

اثربخشی توانمندسازی خانواده مبتنی بر درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت بر تغییر جو عاطفی خانواده و پیشگیری از اعتیاد در نوجوانان دارای والدین وابسته به مواد*

نسرین رهبری غازانی^۱، نادر حاجلو^۲، سیف اله آقاجانی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۰۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی توانمندسازی خانواده با درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت بر تغییر جو عاطفی خانواده و پیشگیری از اعتیاد در نوجوانان دارای والدین وابسته به مواد بود. **روش:** روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را نوجوانان دارای والدین وابسته به مواد که جهت ترک اعتیاد در پاییز سال ۱۴۰۰ به مراکز ترک اعتیاد دارویی شهر تبریز مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. تعداد ۳۰ نفر از این جامعه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت دریافت کرد در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه جو عاطفی خانواده و مقیاس گرایش به اعتیاد در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه گردآوری و با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که توانمندسازی خانواده بر تغییر جو عاطفی خانواده و پیشگیری از اعتیاد در نوجوانان دارای والدین وابسته به مواد اثربخش بود و این اثربخشی در پیگیری سه‌ماهه پایدار بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که توانمندسازی خانواده با درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت جزو درمان‌های اثربخش بر جو عاطفی خانواده و پیشگیری از اعتیاد است.

کلیدواژه‌ها: توانمندسازی خانواده، درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت، جو عاطفی خانواده، مصرف

مواد، پیشگیری

*. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه محقق اردبیلی است و توسط شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان اردبیل مورد حمایت مالی قرار گرفته است.

۱. نویسنده مسئول: استاد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. پست الکترونیک:

hajloo53@uma.ac.ir

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

مقدمه

سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد از جمله مشکلات جوامع بشری است که روز به روز بر میزان آن افزوده می‌شود و کشور ایران نیز به دلیل برخورداری از جامعه جوان و قرار گرفتن در همسایگی یکی از بزرگترین کشورهای تولید کننده مواد مخدر درگیری بیشتری با آن دارد. طبق گزارشی که در سال ۲۰۱۴ توسط سازمان پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل متحد^۱ ارائه شده، آمار آخرین شیوع‌شناسی اعتیاد را که در سال ۲۰۱۲ انجام گرفته جمعیتی بالغ بر ۲۴۳ میلیون نفر، یعنی حدود ۵/۲ درصد از جمعیت بین ۱۵ تا ۶۴ سال اعلام می‌کند که در سال قبل از پژوهش دچار سوء مصرف یکی از انواع مواد مخدر بوده‌اند. همچنین بر اساس آخرین آمارها در کشور ۵ میلیون نفر از افراد حداقل یک بار مصرف مواد مخدر را تجربه کرده‌اند و یک میلیون و ۵۰۰ هزار نفر نیز وابسته به مواد هستند. اختلالات روانی، به ویژه سوء مصرف مواد غالباً در نوجوانی پدیدار شده و مصرف مواد در بین نوجوانان شایع و فراگیر است (پاوس، کشوان و ژید^۲، ۲۰۰۸). این اختلالات می‌توانند طیف گسترده‌ای از عوارض جانبی عمده را بر کیفیت زندگی، روابط با خانواده و دوستان، پیشرفت تحصیلی و ثبات اقتصادی آینده نوجوانان و جوانان بر جای بگذارند (ریکوود، وب، کندی و تلفورد^۳، ۲۰۱۶).

از جمله رویکردهای موجود در آسیب‌شناسی و درمان اختلالات روانی و اختلالات وابسته به مواد رویکردهای خانواده محور است (دوران، لوزاک، بکمن، کاتسنوک و براون^۴، ۲۰۱۲). خانواده منبع اصلی رشد و جامعه‌پذیری افراد است. از این روی هر نابهنجاری که در خانواده ایجاد شود و منجر به اختلال در عملکرد و کارکرد خانواده شود، بر فرآیند رشد و تربیت فرزندان تاثیر می‌گذارد. سوء مصرف مواد و الکل والدین یکی از اصلی‌ترین مشکلاتی است که ممکن است به صورت مستقیم و غیرمستقیم فرزندان را در معرض خطر قرار داده و زمینه‌ساز شکل‌گیری آسیب و مشکلات روانی و اجتماعی

1. United Nations Office on Drugs and Crime
2. Paus, Keshavan & Giedd

3. Rickwood, Webb, Kennedy & Telford
4. Doran, Luczak, Bekman, Koutsenok & Brown

شود. در این خصوص، تحقیقات نشان می‌دهد که نقش والدین و به‌ویژه سرپرست خانواده در مشکلات مخرب فرزندان همانند نافرمانی و تخلف از قانون تاثیر دارد (دوران و همکاران، ۲۰۱۲). جمع‌بندی مطالعات متعددی که در مورد فرزندان والدین مصرف‌کننده مواد و الکل انجام شده نشان می‌دهد که زندگی این خانواده‌ها با تروما، تنش و آشفتگی زیادی همراه است و مشکلات روان‌تنی و اجتماعی در خانواده‌های آن‌ها بیشتر است (مورالز^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). اعتیاد سرپرست نظارت بر فرزندان را کاهش داده عامل انتقال این عادات‌های رفتاری به فرزندان می‌شود، اعمال و روابط وی توسط سایر اعضای خانواده کنترل و از سوی فرزندان شماتت می‌شود. فرزندان از آزادی نامتعارف بیشتری برخوردار بوده و در مقابل رفتارهای خود پاسخگو نیستند. بنابراین بی‌کفایتی، نداشتن مهارت ارتباطی مثبت با خانواده و خودکارآمدی پایین سرپرست معتاد تعارض را در خانواده تشدید کرده و بر کارآمدی عاطفی و اجتماعی فرزندان بالاخص آن‌هایی که در دوره نوجوانی و در مرحله تغییرات روانی، بیولوژیکی و معنوی هستند تاثیر می‌گذارد (لیونگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۸).

از جمله عوامل موثر و حمایت‌کننده در پیش‌بینی تمایل و آمادگی به اعتیاد نوجوانان و جوانان و نیز پیشگیری از آن، جو عاطفی خانواده^۳ می‌باشد. جو عاطفی خانواده چگونگی دخالت یا عدم دخالت افراد خانواده در کارهای اعضای دیگر و رقابت و همکاری آن‌ها با یکدیگر است و در سلامت روانی و رفتاری فرزندان تاثیر بسزایی دارد (عبدالملکی، فرید، حبیبی کلیر، هاشمی و قدوسی‌نژاد، ۱۳۹۵). بر اساس نظر دوران و همکاران (۲۰۱۲) جو خانوادگی حمایتی و صمیمیت عاطفی یک پیش‌شرط برای سلامت جسمی و روانی کودکان در طول زندگی‌شان است؛ درحالی که انزوا و بیگانگی خانوادگی اغلب با مشکلات رشدی همراه است. یک خانواده ناکارآمد، با روابط عاطفی سرد، آسیب‌دیده، روابط هیجانی ناسازگار و ناعادلانه، پرخاشگری، رفتارها و الگوهای حل تعارض مخرب مشخص می‌شود (عبدالملکی و همکاران، ۱۳۹۵). به‌طور کلی

1. Morales
2. Leung

3. Emotional Family Atmosphere
(EFA)

روانشناسان در گستره پژوهش‌های متعدد خود به این نتیجه رسیده‌اند که خانواده مطلوب، خانواده‌ای است که امنیت عاطفی، احساس ارزشمندی، باور تعلق و مورد علاقه بودن را تامین کند. در این خانواده‌ها افراد فرصت بیشتری برای رسیدن به استقلال و مسولیت‌پذیری داشته و فرزندان سازگاری مناسب‌تری خواهند داشت (عسگری، صفرزاده و قاسمی مفرد، ۱۳۹۰).

روش‌های درمانی زیادی برای درمان و پیشگیری از اعتیاد ابداع و به کار گرفته شده است که در این میان درمان‌های خانواده محور به دلیل نقش محافظت‌کننده و همچنین خطرآفرین خانواده در اعتیاد دارای اهمیت ویژه‌ای هستند. همچنین درمان‌ها و توانبخشی‌های خانواده‌محور جزو درمان‌های شواهد بنیان و دارای تایید تجربی می‌باشند. نتایج ارزیابی‌ها نشان می‌دهد برنامه‌های پیشگیرانه‌ای که بر توانمندسازی خانواده متمرکز دارد، اثربخشی بیشتری دارند (نوروزی، حسینی و نجفی، ۱۳۹۴). اگرچه رویکردهای پیشگیرانه متمرکز بر کودکان و نوجوانان که بر آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی تاکید دارند، اثربخش هستند، اما اثرات محدودی در پیشگیری یا کاهش مصرف مواد به‌جای می‌گذارند. در مقابل آموزش به والدین و خانواده افراد بسیار موثرتر است. ترکیب رویکردهای پیشگیری متمرکز بر فرد با رویکردهای توانمندسازی خانواده، موجب افزایش اثرات پیشگیرانه مداخله‌ها می‌شود (کامفر، آلوارادو، تایت و تورنر^۱، ۲۰۰۲).

روشی که در پژوهش حاضر به منظور توانمندسازی خانواده استفاده شد، درمان راه‌حل محور کوتاه مدت^۲ است که توسط برگ^۳ و در سال ۱۹۸۰ مطرح شد. درمان راه‌حل مدار متناسب با ارزش‌های انسانی با فرض‌های نیروبخشی شروع به مداخله می‌کند. مراجعان با کفایت هستند و از توانایی ایجاد کردن راه‌حلی که می‌تواند زندگی‌شان را بهتر کند برخوردارند (پروچاسکا و نورکراس^۴، ۲۰۰۷). درمانگر راه‌حل مدار به مراجعان کمک می‌کند تا این دید متفاوت را درباره آینده در خود شکل دهند که مشکلات در آن حل‌شدنی هستند و می‌توانند لحظات استثنایی که به عنوان مطلوب و بدون مشکل تجربه

1. Kumpfer, Alvarado, Tait & Turner
2. Solution-Focused Brief Therapy

3. Berg
4. Prochaska & Norcras

نموده‌اند را کشف و تقویت کنند. همچنین بتوانند نقاط قوت و منابع حمایتی خاص خود را مشخص و تعریفی جدید و مختص به خودشان را از اهداف، استراتژی‌ها، نقاط قوت و منابع حمایتی خود بیابند. این درمان بر روی نقاط مثبت، تشخیص و تعیین راه‌حل به جای مشکلات، یافتن استثنا در رخداد‌های ناگوار و جستجوی دیدگاه ترجیحی افراد، تاکید می‌کند (دنوان، ۲۰۱۶).

در مجموع، درمان راه‌حل محور کوتاه مدت یک رویکرد قوی و سازنده است که به واسطه آن افراد از این توانایی برای توسعه راه‌حل‌های خلاق به منظور ارتقاء زندگی خود و توسعه یک خود جدید، تغییر جهان‌بینی و پیاده‌سازی تغییرات رفتاری استفاده می‌کنند (کورتز، بالستروس، کولانتس و آگویلار^۲، ۲۰۱۶). این رویکرد مراجعان را در مکالماتی درگیر می‌کند که به ساختارشکنی و آشکارسازی مشکلات منجر می‌شود (کوری^۳، ۲۰۱۴). اساسا درمان کوتاه مدت راه‌حل محور بر این فرض استوار است که مراجعان لازم است درک خود را از مشکلات‌شان و راه‌حل‌های ممکن تغییر دهند. رویکرد کوتاه مدت راه‌حل محور این تغییر را از طریق صحبت با مراجعان و این که چگونه مسائل‌شان را حل کنند، به وجود می‌آورد (دی جانگ و برگ^۴، ۲۰۱۲). همچنین مراجع را به عنوان یک فرد خود رهبر و آماده محسوب می‌کند؛ به عنوان فردی که امتیازات درونی و ویژگی‌های منحصر به فردی را دارا می‌باشد که این تفاوت‌ها باعث می‌شود هر مراجع بتواند برای یافتن راه‌حل‌های ویژه خود اقدام کند (ور^۵، ۲۰۱۰). ملاک حل مشکل در درمان راه‌حل محور زمانی است که یا مشکل کاملا برطرف شده است و یا پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای بر اساس اهداف تعیین شده، حاصل شده باشد. فرآیند درمان راه‌حل محور معمولا شامل پنج مرحله مشخص کردن مشکل و هدف، شناسایی و افزایش استثنائات، مداخلات یا وظایف طراحی شده برای شناسایی و افزایش استثنائات، ارزیابی تأثیر مداخلات و ارزیابی دوباره مشکل و هدف است (گاترمن و رودس^۶، ۲۰۰۵). در طول رابطه درمانی، درمانگران بر

1. Donovan
2. Cortes, Ballesteros, Collantes, & Aguilar
3. Corey

4. DeJong & Berg
5. Wehr
6. Guterman & Rudes

تکنیک‌های خاصی تکیه می‌کنند، مانند شناسایی سؤالات معجزه‌آسا که به مراجعان کمک می‌کند تا بتوانند متفاوت بودن را تجربه و موضوعات جدیدی کشف کنند و تفاوت‌های رفتاری را به صورت شناختی در خود و دیگران شرح دهند (دی‌جانگ و برگ، ۲۰۱۲؛ نیکلاس^۱، ۲۰۱۴) و سؤالات درجه‌بندی شده، که درمان‌جویان را قادر می‌کند به آنچه انجام می‌دهند و نحوه برداشتن گام‌هایی توجه کنند که به تغییرات مطلوب می‌انجامد (اشمیت، اشمیت و لنز^۲، ۲۰۱۶؛ دیویس و آزبورن^۳، ۲۰۰۷). در رابطه با نقش خانواده در پدید آیی و تداوم مشکلات، درمانگران راه‌حل محور معتقدند که مشکلات خانواده‌ها به وسیله روشی که خانواده برای حل آنها به کار می‌برند، باقی می‌ماند و بدتر می‌شوند (تادروس^۴، ۲۰۱۹). خانواده درمانی راه‌حل محور مهارت‌های حل مشکلات را در هنگام لزوم استفاده به یاد اعضا می‌آورد، آنها را قادر می‌سازد تا چرخه نامعیوب مشکل و الگوهای ارتباطی ناکارآمد را نابود کنند و راه‌حل‌های طولانی مدت را توسعه دهند؛ به گونه‌ای که تغییر یکی از اعضا موجب تغییر افراد دیگر در سیستم می‌شود (دامرون^۵، ۲۰۱۶). در رابطه با اثربخشی درمان راه‌حل محور کوتاه مدت، قادری بگه‌جان، متولی، اسمری پرده‌زرد و لطفی (۱۳۹۴) نشان دادند که درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر پیشگیری از عود موثر بوده و این تاثیر در پیگیری سه ماهه پایدار است. نجف‌لوی و فلسفی‌نژاد (۱۳۹۳) نشان دادند که خانواده درمانی راهبردی کوتاه‌مدت بر جو خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و پیشگیری از عود تاثیر مثبت داشته و این تاثیر در پیگیری دو ماهه پایدار است. اسپادا، گونزالز، اورجیلز، لیورت و گیلن-ریکونلم^۶ (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای در اسپانیا، ۲۱ مطالعه را تحت عنوان برنامه‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در مدارس در بین سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۳ فراتحلیل نموده‌اند. نتایج این فراتحلیل نشان می‌دهد که برنامه‌های اثربخشی با ۴۸ درصد تاثیر بسیار تاثیر گذار بوده‌اند. همچنین مدل‌های آموزش بهداشت با ۴۸ درصد تاثیر گذاری، یادگیری اجتماعی با ۲۰ درصد

1. Nicholas
2. Schmit, Schmit & Lenz
3. Davis & Osborne
4. Tadros

5. Dameron
6. Espada, Gonzalez, Orgiles, Lioret & Guillen- Riquelem

اثرگذاری و اجرای مشترک برنامه‌های آموزش بهداشت حرفه‌ای با ۲۵ درصد اثرگذاری، در نگرش نسبت به مواد مخدر دارای تاثیرات قابل توجهی بوده‌اند.

با توجه به مطالب مذکور که بیانگر نقش خانواده در اعتیاد و پیشگیری از آن است و نیز شرایط آسیب‌زای خانوادگی نوجوانان دارای والدین معتاد و جو عاطفی نامساعد در این خانواده‌ها، بررسی درمان‌های اثربخش و کارآمد بر جو عاطفی خانواده و پیشگیری از اعتیاد نوجوانان دارای والدین وابسته به مواد یک ضرورت پژوهشی می‌باشد. همچنین، با در نظر گرفتن این که درمان‌های روانشناختی در حال تکامل بوده و هیچ درمانی به تنهایی پاسخگوی نیازهای همه افراد و خانواده‌ها نیست، انجام پژوهش‌های بیشتر جهت دستیابی به درمان‌های کارآمدتر و کوتاه‌تر می‌تواند علاوه بر اثربخشی احتمالی بیشتر هزینه‌های درمانی را نیز کاهش دهد. درمان راه‌حل محور کوتاه مدت با توجه به کوتاه مدت بودن و تاکید بر حل مسئله و مشکل فعلی می‌تواند در این زمینه راهگشا باشد. بنابراین، سوال پژوهش حاضر این است که آیا توانمندسازی خانواده با درمان راه‌حل مدار کوتاه مدت بر جو عاطفی خانواده و پیشگیری از اعتیاد نوجوانان دارای والدین وابسته به مواد موثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش فرزندان پسر نوجوان، افراد وابسته به مواد که در پاییز سال ۱۴۰۰ جهت ترک اعتیاد با متادون به مراکز ترک اعتیاد دارویی شهر تبریز مراجعه کرده بودند، بود. با توجه به این که حداقل حجم نمونه برای هر گروه در مطالعات آزمایشی و نیمه آزمایشی ۱۵ نفر ذکر شده است (دلاور، ۱۳۸۷)، در پژوهش حاضر نیز ۳۶ نفر (۱۸ نفر گروه آزمایش و ۱۸ نفر گروه کنترل) به عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند که در نهایت با ریزش ۳ نمونه در هر گروه حجم هر گروه به ۱۵ نفر تقلیل یافت. ملاک‌های ورود برای نمونه اول که شامل والد معتاد بود عبارت بود از سن ۳۰ تا ۶۰ سال، داشتن فرزند نوجوان پسر و زندگی با همسر و خانواده. گروه نمونه هدف، که عبارت از نوجوانان دارای والدین وابسته به مواد بوده و از طریق والد وابسته به مواد خود شناسایی و نمونه‌گیری

شدند، دارای ملاک‌های ورود دارا بودن پدر وابسته به مواد، زندگی با والدین و خانواده، سن ۱۹-۱۴ سال و رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج عبارت بودند از غیبت بیش از دو جلسه در جلسات روان‌درمانی و مخدوش بودن پاسخنامه‌ها. مطالعه حاضر توسط کمیته پژوهشی دانشگاه محقق اردبیلی تصویب شده است.

ابزار

۱. پرسشنامه جو عاطفی خانواده^۱: این پرسشنامه توسط نوردگاه فرد (۱۹۹۴)؛ به نقل از بور، بلیاد و زیان باقری، (۱۳۹۹) و جهت سنجش جو عاطفی خانواده طراحی و تدوین شده است. پرسشنامه جو عاطفی خانواده از ۳۵ آیتم تشکیل شده است که آزمودنی به آن در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از هرگز=۰ تا خیلی زیاد=۴) پاسخ می‌دهد. نمره پایین در این ابزار بیانگر تمایل جو عاطفی خانواده به یک جو مساعد و نمره بالاتر نشانگر جو عاطفی نامساعد می‌باشد. ضریب اعتبار این تست با استفاده از روش دو نیمه کردن برابر با ۰/۹۴ گزارش شده است و می‌توان آن را به عنوان یکی از شواهد روایی سازه تلقی کرد (نیرمانی و ابوالقاسمی، ۱۳۸۴). در پژوهش بور و همکاران (۱۳۹۹) آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۷۳ گزارش شده است. بور و همکاران (۱۳۹۹) روایی آن را نیز ۰/۵۵ محاسبه کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

۲. مقیاس گرایش به اعتیاد^۲: این مقیاس توسط موسوی، دوست‌قرین و روشن‌فکر دزفولی در سال ۱۳۸۷ طراحی و تدوین شده است. این مقیاس دارای ۱۶ آیتم بوده و هدف کلی آن بررسی میزان تمایل به اعتیاد از سه بعد اجتماعی، فردی و محیطی در افراد مختلف می‌باشد. آزمودنی به آیتم‌ها در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز=۱ تا همیشه=۵ پاسخ می‌دهد که نمرات بالا در آن نشان دهنده گرایش بیشتر به اعتیاد است. اعتبار و پایایی این مقیاس توسط موسوی و همکاران (۱۳۸۷) به ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۶۰ به دست آمده است. میزان پایایی و روایی مقیاس گرایش به اعتیاد در پژوهش عبدالملکی و همکاران

(۱۳۹۵) نیز به ترتیب برابر با ۰/۶۳ و ۰/۷۹ محاسبه شده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۹ به دست آمد.

روش اجرا

روش اجرا به این صورت بود که ابتدا هر دو گروه تحت پیش‌آزمون قرار گرفته و در ادامه برای گروه آزمایش درمان به شکل گروهی، به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، برگزار شد در حالی که گروه کنترل مداخله خاصی دریافت نکرد. جهت اجرای برنامه توانمندسازی هر یک از نوجوانان به همراه والد وابسته به مواد و مادر خود در برنامه توانمندسازی شرکت کردند. خلاصه برنامه توانمندسازی با درمان راه‌حل محور کوتاه مدت در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات توانمندسازی خانواده با درمان راه‌حل محور کوتاه مدت (بوزگر و همکاران، ۱۳۹۸)

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسه
اول	معارفه	معارفه درمانگر و ایجاد ارتباط، چارچوب‌ها و قوانین گروه و نیز اصول کلی درمان راه‌حل محور
دوم	بیان مسئله و تدوین هدف	اعضا اهداف خود را از شرکت در جلسات بیان کنند، مشکل خود را با استفاده از سؤالات مقیاس‌گذاری به روشنی مطرح و مشخص کنند. تکلیف: از اعضای خواسته شد در باره راه‌حل‌هایی که به ذهن آنها می‌رسد یادداشت کنند.
سوم	ایجاد راه حل	بیان راه‌حل‌های مختلف درباره مشکلات، اگر دیگران چنین مشکلی داشتند چه کاری انجام می‌دادند. تکلیف: از اعضای خواسته شد تا هفته آینده فکر کنند در چه موقعیت‌هایی مشکلات رفتاری نداشته یا کمتر داشتند.
چهارم	یافتن موارد استثنا	بحث درباره لحظات استثنائی در زندگی اعضا، بیان موقعیت‌ها و شرایطی که مشکلات رفتاری نداشتند یا کمتر مشکلات رفتاری داشتند. تکلیف: از اعضای خواسته شد تا درباره پرسش معجزه هر چه به ذهنشان می‌رسد مکتوب بنویسند و به جلسه بیاورند.
پنجم	استفاده از پرسش معجزه	در این جلسه درمانگر از نوجوانان خواست به سؤال معجزه پاسخ گویند. تکلیف: از شرکت کنندگان درخواست شد درباره متفاوت بودن با رفتارهای کنونی فکر و پاسخ‌های خود را در جلسه بعد به گروه ارائه دهند.
ششم	متفاوت بودن (در ابعاد رفتاری)	اعضا رفتار، شناخت و عواطف جدیدی را مطرح کردند، یعنی راه‌های دیگر به غیر ابعاد رفتاری، از راه‌های فعلی را تمرین کردند. پاسخ‌های آنها به واژه "به جای" خیلی خوب بود و

جدول ۱: خلاصه جلسات توانمندسازی خانواده با درمان راه حل محور کوتاه مدت (بزرگو و همکاران، ۱۳۹۸)

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسه
	شناختی و عاطفی)	فعالانه درگیر شدند. تکلیف؛ برای جلسه آینده پیرامون تثبیت و تحکیم تغییرات فکر کرده و در گروه مطرح کنند.
هفتم	تثبیت و تحکیم تغییرات	بحث اعضای گروه درباره چگونگی تثبیت و تحکیم تغییرات به وجود آمده و صحبت درباره دستاوردها و یادگیری‌های مربوط به جلسات گروه. تکلیف: از اعضاء خواسته شد تا هفته آینده درباره دستاوردها و یادگیری‌های مربوط به جلسات گروه و به کارگیری آن در زندگی فکر و به صورت مکتوب به جلسه بیاورند.
هشتم	جمع‌بندی و ختم جلسات	بحث و گفتگو درباره نتایج جلسات توسط اعضای گروه و در پایان اعضای گروه موفقیت خود را جشن گرفتند، یعنی تک تک آن‌ها تشویق شدند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۰ نوجوان (۱۵ نفر گروه آزمایش با میانگین و انحراف معیار سنی $16/33 \pm 1/04$) به همراه والدین خود شرکت کرده بودند. اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش حاضر به تفکیک گروه در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
تحصیلات	اول دبیرستان	۳	۲۰	۲۶/۷
	دوم دبیرستان	۶	۴۰	۲۶/۷
	سوم دبیرستان	۶	۴۰	۴۶/۷
شغل پدر	بیکار	۵	۳۳/۳	۳۳/۳
	کارگر	۴	۲۶/۷	۲۶/۷
	کارمند	۲	۱۳/۳	۱۳/۳
وضعیت اقتصادی- اجتماعی	آزاد	۴	۲۶/۷	۲۶/۷
	پایین	۷	۴۶/۷	۴۰
	متوسط	۶	۴۰	۳۳/۳
	بالا	۲	۱۳/۳	۲۶/۷

مطابق جدول ۲ در هر دو گروه وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین و بیکاری پدر بیشترین فراوانی را دارند. میانگین و انحراف معیار متغیرها به تفکیک گروه‌ها در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
جو عاطفی خانواده	۷۱/۸۶	۳/۸۳	۷۲/۸۶	۲/۷۹
پیش‌آزمون	۵۹/۸۰	۴/۳۴	۷۲/۹۳	۲/۸۹
پس‌آزمون	۵۹/۶۶	۴/۶۰	۷۳/۲۶	۳/۳۴
پیکیری	۶۵/۴۰	۳/۲۹	۶۶/۲۶	۳/۱۵
گرایش به مواد	۵۴/۸۰	۳/۸۷	۶۷/۱۰	۳/۴۲
پیش‌آزمون	۵۵/۴۰	۳/۹۰	۶۸/۸۶	۳/۵۴
پیکیری				

جهت بررسی اثر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. بدین منظور و جهت بررسی مفروضه‌های آن ابتدا مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها بررسی شده که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: آزمون کالموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک جهت بررسی توزیع داده‌ها پژوهش

متغیر	کالموگروف-اسمیرنوف		شاپیرو-ویلک	
	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری	سطح آزادی
پیش‌آزمون	۰/۱۲۶	۳۰	۰/۲۰۰	۰/۲۳۲
پس‌آزمون	۰/۱۰۴	۳۰	۰/۹۶۷	۰/۴۷۳
پیکیری	۰/۱۰۱	۳۰	۰/۹۷۲	۰/۵۹۹
پیش‌آزمون	۰/۱۱۴	۳۰	۰/۹۷۱	۰/۵۷۶
پس‌آزمون	۰/۱۲۸	۳۰	۰/۹۴۳	۰/۱۱۳
پیکیری	۰/۱۳۸	۳۰	۰/۱۴۷	۰/۱۸۵

با توجه به نتایج آزمون‌های کالموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک توزیع داده‌های همه متغیرهای پژوهش نرمال می‌باشد. در ادامه جهت بررسی همگنی واریانس‌های بین گروهی از آزمون لوین^۱ استفاده شد.

جدول ۵: آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پیش آزمون	۰/۰۰۵	۱	۲۸	۰/۹۴۴
جو عاطفی	۰/۴۹۹	۱	۲۸	۰/۴۸۶
خانواده	۰/۱۳۷	۱	۲۸	۰/۷۱۴
پیش آزمون	۰/۲۰۶	۱	۲۸	۰/۶۵۳
گرایش به	۰/۱۵۹	۱	۲۸	۰/۶۹۳
مواد	۱/۳۶۶	۱	۲۸	۰/۲۵۲

همانطور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد مفروضه همگنی واریانس‌های بین گروهی برقرار می‌باشد. همچنین نتایج غیرمعنادار آزمون ام‌باکس ($F=1/187, P=0/251$) و $BOX=32/56$) نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس برقرار می‌باشد. نتایج آزمون موجلی برای گرایش به مواد ($W_{(2)}=0/984$ و $P=0/808$) حاکی از عدم رد فرض کرویت می‌باشد. در حالی که نتایج همین آزمون برای جو عاطفی خانواده ($W_{(2)}=0/553$ و $P=0/001$) بیانگر رد فرض کرویت داده‌ها می‌باشد. این یافته نشانگر آن است که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته جو عاطفی خانواده به صورت معناداری متفاوت است؛ بنابراین مفروضه کرویت در این متغیر رعایت نمی‌شود. در این شرایط از اصلاح افسیلن گرینهاوس گیسر استفاده می‌شود. بنابراین در ادامه جهت تفسیر نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی‌ها در متغیر جو عاطفی خانواده از این آماره استفاده می‌شود.

جدول ۶: خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه نمرات سه مرحله در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	عامل	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
جو عاطفی درون گروهی خانواده	مراحل	۱۵۱۶/۲۰	۱/۳۸	۱۰۹۶/۷۱	۱۶۷/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۸۵۷	
	مراحل × گروه	۱۵۸۰/۴۲	۱/۳۸	۱۱۴۳/۱۷	۱۷۵/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۸۶۲	
بین گروهی	گروه	۲۶۶۷/۷۷	۱	۲۶۶۷/۷۷	۱۰/۷۰	۰/۰۰۳	۰/۲۷۷	
گرایش به درون گروهی مواد	مراحل	۵۵۸۰/۲۰	۲	۲۷۹۰/۱۰	۱۷۸۲/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۹۸۵	
	مراحل × گروه	۸۸۹/۴۸	۲	۴۴۴/۷۴	۲۸۴/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۹۱۰	
بین گروهی	گروه	۱۳۵۳/۳۴	۱	۱۶۲۴/۱۰	۴۳/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۰۸	

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تاثیر توانمندسازی خانواده بر جو عاطفی خانواده و گرایش به مصرف مواد نوجوانان دارای والد معتاد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش معنادار دارد ($P < 0/01$). بنابراین، می‌توان گفت که توانمندسازی خانواده مبتنی بر درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر بهبود جو عاطفی خانواده و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تاثیر معناداری داشته است. به علاوه، مجذور سهمی اتا نشان می‌دهد که ۶۳/۷ درصد واریانس تغییرات در جو عاطفی خانواده و ۶۰/۲ درصد از واریانس تغییرات در متغیر گرایش به مصرف مواد در گروه آزمایش در اثر توانمندسازی خانواده مبتنی بر درمان راه‌حل محور کوتاه مدت به وجود آمده است. با توجه به این که اثر تعامل بین عامل درون گروهی و عامل بین گروهی معنادار بود، اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بنفرونی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: آزمون تعدیل بنفرونی جهت مقایسه دو به دوی نمرات مراحل پیش آزمون، پس آزمون و

پیگیری

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
جو عاطفی خانواده	پیش آزمون	پس آزمون	۸/۵۰*	۰/۵۳۹
	پیگیری	پس آزمون	۸/۹۰*	۰/۶۹۳
	پیگیری	پس آزمون	۰/۴۰	۰/۸۴۲
گرایش به مواد	پیش آزمون	پس آزمون	۱۶/۹۰*	۰/۳۰۷
	پیگیری	پس آزمون	۱۶/۵۰*	۰/۳۴۱
	پیگیری	پس آزمون	۰/۴۰	۰/۶۶۵

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های بین موقعیت‌های آزمایش یعنی تفاوت پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری معنادار است ($P < 0/01$)، اما تفاوت میانگین بین پس آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش معنادار نیست ($P > 0/05$). این امر نشان می‌دهد که نتایج ناشی از مداخله در مرحله پیگیری سه ماهه نیز پایدار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی توانمندسازی خانواده بر جو عاطفی خانواده و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان دارای والدین وابسته به مواد بود. در این راستا یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که توانمندسازی خانواده با درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر جو عاطفی خانواده و پیشگیری از مصرف مواد تاثیر معنادار داشته و این تاثیر در پیگیری سه ماهه پایدار است. این یافته با یافته‌های پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان راه‌حل مدار کوتاه مدت را بر پیشگیری از عود اعتیاد (قادری بگه‌جان و همکاران، ۱۳۹۴)، و نیز یافته‌هایی که اثربخشی توانمندسازی خانواده و خانواده درمانی را بر کارکردهای روانشناختی خانواده (بهبهانی، ذلفقاری و حبیبی، ۱۳۹۹)، عملکرد خانواده (رئیس قره درویشلو، قمری کیوی و شیخ‌الاسلامی، ۱۳۹۷) و نیز پیشگیری از عود (نجفلوی و فلسفی نژاد، ۱۳۹۳) نشان داده‌اند، همخوان می‌باشد.

در تبیین اثربخشی توانمندسازی خانواده با درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر جو عاطفی خانواده می‌توان از مبانی و روش‌های درمان راه‌حل محور سود جست. درمان راه حل محور از اندوخته‌ها و توانایی‌های خود مراجعان در فرایند تغییر الگوهای ارتباطی استفاده می‌کند و این کار تصویری از امید را در مراجعان ایجاد می‌کند. از این رو، درمانگر راه‌حل محور حس خودکنترلی و مدیریت روابط و کنترل عواطف را در مراجعان تقویت می‌کند. آنها این کار را از طریق تواناسازی مراجعان در خلق راه‌حل‌ها و ساختار دادن به این راه‌حل‌ها انجام می‌دهند (رستمی، سعادت‌ی و یوسفی، ۱۳۹۷). درمانگران راه‌حل محور معتقدند که مشکلات خانواده‌ها به وسیله روشی که خانواده برای حل آنها به کار می‌برند، باقی می‌مانند و بدتر می‌شوند (تادروس، ۲۰۱۹). خانواده درمانی راه‌حل محور مهارت‌های حل مشکلات را در هنگام لزوم استفاده به یاد اعضا می‌آورد، آنها را قادر می‌سازد تا چرخه نامعیوب مشکل و الگوهای ارتباطی ناکارآمد را نابود کنند و راه‌حل‌های طولانی مدت را توسعه دهند؛ به گونه‌ای که تغییری یکی از اعضا موجب تغییر افراد دیگر در سیستم می‌شود (دامرون، ۲۰۱۶). افزون بر آن، شناسایی، تعیین، استخراج و تقویت استثنائات توسط مراجعان در مورد مشکلات، یکی از عوامل مهم تغییر در درمان راه‌حل محور است. در رویکرد راه‌حل محور، شناسایی استثنائات همراهی مراجع را در جهت مثبت تا انتهای فرایند درمان حفظ می‌کند (بهبهانی و همکاران، ۱۳۹۹). همان‌طور که دشازر و دولان^۱ (۲۰۱۲) توضیح داده برای مراجعان، اولین چیزی که به نظرشان می‌آید، خود مشکل است در حالی که برای درمانگران، اولین چیز، استثنائات است. به عنوان مثال درمانگر از اعضا می‌پرسد آخرین بار چه زمانی به یکدیگر گوش داده‌اید؟ چه زمان‌هایی برایتان آسان‌تر است که با یکدیگر بحث نکنید؟ فرم سؤالات استثنا می‌رساند که همیشه استثنائی وجود دارد. در خانواده درمانی راه‌حل محور افراد تشویق می‌شوند تا بیشتر کارهایی را که در زمان‌های مثبت نسبت به زمان‌های منفی انجام می‌دادند، انجام دهند. استثنائات می‌توانند حتی از بحث‌های اعضا تشخیص داده شوند و استخراج گردند (فرانکلین، بولتون و گز^۲، ۲۰۱۹). از خانواده‌هایی که در تشخیص استثنائات جاری

مشکلاتی دارند، خواسته می‌شود به یاد بیاورند که در گذشته چه کاری انجام می‌دادند که باعث رضایت آنها می‌شده و سپس همان رفتارها و فعالیت‌هایی که یک بار انجام داده‌اند را دوباره برقرار کنند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۷).

در تبیینی دیگر می‌توان گفت که افراد درگیر در مشکلات رفتاری و روانشناختی خود را ناتوان از تغییر دانسته و نسبت به حل آن اقدامی نمی‌کنند و یا اقدامات مشکل آفرین قبلی را تکرار می‌کنند. درمان راه‌حل محور با ایجاد این فرض و دیدگاه در مراجعین که افراد با کفایتی بوده و توانایی ایجاد تغییر و راه‌حل‌های سازنده دارند و مشکلات‌شان قابل حل است، آنها را به بهبود زندگی و مشکلات خود سوق می‌دهند. تغییر در مراجعان از طریق بیان مشکل و ایجاد راه‌حل‌های جدید شروع می‌شود که در آن مراجعین به تعریف دقیق و قابل اندازه‌گیری از مشکلاتشان پرداخته و در ادامه به بیان راه‌حل‌های احتمالی می‌پردازند. اجرای راه‌حل‌ها با تکنیک استثنا که در آن مراجعین مواقعی را که بدون مشکل بوده و زندگی ایده‌آلی داشتند تشویق و تقویت می‌شود. همچنین با استفاده از تکنیک متفاوت بودن، مراجعین به طرح و تجربه رفتار، شناخت و عواطف جدید پرداخته، و راه‌های دیگر به غیر از راه‌های مشکل آفرین فعلی را تمرین می‌کنند. این فرایند در نهایت تغییر مراجع در ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری را در پی دارد.

سؤالات معجزه آسا نیز یکی از سؤالات مداخله‌ای درمانگران راه‌حل محور است. سؤال معجزه آسا به منظور هدایت مراجع به سمت توصیف موضوعات برجسته در حال و برای ترسیم آینده‌ای بدون مشکل، به کار گرفته می‌شود. سؤالات معجزه آسا به مراجعان کمک می‌کند تا بتوانند مواد لازم برای متفاوت بودن را استخراج کنند. پرسش معجزه آسا به مراجعان کمک می‌کند تا بتوانند موضوعات جدیدی را کشف کنند و نیز بتوانند تفاوت‌های رفتاری را به صورت شناختی در خود و خانواده‌شان شرح دهند درمانگر راه‌حل محور از مراجع سؤال می‌پرسد اگر امروز یک معجزه اتفاق بیافتد و مشکل تو حل شود چه کار متفاوتی انجام خواهی داد؟ چطور تشخیص می‌دهی که مشکل حل شده است؟ سؤال معجزه آسا می‌تواند مراجع و اعضای خانواده را به اندیشیدن در مورد مشکلات فعلی و تشخیص آشفته‌گی‌های موجود در جو عاطفی خانواده وادارد. همچنین مراجع و اعضای

خانواده با تشخیص و توصیف مشکلات برجسته فعلی که در نتیجه هدایت شدن از طریق سوالات معجزه آسا اتفاق می افتد و به دنبال آن متفاوت بودن که از تکنیک های درمان راه حل محور بوده و مراجع را به تمرین راه حل های متفاوت تشویق می کند اعضای خانواده را به سمت حل مسئله و مشکلات موجود مرتبط با جو عاطفی خانواده وادارد. به علاوه، سوال معجزه آسا با ترسیم آینده ای بدون مشکل می تواند در نقش انگیزش برای اقدام سازنده و حل مشکلات خانوادگی عمل کرده و جو عاطفی خانواده را بهبود بخشد. استفاده از این گونه سوالات به مراجعان برای یافتن راهی متفاوت برای نگاه کردن به مسائلشان کمک می کند و می تواند گام مهمی در فرایند تغییر باشد.

در تبیین اثربخشی توانمندسازی خانواده با درمان راه حل محور کوتاه مدت بر اساس رویکرد خانواده محور می توان گفت از آنجایی که خانواده به عنوان یکی از عوامل تاثیر گذار در اعتیاد شناخته شده، پس می تواند به عنوان یکی از عوامل تاثیر گذار در درمان و پیشگیری از اعتیاد به کار رود. درمانگران خانواده بر علیت حلقوی تاکید کرده و بر این نکته اتفاق نظر دارند که پویایی ها و ارتباطات میان فردی با خانواده ایجاد کننده یا نگهدارنده رفتار اعتیادی است (نامنی، شفیع آبادی، دلاور و احمدی، ۱۳۹۳) بنابراین توانمندسازی خانواده می تواند با هدف قرار دادن این پویایی ها و ارتباطات و ارتقای کارکردهای خانواده، به ویژه خانواده های دارای والدین معتاد، به پیشگیری از اعتیاد در اعضای خانواده کمک کند. همچنین، توانمندسازی خانواده با درمان راه حل محور کوتاه مدت می تواند به عنوان یک رویکرد و روش انگیزشی در درمان و پیشگیری از سوء مصرف مواد به کار رود؛ چرا که با استفاده از فنون این رویکرد، از جمله تاکید بر راه حل ها، سوالات استثنا، سوال معجزه، تاکید بر توانمندی های خانواده و ایجاد امید در اعضای خانواده، تغییرات مثبتی در خانواده به وجود می آید. همچنین توانمندسازی خانواده می تواند عملکرد و روابط خانواده را بهبود بخشیده و از این طریق سلامت اعضای خانواده و به دنبال آن گرایش به مصرف مواد را در اعضای خود کاهش دهد. بنابراین، با توجه به نتایج پژوهش حاضر و سایر مطالعات صورت گرفته می توان نتیجه گرفت که توانمندسازی خانواده و به ویژه توانمندسازی خانواده با درمان راه حل محور کوتاه مدت می تواند جو

عاطفی خانواده و ابرازگری هیجانی در اعضای خانواده را بهبود بخشیده و گرایش نوجوانان دارای والد وابسته به مواد، به مصرف مواد را کاهش دهد.

در ادامه با توجه به گریزناپذیر بودن محدودیت در پژوهش‌های علمی، پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی مواجه بود که از مهمترین آن می‌توان به دخالت ندادن نام اعضای خانواده در فرایند درمان، استفاده از ابزار خود گزارشی جهت سنجش متغیرهای پژوهش که احتمال سوگیری ضمنی و آشکار در آن بالاست و تعداد نسبتاً پایین نمونه که تعمیم نتایج را محدود می‌کند، اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود طی پژوهش‌های آتی در صورت امکان تمام اعضای خانواده مورد مداخله قرار گرفته، از ابزارهای مانند مصاحبه‌های ساختار یافته و تکالیف رفتاری جهت سنجش متغیرها استفاده شود و نیز نمونه‌ای با حجم بالاتر مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین، با توجه به اثربخشی توانمندسازی خانواده با درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر جو عاطفی خانواده و پیشگیری از اعتیاد پیشنهاد می‌شود تا درمانگران اعتیاد در کنار سایر روش‌های درمانی استاندارد از توانمندسازی خانواده با درمان راه‌حل محور کوتاه مدت نیز جهت بهبود جو عاطفی خانواده‌های دارای افراد وابسته به مواد و نیز پیشگیری از اعتیاد بهره ببرند. در نهایت پژوهشگران بر خود واجب می‌دانند تا از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش و نیز شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان اردبیل که حامی مالی این پژوهش بود کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

منابع

- برزگر، اسماعیل؛ بوستانی‌پور، علیرضا؛ فتوح‌آبادی، خدیجه؛ زهره‌ای، اسماعیل و ابراهیمی، شیما (۱۳۹۸). اثربخشی درمان کوتاه مدت راه‌حل محور بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۹ (۲)، ۸۶-۹۲.
- بور، سمانه؛ بلیاد، محمدرضا و ژیان باقری، معصومه (۱۳۹۹). اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی بر اساس روان‌بنه‌های ناسازگار و تحریف‌های شناختی با میانجیگری جو عاطفی خانواده در دانشجویان. *اندیشه و رفتار*، ۱۴ (۵۵)، ۱۰۹-۶۷.

بهبهانی، مریم؛ ذوالفقاری، مریم و حبیبی، محمدباقر (۱۳۹۹). اثربخشی زوج درمانی راه حل محور بر بهبود الگوهای ارتباطی و کنترل عاطفی زوج‌های آشفته. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۱ (۴)، ۳۷-۱۸.

پروچاسکا، ج.او؛ نورکراس، ج.سی (۲۰۰۷). *نظام‌های روان‌درمانی*. ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۰). تهران نشر: روان.

دلاور، علی (۱۳۸۷). *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*. تهران: نشر ویرایش. دنوان، ج (۲۰۱۶). *زوج درمانی روابط موضوعی*. مترجم: تبریزی، مصطفی؛ مصلومی، سعیده؛ فرامرزی، عالیبه؛ علائی، پروانه (۱۳۹۹). فراروان، تهران.

رستمی، مهدی؛ سعادت، نادره و یوسفی، زهرا (۱۳۹۷). بررسی و مقایسه آموزش زوج درمانی هیجان‌مدار و راه‌حل‌مدار بر کاهش ترس از صمیمیت و افزایش رضایت جنسی زوجین. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*، ۸ (۲)، ۲۲-۱.

رئیس قره درویشلو، سجاد؛ قمری کیوی، حسین و شیخ‌الاسلامی، علی (۱۳۹۷). اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری بر انگیزش درمان و عملکرد خانواده در خانواده‌های افراد مبتلا به سوء مصرف مواد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۲ (۴۹)، ۱۸۷-۱۷۴.

عبدالملکی، سالار؛ فرید، ابوالفضل؛ حبیبی کلیر، رامین؛ هاشمی، سید مرتضی و قدوسی‌نژاد، آیت (۱۳۹۵). بررسی رابطه جو عاطفی خانواده و کنترل عواطف با گرایش به اعتیاد. *خانواده-پژوهی*، ۱۲ (۴۸)، ۶۶۲-۶۴۹.

عسگری، پرویز؛ صفرزاده، سحر و قاسمی مفرد، مریم (۱۳۹۰). رابطه جو عاطفی خانواده و جهت‌گیری مذهبی با گرایش به اعتیاد. *مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۵ (۸)، ۲۶-۷.

قادری بگه جان، کاوه؛ متولی، محمد؛ اسمری پرده‌زرد، یوسف و لطفی، شورش (۱۳۹۴). اثربخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت (SFBT) بر پیشگیری از عود اعتیاد. *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، ۱ (۳)، ۱۰۹-۷۵.

موسوی، سید مختار؛ دوست‌قرین، تقی؛ و روشن‌فکر دزفولی، محمد جواد (۱۳۸۷). *مطالعه زمینه-یابی سنجش دانش و نگرش دانش‌آموزان، معلمان، مدیران و عوامل اجرایی مدارس کشور نسبت به مواد مخدر*. تهران: دفتر پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر آموزش و پرورش.

نجفلوی، فاطمه و فلسفی نژاد، محمد رضا (۱۳۹۳). اثربخشی خانواده درمانی راهبردی کوتاه مدت (BSFT) بر جو خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و پیشگیری از عود. فصلنامه آموزش و ارزشیابی، ۷ (۲۶)، ۱۳۸-۱۲۵.

نریمانی، محمد و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۴). *آزمون‌های روانشناختی*. اردبیل: انتشارات باغ رضوان.

نوروزی، حسن؛ حسینی، سید جواد و نجفی، محمود (۱۳۹۴). *اعتیاد، خانواده و مداخله‌های خانواده محور*. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۲ (۷)، ۹۷-۱۲۲.

References

- Corey, G. (2014). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (9th ed). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Cortes, B., Ballesteros, B., Collantes, A., & Aguilar, M. (2016). What makes for good outcomes in solution-focused brief therapy? *European Psychology*, 33, 232-233.
- Dameron, M. L. (2016). Person-centered counseling and solution-focused brief therapy: An integrative model for school counselors. *Journal of School Counseling*, 14(10), 1-28.
- Davis, T., & Osborne, S. (2007). *School consultation with solution-focused approach*. Translated by Nastaran Adibrad and Ali Mohammad Nazari. Tehran: elm publication.
- De Jong, P., & Berg, I. K. (2012). *Interviewing for solutions*. 4th ed. Pacific Grove, CA: Brooks / Cole
- De Shazer, S., & Dolan, Y. (2012). *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. London: Routledge
- Donovan, J. (2016). *Couple Therapy: Object Relations*. Tehran: fararavan publication.
- Doran, N., Luczak, S. E., Bekman, N., Koutsenok, I., & Brown, S. A. (2012). Adolescent substance use and aggression: A review. *Criminal Justice and Behavior*, 39(6), 748-469.
- Espada, J. P., Gonzalez, M. T., Orgiles, M., Lioret, D. & Guillen- Riquelem, A (2015). Meta- analysis effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain. *Psicothema*, 27(1), 5-12 .
- Franklin, C., Bolton, K. W., & Guz, S. (2019). *Solution-focused brief family therapy*. In B. H. Fiese, M. Celano, K. Deater-Deckard, E. N. Jouriles, & M. A. Whisman (Eds.), *APA handbooks in psychology®. APA handbook of contemporary family psychology: Family therapy and training* (p. 139-153). American Psychological Association
- Guterman, JT., Rudes, J. A. (2005). Solution-focused approach to rational-emotive behavior therapy: Toward a theoretical integration. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(3), 223-44.

- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Tait, C., & Turner, C (2002). *Effectiveness of schoolbased family and children's skills training for substance abuse prevention among 6-8-year-old rural children* (Vol. 16, No. 4S, p. S65). Educational Publishing Foundation.
- Leung, H., Shek, D. T. L., Yu, L., Wu., F. K. Y., Law, M. Y. M., Chan, E. M. L., & Lo, C. K. M. (2018). Evaluation of "Colorful Life": A Multi-Addiction Expressive Arts Intervention Program for Adolescents of Addicted Parents and Parents with Addiction. *International Journal of Ment Health Addict*, 16(6), 1343-1356.
- Morales, A., Vallejo-Medina, P., Abello-Luque, D., Saavedra-Roa, A., García-Roncallo, P., Gomez-Lugo, M. ... Espada, J. P. (2018). Sexual risk among Colombian adolescents: Knowledge, attitudes, normative beliefs, perceived control, intention, and sexual behavior. *BMC Public Health*, 18(1). DOI: 10.1186/s12889-018-6311-y.
- Nicholas, A. (2014). Solution focused brief therapy with children who stutter, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 193, 209-216.
- Paus, T., Keshavan, M., & Giedd, J. N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?. *Nature reviews neuroscience*, 9(12), 947-957.
- Rickwood, D., Webb, M., Kennedy, V., & Telford, N. (2016). Who are the young people choosing web-based mental health support? Findings from the implementation of Australia's national web-based youth mental health service, eheadspace. *JMIR mental health*, 3(3), e5988.
- Schmit, E., Schmit, M., & Lenz, S. (2016). Meta-analysis of solution focused brief therapy for treating symptoms of internalizing disorders. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 7(1), 21-39.
- Tadros, E. (2019). The Tadros Theory of Change: An Integrated Structural, Narrative, and Solution-Focused Approach. *Contemp FAM Ther* 41(2): 347-356
- United Nations Office on Drugs and Crime (2014). *World Drug Report*. (United Nations publication, Sales No. E.14.XI.7.
- Wehr, T. (2010). The phenomenology of exception times: Qualitative differences between problemfocused and solution-focused interventions. *Applied Cognitive Psychology*, 24(4), 467- 80.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی