات متناسب با ویژگی‌های آنان انجام گیرد. یکی دیگر از محدودیت‌ها به محدود جغرافیایی و فرهنگی پژوهش مربوط می‌شود، چرا که تنها مردان متأهل دچار اعتیاد در شهرستان یزد به عنوان نمونه در نظر گرفته شدند، بنابراین تعمیم نتایج به سایر مناطق و فرهنگ‌ها باید با احتیاط انجام شود. همچنین، همزمانی پژوهش با شیوع آنفولانزای فصلی و بیماری کووید-۱۹، باعث افزایش اضطراب و نگرانی در میان شرکت‌کنندگان شد و در برخی جلسات دغدغه‌های سلامتی بر روند جلسات تأثیر منفی گذاشت. در ادامه، پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آینده مطرح می‌شود که می‌تواند در ارتقای برنامه‌های درمانی مؤثر باشد. از جمله، پیشنهاد می‌شود

معنوی و اجتماعی نیز مؤثر است و می‌تواند به عنوان یک رویکرد جامع برای درمان مردان متأهل دچار اعتیاد مورد استفاده قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از خانواده‌هایی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

که در تحقیقات آتی به بررسی اثربخشی برنامه درمانی یکپارچه توحیدی خانواده‌محور روی متغیرهای خانوادگی از جمله رضایت جنسی، رضایت زناشویی، کیفیت روابط همسران، و کیفیت روابط والدین و فرزندان پرداخته شود. همچنین، مقایسه این برنامه درمانی با روش‌های درمانی رایج مانند درمان شناختی-رفتاری و سایر رویکردهای درمانی می‌تواند داده‌های مفیدی در اختیار محققان قرار دهد. بررسی اثربخشی برنامه درمانی بر افراد با باورهای مذهبی مختلف نیز موضوعی مهم است که در تحقیقات آتی می‌تواند مورد توجه قرار گیرد؛ بدین معنا که افراد مذهبی، افرادی با باورهای مذهبی کمتر و افراد غیرمذهبی می‌توانند نمونه‌های مناسبی برای ارزیابی تأثیر این برنامه درمانی باشند. به علاوه، اجرای این برنامه در مردان متأهل دچار اعتیاد از فرهنگ‌ها و شهرهای مختلف می‌تواند دیدگاه‌های جدیدی در مورد کاربردهای درمانی آن ارائه کند. در نهایت، با توجه به اینکه در این پژوهش اثربخشی برنامه درمانی بر ترک اعتیاد مردان متأهل معنادار نبود، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده در محیط‌های مختلف ترک اعتیاد از جمله کمپ‌ها انجام شود تا تأثیر این برنامه بر فرآیند ترک اعتیاد مشخص گردد. از سوی دیگر، نتایج پژوهش کاربردهای مهمی برای روان‌شناسان و مشاوران به همراه دارد. بر اساس یافته‌های به‌دست آمده، به روان‌شناسان و مشاوران توصیه می‌شود که از برنامه درمانی یکپارچه توحیدی خانواده‌محور برای بهبود بهزیستی روانشناختی مردان متأهل دچار اعتیاد استفاده کنند. همچنین، این برنامه می‌تواند به طور مؤثری به بهبود عزت نفس مردان متأهل دچار اعتیاد کمک کند، و از سوی دیگر، نشاط معنوی آنها را افزایش دهد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که برنامه درمانی مذکور نه تنها در بهبود جنبه‌های روانشناختی، بلکه در ارتقای جنبه‌های

منابع

ابوطالبی، حمید؛ یزدچی، نفیسه و اسمخانی اکبری نژاد، هادی (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش تنظیم شناختی هیجان بر بهزیستی روانشناختی و تنظیم شناختی هیجان مردان معتاد شهر اصفهان. سلامت جامعه، ۱۶(۱)، ۲۳-۳۳.

<https://doi.org/10.22123/chj.2022.277960.1700>

بیاتی اشکفتکی، منیره؛ امیرفخرایی، آریتا و شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۹۹). اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های اضطراب وجودی، صبر و امید در زنان افسرده. مطالعات اسلام و روانشناسی، ۱۴(۲۷)، ۹۵-۱۱۵.

<https://doi:10.30471/psy.2020.6428.1690>

جلوداری، آرش (۱۴۰۰). پژوهش تک‌آزمودنی بهبود مهارت‌های ارتباطی، عزت نفس، خودتمایز یافتگی، بهزیستی روانشناختی و نارضایتی از تصویر بدنی بیماران مبتلا به اختلال عصبی ارثی، حسی و سیستم خودمختار نوع ۲ به روش درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

خانجانی، مهدی؛ شهیدی، شهریار؛ فتح آبادی، جلیل؛ مظاهری، محمدعلی و شکری، امید (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. نشریه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۸(۳۲)، ۲۷-۳۶.

<https://magiran.com/p1350282>

رجبی، غلامرضا و بهلول، نسرین (۱۳۸۶). سنجش پایایی و روایی مقیاس عزت نفس روزنبرگ در دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران. پژوهش‌های تربیتی و روانشناختی، ۳(۲)، ۳۳-۴۸.

<https://www.sid.ir/paper/459733/fa>

رهبری غازانی، نسرین؛ حاجلو، نادر و آقاجانی، سیف‌اله (۱۴۰۱). اثربخشی توانمندسازی خانواده مبتنی بر درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر ابرازگری هیجانی و آسیب‌های روانی نوجوانان دارای والدین وابسته به مواد. رویش روانشناسی، ۱۱(۵)، ۱۱۱-۱۲۴.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.5.11.6>

شبان‌ی شاد، نعیمه؛ سعدی پور، اسماعیل و باقری، فریبرز (۱۴۰۳). تدوین مدل شادکامی بر اساس بهزیستی روانشناختی و حمایت اجتماعی با میانجی‌گری هوش هیجانی. مجله علوم روانشناختی، ۲۳(۱۳۹)، ۱۵۸۶-۱۵۶۷.

<http://JPS.23.139.1567>

شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی در کاهش بزهکاری زندانیان. نشریه مطالعات اسلام و روانشناسی، ۲(۳۲)، ۷-۳۲.

https://islamicpsy.rihu.ac.ir/article_1129.html

شیدعنبرانی، بهناز؛ آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا و معینی‌زاده، مجید (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر بهزیستی روانشناختی بر وسوسه بعد از ترک زنان مرکز اقامتی-اجباری ترک اعتیاد. دومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت، مؤسسه آموزش عالی شان‌دیز.

<https://profdoc.um.ac.ir/paper-abstract-1075024.html>

عبدی، حنا؛ فرح بیجاری، اعظم؛ احدی، بتول و خدابخش پیرکلانی، روشنگر (۱۴۰۳). موانع و تسهیل‌کننده‌های بهبودی در مصرف‌کنندگان تحت درمان اعتیاد: یک رویکرد کیفی. مجله علوم روانشناختی، ۲۳(۱۴۴).

غفاری حومدین، فاطمه و دهقان، ماریه (۱۳۹۹). امکان‌سنجی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر تنظیم هیجان و سرزندگی مادران کودکان ناتوان ذهنی. مطالعات اسلامی زنان و خانواده، ۷(۱۳)، ۹۹-۱۲۲.

https://pubs.jz.ac.ir/article_128325.html

قاسمی، سید عبدالکریم؛ غنایی چمن آباد، علی؛ مهدی‌نیا، امیرمحمد و پای، کیانوش (۱۴۰۳). اثربخشی تحریک الکتریکی فراجمعه‌ای با جریان متناوب (tACS) بر ولع مصرف و توان مطلق موج آلفای ناحیه‌ی پیشانی در افراد وابسته به نیکوتین. مجله علوم روانشناختی، ۲۳(۱۴۲).

<https://www.sid.ir/paper/1063242/fa>

کوهی، امیرحسن؛ طباطبایی، سید محمود؛ قندالی، فاطمه و ظفری‌زاده، علی‌اکبر (۱۴۰۰). تأثیر مداخلات روانشناسی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری، بهزیستی روانشناختی و شادکامی پدران وابسته به مواد مخدر دانش‌آموزان. مطالعات آموزشی و آموزشگاهی، ۱۰(۴)، ۲۲۳-۲۴۵.

https://pma.cfu.ac.ir/article_2020.html

هادی، مهدی و جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۸۸). اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مولفه‌های شخصیتی و بالینی. نشریه روانشناسی و دین، ۲(۶)، ۷۱-۱۰۴.

<https://ensani.ir/fa/article/123775>

References

- Abotalebi, H., Yazdchi, N., & Esmokhani Akbarinejad, H. (2022). The effectiveness of cognitive emotion regulation training on psychological well-being and cognitive emotion regulation of addicted men in Isfahan. *Community Health Journal*, 16(1), 23-33. <https://doi.org/10.22123/chj.2022.277960.1700> [In Persian]
- Armani Kian, A., Fathi, M., Moeen, Z., Rostami, B., Safavi, S. Z. A., & Fakour, E. (2020). Relationship of tendency towards substance abuse with spiritual and psychological well-being in students of Zanzan University of medical sciences. *Health, Spirituality*

- and *Medical Ethics*, 7(2), 59-67.
<http://dx.doi.org/10.29252/jhsme.7.2.59/>
- Aurora, P., & Coifman, K. G. (2021). Unpacking social avoidance and substance use in social anxiety: Does extraversion explain behavior variability?. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 43(2), 281-292. <https://doi.org/10.1007/s10862-020-09844-1/>
- Bayati Ashkaftaki, M., Amirfakhraei, A., & Sharifinia, M. H. (2020). The effectiveness of Tawhidi integrated therapy on existential anxiety, patience, and hope in depressed women. *Islamic Studies and Psychology*, 14(27), 95-115.
<https://doi.org/10.30471/psy.2020.6428.1690>
 [In Persian]
- Bellaert, L., De Ruysscher, C., Martinelli, T. F., Vander Laenen, F., Sinclair, D. L., & Vanderplasschen, W. (2023). The ambiguous nature of contextual dynamics during drug addiction recovery: A qualitative study of personal narratives. *Journal of Drug Issues*,.
<https://doi.org/10.1177/00220426231179381/>
- Brown, J. (2020). *Self-esteem and substance abuse: The role of psychological factors in addiction recovery*. Psychology Today.
- Deng, Y., Li, X., Liu, L., & Chui, W. H. (2021). Suicide attempts and perceived social support among Chinese drug users: The mediating role of self-esteem and depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 208. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010208/>
- Dombrowski, F. (2022). Section I Disorders of Mental Health and Addiction. *Co-occurring Mental Illness and Substance Use Disorders: Evidence-based Integrative Treatment and Multicultural Application*.
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Weidberg, S., & Yoon, J. H. (2020). Psychological well-being and treatment outcomes in individuals with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 108, 106472. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106472>
- Ghaffari Houmedin, F., & Dehghan, M. (2020). The feasibility of Tawhidi integrated therapy effectiveness on emotion regulation and vitality of mothers of children with intellectual disabilities. *Islamic Studies of Women and Family*, 7(13), 99-122. https://pubs.jz.ac.ir/article_128325.html
 [In Persian]
- Ghasemi, S. A., Ghanai Chamanabad, A., Mehdinia, A., & Papi, K. (2024). The effectiveness of transcranial alternating current stimulation (tACS) on craving and absolute alpha wave power in the frontal region of nicotine-dependent individuals. *Journal of Psychological Sciences*, 23(142).
<https://www.sid.ir/paper/1063242/fa> [In Persian]
- Gillani, M. K., Mukhtar, M., & Anwar, R. M. H. (2020). Self-esteem with quality of life among addicted and non-addicted adolescents. *Rawal Medical Journal*, 45(4), 894-897.
- Hadi, M., & Janbozorgi, M. (2009). The effectiveness of Tawhidi integrated therapy on personality and clinical components. *Journal of Psychology and Religion*, 2(6), 71-104.
<https://ensani.ir/fa/article/123775> [In Persian]
- Haider, N., & Dogar, I. A. (2020). Self-esteem and locus of control in male substance dependents. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 17(2).
- Hogue, A., Schumm, J. A., MacLean, A., & Bobek, M. (2022). Couple and family therapy for substance use disorders: Evidence-based update 2010–2019. *Journal of Marital and Family Therapy*, 48(1), 178-203. <https://doi.org/10.1111/jmft.12546>
- Jalali-Tehrani, S. M. M. (2001). Integration Therapy. In R. Corsini (Eds.), *Handbook of Innovative Therapy* (pp. 321-331). New York: John Wiley & Sons
- Jauk, E., & Dieterich, R. (2019). Addiction and the dark triad of personality. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 662. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00662>
- Jelodari, A. (2021). Single-subject research on improving communication skills, self-esteem, self-differentiation, psychological well-being, and body image dissatisfaction in patients with type 2 hereditary sensory and autonomic neuropathy through mind deactivation therapy. Master's thesis in clinical psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch. [In Persian]
- Jiloha, R. C. (2019). Prevention, early intervention, and harm reduction of substance use in adolescents and young adults. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl 4), S676–S682. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatr_y_210_19
- Kelly, J. F., Greene, M. C., & Bergman, B. G. (2020). Spirituality in addiction recovery: A scientific overview. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 112, 108-119. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.04.006>
- Khanjani, M., Shahidi, S., Fathabadi, J., Mazaheri, M. A., & Shokri, O. (2014). Factor structure and psychometric properties of the short form (18-item) Ryff's psychological well-being scale in male and female students. *Journal of Thoughts and Behavior*

- in *Clinical Psychology*, 8(32), 27-36. <https://magiran.com/p1350282> [In Persian]
- Kohi, A., Tabatabaei, S. M., Ghandali, F., & Zafarizadeh, A. (2021). The impact of positive psychology interventions on resilience, psychological well-being, and happiness in fathers of students with substance dependency. *Educational and School Studies*, 10(4), 223-245. https://pma.cfu.ac.ir/article_2020.html [In Persian]
- Kokorelias, K. M., Gignac, M. A., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 19, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5>
- Mandelkow, L., Austad, A., & Freund, H. (2022). Stepping carefully on sacred ground: religion and spirituality in psychotherapy. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 24(3), 288-308. <https://doi.org/10.1080/19349637.2021.1939834>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Nurbakhsh, S., & Pourmohammadi, A. (2021). The Tawhidi therapeutic model: Integrating Islamic principles in mental health treatment. *Journal of Islamic Psychology*, 5(2), 83-99.
- Orth, U., & Robins, R. W. (2019). Development of self-esteem across the lifespan: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 145(1), 45-68. <https://doi.org/10.1037/bul0000201>
- Rahbari Ghazani, N., Hajloo, N., & Aghajani, S. (2022). The effectiveness of family empowerment based on short-term solution-focused therapy on emotional expression and psychological distress of adolescents with substance-dependent parents. *Ravish Psychology*, 11(5), 111-124. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.5.11.6> [In Persian]
- Rajabi, G., & Behloul, N. (2007). The reliability and validity of the Rosenberg self-esteem scale among first-year students at Shahid Chamran University. *Educational and Psychological Researches*, 3(2), 33-48. <https://www.sid.ir/paper/459733/fa> [In Persian]
- 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), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Shabani Shad, N., Saadipoor, E., & Bagheri, F. (2024). Developing a model of happiness based on psychological well-being and social support with the mediation of emotional intelligence. *Journal of Psychological Sciences*, 23(139), 1567-1586. <https://doi.org/10.52547/JPS.23.139.1567> [In Persian]
- Sharifinia, M. H. (2008). The effectiveness of Tawhidi integrated therapy on reducing delinquency in prisoners. *Islamic Studies and Psychology Journal*, 2, 7-32. https://islamicpsy.rihu.ac.ir/article_1129.html [In Persian]
- Sheidanbarani, B., Aghamohammadian Sherbaf, H., & Moeininezad, M. (2018). The effectiveness of well-being-based therapy on post-quit craving in women at mandatory addiction treatment centers. *2nd International Conference on Psychology, Counseling, Education and Training*, Shandiz Institute of Higher Education. <https://profdoc.um.ac.ir/paper-abstract-1075024.html> [In Persian]
- Wittenborn, A. K., & Holtrop, K. (2022). Introduction to the special issue on the efficacy and effectiveness of couple and family interventions: Evidence base update 2010-2019. *Journal of Marital and Family Therapy*, 48(1), 5-22. <https://doi.org/10.1111/jmft.12576>
- World Health Organization. (2022). Global status report on alcohol and health 2022. WHO