

اثربخشی آموزش خود دلگرم‌سازی بر بهزیستی اجتماعی و روان‌شناختی زنان معتاد

مهناز علی‌اکبری دهکردی^۱، احمد علیپور^۲، اشرف مهمان‌نوازان^{۳*}

چکیده:

مقدمه: این پژوهش با هدف مطالعه اثربخشی آموزش خود دلگرم‌سازی بر بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی در بین زنان معتاد اجرا شده است.

روش: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با یک گروه آزمایشی است. جامعه آماری شامل ۲۵ نفر زنان معتاد تحت درمان بود که ۱۰ نفر به‌طور تصادفی در گروه آزمایش قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۰ آموزش خود دلگرم‌سازی را دریافت کردند. قبل و بعد از مداخله و ۳ ماه پس از پایان آموزش، پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کیز (۱۹۹۸) و پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۰) اجرا شد. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج بررسی نشان داد که آموزش خود دلگرم‌سازی، بهزیستی اجتماعی و روان‌شناختی را بهبود بخشیده است و تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** آموزش خود دلگرم‌سازی، می‌تواند به وضعیت سلامت روان‌شناختی و اجتماعی زنان معتاد در حال ترک کمک فراوانی نماید.

واژگان کلیدی: آموزش خود دلگرم‌سازی، بهزیستی اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

^۱ دکتری روان‌شناسی، استاد دانشگاه پیام نور، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

^۲ دکتری روان‌شناسی، استاد دانشگاه پیام نور، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

^۳ دانشجو دکتری روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، عضو گروه مشاوره دانشگاه الزهرا (س)، * نویسنده‌ی مسئول:

ashraf.mehmannavazan@gmail.com

The Effectiveness of Self-Encouragement Training on Social and Psychological Well-Being of Addict Woman Under Therapy in Community-Based Treatment Center

AliAkbariDehkordi, M.; Alipour, A.; MehmanNavazan, A.

Abstract:

Introduction: this research has been carried out among drug-quitting addict women to study the effectiveness of self-encouragement training on social and psychological well-being.

Method: This research is of semi-experimental kind accompanied by pretest – post-test and follow-up with an experimental group. The statistical universe includes 20 of addict women under, so 10 people were placed in experiment group randomly. Experiment group was exposed to a self-encouragement training for 10 sessions of 120 minutes. They were evaluated before and after training intervention by Kizz social well-being questionnaire (1998) and Reef psychological well-being questionnaire (1980) and then 3 months after training, again they were followed up. The data were analyzed by variance analysis test with repeated measurement and post test.

Results: self-encouragement training showed a significant difference in social and psychological scales as compared with before training.

Conclusion: self-encouragement training can greatly help to situation of social and psychological well-being of drug-quitting women.

Keywords: self-encouragement training, social well-being, psychological well-being

مقدمه

بهزیستی عبارت است از حالت مثبت جسمانی، اجتماعی و روانی و صرفاً به معنای نداشتن درد، ناراحتی و ناتوانی نیست. بهزیستی مستلزم آن است که نیازها ارضا شوند و افراد حس هدفمندی داشته باشند و احساس کنند که قادر به تحقق اهداف فردی مهم هستند و در جامعه مشارکت کنند. بهزیستی از طریق شرایط دربردارنده روابط فردی حمایت‌کننده، سلامت مطلوب، امنیت مالی و فردی، مشاغل پاداش‌دهنده و محیط جذاب و سالم ارتقا پیدا می‌کند (اداره سلامت انگلستان، ۲۰۰۴). سال ۲۰۰۰، سازمان بهداشت جهانی در ارتباط با بحث سلامتی، مطرح نمود که سلامتی و بیماری، نتیجه تعامل میان نیروهای زیستی، روانی و اجتماعی است و سلامت نه فقط نبود بیماری و نقص که آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی است (صفاری نیا، ۱۳۹۴). این دیدگاه جدید را الگوی زیستی- روانی- اجتماعی^۱ می‌خوانند. در این مدل، سلامت و بیماری محصول ترکیب عوامل

^۱ Biopsychosocial perspective

زیر در نظر گرفته می‌شوند: الف- ویژگی‌های زیست‌شناختی (مثلاً، زمینه‌های ژنتیکی)، ب- عوامل رفتاری (مثلاً سبک زندگی، استرس و باورهای سلامتی)، ج- شرایط اجتماعی (مانند تأثیرات اجتماعی، روابط خویشاوندی و حمایت اجتماعی) (اگدن^۱، ۲۰۱۲).

به دنبال ظهور این نظریه‌ها و جنبش روان‌شناسی مثبت^۲ که در سلامت روانی بر وجود ویژگی‌های مثبت و رشد توانایی‌های فردی تأکید داشتند، گروهی از روان‌شناسان به‌جای اصطلاح سلامتی روانی^۳، از بهزیستی روان‌شناختی استفاده کرده‌اند؛ زیرا معتقدند این واژه بیشتر ابعاد مثبت را به ذهن متبادر می‌کند (ریف، سینگر^۴، ۱۹۹۸). ریف مطالعاتش را بر پایه روان‌شناسان رشد و شخصیت، یعنی توضیحات نظری روان‌شناسان مثبت‌نگر بنا می‌کند و مدل چندجانبه بهزیستی روان‌شناختی را ایجاد می‌کند (ریف، کیز^۵، ۱۹۹۵). در این مدل، بهزیستی روان‌شناختی به روشی گسترده برای بررسی اینکه آیا شخص از پتانسیل خود، اهداف زندگی‌اش برای روابط، کیفیت روابطش با دیگران، آنچه درباره زندگی‌اش احساس می‌کند آگاهی دارد، طراحی شده است (راجیپ اوزپولات، یوسی ایزگور، سزر^۶، ۲۰۱۲). طبق گفته ریف (۱۹۹۵)، بهزیستی روان‌شناختی، تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد است که در این دیدگاه به معنای تلاش برای استعلا و ارتقاء است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود و چندبعدی است که شامل این ابعاد است: خویشتن‌پذیری^۷، رشد فردی^۸، هدف زندگی^۹، روابط مثبت با دیگران^{۱۰}، تسلط محیطی^{۱۱} (توانایی مدیریت مؤثر زندگی شخص و جهان پیرامون) و حس خودمختاری^{۱۲} (وینفیلد، گیل، تیلور، پیلکینگتون^{۱۳}، ۲۰۱۲).

کیز (۱۹۹۸) بهزیستی اجتماعی را به‌عنوان گزارش شخصی افراد از کیفیت ارتباطات آن‌ها با دیگران تعریف می‌کند، از ابتدا نیز بهزیستی اجتماعی به‌عنوان ادراک افراد از یکپارچگی آن‌ها با جامعه، پذیرش دیگران، پیوستگی با اجتماع و احساس فرد از مشارکت با جامعه تعریف می‌شد (لارسون، ۱۹۹۶؛ به نقل از صفاری نیا، ۱۳۹۴).

امروزه یکی از عوامل تهدیدکننده سلامتی، اعتیاد به مواد مخدر به‌عنوان یک رفتار پرخطر است، اعتیاد به مواد تغییردهنده افکار، هیجان و رفتار، یکی از بارزترین آسیب‌های روانی اجتماعی

¹ Ogden

² Positive psychology

³ Mental Health

⁴ Ryff, Singer

⁵ Keyes

⁶ Ragip Ozpolat, Yucellsgor, Sezer

⁷ Self-Acceptance (SA)

⁸ Personal Growth (PG)

⁹ Purpose in Life (PL)

¹⁰ Positive Relations with others (PR)

¹¹ Environmental Mastery (EM)

¹² Autonomy (AU)

¹³ Winefield. Gill, Taylor, Pilkington,

است که به راحتی می‌تواند اساس زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی یک فرد را از بین ببرد (کاده‌ری، پانڈیا، گوش و ناگرنی^۱، ۲۰۱۳). هارت و همکاران^۲ (۲۰۱۰)، بیان می‌کنند که علت اعتیاد برخی از افراد، ناتوانی آن‌ها در رویارویی با مشکلات و عدم بهزیستی روان‌شناختی است که در نتیجه، پناه بردن آن‌ها به اعتیاد را موجب می‌شود که به عنوان علت یا معلول اعتیاد به مواد مخدر برشمرده شده و نقش مهمی در بازگشت مجدد معتاد ترک کرده ایفا می‌کنند.

در این میان، توجه به پیشگیری و درمان زنان معتاد از اهمیت بسزایی برخوردار است زیرا زنان به علت جایگاه ویژه و نقش خطیری که در محیط خانواده دارند اگر گرفتار اعتیاد شوند تأثیر بسیار مخربی بر خانواده خواهند گذاشت و به تبع آن جامعه نیز درگیر مشکلات عدیده خواهد گشت (شیرزاد، ۱۳۸۰). از طرف دیگر زنان معتاد، از گروه‌های شدیداً آسیب‌پذیر جامعه‌اند، لذا از جنبه‌های گوناگون از جمله خطر قرار گرفتن در معرض فحشا و تولد کودکان معتاد؛ لازم است مورد توجه ویژه قرار گیرند (رئیسین، گلزاری، برجلی، ۱۳۹۰). همچنین زنان یکی از گروه‌های حساس بهداشتی بوده که نسبت به مردان در خطر بالاتری برای ابتلای به اکثر اختلالات روانی قرار دارند. سلامت روان زنان، سلامت خانواده و متعاقباً جامعه را تضمین می‌کند (سپهرمنش، احمدوند، یآوری و ساعی، ۱۳۸۳). لذا ارتقاء بهزیستی روانی و اجتماعی زنان معتاد در حال ترک به توانمندسازی آنان کمک خواهد کرد.

با توجه به مؤلفه‌های فردی و اجتماعی در ابعاد بهزیستی، یکی از رویکردهای روان‌شناسی که به بحث تعاملات بین فردی و نقش این تعاملات در سلامت روانی افراد می‌پردازد و در راستای این تعاملات نیاز به دلگرم‌سازی را مطرح می‌کند، نظریه روان‌شناسی فردی آدلر است. تعامل افراد با یکدیگر، موضوع اساسی رویکرد روان‌شناسی بین‌فردی است که معتقد است انسان‌ها ذاتاً به اجتماع علاقه‌مند هستند (مورفی، ۱۹۹۴) و گرایش اجتماعی بیان‌کننده شخصیت نوع‌دوستانه و موافق با اجتماع است. این نوع شخصیت، نشان‌دهنده وجود خصوصیت نوع‌دوستانه‌ای است که به مقدار زیادی با ویژگی‌های همدلی، مسئولیت اجتماعی و ارزش‌های اجتماعی، رابطه دارد و به رفاه و سلامتی دیگر انسان‌ها می‌پردازد (اسکورودر، پنر، داویدو و پیلیاوین^۳، ۱۹۹۵).

آدلر در زمینه‌ی نیازهای انسان چهار نیاز اساسی را مطرح می‌کند که این نیازها عبارت‌اند از: ارزشمندی، احساس قابلیت، نیاز به تعلق و دلگرم‌سازی (جعفری شیرازی، ۱۳۹۱). به طور خلاصه درمان و فرایند تربیتی آدلر، هدف‌های ذیل را به دنبال دارد: ۱- پروراندن علاقه اجتماعی ۲- کاهش احساس کهنتری، غلبه بر ناامیدی، تشخیص و استفاده از منابع درونی ۳- تغییر سبک زندگی ۴- دلگرم‌سازی به افراد برای درک برابر انسان‌ها (علیزاده، ۱۳۸۳).

¹ Chudhary, Ppandya, Ghosh & Nadhari

² Hart & etc

³ Schroeder, Penner, Dovidio & Piliavin

دلگرمی^۱ یکی از مفاهیم اساسی روان‌شناسی آدلری است (کارنز و کارنز^۲، ۱۹۹۸). درمان آدلری نوعی رویکرد روانی-آموزشی، حال-آینده، محدود و کوتاه‌مدت است که به‌طور نظری سازگار، یکپارچه و به‌نوعی ترکیبی است و آشکارا ادراک‌های شناختی و سیستمی را یکپارچه می‌کند (موزاک و مانیانچی^۳، ۱۹۹۲). به‌طور کلی دلگرم‌سازی، آن چیزی است که از یک فرد، انسان دیگری با مشخصات احساس بهتر، کارکردهای مؤثرتر، غلبه مؤثرتر با مشکلات، اعتمادبه‌نفس بالاتر، داشتن رغبت بیشتر برای مشارکت در امر سلامت دیگران و به‌طور کلی جامعه می‌سازد. فرد احساس می‌کند به قدر کافی انسان خوبی است و توسط دیگران پذیرفته شده است و همواره احساس می‌کند که «من می‌توانم» (شوناکر^۴، ۱۹۹۱، به نقل از راثرت و رید، ۲۰۰۱). دلگرم‌سازی هم هدف شخصی و هم هدف اجتماعی دارد. آنچه مهم است داشتن نگرش‌های مثبت نسبت به مسائل اطراف است. در ابتدا عمدتاً به دلگرم‌سازی خویش و سپس دلگرم‌سازی دیگران تأکید می‌شود؛ اما متأسفانه پژوهشی که مستقیماً بر اثربخشی خود دلگرم‌سازی بر افراد معتاد و به‌ویژه زنان معتاد در حال درمان پردازد، انجام نشده است. لذا با توجه به مطالعات انجام‌شده، در مورد مشکلات روانی، اجتماعی پیشروی زنان معتاد در حال ترک و وجود دل‌سردی و ناامیدی که می‌تواند به کاهش ابعاد بهزیستی بیانجامد و سپس خود، عاملی برای عود اعتیاد گردد و از آنجایی که نقش زنان در خانواده و اجتماع و تأثیرگذاری آنان بر تربیت فرزندان، بسیار پراهمیت است، گرفتار شدن آنان به اعتیاد تأثیر بسیار مخربی بر خانواده خواهد گذاشت و به تبع آن جامعه نیز درگیر مشکلات عدیده خواهد شد. از سوی دیگر تاکنون هیچ پژوهش داخلی و خارجی در زمینه‌ی اثربخشی دلگرم‌سازی بر زنان معتاد در حال ترک، انجام نشده است، انجام پژوهش حاضر، ضروری به نظر می‌رسد.

بنابراین هدف این پژوهش مطالعه اثربخشی آموزش خود دلگرم‌سازی بر بهزیستی اجتماعی و روان‌شناختی زنان معتاد در حال ترک اعتیاد است. سؤال این پژوهش نیز این است که آیا آموزش خود دلگرم‌سازی بر مبنای مفاهیم شوناکر که مبتنی بر نظریه آدلر است بر بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مورد مطالعه اثربخشی دارد؟

روش

تحقیق حاضر نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با یک گروه آزمایشی و بدون گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر، تمامی زنان معتاد در حال ترک در مرکز درمان اجتماع مدار چیتگر بودند که یک هفته از مرحله سم زدایی آنان گذشته است و تحت هیچ‌گونه آموزش روان‌شناختی نیز قرار نداشتند. برای نمونه‌گیری، ابتدا در این مرکز به کلیه

¹ Encouragement

² Karnz&Karnz

³ Mozak&Maniancci

⁴ Schoenaker

مددجویانی که این شرایط را داشتند مراجعه و به معرفی برنامه آموزش خود دلگرم سازی پرداخته شد. سپس از بین ۲۵ نفر داوطلب شرکت، ۱۰ نفر که ملاک‌های ورود به این پژوهش را داشتند (پایان دوره سم زدایی، سطح تحصیلات سیکل به بالا و عدم شرکت در سایر برنامه‌های آموزشی روان شناختی)، از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند تا در گروه آزمایش قرار گیرند و ملاک خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه تعیین گردید. سپس از افراد گروه آزمایش، پیش‌آزمون به عمل آمد و پس از آموزش خود دلگرم سازی، پس‌آزمون به عمل آمد و بعد از سه ماه از ارائه آموزش، پیگیری انجام شد.

آموزش خود دلگرم سازی بر اساس پروتکل شوناکر (سلیمی بجستانی، عسلی طالکویی، ۱۳۹۲)، به مدت ۱۰ جلسه و هر جلسه ۱/۵ ساعت به گروه آزمایش ارائه گردید، این پروتکل را تتو و آنتینیو شوناکر^۱، بر اساس روان‌شناسی فرد نگر آدلر در سال ۹۸۰، تهیه کردند. آن‌ها مفهوم دلگرم سازی را پرورش دادند و آن را از یک مفهوم تئوریک به صورت روش علمی و قابل اجرا درآوردند هدف آموزش، آموزش دلگرم سازی به خود و دیگران است. در ابتدا عمدتاً به دلگرم سازی خویشتن و سپس دلگرم سازی دیگران تأکید می‌شود. هر یک از جلسات مطابق یک ساختار معین که «مدل گام‌های ۶ گانه»^۲ نامیده می‌شود، سازمان دهی شده است. گام اول، آرام سازی است، گام دوم، باز خوردی از مطالب جلسه‌ی قبل، گام سوم، دادن اطلاعات در مورد موضوع جلسه، گام چهارم، ارائه‌ی یک تمرین، گام پنجم، ارائه تمرین برای خانه و گام ششم تمرین آرام سازی دوباره است. در هر جلسه این ۶ گام تکرار می‌شود. (آقایوسفی، مهمان نوازان، دهستانی، ۱۳۹۵؛ به نقل از باهلمن و دینتر، ۲۰۰۱).

ابزار

مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف و کیز (۱۹۹۵) و ریف (۱۹۸۹): این مقیاس مشتمل بر ۱۸ ماده برای سنجش شش بعد بهزیستی روان شناختی است که بر اساس مقیاسی ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق پاسخ داده می‌شود، نمره گذاری برخی از سؤالات به صورت معکوس است، نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان شناختی (بهتر) است. همسانی درونی آزمون به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۵ بوده که نشان دهنده پایایی مناسب این مقیاس برای سنجش بهزیستی روان شناختی بود (سفیدی، فرزاد، ۱۳۸۸). در این پژوهش نمره کلی این مقیاس مورد استفاده قرار گرفت.

پرسش نامه بهزیستی اجتماعی: این پرسش نامه از نوع مداد-کاغذی و خودگزارش دهی است، مشتمل بر ۳۳ گویه و ۵ خرده مقیاس همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت

¹ Schoenaker

² Six-stage-modle

اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی است. نمره‌گذاری گویه‌ها روی مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق انجام می‌شود. این پرسش‌نامه در ایران ابتدا توسط صفاری نیا و تبریزی (۱۳۹۱) ترجمه و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۵ به دست آمد که میزان رضایت بخشی است (صفاری نیا، ۱۳۹۱). در این پژوهش نمره کلی این مقیاس مورد استفاده قرار گرفت.

مراحل و خلاصه جلسات درمان نیز در جدول زیر آورده شده است:

خلاصه جلسات آموزشی- درمانی خوددلگرم‌سازی

ردیف	جلسه	مداخله
۱	اول	معرفی مفهوم دلگرمی و آموزش رفتارها و ویژگی‌های دلگرم‌کننده
۲	دوم	آموزش مفهوم هدف‌گرایی رفتار انسان
۳	سوم	شجاعت پذیرش ناکامل بودن و دلگرم کردن افراد برتر از خود
۴	چهارم	یادگیری تفکر محبت‌آمیز و دلگرم کردن
۵	پنجم	تأثیر بدگویی از دیگران بر از بین رفتن علاقه اجتماعی و ایجاد دلسردی
۶	ششم	خوددلگرم‌کننده بودن و ایجاد روابط مثبت با دیگران
۷	هفتم	ایجاد گفتگوی درونی و بیان اظهارات هویتی دلگرم‌کننده
۸	هشتم	بررسی نقش خود در موقعیت‌های دشوار
۹	نهم	بررسی سبک زندگی و خاطرات اولیه
۱۰	دهم	کاوش پویش‌های فرد، شناخت و مبارزه با اشتباهات اساسی زندگی

یافته‌ها

آزمودنی‌های پژوهش شامل زنان معتاد به شیشه که تحت درمان بودند که دارای میانگین سنی ۳۱ سال با انحراف معیار ۷/۸۳۷ بودند. ابتدا خصوصیات توصیفی متغیرهای پژوهش بررسی گردید که نتایج آن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- ویژگی‌های توصیفی مربوط به بهزیستی اجتماعی و روان‌شناختی

متغیرها	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
بهزیستی اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۰	۱۰۲/۱۰	۱۸/۹۱۱
	پس‌آزمون	۱۰	۱۲۰	۱۵/۵۱۳
	پیگیری	۱۰	۱۱۱/۵۰	۱۲/۴۰۲
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱۰	۵۷/۲	۷/۹۶۹
	پس‌آزمون	۱۰	۷۰/۹۰	۱۵/۴۸۰
	پیگیری	۱۰	۷۹/۵۰	۵/۶۴۲

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد میانگین بهزیستی اجتماعی بعد از آموزش دلگرم‌سازی افزایش یافته و سپس در مرحله پیگیری تغییر یافته است. همچنین میانگین بهزیستی روان‌شناختی بعد از آموزش دلگرم‌سازی افزایش یافته و سپس در مرحله پیگیری تغییر یافته است. جهت بررسی معناداری این تغییرات از روش تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثر دلگرم‌سازی بر متغیرهای

پژوهش

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
بهزیستی اجتماعی		۱۶۰۳/۴۰۰	۸۰۱/۷۰۰	۹/۲۶۷	۰/۰۰۲	۰/۷۴۹
بهزیستی روان‌شناختی		۲۵۲۹/۸۰۰	۱۲۶۴/۹۰۰	۱۰/۲۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۹۷

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، مقیاس‌های مورد استفاده در این پژوهش به صورت کلی از لحاظ آماری معنادار است. در متغیر بهزیستی اجتماعی مقدار F مشاهده شده (۹/۲۶۷) از مقدار جدول در سطح ۰/۰۵ بزرگ‌تر است بنابراین با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت که بین میانگین سه آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و فرض صفر رد می‌شود. به عبارتی آموزش دلگرم‌سازی میزان بهزیستی اجتماعی زنان در حال ترک مواد را افزایش می‌دهد. همچنین در متغیر بهزیستی روان‌شناختی مقدار F مشاهده شده (۱۰/۲۱۵) از مقدار جدول در سطح ۰/۰۵ بزرگ‌تر است بنابراین با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت که بین میانگین سه آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و

فرض صفر رد می‌شود. به عبارتی آموزش دلگرم‌سازی میزان بهزیستی اجتماعی و روان‌شناختی زنان معنادار در حال ترک مواد را افزایش می‌دهد. در جداول زیر جهت بررسی چگونگی معناداری میانگین‌های سه مرحله از آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است.

جدول ۳- نتایج آزمون تعقیبی متغیر بهزیستی اجتماعی در سه مرحله آزمون

مرحله	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری	
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۷/۹۰	۷/۰۸۱۲۲	۰/۰۴۵
پیش‌آزمون	پیگیری	-۹/۴۰	۷/۰۸۱۲۲	۰/۳۹۳
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱۷/۹۰	۷/۰۸۱۲۲	۰/۰۴۵
پس‌آزمون	پیگیری	-۸/۵۰	۷/۰۸۱۲۲	۰/۴۶۳
پیگیری	پیش‌آزمون	-۹/۴۰	۷/۰۸۱۲۲	۰/۳۹۳
پیگیری	پس‌آزمون	-۸/۵۰	۷/۰۸۱۲۲	۰/۴۶۳

همان‌طور که مشاهده می‌شود بین میانگین مرحله پیش‌آزمون بهزیستی اجتماعی با میانگین مرحله پس‌آزمون بهزیستی اجتماعی در سطح $P \leq 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد ولی بین میانگین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بهزیستی اجتماعی با میانگین مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی متغیر بهزیستی روان‌شناختی در سه مرحله آزمون

مرحله	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری	
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۳/۷۰	۴/۷۲۵	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	پیگیری	-۲۲/۳۰	۴/۷۲۵	۰/۰۱۹
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱۳/۷۰	۴/۷۲۵	۰/۰۱۹
پس‌آزمون	پیگیری	-۸/۶۰	۴/۷۲۵	۰/۱۸۲
پیگیری	پیش‌آزمون	-۲۲/۳۰	۴/۷۲۵	۰/۰۰۱
پیگیری	پس‌آزمون	-۸/۶۰	۴/۷۲۵	۰/۱۸۲

همان‌طور که مشاهده می‌شود بین میانگین مرحله پیش‌آزمون با میانگین مرحله پس‌آزمون و پیگیری بهزیستی روان‌شناختی در سطح $P \leq 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد ولی بین میانگین مرحله پس‌آزمون و پیگیری بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به هدف پژوهش که مطالعه اثربخشی آموزش خود دلگرم‌سازی بر بهزیستی اجتماعی و روان‌شناختی زنان معنادار در حال ترک اعتیاد است، نتایج داده‌های این پژوهش در فرضیه اول نشان داده است که آموزش خود دلگرم‌سازی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان گروه مورد مطالعه اثربخشی داشته است. بدین صورت که این مداخله، سبب افزایش میزان بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایش شده است. در واقع با آموزش خود دلگرم‌سازی، توانمندی گروه مورد مطالعه در مؤلفه‌های این آموزش که عبارت‌اند از هدف‌گرایی، ایجاد روابط مثبت با دیگران، چالش با اشتباهات اساسی زندگی، پذیرش ناکامل بودن و اظهارت هویتی دلگرم‌کننده برای خود، شناخت و ارتقاء نقش خود در موقعیت‌های دشوار، افزایش یافته که این مهم، موجب ارتقاء میزان بهزیستی روان‌شناختی آنان را فراهم کرده است. نتیجه فرضیه اول در این پژوهش با نتایج باهلمن و دینتر (۲۰۰۱)، همسو است که نشان داده است آموزش دلگرم‌سازی موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌گردد. همچنین با نتایج شوناکر؛ به نقل از باهلمن و دینتر (۲۰۰۱)، ایوانز (۲۰۰۱)، صفاری نیا و همکاران (۱۳۹۳)، جعفری شیرازی (۱۳۹۱)، همسو است که همگی نشان دادند با بهبود مؤلفه‌های مثبت روان‌شناختی در فرد و دریافت دلگرمی، بهزیستی روان‌شناختی ارتقاء می‌یابد و لذا می‌توان تبیین نمود که آموزش خود دلگرم‌سازی توانسته مؤلفه‌های مثبت روانی فرد را ارتقاء دهد و این ارتقاء بر افزایش میزان بهزیستی روان‌شناختی زنان معنادار در حال ترک اثربخشی داشته است.

همچنین نتایج نشان داده است که آموزش خود دلگرم‌سازی بر افزایش میزان بهزیستی اجتماعی زنان مورد مطالعه اثربخشی داشته است. نتایج این فرضیه با نتایج ریان (۲۰۰۱)، همسو است که نشان داده است احساس تعلق، بر بهزیستی افراد بسیار اثرگذار است. همچنین با نتایج باهلمن و دینتر (۲۰۰۱) که نشان دادند آموزش دلگرم‌سازی موجب افزایش فراوانی برخی از رفتارهای اجتماعی مؤثر می‌گردد و بر بهزیستی افراد اثرگذار است، همسو است. در تبیین اثربخشی آموزش خود دلگرم‌سازی بر بهزیستی اجتماعی زنان معنادار در حال ترک این‌گونه می‌توان بیان کرد که آموزش خود دلگرم‌سازی و بهزیستی اجتماعی دارای مؤلفه‌های همپوش می‌باشند. دلگرم‌سازی دیگران، افزایش علاقه اجتماعی، تفکر محبت‌آمیز و دلگرم کردن افراد برتر از خود که در این آموزش قرار دارد موجب افزایش نمره کل در بهزیستی اجتماعی شده است و آموزش خود دلگرم‌سازی توانسته است با بهبود روابط اجتماعی در افراد مورد مطالعه، بهزیستی اجتماعی آنان را در کل افزایش دهد. در واقع بهزیستی مستلزم آن است که نیازها ارضا شوند و افراد حس

هدفمندی داشته باشند و احساس کنند که قادر به تحقق اهداف فردی مهم هستند و در جامعه مشارکت کنند (اداره سلامت انگلستان، ۲۰۰۴؛ به نقل از صفاری نیا، تدریس تبریزی، محتشمی و حسن‌زاده، ۱۳۹۳).

منابع

- آقا یوسفی، علیرضا. مهمان نوازان، اشرف. دهستانی، مهدی. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش خود دلگرم‌سازی شوناکر مبتنی بر نظریه آدلر بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در زنان سرپرست خانوار. مجله روان‌شناسی و روان پزشکی شناخت دانشگاه علوم پزشکی کردستان. سال دوم. شماره ۲. صص ۱-۱۵.
- بهداری خسروشاهی، جعفر، هاشمی نصرت‌آبادی، تورج. (۱۳۹۰). رابطه امیدواری و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان. مجله اندیشه و رفتار. دوره‌ی ششم، شماره‌ی ۲۲.
- پرتو، مسلم. (۱۳۸۹). بهشیاری، تاب‌آوری و وضعیت مصرف مواد در نوجوانان. پایان‌نامه‌ی دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت. دانشگاه تهران.
- جعفری شیرازی، فائزه. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بالا بردن خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار شهرداری شهر تهران در سال ۹۰-۸۹. پژوهش‌نامه زنان. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی. سال سوم. شماره دوم: ۴۷-۷۰.
- رئیسیان، اکرم. گلزاری، محمود. برجعلی، احمد. (۱۳۹۰). اثربخشی امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمان جوی وابسته به مواد مخدر. فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد. سال پنجم. شماره هفدهم. صص ۲۱-۴۰.
- سپهرمنش، زهرا. احمدوند، افشین. یاوری، پروین. ساعی، رضوان. (۱۳۸۳). سلامت روان نوجوانان دبیرستانی شهر کاشان در سال ۱۳۸۳. مجله اپیدمیولوژی. دوره ۴. شماره ۲ صص ۴۳-۴۹.
- سلیمی بجستانی، حسین. عسلی طالکویی، سکینه. (۱۳۹۲). خوددلگرم‌سازی. فصلنامه رشد آموزش، مشاور مدرسه. دوره نهم.
- سفیدی، فاطمه. فرزاد، ولی‌اله. (۱۳۸۸). رواسازی آزمون به زیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین. مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین. سال شانزدهم. شماره ۱ (پی‌درپی ۶۲)، صص ۶۶-۷۰.
- شیرزاد، کبری. (۱۳۸۰). بررسی رابطه بین طول مدت اعتیاد و برخی ویژگی‌های اجتماعی زنان معتاد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران. دانشگاه علامه طباطبائی.

- صفاری نیا، مجید. مهمان‌نوازان، اشرف. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش خود دلگرم‌سازی بر ارتقاء مهارت‌های جرئت‌ورزی و خودکارآمدی عمومی زنان سرپرست خانوار. فصلنامه‌ی علمی - پژوهشی زن و جامعه. سال پنجم. شماره‌ی چهارم. صص ۱۰۷-۱۳۰.
- صفاری نیا، مجید. تدریس تبریزی، معصومه. محتشمی، طیبه. حسن‌زاده، پرستو. (۱۳۹۳). تأثیر مؤلفه‌های شخصیت جامعه‌پسند و خودشیفتگی بر بهزیستی اجتماعی در ساکنان شهر تهران. مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی. سال پانزدهم. شماره ۳. (پیاپی ۵۷). صص ۳۵-۴۴.
- صفاری نیا، مجید. (۱۳۹۴). آزمون‌های روان‌شناسی اجتماعی و شخصیت. چاپ دوم. تهران: ارجمند.
- عطادخت، اکبر. رنجبر، محمدجواد. غلامی، فائزه. نظری، طوبی. (۱۳۹۲). گرایش دانشجویان به رفتارهای پرخطر و ارتباط آن با متغیرهای فردی-اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی. مجله سلامت و مراقبت. دوره پانزدهم. شماره چهارم. صص ۵۰-۵۹.
- علیزاده، حمید، نصیری فرد، نفیسه، کرمی، ابوالفضل. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش دلگرمی مبتنی بر رویکرد آدلر بر روی خودکارآمدی. عزت‌نفس دختران نوجوان. مجله مطالعات اجتماعی-روان‌شناختی زنان. سال ۸: ۱۴۳-۱۶۸.
- قانع‌ی راد، محمدمامین. حسینی، فریده. (۱۳۸۴). ارزش‌ها، شبکه روابط و مشارکت در سازمان‌های غیردولتی (مطالعه تجربی در بین جوانان تهران). مجله جامعه‌شناسی ایران. ۱۲۳۶-۹۷-یزدانبخش، کامران. دهقان، فاطمه. نوری پور لیاولی، رقیه. میرزایی، سمیرا. علیخانی، مصطفی. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر الگوی لوینسون و ماتریکس در بهزیستی روان‌شناختی افراد وابسته به مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد. سال دهم، شماره ۳۷، بهار ۹۵.
- میرزاحسین، حسین. (۱۳۸۶). تبیین مدل پیش‌بینی ذهنی و روان‌شناختی در بین مبتلایان به فویبای اجتماعی. پایان‌نامه دکتری دانشگاه آزاد. واحد علوم و تحقیقات.
- هاشمی نصرت‌آباد، تورج. باباپور، خیرالدین. بهادری، خسروشاهی. (۱۳۹۱). نقش سرمایه روان‌شناختی در بهزیستی روانی با توجه به اثرات تعدیلی سرمایه اجتماعی. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، دوره ۱، شماره ۴.

Bahlmann, R. & Dinter, L. D. (2001). Encouragement self-encouragement. An Effectstudy of the Encouragement Training Schoenaker-Concept. The Journal of Individual Psychology, Vol57, No 37, pp 273-288.

Caspaner, L. L., Fijaco De Milla, A. D. A., & Prins, L. H. (2010). Work Relations That Enhance the Weil -Being of Organizations and Individuals. The Journal of Individual Psychology, Vol. 62, No. 1, pp. 81 -84.

Cheston, S, E. (2000). spirituality of encouragement. The Journal of individual psychology. 56(3), 296-304.

Chaudhary, A.K.; Pandya, S.; Ghosh, K.; & Nadkarni, A. (2013). Matrix metalloproteinase and its drug targets therapy in solid and hematological malignancies: an overview. *Mutation Research/Reviews in Mutation Research*, 753(1), 7-23.

Delazzari, A., Steven. (2000). Emotional Intelligence, Meaning, and Psychological Well Being: A Comparison between Early and Late Adolescence. (Master's thesis). Retrieved from <http://www.twu.ca/>

Davis, C. (2010). Role occupancy, quality and psychological distress among Caucasian and African American women. *Affiliajournal of women and social work*. Vol. 26, no.I, pp. 83-89

Evanz, -Evans, T. (2005). The tools of encouragement. *Reading for Child and Youth Care People*.73

Hart, C. L.; Morrison, D. S.; Batty, G. D.; Mitchell, R. J.; & Smith, G. D. (2010). Effect of body mass index and alcohol consumption on liver disease: analysis of data from two prospective cohort studies. *Bmj*, 340, 1-7, doi:10.1136/bmj.c1240.

Keyes CLM.(1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*; 61: 121-40.

Kaplan HD, Sadock BJ.(1999). *Kaplan Psychology*. Translated by Rabee H. Tehran: Salemi; 1999.p. 643-44.

Kanz, J,E. (2001). The applicability of individual psychology for work with conservative Christian clients. *The Journal of individual psychology*.57(4):343-353.

Kang, Gyeongmi. Park, Taesoo. Han, Sanghoon. Park, Junghwan. (2012). The Effects of an Encouragement Program on Inferiority Feeling and Self-esteem of Children. *Communications in Computer and Information Science* Volume 341, pp 317-324.

Mosak, H, H &Manianiaci, M, p, (1999). *A Primer of Adlerian Psychology: The Analytic-Behavioral-Cognitive Psychology of Alfred Adler*, Philadelphia: PA 19106

Ogden, Jane. (2012). *Health Psychology*. Fifth Edition. McGraw Hill Open University Press.

Miller, Peter G. Hyder, Shannon. Zinkiewicz, Lucy. Droste, Nicolas & Harris. Jane B. (2014). Comparing subjective well-being and health-related quality of life of Australian drug users in treatment in Regional and Rural Victoria. *Faculty of Health, School of Psychology, Deakin University, Geelong, Australia Drug and Alcohol Review* (November 2014), 33, 651–657.

Rathert, G,H. & Reed, D. (2001). The effectiveness of electronically communicated Encouragement on student performance [Brochure]. Sam Houston state university.

Ryff CD, Keyes CLM. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995; 69: 719-27.

Ryff CD, Singer BH, Love GD. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London* 2004; 359: 1383-1394.

Ryff CD, Singer B. (1998). The contours of positive human health. *Psych Inqu* 1998; 9: 1-28.

Ryan R M. (2001). on happiness and human potentials: A Review of Research on hedonic and Eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*.

Ragip Ozpolat, Ahmet., Yucel Isgor, Isa., Sezer, Fahri. (2012). Investigating Psychological Well Being of University Students According to Lifestyles. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. Vol 47: 256 – 262.

Schroeder, D. A., Penner. L. A., Dovidio. J. F., & Piliavin, J. A. (1995). *The psychology of helping and altruism: Problems and puzzles*. New York: Mc Graw Hill.

Vas, Luise. S. R. (2013). *Holistic Living-Build Self-Efficacy*. www.lifepositive.com

Wine field, R. H., Gill, K. T., Taylor, W. A., Pilkington, M. A. (2012). Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both? *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, 2:3, 1-14.

Watts, R, E. (2008). Adlerian Therapy as a relational constructivist approach. *The family Journal: counseling and therapy for couples and families*. 11(2):139-147.

