رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۸، شماره پیاپی ۱۰۱، آبان ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(8), 2024

ساخت و اعتباریابی مداخله بومی آموزشی - درمانی ارتقادهنده سلامت روان‌شناختی بر بهزیستی روانی زنان رهایافته از اعتیاد

Construction and validation of a local educational-therapeutic intervention promoting psychological health on the psychological well-being of women freed from addiction

زینب دهقانی
دانشجوی دکترای گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
آناهیتا خدابخشی کولایی (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.
محمدرضا فلسفی نژاد
دانشیار، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

Zeinab Dehghani
Ph.D. student of Consulting Department, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Anahita Khodabakhshi-Koolaee *
Associate Professor, Department of Psychology & Educational Sciences, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran.
a.khodabakhshi@khatam.ac.ir
Mohammadreza Falsafinejad
Associate Professor, Department of Assessment and Measurement, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف ساخت و اعتباریابی مداخله بومی آموزشی - درمانی ارتقادهنده سلامت روان‌شناختی بر بهزیستی روانی زنان رهایافته از اعتیاد انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش در ساخت مداخله، شامل همه‌ی زنان رهایی یافته از اعتیاد در منطقه ۷ شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود که از بین آنان تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر در گروه گواه و ۱۵ در گروه آزمایش) از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه جایگذاری شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB-SF، ۱۹۸۹) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین پس‌آزمون ابعاد بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری ۰/۰۱ وجود داشت. علاوه بر این نتایج نشان داد که این مداخله توانسته تأثیر خود را در طول زمان نیز به شکل معناداری حفظ نماید (P<۰/۰۰۰۱). در نتیجه آموزش برنامه ارتقادهنده مهارتی می‌تواند به‌عنوان رویکردی مؤثر برای بهبود بهزیستی روان‌شناختی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: *بهزیستی روان‌شناختی، سلامت روان‌شناختی، ساخت و اعتباریابی، مداخله بومی، زنان رهایافته از اعتیاد.*

Abstract
The present study was conducted with the aim of building and validating a local educational-therapeutic intervention that promotes psychological health on the psychological well-being of women freed from addiction. The present research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group and a three-month follow-up. The statistical population of the research in developing the program included all the women freed from addiction in the 7th district of Tehran in 2022, of which 30 people (15 in the control group and 15 in the experimental group) were selected through the purposeful sampling method and They were randomly placed in two groups. To collect data, the Ryff Scales of Psychological Wellbeing-Short Form (RSPWB-SF, 1989) was used. Repeated measurement analysis of variance test was used to analyze the data. The research findings showed that there was a significant difference of 0.01 between the post-test mean of psychological well-being in the experimental and control groups. In addition, the results showed that this intervention was able to significantly maintain its effect over time (P<0.0001). As a result, skill enhancement program training can be used as an effective approach to improve psychological well-being.

Keywords: *Psychological Well-Being, Psychological Health, Construction and Validation, Native Intervention, Women released from Addiction.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : مرداد ۱۴۰۳** **پذیرش: شهریور ۱۴۰۳** **ویرایش نهایی: آبان ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

مقدمه

امروزه اعتیاد و مواد مخدر یک واقعیت اجتماعی و از معضلات بزرگ در جهان است که پس از بحران هسته‌ای، جمعیت و آلودگی محیط‌زیست، چهارمین بحران در جهان می‌باشد (هایلیگ[1] و همکاران، ۲۰۲۱). امروزه میلیون‌ها نفر در جهان از این عارضه اجتماعی رنج می‌برند و آثار و تبعات آن روی زندگی میلیون‌ها نفر دیگر نیز به‌طور غیرمستقیم تأثیر می‌گذارد (هاولادر[2] و همکاران، ۲۰۲۲). سوءمصرف مواد مخدر با کاهش عملکرد اجرایی و کیفیت زندگی (فاطیما[3] و همکاران، ۲۰۲۴)، افزایش میزان مرگ‌ومیر (راهبر طارمسری و همکاران، ۲۰۲۳)، تقلیل در ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی و افزایش رفتارهای مجرمانه همراه است (اوزیر و ارامی[4]، ۲۰۱۶) و به‌طور مستقیم و غیرمستقیم سبب اختلال در نظم و امنیت جامعه شده و هم از بعد شخصی و هم از بعد اجتماعی تأثیر عمیقی بر حوزه‌های حقوقی، اجتماعی، زیستی و مالی در جهان به جا گذاشته است. از طرفی اعتیاد زنان تا حدودی متفاوت از اعتیاد مردان است؛ بر اساس آخرین پژوهش‌های مؤسسه ملی سوءمصرف مواد آمریکا[5] (۲۰۲۴)، دانشمندانی که به مطالعه مصرف مواد پرداخته‌اند، موضوعات ویژه و خاصی در زنان برای مصرف مواد یافته‌اند که متفاوت از مردان است. بر اساس گزارش این مؤسسه ترشحات هورمونی، چرخه قاعدگی، بارداری و تغذیه فرزند با شیر مادر، ازجمله عوامل خاصی هستند که بر مصرف مواد مخدر در زنان تأثیرگذار است. مصرف مواد توسط زنان اثرات فیزیکی بیشتری بر روی قلب و عروق خونی آن‌ها نسبت به مردان دارد و تغییرات مغزی در زنان ناشی از مصرف مواد مخدر، متفاوت از مردان است. این گزارش همچنین حاکی است که خشونت خانگی، طلاق، از دست دادن دوران طفولیت یا مرگ یک شریک یا فرزند می‌تواند باعث مصرف مواد یا سایر اختلالات روانی در زنان شود. خود زنان نیز دلایل خاصی ازجمله کنترل وزن، مقابله با خستگی، مقابله با درد و خوددرمانی و مشکلات سلامت روان را برای اعتیادشان بیان می‌کنند (مؤسسه ملی سوءمصرف مواد مخدر آمریکا، ۲۰۲۴). نتایج مطالعات حاکی از آن است که زنان مصرف‌کننده مواد مخدر، بیشترین معضلات و مشکلات جسمانی، اجتماعی و روانی دیگر را به‌عنوان گروه آسیب‌پذیر خواهند داشت. ازجمله این معضلات می‌توان به تن‌فروشی و کیفیت پایین زندگی، رعایت نکردن رفتارهای بهداشتی، سوءتغذیه (خدابخشی کولایی و دمیرچی، ۲۰۱۶)، کیفیت پایین خواب (خرمی و همکاران، ۲۰۲۴)، سرقت (ژنگ و تان[6]، ۲۰۲۱) و مشکلات زناشویی (محیدین[7]، ۲۰۱۹) اشاره کرد. علاوه بر این، در مقایسه با همتایان مرد خود، با مصرف‌کنندگان مواد زن نسبتاً ناعادلانه رفتار می‌شود و حمایت خیلی کمتری از جامعه دریافت می‌کنند (مایرزن و همکاران، ۲۰۱۶). با توجه به اینکه پیامدهای عملکردی، پزشکی و روان‌شناختی مصرف مواد در میان زنان نسبت به مردان اغلب خیلی شدیدتر است، زنانی که دنبال درمان اختلال مصرف مواد هستند، مشکلات اجتماعی، شغلی و خانوادگی بیشتری گزارش می‌دهند (مک هاق[8] و همکاران، ۲۰۱۸).

یکی از متغیرهایی که اعتیاد زنان بر آن تأثیر مخرب می‌گذارد، بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی روان‌شناختی به‌صورت احساس انسجام و پیوستگی در زندگی تعادل عاطفی و رضایت کلی از زندگی، تعریف شده است (محمدی نیکو و تمنایی فر، ۱۴۰۳). بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان واکنش‌های عاطفی و شناختی به ادراک ویژگی‌های و توانمندی‌های شخصی تعامل کارآمد و تأثیرگذار با جهان داشتن رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت کردن در طول زمان بیان کرد (مارتلا و ریان[9]، ۲۰۲۳). این حالت می‌تواند مؤلفه‌هایی مانند رضایت از زندگی انرژی و اخلاق خوب را نیز دربر بگیرد (کیم و ستاوروسیتو[10]، ۲۰۱۸). در این راستا نتایج مطالعات نشان داده‌اند، اگرچه افراد با موارد اعتیاد تلاش‌های زیادی برای رهایی از مشکلات مرتبط با اعتیادشان دارند (گراهام و بیتین[11]، ۲۰۱۴) و علی‌رغم دوره‌های نسبتاً قابل‌توجهی از بهبودی که تجربه می‌کنند، آنها اغلب مواردی را که در کنترل داوطلبانه مصرف مواد داشتند، گزارش می‌دهند و بر همین اساس با مشکلات زیادی مواجه می‌شوند (هیتمن[12] و همکاران، ۲۰۱۷). درواقع، یکسری موانع وجود دارد که بهبودی ماندگار و موفقیت‌آمیز را به تأخیر می‌اندازد یا با شکست مواجه می‌شود مثل: عدم توانایی در کنار آمدن با عواطف منفی، عوامل فرهنگی، کمبود

1. Heilig
2. Hawlader
3. Fatima
4. Ouzir & Errami
5. United Nation office on Drugs and Crime
6. Zeng & Tan
7. Mohiuddin
8. McHugh
9. Martela & Ryan
10. Kim & Stavrositu
11. Graham & Bitten
12. Heitmann

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

منابع و مسائل زیست‌محیطی (پاگانو[1] و همکاران، ۲۰۱۶؛ مارتین[2] و همکاران، ۲۰۱۶). بدین ترتیب فرد نیاز به آموزش مهارت‌هایی برای کنار زدن این موانع دارد. درمجموع درمان برای اکثر بیماران می‌تواند مسیری دشوار محسوب شود، چون با نام شکست، توقف داوطلبانه و عود مداوم در مصرف مواد مشخص شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا[3]، ۲۰۲۳). بنابراین افراد دارای اختلال مصرف مواد مخدر چالش های زیادی را قبل، حین و پس از درمان تجربه می‌کنند. عدم توانایی مواجه با مشکلات پس از ترک درنهایت منجر به افسردگی، اضطراب، خشونت می‌شود که اگر به این مسائل توجه نشود منجر به بهزیستی روان‌شناختی پایین می‌شود (دهقانی و خدابخشی کولایی، ۱۳۹۷). پژوهش واگانی و گائور[4] (۲۰۲۴) بیانگر تأثیر خودشناسی و خودآگاهی بر ارتقای بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان بود. همچنین کائور و کائور[5] (۲۰۲۲) در پژوهشی نشان دادند که مداخله مهارت‌های زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر مثبتی دارد. ماکیندا[6] (۲۰۲۲) به این نتیجه رسید که مداخله مهارت‌های زندگی می‌تواند بر پیشگیری از سوءمصرف مواد در نوجوانان نیجریه مؤثر باشد. از طرفی پژوهش امینی و افشاری نیا (۱۴۰۲) نیز نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی بر متغیر پیشگیری از عود و بهبودی افراد دارای سوء مصرف مواد مخدر مؤثر است.

با توجه به آنچه گفته شد و شیوع بالای اختلال اعتیاد به مواد و تأثیرات مخرب فردی، همچنین با در نظرگرفتن اثرات خانگی و اجتماعی، مطالعاتی که تاکنون در حوزه اعتیاد در ایران انجام شده است، بیشتر برای شناسایی علل گرایش به اعتیاد، عوامل زمینه‌ای مربوط به آن و اغلب در پارادایم پژوهش‌های کمی و با اتکا به نظریه‌های روان‌شناختی و جامعه‌شناختی انجام شده است. علاوه بر این، در جهان پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در درک اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد و یافتن مناسب‌ترین راه پیشگیری و درمان آنها ایجاد شده است. اما هیچ برنامه‌ای یا شیوه درمانی خاصی برای مرحله پس از ترک آنان تدوین نشده و مورد غفلت قرار گرفته است. لذا پژوهشگر در برنامه‌ریزی درمان و جلسات آموزشی قصد دارد با استفاده از استراتژی‌ها و راهبردهایی به تدوین برنامه و ارائه خدمات بهتر جهت بهزیستی روان‌شناختی آنان نیز بپردازد و تصمیم دارد از روایت‌های زندگی زنانی که حداقل یک الی دو سال از اعتیاد رها شده‌اند، استفاده کند و همین باعث می‌شود پژوهش حاضر متفاوت از پژوهش‌های پیشین باشد. پژوهشگر معتقد است روایت‌های این دسته از زنان برای حمایت روانی مهم و ضروری می‌باشند. همچنین به تسهیل فرایند تطبیق با شرایط زندگی و تغییر نگرش افراد به خود، دیگران و جامعه برای کسانی که به تازگی اعتیاد را رها کرده‌اند، بسیار مؤثر می‌باشد. علاوه بر این آنها به‌عنوان الگو و حامی، شهامت رؤیارویی با چالش‌های زندگی پس از ترک را داشته‌اند و توانسته‌اند به بالابردن سطح بهزیستی روان‌شناختی خود کمک کنند. یعنی پس از روبرو شدن با مسیر درمانی و چالش‌های پس از ترک توانستند انتخاب‌های گذشته منفی خود را بپذیرند، نگرش شخصی خود را بازسازی کنند، با ازسرگیری روابط اجتماعی روی نقش‌های چندگانه زنانه مانند نقش مادرانه، دوستانه و زنانه تمرکز کنند و درنهایت با داشتن توانایی مقابله با هیجانات منفی و واکنش‌های کنار آمدن در ارتباط با استرس به سطح مطلوب رضایت از زندگی برسند.

نقطه قوت اصلی این پژوهش استفاده از روش آمیخته متوالی (کیفی-کمی) می باشد. چون پژوهشگر معتقد است درخصوص اعتیاد ابتدا لازم است پیچیدگی‌های زندگی افراد را از طریق درک عمیق از مسأله و کشف رفتارهای عمیق‌تر انسان‌ها دسترسی پیدا کرد که فقدان این اطلاعات در پژوهش‌های کمی کاملاً مشهود است، به دلیل اینکه در این نوع پژوهش‌ها از پرسش‌نامه و اندازه‌گیری‌های آماری استفاده می‌شود. لذا پژوهشگر تصمیم دارد ابتدا روی جزئیات زندگی تعدادی از زنانی که حداقل به مدت یک الی دو سال اعتیاد را ترک کرده‌اند، تمرکز کند تا روایات و تجربیات دست اول آنها را به‌عنوان یک واقعیت اجتماعی و روان‌شناختی با استفاده از نظریه زمینه میدانی که یک رویکرد کیفی است، مورد شناخت و بررسی قرار دهد و با اتکا به ارائه همین روایت‌ها برنامه‌ای به شیوه کمی جهت بهزیستی روان شناختی برای زنانی که به تازگی اعتیاد را ترک کرده‌اند، تدوین کند و به شیوه گروهی به آنان آموزش دهد که خلأ چنین پژوهشی کاملاً مشهود است. امید است که این پژوهش رهیافتی باشد برای سایر پژوهشگران تا در آینده پژوهش‌های کامل‌تر و متقن‌تری انجام شود.

درنهایت نتایج این پژوهش می‌تواند برای پژوهشگران مفید باشد و دریچه‌ای نو برای مطالعه حوزۀ زنان رهایافته از اعتیاد را بگشاید. همچنین نتایج این پژوهش می‌تواند برای مشاوران توان‌بخشی در ارایه مشاوره به این زنان و سازمان بهزیستی نیز کاربرد داشته باشد. علاوه بر این، نهادهای مسئول و سازمان‌های متولی امر اعتیاد زنان از جمله نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران می‌توانند از نتایج این پژوهش

1. Pagano
2. Martin
3. American Psychiatric Association
4. Makinde
5. Kaur & Kaur
6. Wagani & Gaur

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

استفاده کنند و بر اساس رسالت‌های قانونی خود نقش مؤثری داشته باشند. درواقع، نیروی انتظامی جمهوری اسلامی به‌عنوان یک نیروی تأمین‌کننده امنیت، با توجه به ظرفیت‌های اجتماعی، امکانات و توانمندی فضاهای موجود در محله‌ها و نیروهای متخصص در بخش‌های مشاوره‌ای در راستای کمک به‌این حوزه با تبلیغ و تفهیم تفاوت‌های اعتیاد زنان و مردان و جلوگیری از نگاه جنسیتی به اعتیاد آنان و نحوه مواجهه جامعه با زنان رهایافته از اعتیاد قدم‌های اساسی بردارند. بر این اساس ساخت و اعتباریابی یک برنامه آموزشی ارتقادهنده مهارتی می‌تواند مثمر ثمر قرار بگیرد. با توجه به آنچه گفته شد این پژوهش با هدف ساخت و اعتباریابی مداخله بومی آموزشی - درمانی ارتقادهنده سلامت روان‌شناختی بر بهزیستی روانی زنان رهایافته از اعتیاد انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش در ساخت مداخله آموزشی - درمانی، شامل همه زنان رهایافته از اعتیاد در منطقه ۷ شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از این زنان بود که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند و به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس، از میان نمونه پژوهش به‌طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه گواه و ۱۵ نفر در دو گروه مداخله (برنامه آموزشی ارتقادهنده مهارتی) جایگزین شدند و از نظر سن و سابقه ترک همگن شدند. معیارهای ورود به نمونه شامل جنسیت مؤنث، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، توانایی شرکت در جلسات مداخله‌ای، دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، داشتن سابقه ترک ۱ الی ۲ سال، سواد خواندن و نوشتن و ملاک‌های خروج از مطالعه نیز دریافت مداخلات درمانی در حوزه سلامت روان، ناتوانی از شرکت در جلسات، نداشتن انگیزه برای ادامه پژوهش، شرکت هم‌زمان در برنامه‌های آموزشی - مداخلاتی، غیبت بیش از دو جلسه از شرکت در جلسات درمانی بود. ملاحظات اخلاقی بدین شرح بود: ۱) رعایت اصل رازداری و حفظ اسرار شرکت‌کنندگان؛ ۲) وارد نشدن هیچ‌گونه بار مالی و آسیب در طول پژوهش؛ ۳) آگاهی شرکت‌کنندگان از نتایج مطالعه در پایان پژوهش و بهره‌مندی آنها از مداخلات یا روش‌هایی که سودمندی‌شان در مطالعه نشان داده شده است؛ ۴) پذیرش عدم قبول شرکت آزمودنی در پژوهش یا ادامه ندادن و همکاری ایشان؛ ۵) اطلاعات به‌صورت کد بود؛ ۶) ارائه جزوه‌های آموزشی یا موارد دیگر پس از پایان کار به گروه گواه؛ ۷) اجرای آموزش ارتقای بهزیستی روان‌شناختی برای گروه گواه در ۴ جلسه به‌صورت فشرده؛ ۸) دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق معاونت علوم پژوهشی واحد با شناسه IR.IAU.SRB.REC.1399.193. به‌منظور انجام پژوهش یک جلسه توجیهی برگزار شد و فرم رضایت‌نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک بین شرکت‌کنندگان توزیع شد. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت‌کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت‌کننده کد متناسب اختصاص داده شد. پس از انتخاب و گمارش شرکت‌کنندگان و قبل از اجرای جلسات درمان شرکت‌کنندگان هر دو گروه از طریق پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی مور ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش مداخله برنامه آموزشی ارتقادهنده مهارتی را ۱۴ جلسه و بر اساس جلسات ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو بار دریافت کردند. گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات مداخله شرکت‌کنندگان هر دو گروه مجدداً با ابزار پژوهش برای اخذ پس‌آزمون، مورد ارزیابی قرار گرفتند. بعد از ۱۲۰ روز آزمون پیگیری نیز گرفته شد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بهره گرفته شد و نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف[1] (RSPWB-SF): جهت ارزیابی بهزیستی روان‌شناختی از نسخه کوتاه (۱۸ سؤالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف که در سال ۱۹۸۹ توسط ریف[2] طراحی شده، استفاده شد که بعدها در سال ۲۰۰۲ توسط ریف مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس دارای ۶ مؤلفه استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است. برای هر مؤلفه ۳ سؤال در نظر گرفته شده و دارای یک نمره کل می‌باشد. طیف نمره‌گذاری مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف بر اساس طیف لیکرت شش‌گزینه‌ای است، به‌طوری‌که به گزینه "کاملاً موافقم" نمره ۱ و گزینه "کاملاً مخالفم" نمره ۶ تعلق می‌گیرد. سؤالات ۱، ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه مجموع امتیازات

1. Ryff Scales of Psychological Wellbeing-Short Form
2. Ryff

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

تک‌تک سؤالات محاسبه می‌شود. نمرات بالا نشان‌دهنده‌ی بهزیستی روان‌شناختی بالا در فرد است و برعکس. نتایج تحقیق کیز[1] و همکاران (۲۰۰۲) حاکی از آن بود که ضریب پایایی مقیاس با استفاده از شاخص همسانی درونی برای زیر مقیاس‌های استقلال (۰/۷۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰)، رشد شخصی (۰/۸۷)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، هدفمندی در زندگی (۰/۹۰) و پذیرش خود (۰/۹۳) می‌باشد. همچنین در ارتباط با روایی مقیاس همبستگی زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی بین ۰/۲۸ تا ۰/۷۳ و با مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ بین ۰/۲۹ تا ۰/۶۲ بود که نشان‌دهنده روایی همگرای مناسب آن است. در ایران همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در شش عامل پذیرش خود (۰/۷۵)، تسلط بر محیط (۰/۸۲)، رابطه مثبت با دیگران (۰/۸۲)، داشتن هدف در زندگی (۰/۷۶)، رشد شخصی (۰/۷۸) و استقلال (۰/۸۳) و برای کل مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد. همچنین در ارتباط با روایی مقیاس با استفاده از شاخص روایی هم‌گرایی همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ گزارش شد (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). لازم به ذکر است که مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر برابر ۰/۷۹ بود.

محتوای مداخله بومی آموزشی – درمانی ارتقادهنده سلامت روان‌شناختی بر بهزیستی روان‌شناختی

فرایند ساخت و رواسازی بسته آموزشی: در گام اول محتوای مداخله بومی آموزشی - درمانی ارتقادهنده سلامت روان‌شناختی مطالعه شد. علاوه بر آن طی مصاحبه با متخصصان حوزه تخصصی موضوع پژوهش نیز اطلاعات لازم پیرامون مؤلفه‌های بسته آموزشی مبتنی بر این برنامه جمع‌آوری و محتوای جلسات با توجه به مصاحبه با ۱۴ نفر از زنان رهایافته از اعتیاد ساخته شد. اعتبار درونی محتوای برنامه آموزشی ارتقادهنده مهارتی با استفاده از ۱۰ نفر از متخصصینی که در زمینه مورد مطالعه، دانش مهارت و تجربه کافی داشتند، مورد ارزیابی قرار گرفت. این متخصصین بسته آموزشی را دریافت کردند و نظرات خود را مبنی بر تأیید یا رد آن اعلام کردند. جهت محاسبه شاخص نسبت روایی محتوایی (CVI) و شاخص روایی محتوا (CVR)، از نظرات کارشناسان متخصص در زمینه محتوای برنامه استفاده شد و با توضیح اهداف برنامه برای آنها و ارائه تعاریف عملیاتی مربوط به محتوای برنامه به آنها از آنها خواسته می‌شود تا به سؤالاتی در خصوص روایی برنامه پاسخ دهند. در پژوهش حاضر برای محاسبه CVR از روش لاوشی (۱۹۷۵) استفاده شد. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حداقل و حداکثر میزان شاخص ضریب نسبی روایی محتوا (CVI) و شاخص روایی محتوا (CVR) برای هر ماده یا جزء برنامه به ترتیب (۰/۸۰ و ۰/۹۸) می‌باشد، که بنا به عقیده هیرکز[2] و همکاران (۲۰۰۳) ماده‌های با نمره بالاتر از ۰/۷۹ مناسب هستند، بین ۰/۷۰- ۰/۷۹ نیاز به اصلاح دارند و کمتر از ۰/۷۰ غیرقابل‌قبول هستند و باید حذف شوند. همان‌طور که مشاهده می‌شود، روایی محتوایی برنامه مناسب است. لذا محتوای برنامه آموزشی ارتقادهنده مهارتی از اعتبار قابل‌قبولی برای کاربرد آموزشی و استفاده بالینی برخوردار می‌باشد. بنابراین اعتبار درونی محتوای برنامه آموزشی ارتقادهنده مهارتی تأیید شد. اعتبار بیرونی بسته نیز با اجرای بسته آموزشی بر روی یک نمونه ۳۰ نفری از جامعه زنان رهایافته از اعتیاد صورت گرفت که در ادامه نتایج آن گزارش می‌گردد. در پژوهش حاضر تکالیف و محتوای جلسات بر اساس نظر متخصصان این حوزه تعدیل شده است.

جدول ۱. محتوای برنامه آموزشی ارتقادهنده مهارتی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان رهایافته از اعتیاد

جلسات	برنامه‌های اجرایی
اول	موضوع موردنظر: **خودآگاهی و خودشناسی** برقراری رابطه حسنه با اعضای گروه و جلب اعتماد و همراهی آنها، پرسش درباره معنای خودآگاهی، بارش فکری.
دوم	موضوع موردنظر: **خودآگاهی و خودشناسی** مرور مفاهیم آموزش داده‌شده در جلسه قبل، توضیح درباره آگاهی از ویژگی‌های مثبت و منفی شخصیت افراد، صحبت درباره ویژگی‌های شخصیتی اعضای گروه توسط خودشان.
سوم	موضوع موردنظر: **خوددوستی و عزت‌نفس** پرسش درباره معنای خوددوستی و عزت‌نفس، بارش فکری، توضیح درباره معنای خوددوستی و عزت‌نفس و عوامل مؤثر بر آن.
چهارم	موضوع موردنظر: **خوددوستی و عزت‌نفس**

1. Keyes
2. Hyrkas

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

	مرور مفاهیم جلسه قبل، توضیح درباره منتقد آسیب‌رسان درون و شیوه‌های خلع سلاح آن، پرسش و پاسخ درباره تجربیات ادراک‌شده اعضای گروه.
پنجم	موضوع موردنظر: **شفقت‌ورزی** پرسش درباره معنای درک، پذیرش و بخشش به‌عنوان اجزای اصلی شفقت‌ورزی، بارش فکری، توضیح درباره هر یک از این معانی، گفت‌وگو درباره تجربیات اعضای گروه از درک و پذیرش و بخشش خویشتن.
ششم	موضوع موردنظر: **معنویت** بحث در مورد تصور از خدا، مطرح کردن مسئله تعامل با خدا، صحبت کردن در مورد آرزوهای گذشته و حال.
هفتم	موضوع موردنظر: **جرئت‌ورزی** پرسش درباره معنای قاطعیت و جرئت‌ورزی، بارش فکری.
هشتم	موضوع موردنظر: **جرئت‌ورزی** مرور مفاهیم گذشته، توضیح درباره نردبان جرئت‌ورزی (برقراری تماس چشمی، احوالپرسی و آداب معاشرت)، بیان جملات تأییدی.
نهم	موضوع موردنظر: **مدیریت خشم** پرسش درباره معنای مدیریت خشم و تفاوت آن با کنترل خشم، بارش فکری، توضیح درباره هیجان خشم، آشنایی با مؤلفه‌های خشم.
دهم	موضوع موردنظر: **مدیریت خشم** گفتگو درباره اصلاح باورهای نادرست درباره خشم، گفتگوی اعضای گروه درباره باورهای نادرستشان که منجر به خشم می‌شود.
یازدهم	موضوع موردنظر: **قدرت تصمیم‌گیری** پرسش درباره معنای تصمیم‌گیری و میزان سودمندی آن، بارش فکری، آشنایی با انواع تصمیم‌گیری (تصمیم‌گیری هیجانی و تکانشی، مطیعانه، اجتنابی، آگاهانه).
دوازدهم	موضوع موردنظر: **حل مسئله** پرسش درباره معنای حل مسئله و فایده آن در زندگی، بارش فکری، ارائه پرسشنامه خودسنجی حل مسئله هپنر، بررسی پاسخنامه‌های اعضای گروه توسط خودشان و درک بهتر از سطح توانایی آنها از حل مسئله.
سیزدهم	موضوع موردنظر: **شناخت ارزش‌ها و عمل به آنها** آشنا کردن اعضای گروه با معنای ارزش و انواع ارزش‌ها، در اختیار قرار دادن لیست با شیوه‌های هدف‌گذاری‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت.
چهاردهم	ادامه جلسه قبل و رسیدن به نتایج کلی، خواندن نیایش برای افزایش رابطه حسنه و همدلی.

یافته ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی بیانگر آن بود که افراد نمونه پژوهش همگی زن بودند و دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال بودند که در این بین میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۳۴/۹۰±۳/۲۳ سال و میانگین سن گروه گواه ۳۴/۵۷±۲/۸۱ بود میانگین و انحراف معیار مدت‌زمان اعتیاد گروه آزمایش ۱۰/۴۰±۲/۲۸ سال و میانگین مدت‌زمان اعتیاد گروه گواه ۹/۴۷±۲/۵۶ بود. در گروه آزمایش میزان تحصیلات ۷۴/۹ از افراد نمونه گروه آزمایش سیکل، ۲۰/۸ درصد دیپلم و ۴/۴ درصد بالاتر از دیپلم است، همچنین ۳۱/۴۷ درصد از زنان رهایافته از اعتیاد در گروه آزمایش متأهل و ۶۸/۳ درصد نیز مجرد بودند. در گروه گواه نیز ۲۶/۸ درصد متأهل و ۷۳/۲ درصد نیز مجرد بودند. ۷۴ درصد از اعضای گروه نمونه مواد مصرفی از نوع صنعتی (شیشه) داشتند و ۲۶ درصد نیز به صورت ترکیبی هروئین و شیشه مصرف می کردند. ابتدا به بررسی یافته‌های توصیفی پژوهشی پرداخته می‌شود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های پژوهش به تفکیک برای دو گروه

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گواه	پذیرش خود	۸/۳۳	۰/۶۳	۷/۲۰	۲/۶۲	۸/۰۰	۲/۸۸
	تسلط محیطی	۱۰/۰۰	۲/۵۴	۹/۸۰	۳/۶۹	۱۰/۶۷	۳/۷۴
	روابط مثبت	۱۰/۱۳	۲/۲۹	۹/۴۰	۳/۵۲	۹/۶۰	۲/۸۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

	هدفمندی	۹/۴۷	۱/۶۰	۹/۲۷	۱/۴۹	۹/۴۰	۱/۱۸
	رشد فردی	۱۰/۶۷	۲/۱۹	۹/۹۳	۳/۲۲	۱۰/۸۷	۳/۸۹
	استقلال	۱۰/۲۷	۲/۱۲	۹/۶۷	۲/۸۹	۱۰/۱۳	۲/۹۷
	بهزیستی روان‌شناختی	۵۸/۸۶	۶/۰۸	۵۵/۲۶	۸/۰۲	۵۸/۶۶	۸/۶۷
آزمایش	پذیرش خود	۹/۴۷	۲/۵۰	۱۳/۸۰	۲/۲۷	۱۳/۵۳	۱/۷۷
	تسلط محیطی	۹/۴۷	۲/۳۳	۱۴/۲۷	۲/۵۸	۱۳/۶۷	۲/۶۱
	روابط مثبت	۱۱/۰۰	۲/۵۹	۱۲/۹۳	۲/۱۹	۱۲/۹۳	۲/۶۳
	هدفمندی	۹/۲۷	۲/۴۰	۱۲/۵۳	۱/۷۷	۱۳/۰۰	۱/۵۱
	رشد فردی	۱۱/۴۷	۲/۷۰	۱۳/۹۳	۱/۹۴	۱۴/۰۷	۱/۵۸
	استقلال	۱۰/۴۷	۲/۷۰	۱۲/۹۳	۲/۰۵	۱۲/۹۳	۲/۲۲
	بهزیستی روان‌شناختی	۶۱/۱۳	۸/۵۶	۸۰/۴۰	۶/۹۸	۸۰/۱۳	۷/۱۳

همان‌طور که مشاهده می‌شود میزان نمره‌ی بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن (پذیرش خود، تسلط محیطی، روابط مثبت، هدفمندی، رشد فردی، استقلال) در پیش‌آزمون، در دو گروه مداخله‌ی آزمایش و گواه تقریباً به یک میزان بوده است، که نشانگر همگن بودن این دو گروه ازلحاظ میزان نمره‌ی بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن پیش از اجرای مداخله با آزمایش است. اما میانگین بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن پس از اجرای مداخله در گروه آزمایش تغییر قابل‌توجهی نسبت به گروه گواه داشته است، که می‌توان نتیجه‌ی مؤثر بودن مداخله دانست و این میزان در مرحله‌ی پیگیری (سه‌ماهه) نیز قابل‌مشاهده می‌باشد.

قبل از اجرای آزمون، آزمون تحلیل واریانس اندازهگیری مکرر، از آزمون کولموگروف – اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات بهزیستی روانشناختی و مولفه هایش، در مراحل سه گانه اندازه گیری ($p>۰/۰۵$) نتیجه بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس به این شرح بود در ابتدا جهت بررسی وجود داده پرت از باکس پلات استفاده شد که داده پرتی مشاهده نگردید.همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p>۰/۰۵$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته (بهزیستی روانشناختی و مولفه هایش) معنادار نبوده است ($p>۰/۰۵$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای بهزیستی روانشناختی و مولفه هایش رعایت شده است ($P>۰/۰۵$). برای بررسی اثربخشی مداخله بومی آموزشی - درمانی ارتقادهنده سلامت روان‌شناختی بر بهزیستی روانی زنان رهایافته از اعتیاد از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. در این تحقیق یک عامل درون آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه‌گیری متغیر پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود و یک عامل بین آزمودنی وجود داشت که آن عضویت گروهی بود.

نتایج کلی آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر گروه آزمایش و گواه

متغیر	عوامل	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
پذیرش خود		مراحل	۶۱/۱۶	۱/۴۳	۴۲/۹۳	۱۱/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۲۸
	درون گروهی	زمان*گروه	۱۲۵/۹۶	۱/۴۳	۸۸/۴۲	۲۲/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵
		گروه ها	۴۴۰/۰۱	۱/۰۰	۴۴۰/۰۱	۴۱/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	بین گروهی	گروه	۱۹۱/۷۶	۲	۹۵/۸۸	۳/۵۵	۰/۰۴۱	۰/۱۱
		خطا	۸۱۰/۹۸	۲۸	۲۶/۹۶	-	-	-
تسلط محیطی		مراحل	۱۱۲/۲۹	۱/۱۳	۹۹/۰۳	۲۰/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	درون گروهی	زمان*گروه	۹۹/۰۹	۱/۱۳	۸۷/۳۹	۱۸/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹
		گروه‌ها	۱۲۰/۱۸	۱/۰۰	۱۲۰/۱۸	۵/۷۴	۰/۰۲	۰/۱۷
	بین گروهی	گروه	۱۱۴۱/۱۸	۲	۵۷۰/۵۹	۵/۱۲	۰/۰۰۷	۰/۱۳
		خطا	۳۱۱۸/۶۸	۲۸/۰۰۲	۱۱۱/۳۷	-	-	-

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

روابط مثبت		مراحل	۸/۶۰	۱/۴۸	۵/۸۰	۴/۰۷	۰/۰۴۰	۰/۱۱
	درون گروهی	زمان*گروه	۳۳/۰۹	۱/۴۸	۲۲/۳۰	۷/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۲۲
		گروه‌ها	۱۴۹/۵۱	۱/۰۰	۱۴۹/۵۱	۸/۳۳	۰/۰۱	۰/۲۳
	بین گروهی	گروه	۱۱۶۹/۶۳	۲	۵۸۴/۸۱	۷/۴۴	۰/۰۰۵	۰/۱۷
		خطا	۲۱۲۵/۲۲	۲۷/۰۴۸	۷۸/۵۷	–	–	–
هدفمندی		مراحل	۵۸/۰۲	۱/۲۳	۴۷/۳۵	۴۷/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	درون گروهی	زمان*گروه	۶۶/۴۲	۱/۲۳	۵۴/۲۰	۵۴/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۶
		گروه‌ها	۱۱۱/۱۱	۱/۰۰	۱۱۱/۱۱	۱۴/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	بین گروهی	گروه	۱۱۵۶/۴۱	۲	۵۷۸/۲۱	۱۲/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۱۹
		خطا	۱۲۱۶/۴۱	۲۶/۰۱۴	۴۶/۷۶	–	–	–
رشد فردی		مراحل	۲۹/۹۶	۱/۳۳	۲۲/۵۷	۶/۴۳	۰/۰۱	۰/۱۹
	درون گروهی	زمان*گروه	۴۱/۶۰	۱/۳۳	۳۱/۳۵	۸/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۲۴
		گروه‌ها	۱۶۰/۰۰	۱/۰۰	۱۶۰/۰۰	۹/۲۷	۰/۰۱	۰/۲۵
	بین گروهی	گروه	۱۰۵۱/۳۱	۲	۵۲۵/۶۶	۶/۴۵	۰/۰۰۶	۰/۱۲
		خطا	۲۲۱۸/۹۳	۲۷/۲۳۴	۸۱/۴۸	–	–	–
استقلال		مراحل	۲۲/۸۷	۱/۲۳	۱۸/۶۴	۵/۵۸	۰/۰۲	۰/۱۷
	درون گروهی	زمان*گروه	۴۰/۹۶	۱/۲۳	۳۳/۳۸	۹/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۲۶
		گروه‌ها	۹۸/۱۹	۱/۰۰	۹۸/۱۸	۶/۵۷	۰/۰۲	۰/۱۹
	بین گروهی	گروه	۹۱۴/۷۲	۲	۴۵۷/۳۶	۸/۰۶	۰/۰۰۳	۰/۱۵
		خطا	۱۴۴۶/۵۳	۲۵/۵	۵۶/۷۲	–	–	–
بهزیستی روان‌شناختی		مراحل	۱۵۲۱/۷۶	۱/۱۴	۱۳۳۶/۷۸	۳۳/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	درون گروهی	زمان*گروه	۲۲۶۲/۴۲	۱/۱۴	۱۹۸۷/۴۲	۴۹/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۴
		گروه‌ها	۵۹۶۹/۸۸	۱/۰۰	۵۹۶۹/۸۸	۳۹/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	بین گروهی	گروه	۱۳۴۷/۶۵	۲	۶۷۳/۸۳	۸/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۲۱
		خطا	۲۱۱۶/۶۴	۲۸	۷۵/۵۹	–	–	–

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات درون آزمونی و بین شرکت‌کننده نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد در اثر زمان متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن معنادار شده‌اند (P<۰/۰۱). بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیرها در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت وجود دارد. همچنین با توجه به نتایج جدول که نشان می‌دهد بین گروه و زمان در متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن تعامل وجود دارد (P<۰/۰۵) مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه آزمایش و گواه در این ۷ متغیر وابسته تفاوت وجود دارد. ازآنجاکه مقدار معناداری کمتر از خطای ۰/۰۵ می‌باشد می‌توان پذیرفت که نمرات متغیرهای تحقیق در بین گروه‌های آموزشی در طی مقطع پس‌آزمون و پیگیری تغییر یافته‌اند و مدل معنادار است، به‌طوری‌که در بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در سطح (P<۰/۵) در مقایسه‌ی بین‌گروهی، درون‌گروهی و زمان اثربخشی معناداری دیده شد. سطح معنی‌داری هر چهار آماره چندمتغیری مربوطه، یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی، کوچک‌تر از ۰/۰۱ است. بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که حداقل بین سه متغیر تحقیق در سه گروه آزمونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد. بررسی این تعاملات در جدول بعدی ارائه شده است.

به‌منظور مقایسه زوجی گروه‌ها با یکدیگر، از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. مقایسه میانگین‌های زوجی برای مقایسه بین گروه گواه و آزمایش

گروه	متغیر وابسته	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
	پذیرش خود	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱/۱۳	۰/۳۶	۰/۰۵۳

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

گواه		پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۳۳	۰/۴۴	۱
		پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۸۰	۰/۳۱	۰/۰۹۷
	تسلط محیطی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۰/۲۰	۰/۳۷	۱
		پیش‌آزمون - پیگیری	-۰/۶۷	۰/۴۲	۰/۴۰۹
		پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۸۷	۰/۳۲	۰/۰۹۳
	روابط مثبت	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۰/۷۳	۰/۳۸	۰/۲۳
		پیش‌آزمون — پیگیری	۰/۵۳	۰/۳۶	۰/۴۹۳
		پس‌آزمون - پیگیری	۰-/۲۰	۰/۳۴	۱
	هدفمندی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۰/۲۰	۰/۲۲	۱
		پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۰۷	۰/۲۳	۱
		پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۱۳	۰/۱۳	۱
	رشد فردی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۰/۷۳	۰/۳۶	۰/۱۷۹
		پیش‌آزمون - پیگیری	-۰/۲۰	۰/۵۳	۱
		پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۹۳	۰/۳۵	۰/۰۶۶
	استقلال	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۰/۶۰	۰/۳۴	۰/۲۸۵
		پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۱۳	۰/۳۹	۱
		پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۴۷	۰/۲۷	۰/۰۷۱
	بهزیستی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۳/۶۰	۱/۹۹	۰/۰۷
	روان‌شناختی	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۲۰	۱/۱۴	۱/۰۰
		پس‌آزمون - پیگیری	-۳/۴۰	۱/۶۷	۰/۰۸
آزمایش	پذیرش خود	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۴/۳۳	۰/۹۴	۰/۰۱
		پیش‌آزمون - پیگیری	-۴/۰۷	۰/۸۵	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون - پیگیری	۰/۲۷	۰/۴۲	۱
	تسلط محیطی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۴/۸۰	۰/۹۵	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون - پیگیری	-۴/۲۰	۰/۹۴	۰/۰۰۲
		پس‌آزمون - پیگیری	۰/۶۰	۰/۱۶	۰/۰۸۸
	روابط مثبت	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۱/۹۳	۰/۷۳	۰/۰۳۶
		پیش‌آزمون - پیگیری	-۱/۹۳	۰/۷۹	۰/۰۴۴
		پس‌آزمون - پیگیری	۰/۰۰	۰/۳۴	۱
	هدفمندی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۳/۲۷	۰/۴۰	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون - پیگیری	-۳/۷۳	۰/۴۴	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۴۷	۰/۲۳	۰/۱۱۱
	رشد فردی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۲/۴۷	۰/۷۸	۰/۰۲۱
		پیش‌آزمون - پیگیری	-۲/۶۰	۰/۸۱	۰/۰۱۹
		پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۱۳	۰/۳۶	۱
	استقلال	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۲/۴۷	۰/۸۲	۰/۰۲۷
		پیش‌آزمون - پیگیری	-۲/۴۷	۰/۷۷	۰/۰۲
		پس‌آزمون - پیگیری	۰/۰۰	۰/۲۹	۱
	بهزیستی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۱۹/۲۷	۲/۷۲	۰/۰۰۱
	روان‌شناختی	پیش‌آزمون - پیگیری	-۱۹/۰۰	۲/۸۰	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون - پیگیری	۰/۲۷	۰/۶۱	۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

با توجه به جدول ۴ ملاحظه می‌شود که در نمرات پیش‌آزمون هیچ‌کدام از متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن (پذیرش خود، تسلط محیطی، روابط مثبت، هدفمندی، رشد فردی، استقلال)، بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (P>۰/۰۵). این در حالی بود که در نمرات پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه تفاوت معنی‌داری (P<۰/۰۱) به دست آمده که حاکی از اثربخشی برنامه آموزشی ارتقادهنده مهارتی بر ابعاد بهزیستی روان‌شناختی زنان رهایافته از اعتیاد بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف ساخت و اعتباریابی مداخله بومی آموزشی - درمانی ارتقادهنده سلامت روان‌شناختی بر بهزیستی روانی زنان رهایافته از اعتیاد انجام شد. یافته حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که مداخله بومی آموزشی - درمانی ارتقادهنده سلامت روان‌شناختی بر ابعاد بهزیستی روان‌شناختی زنان رهایافته از اعتیاد تأثیر معناداری داشته است. علاوه بر این یافته پژوهش نشان داد که این مداخله توانسته تأثیر خود را در طول زمان نیز به شکل معناداری حفظ نماید. نتایج پژوهش حاضر در باب اثربخشی این برنامه بر بهزیستی روان‌شناختی با پژوهش واگانی و گائور (۲۰۲۴)، کائور و کائور (۲۰۲۲)، ماکیندا (۲۰۲۲) و امینی و افشاری (۱۴۰۲) همسو بود.

در تبیین یافته حاضر باید بیان کرد که یکی از اصول اساسی در بسته ساخته‌شده این بود که برای زنان رهایافته از اعتیاد دارای مشکل در زندگی فردی و خانوادگی، توانایی روبرو شدن با مشکلات و بهبود وضعیت خودآگاهی از طریق حل مسئله، مدیریت مقابله با استرس و کنترل هیجانات زندگی از طریق کنترل و مدیریت خشم را آموزش داد. همچنین یادگیری و تمرین آشنایی با خویشتن موجب تقویت یا تغییر در نگرش‌ها و رفتارهای انسان می‌گردد و درنتیجه با پدید آمدن رفتارهای سالم و مثبت بسیاری از مشکلات حل و یا پیشگیری می‌شوند. از طرفی نیز افراد با عزت‌نفس بالاتر، بهزیستی روان‌شناختی بهتری دارند و پاسخ روانشناسی آنها نسبت به استرس کاهش می‌یابد (تیلور[1]، ۲۰۱۰). افراد دارای عزت‌نفس بالا به احتمال کمتری افکار خودنقادانه را در اولین مرحله تجربه می‌کنند؛ اما بیشتر قادرند این افکار را به‌سادگی، بدون ارزیابی یا گرفتار شدن در محتوای آنها درک کنند. همچنین، افراد بالا در عامل عدم واکنش عزت‌نفس بیشتری دارند؛ چون این افراد به افکار و هیجان‌های خود اجازه می‌دهند بدون نشخوار فکری و پیکار دفاعی علیه آنها بیایند و بروند (بائر[2] و همکاران، ۲۰۰۶). به کمک آموزش شفقت، فرد نسبت به گذشته جرئت‌مندتر شده و می‌تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل‌دستیابی را بازطراحی کند که مستلزم سختی و آزار نباشد (قاسم زاده و همکاران، ۱۳۹۸) که تمامی این موارد به بهبود بهزیستی روان‌شناختی کمک می‌نماید. از طرفی نیز مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر ویژه آموزش معنویت در بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی است. اعتقاد به وجود یک منبع و قدرت برتر و باور به اینکه شخص توانایی حل مسئله را دارد. یافتن معنا در تجارب منفی، دیدن تجارب منفی از دیدگاهی مثبت و نگاه کردن به آنها به‌عنوان تجارب ضروری زندگی و خوش‌بینی با بهزیستی روان‌شناختی همبستگی بالایی دارد (حیدرپور و کرمیان، ۱۴۰۰). آموزش جرئت‌ورزی به‌عنوان یک سبک شناختی انعطاف‌پذیر، به فرد کمک می‌کند تا از یک‌سو با نگاهی تازه به مشکلات در جهت حل آنها حرکت کند و از سوی دیگر، ضمن کاهش علائم افسردگی و اضطراب به احساس تسلط فرد در مواجهه با مشکلات شده و باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. آموزش جرئت‌ورزی می‌توانند با افزایش حس حقیقت‌طلبی در افراد، به زندگی آن‌ها معنا بخشیده و تلاش بیشتر آن‌ها برای اتخاذ رویکرد شناختی تحلیلگرانه و منتقدانه را افزایش دهد. از سوی دیگر، با افزایش توانمندی افراد در تجزیه‌وتحلیل امور، میزان تسلط آن‌ها بر وقایع اطراف آن‌ها و همچنین استقلال آن‌ها از دیگران افزایش می‌یابد و بیشتر قادر به تفکر مستقل از دیگران هستند. درنتیجه، آموزش جرئت‌ورزی می‌تواند خودشناسی و رشد شخصی را در پی داشته باشد. آموزش جرئت‌ورزی می‌تواند با افزایش شناخت فرد از جنبه‌های مثبت و منفی شخصیت خود، ظرفیت پذیرش خود را در فرد افزایش دهد (باتلر[3]، ۲۰۱۱). آموزش مدیریت خشم به زنان رهایافته از اعتیاد منجر به افزایش توانایی رشد شخصی و کشف استعدادهای بالقوه و خودشکوفایی آنان شده و موجب می‌شود تا در برابر تجربه‌ها و وقایع جدید زندگی پذیراتر باشند. همچنین به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های حل مسئله شناختی با بهره‌گیری از راهکارهای شناختن باورهای کژکار و جانشین کردن آنها با باورهای صحیح و یادگیری مهارت‌های اجتماعی درست در افراد موجب بهبود روابط اجتماعی آنان با سایر افراد خانواده و اجتماع شود این امر خود تا حد زیادی مشکلات آنها را کاهش داده و سلامت روانشان را بهبود می‌بخشد. درنهایت، شناسایی ارزش‌های زندگی برای رشد و توسعه فردی ضروری است. با گذشت زندگی، ارزش‌های ما ممکن است تغییر کنند،

1. Taylor
2. Baer
3. Butler

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

تکامل یابند یا اصلاح شوند. با تأمل در ارزش‌های خود، می‌توانیم درک عمیق‌تری از خود و دنیای اطراف خود به دست آوریم. دست یافتن به یک درک واضح از خود قدمی مهم برای رشد و توسعه فردی است.

به‌طورکلی می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که این برنامه آموزشی توانست به توان مواجهه و مدارای زنان رهایافته از اعتیاد در چالش‌های بعد از ترک کمک نموده تا از طریق تفکر انتقادی به‌نوعی مشکل موجود را بی‌اهمیت تلقی کند و به‌جای سرزنش کردن خود و قطع رابطه با دیگران، از طریق رشد فردی به توان برقراری ارتباط با دیگران و عدم خجالت کشیدن از گذشته خود با حضور در جمع افراد و تعامل با زنان عادی و بدون سابقه اعتیاد، توانایی ایجاد همدلی یافته و با تسلط بر محیط و همچنین با تصمیم‌گیری‌های صحیح در ساختن زندگی هدفمند و درمجموع بهزیستی روان‌شناختی خود تلاش کنند. مداخله بومی آموزشی - درمانی ارتقادهنده سلامت روان‌شناختی با توجه به اینکه بیشتر رفتاری بوده و در زندگی روزمره زنان رهایافته از اعتیاد اثرگذار می‌باشد؛ لذا زنان رهایافته از اعتیاد با آموزش مؤلفه‌های مهارت‌های خودآگاهی، خوددوستی، شفقت‌ورزی، معنویت و مدیریت خشم، مدیریت مقابله با استرس مدیریت هیجان توان برقراری ارتباط با دیگران با ایجاد همدلی به آنها در دارا بودن یک زندگی هدفمند کمک کند.

پژوهش حاضر مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی نظیر محدود بودن نتایج پژوهش به گروه و منطقه جغرافیایی خاص (زنان رهایافته از اعتیاد)، عدم بهره‌گیری از ابزارهای پژوهشی دیگر به جز پرسشنامه و تعداد کم نمونه پژوهش و روش نمونه‌گیری غیرتصادفی مواجه بود. پیشنهاد می‌شود نظیر این پژوهش در جامعه آماری دیگر سایر مناطق جغرافیایی و با حجم نمونه بیشتر انجام گردد تا سبب افزایش تعمیم یافته‌ها شود. همچنین از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود تا همه اعضای جامعه شانس برابر برای انتخاب داشته باشند. با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر توصیه می‌گردد مداخله بومی آموزشی - درمانی ارتقادهنده سلامت روان‌شناختی در کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی مورد استفاده قرار گیرد و همچنین مشاوران مقاطع مختلف در دوره‌های ضمن خدمت و کارگاهی با این روش آموزشی و کاربرد آن در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی زنان رهایافته از اعتیاد آشنا گردند.

منابع

امینی، ب.، و افشاری نیا، ک. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود و پیشگیری از عود افراد دارای سوء مصرف مواد مخدر. *علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۲۱)، ۱۸۹-۲۰۲. http://psychologicalscience.ir/article-1-1724-fa.html

بیانی، ع.، کوچکی، ع.، و بیانی، ع. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۴ (۲)، ۱۴۶-۱۵۱. https://sid.ir/paper/16645/fa

حیدرپور، پ.، و کرمیان، م. (۱۴۰۰). رابطه امید به زندگی، احساسات مثبت و بهزیستی روانی با تاب آوری در بین سالمندان. *پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش*، ۴ (۴۲)، ۲۶۳-۲۵۱. https://jonapte.ir/fa/showart-9c0a313e84fd508cf6de885590368ba3

دهقانی، ز.، و خدابخشی کولایی، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی امید درمانی گروهی برکیفیت زندگی و تاب آوری زنان معتاد. *آموزش و سلامت جامعه*، ۴ (۱)، ۲۸-۳۶. https://jech.umsha.ac.ir/Article/A-10-309-2

قاسم زاده، م.، عبدالله معتمدی، ع.، و سهرابی، ف. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود سازگاری اجتماعی و گذشت در زنان مطلقه. *پژوهشنامه زنان*، ۱۰ (۲۷)، ۱۱۷-۱۳۹. https://womenstudy.ihcs.ac.ir/article_4041.html

محمدی نیکو، ز.، و تمنایی فر، م. (۱۴۰۳). مدل ساختاری بهزیستی روانشناختی بر اساس نیازهای روانشناختی و ذهن‌آگاهی با نقش واسطه‌ای استفاده آسیب‌زا از اینترنت در نوجوانان. *رویش روان شناسی*، ۱۳ (۱)، ۱۹-۲۸. http://frooyesh.ir/article-1-4840-fa.html

American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric Association. https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*, 27- 45. https://doi.org/10.1177/1073191105283504

Fatima, S., Hassan, S., & Jameel, F. (2024). A Moderated Mediation Model of Age-Related Decline in Selective Executive Functions and Quality of Life in Men with Substance Use Disorder. *Clinical neuropsychiatry*, *21*(2), 143-152. https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20240203

Graham, M., & Bitten, C. (2014). Counseling intentional addiction recovery grounded in relationships and social meaning. In RA. Young, JF. Domene, & L. Valach (Eds.) *Counseling and action: Toward life-enhancing work, relationships, and identity* (pp. 211-222). New York: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0773-1_12

Hawlader, M. D. H., Nabi, M. H., Hussain, A., Al Amin, S. U., Zaman, S., & Masud, I. (2022). Legal and social consequences of substance use: Results from a nationwide study in Bangladesh. *Journal of ethnicity in substance abuse*, *21*(4), 1327-1337. https://doi.org/10.1080/15332640.2020.1846008

Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D., Rehm, J., Leggio, L., & Vanderschuren, L. J. (2021). Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and the need for consilience. *Neuropsychopharmacology*, *46*(10), 1715-1723. https://doi.org/10.1038/s41386-020-00950-y

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

Heitmann, J., van Hemel-Ruiter, M. E., Vermeulen, K. M., Ostafin, B. D., MacLeod, C., & Wiers, R. W., et al. (2017). Internet-based attentional bias modification training as addon to regular treatment in alcohol and cannabis dependent outpatients: A study protocol of a randomized control trial. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 193. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1359-2

Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International journal of nursing studies*, *40*(6), 619-625. https://doi.org/10.1016/s0020-7489(03)00036-1

Kaur, J., & Kaur, M. (2022). A Life Skills Intervention for Enhancing Psychological Well-Being of Secondary School Students: Life skills intervention. *MIER Journal of Educational Studies Trends and Practices*, *12*(2), 285-300. https://doi.org/10.52634/mier/2022/v12/i2/2263

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D (2002). Optimal well-being: Empirical Encounter of two traditional. *Journal of Personality and social psychology*, *82*(6), 1007-1022. doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007.

Khodabakhshi Koolaee, A., & Damirchi, F.(2016). Comparing Quality of Life Among Female Sex Workers With and Without Addiction. *JCCNC*, *2*(4), 201-206. http://jccnc.iums.ac.ir/article-1-105-en.html

Khorrami, M., Khorrami, F., Haghani, K., Fathy Karkaragh, F., Khodashenas, A., & Souri, S. (2024). Gender differences in sleep quality among Iranian traditional and industrial drug users. *Neurobiology of sleep and circadian rhythms*, *17*, 100104. https://doi.org/10.1016/j.nbscr.2024.100104

Kim, J., & Stavrositu, C. (2018). Feelings on Facebook and their correlates with psychological well-being: The moderating role of culture. *Computers in Human Behavior*, *89*, 79-87. https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.07.024.

Makinde, B. W. (2022). Effect of Life Skills Training Towards Prevention of Drug Abuse Among Adolescents in Nigeria. *Journal of Addict Dis & Ment Heal*, *2*(3), 1-8. https://unisciencepub.com/abstract/effect-of-life-skills-training-towards-prevention-of-drug-abuse-among-adolescents-in-nigeria/

Martela, F., & Ryan, R. M. (2023). Clarifying Eudaimonia and Psychological Functioning to Complement Evaluative and Experiential Well-Being: Why Basic Psychological Needs Should Be Measured in National Accounts of Well-Being. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, *18*(5), 1121-1135. https://doi.org/10.1177/17456916221141099

Martin, R. A., Cassidy, R. N., Murphy, C. M., & Rohsenow, D. J. (2016). Barriers to quitting smoking among substance dependent patients predict smoking cessation treatment outcome. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *64*, 7-12 10.1016/j.jsat.2016.02.007.

McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., & Greenfield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, *66*, 12-23. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012

Mohiuddin, A. K. (2019). Drug addiction in Bangladesh: "A consequence of social demoralization rather than individual flaws". *Int J Addict Res Ther*, *2*(10), 1005. https://doi.org/10.28933/ijart-2019-11-1005

Myers, B., Carney, T., & Wechsberg, W. M. (2016). Not on the agenda: A qualitative study of influences on health services use among poor young women who use drugs in Cape Town, South Africa. *The International Journal on Drug Policy*, *30*, 52-58. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.019

Ouzir, M., & Errami, M. (2016). Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, *148*, 59-68. https://doi.org/10.1016/j.pbb.2016.06.005.

Pagano, A., Tajima, B., & Guydish, J. (2016). Barriers and facilitators to tobacco cessation in a nationwide sample of addiction treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *67*, 22-29. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.04.004

Rahbar Taramsari, M., Mobayen, M., Esmailzadeh, M., Feizkhah, A., Letafatkar, N., Hoseinzadeh, S., Yeganehdoost, F., Bagheri, P., & Mehdipour, F. (2023). The effect of drug abuse on clinical outcomes of adult burn patients admitted to a burn center in the north of Iran: A retrospective cross-sectional study. *Bulletin of Emergency And Trauma*, *11*(2), 90-95. https://doi.org/10.30476/beat.2023.98282.1424

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol. 57*, 1069-1081. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

Taylor, S. E. (2010). Health. In D. Gilbert, S. Fiske, and G. Lindzey (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (5th ed.). New York: McGraw-Hill.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2024). *Women and Drugs: Drug use, drug supply, and their consequences*. Vienna: United Nations Office Drugs and Crime. https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_5_WOMEN.pdf

Wagani, R., & Gaur, P. (2024). Role of self-awareness in the promotion of health and well-being of college students. *Arch Depress Anxiety*, *10*(1), 1-11. https://doi.org/10.17352/2455-5460.000086

Zeng, X., & Tan, C. (2021). The relationship between the family functioning of individuals with drug addiction and relapse tendency: A moderated mediation model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(2), 625. https://doi.org/10.3390/ijerph18020625.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]