فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال پانزدهم، شماره شصت و یکم، ص۳۵۴-۳۳۷، پاییز ۱۴۰۰
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 15, No. 61, P 337-354, Autumn 2021

مقاله پژوهشی
Research Article

اثربخشی درمان راه حل محور بر خودکنترلی شناختی و بهزیستی ذهنی در زنان بدسرپرست با آمادگی به اعتیاد

مژگان پوردل[۱]، سکینه رستم‌زاده[۲]، سجاد شیخ[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۱۹

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان راه حل محور بر خودکنترلی شناختی و بهزیستی ذهنی در زنان بدسرپرست با آمادگی به اعتیاد بود. **روش:** روش پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان بدسرپرست مراجعه‌کننده به مرکز بهزیستی استان تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. برای غربال کردن زنان بدسرپرست دارای آمادگی اعتیاد، از پرسش‌نامه‌ی آمادگی اعتیاد زرگر استفاده شد و از ۲۰۰ زن بدسرپرستی که این پرسش‌نامه را تکمیل کرده بودند، ۳۰ نفر با بالاترین نمره انتخاب (نقطه برش= نمرات بالاتر از ۵۴) و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، ۸ جلسه برنامه‌ی راه حل محور را دریافت نمودند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش درمان راه حل محور بر خودکنترلی شناختی و بهزیستی ذهنی زنان بدسرپرست با آمادگی به اعتیاد تاثیر داشت. زنان بدسرپرست با آمادگی به اعتیاد در گروه آزمایش نسبت به زنان بدسرپرست در گروه کنترل در پس‌آزمون، به طور معناداری خودکنترلی شناختی کمتر و بهزیستی ذهنی بیشتری داشتند. **نتیجه‌گیری:** بر پایه یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که مداخله راه حل محور روشی مناسب برای بهبود خودکنترلی شناختی و بهزیستی ذهنی در زنان بدسرپرست است.

کلیدواژه‌ها: درمان راه حل محور، خودکنترلی شناختی، بهزیستی ذهنی، زنان بدسرپرست، آمادگی به اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. پست الکترونیک: Pourdel.m2018@gmail.com
۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران
۳. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.337]

مقدمه

خانواده کوچک‌ترین واحد اجتماعی است که در سلامت و تداوم جامعه نقش بسیار زیادی دارد. می‌توان خانواده را به عنوان یک سیستم اجتماعی تعریف کرد که از افرادی تشکیل شده است که به یکدیگر وابستگی احساسی و هیجانی دارند و دارای گذشته‌ی مشترکی، همراه با تلاش برای رفع نیازهای اعضای خانواده هستند (بالکن و کایا[1]، ۲۰۱۶). در اکثر جوامع، اصلی‌ترین و محوری‌ترین عضو خانواده پدر است که مسئولیت سرپرستی و مدیریت خانواده را بر عهده دارد. به همین دلیل، مفهوم بی‌سرپرستی و بدسرپرستی در اغلب تعاریف به معنی فقدان پدر در خانواده تعریف می‌شود (شیخ‌الاسلامی، قمری گیوی و محمدی، ۱۳۹۵). یکی از مشکلات اساسی زنان بدسرپرست این است که شوهرشان وابسته به مواد بوده و گرفتاری‌های دیگری دارند که ظاهرا شوهر دارند ولی بالای سر آن‌ها نیستند و مشکلات زیادی را متحمل می‌شوند. در سال‌های اخیر تعداد زنان بدسرپرست که گاه به تنهایی و گاه در عین حضور مردان بزرگسال با شرایط ویژه، مسئولیت اقتصادی خانواده را بر عهده دارند، بسیار افزایش یافته است. برخی آمارها نیز نشان می‌دهند که این گروه از زنان سرپرستی نزدیک به ده درصد خانواده‌های ایرانی را بر عهده دارند (گروسی و شبستری، ۱۳۹۰). طولانی شدن فشارها برای زنانی که احساس می‌کنند از حمایت اجتماعی چندانی برخوردار نیستند و زندگی آن‌ها دستخوش بحران و نابسامانی شده است، گاه زمینه ارتکاب اعمالی که از نظر اجتماع مورد تایید نیست و حتی گاهی جرم محسوب می‌شود را تسهیل می‌سازد (ریماز، مرادی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۴). زنان به خاطر ایفای نقش مادر بودن و پایه و ستون خانه بودن و تربیت فرزندان در صورتی که مرتکب عمل غیر قانونی یا خلاف هنجارهای اجتماعی شوند، اثرات منفی بسیار زیادی در خانواده و به دنبال آن تربیت نسل آینده‌ساز جامعه دارند (شایگان و متعمدی، ۱۳۹۳).

زنان بدسرپرست به عنوان قشر آسیب‌دیده‌ی جامعه، به این خاطر که از حمایت‌های اجتماعی بهره‌مند نیستند و هر آسیبی به این زنان منجر به آسیب در اساس و بنیاد خانواده و جامعه می‌گردد، از ضرورت بخصوصی برخوردار می‌باشند. جوامعی که در آن زنان دچار

1. Bolkan & Kaya

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.337]

بیماری باشـــند، آینده‌ای به جزء نابودی، نابســـامانی و فلاکت در جامعه نخواهد داشـــت. تحقیقات نشـــان‌دهنده‌ی خطر اعتیاد و گرایش به اعتیاد در میان زنان بی‌ســـرپرســـت و بدسرپرست است (ریلی، همپل و کلاسن[1]، ۲۰۱۸). افزایش وابستگی و اعتیاد به مواد جدید به دلیل تاثیرات روان‌شـــناختی، اجتماعی و اخلاقی، جامعه و خانواده را از لحاظ رفتارهای مضـــر مانند خیابانگردی، ولگردی، اســـترس در ایفای وظایف خانوادگی، تکدی‌گری و رفتارهای انحرافی تهدید می‌کند، به ویژه در موارد اعتیاد زنان، منجر به انحراف جنســـی و فحشـا می‌شـود (احمدی، بنی‌جمالی و صـرامی، ۱۳۹۶). گزارش‌های مربوط به جنسـیت و سوءمصرف مواد مخدر نشان می‌دهند که زنان حدود ۱۰ درصد از مصرف‌کنندگان مواد مخدر را تشکیل می‌دهند (نوروزی دشتکی، پورابراهیم، حبیبی و ایمانی، ۱۴۰۰).

نتایج تحقیقات نشانگر آن است که افراد وابسته به مواد به لحاظ بهزیستی و سلامتی در وضـعیت مطلوبی قرار ندارند و میزان کمتری از بهزیسـتی ذهنی[2] را گزارش می‌کنند (پونوسـمای، ایرانمنش، فروغی و هیون[3]، ۲۰۱۲). بنابراین، یکی از عوامل گرایش به مواد مخدر نیز میزان پایین بهزیســتی ذهنی ادراک‌شــده اســت. افراد ممکن اســت به دنبال راه‌هایی باشـند تا بتوانند شـرایط بهتری به لحاظ روان‌شـناختی و ذهنی تجربه کنند و به همین دلیل نیز به مواد مخدر روی می‌آورند. همچنین، گرایش به مواد مخدر و مصرف و یا سوءمصرف آن به مرور باعث فرسودگی فرد می‌شود و وضعیت را از آنچه که هست بدتر می‌کند (استپتو، دآتون و استون[4]، ۲۰۱۵). احساس بهزیستی معنایی کلی و همه جانبه دارد و برگرفته از درک عاطفی و شـناختی افراد از کل زندگی‌شـان اسـت. بهزیسـتی ذهنی دو جزء شـناختی و عاطفی دارد. بعد شـناختی بهزیستی عبارت است از ارزیابی اشـخاص از درجه‌ی رضـایتمندی از زندگی‌شـان. بعد عاطفی به معنی بهره‌مندی از حداکثر احسـاس و هیجان مثبت و کمترین احســـاس و هیجان منفی می‌باشـــد (لارســـن، بوس، ویســـمیجر و

1. Riley, Hempel & Clasen
2. mental well-being
3. Ponnusamy & Hyun
4. Steptoe, Deaton & Stone

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.337]

سونگ[1]، ۲۰۰۸). به طور کلی، بهزیستی ذهنی یک ساختار چند بعدی متشکل از عوامل شناختی است (لین و چانگ[2]، ۲۰۱۹).

وسوسه احساس میل و گرایش به محرکی خوشایند را بیان می‌کند. بنابراین، خودکنترلی شناختی[3] می‌تواند عاملی در کم کردن اثرات وسوسه مصرف مواد مخدر باشد. خودکنترلی شناختی تعارض بین‌فردی بین منطق و شهوت، انگیزه و شناخت، و برنامه‌ریزی و اقدام درونی است که منجر به غلبه قسمت اول هر یک از این زوج‌ها بر قسمت دوم می‌شود (کوچارد، لوین، کوپرسینو، هیشمن و گورلیک[4]، ۲۰۱۳). تقویت نظام اعتقاد به کنترل خود در کم کردن مصرف سیگار با اعتقاد به توانایی کنترل خود تقویت می‌گردد (شاپیرو، آستین، بیشای و کوردوا[5]، ۲۰۰۵). از این رو، افرادی که خودکنترلی پایینی دارند مستعد مصرف مواد و مشکلات مربوط به آن هستند (خسرویان و سلیمانی، ۱۳۹۷؛ گیلبرت[6]، ۲۰۰۵). یکی از رویکردهایی که می‌تواند برای بهبود کنترل شناختی و بهزیستی ذهنی زنان بدسرپرست مورد استفاده قرار گیرد، درمان راه حل محور[7] است. در کمتر از دو دهه، درمان راه حل محور از یک رویکرد غیر معمول و ناشناخته به رویکردی تبدیل شده است که به طور فزاینده‌ای در ایالات متحده و سایر کشورها مورد استفاده قرار گرفته است (فرانکلین، بولتون و گاز[8]، ۲۰۱۹). مشاوران راه حل گرا ادعا می‌کنند که این روش تغییر پایدار و سریع و همچنین میزان بالایی از رضایت مراجع را به همراه می‌آورد (رستمی، سعادتی و یوسفی، ۱۳۹۷). رویکرد راه حل محور تکنیک‌های مسئله‌محور آموزش داده شده در پزشکی و مخصوصا روان‌پزشکی را که انتظار می‌رود این تغییرات تنها از طریق درک و بررسی مشکلات صورت گیرد را از طریق ابعاد فزاینده ارائه می‌دهد. درمان راه حل محور مدلی مبتنی بر شایستگی است که به جای مشکلات و نقص‌های گذشته (به جای این‌که به دنبال چیزی که اشتباه است بگردد که چگونه آن را حل کند)، به مراجعان نسبت به آینده امید داده و نقاط قوت آن‌ها را هدایت می‌کند (لوتس، ۱۳۹۸).

1. Larsen, Buss, Wismeijer & Song
2. Lin & Cheng
3. cognitive self-control
4. Chauchard, Levin, Copersino, Heishman & Gorelick
5. Shapiro, Astin, Bishop & Cordova
6. Gilbert
7. solution-based therapy
8. Franklin, Bolton & Guz

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.337]

در درمان کوتاه مدت هیچ راه حل تشـخیصـی، بهبود بینش و تجزیه و تحلیل گذشـته وجود ندارد. در عوض، این درمان مراجع را به توجه و اقدامات مختلف تشـویق می‌کنند. درمانگران راه حل محور به مراجعان خود کمک می‌کنند تا در مورد آنچه ممکن اسـت متفاوت باشـد، فکر کنند. پس از شـناسـایی راه حل، مراجعان و درمانگران گام به گام به سمت آن حرکت می‌کنند (گینگریچ و پترسون[1]، ۲۰۱۳). این یک رویکرد مبتنی بر قابلیت اسـت که به جای تمرکز بر رفتارهای مسـئله‌ای، بر ایجاد راه حل تمرکز دارد. توانایی‌های مراجعین در جلسه درمان بر اساس تمرکز بر تعاملات و یافته‌های مثبت شناسایی می‌شود و مقاومت مراجعان در جلسـه درمان به دلیل متمرکز شـدن بر روی نکات مثبت (آنچه باید افزایش یابد) در عوض توجه و تمرکز بر نقص‌ها کاهش می‌یابد (بیباچ[2]، ۲۰۱۴). درمانگر راه حل محور بر معانی واژه‌ها در جلسـه مشـاوره تاکید می‌کند و به جای تحلیل خارجی و جستجوی خارجی حقیقت، از منظری متفاوت به واقعیت می‌نگرند و فرآیند گفتگو در این روش برای معنی‌سـازی اسـتفاده می‌شـود. همچنین، محاوره درمانی به درمانگر و مراجع اجازه می‌دهد که واقعیت‌ها را به گونه‌ای ببینند که فضـا برای چشـم اندازهای جدید باز شـود و اگر مراجعان بتوانند با موفقیت به یک تغییر شـناختی و احسـاسـی برسـند توانایی آن‌ها برای حل و کنترل مشکل نشان داده می‌شود (دامرون[3]، ۲۰۱۶).

نتایج پژوهش‌ها نشـان داده اسـت که درمان راه حل محور توانسـته بر کنترل عواطف (بهبهانی، ذوافقاری و حبی، ۱۳۹۹)، تاب‌آوری و بهزیسـتی (نصـیرنژاد، پویامنش، فتحی اقـدم و جعفری، ۱۳۹۹)، اضـطراب و افسـردگی (ضـرغام حاجبی و نوری، ۱۳۹۹)، خودکارآمدی و کیفیت زندگی زنان (جمعیان، حسین ثابت و معتمدی، ۱۳۹۷)، شادکامی و تنظیم هیجـان (ترکش‌دور و ثنـاگوی محرر، ۱۳۹۹)، خودتنظیمی و کنترل عواطف (آرین‌فر و حسـینیان، ۱۳۹۸؛ نامنی و شـیرآشـیانی، ۱۳۹۵)، خودکنترلی و خودتنظیمی (تورنس، جوردن، کالاهان، ویتین[4]، ۲۰۱۹؛ اسـمیت و ماکدوف[5]، ۲۰۱۷) و بهزیسـتی و

1. Gingerich & Peterson
2. Beyebach
3. Dameron
4. Turns, Jordan, Callahan & Whiting
5. Smith & Macduff

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.337]

سازگاری (مالاوارمن، موناواروه و نوگراهنی[1]، ۲۰۱۶) تاثیرگذار باشد. با توجه به اهمیت کنترل شناختی و بهزیستی ذهنی، انجام مداخلات آموزشی با هدف بهبود کنترل شناختی و بهزیستی ذهنی ضروری به نظر می‌رسد. از این رو، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان راه حل محور بر خودکنترلی شناختی و بهزیستی ذهنی در زنان بدسرپرست با آمادگی به اعتیاد انجام شد و مطالعه در پی پاسخگویی به این سوال بود که آیا درمان راه حل محور بر خودکنترلی شناختی و بهزیستی ذهنی زنان بدسرپرست با آمادگی به اعتیاد اثربخش است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

مطالعه حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان بدسرپرست مراجعه‌کننده به مرکز بهزیستی استان تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. برای غربال کردن زنان بدسرپرست دارای آمادگی اعتیاد، از ابزار آمادگی اعتیاد زرگر نجاریان و نعامی (۱۳۸۵) بهره گرفته شد و از ۲۰۰ زن بدسرپرستی که این پرسش‌نامه را کامل کرده بودند، به دلیل اینکه در پژوهش‌های آزمایشی حداقل تعداد نمونه در مطالعات ۱۵ نفر می‌باشد (دلاور، ۱۳۹۸)، ۳۰ زن بدسرپرست که نمره‌ی بالایی در این پرسش‌نامه گرفته بودند (نقطه برش= نمرات بالاتر از ۵۴؛ زرگر و همکاران، ۱۳۸۵) انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱) دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، ۲) داشتن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، ۳) نداشتن مشکلات جسمانی و روانی، ۴) عدم دریافت درمان روان‌پزشکی و یا درمان با هر رویکرد درمانی دیگر حداقل شش ماه قبل از اجرای پژوهش و ۵) تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی جهت حضور در انجام پژوهش. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: ۱) ابتلا به

1. Mulawarman, Munawaroh & Nugraheni

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.337]

اختلالات سایکوتیک براساس مصاحبه بالینی، ۲) مصرف داروهای روان‌پزشکی و ۴) غیبت بیش از دو جلسه مداخله و عدم تمایل به ادامه شرکت در فرآیند اجرای پژوهش.

ابزار

۱- پرسش‌نامه‌ی آمادگی اعتیاد[1]: مقیاس آمادگی به اعتیاد توسط وید، بوچر، مک‌کنان و بن-پوراث[2] (۱۹۹۲) تنظیم شد و کوشش‌هایی در جهت تعیین روایی آن در ایران انجام گرفته است. پرسش‌نامه‌ی استفاده شده در مطالعه حاضر، مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد است که با توجه به شرایط اجتماعی-روانی جامعه ایرانی توسط زرگر و همکاران (۱۳۸۵) تنظیم شده و دارای ۳۶ سوال و ۵ ماده دروغ‌سنج می‌باشد. طیف نمره‌گذاری بین صفر= کاملا مخالف تا ۳= کاملا موافق است. سوالات شماره ۶، ۱۲، ۱۵ و ۲۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ۵ عامل دروغ‌سنج شامل سوالات ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ است. نمره‌ی بالادر این مقیاس به منزله‌ی آمادگی بیشتر به اعتیاد می‌باشد و بر عکس نمره‌ی پایین آمادگی کمتر به اعتیاد را نشان می‌دهد. در پژوهش زرگر و همکاران (۱۳۸۵)، جهت محاسبه روایی این مقیاس از دو روش استفاده شد. در روایی ملاکی، پرسش‌نامه آمادگی به اعتیاد دو گروه وابسته و غیر وابسته به مواد را به خوبی از یکدیگر تمیز داده است. روایی سازه مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده‌ای فهرست بالینی علائم بالینی ۰/۴۵ محاسبه شده است که معنادار است. پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و در حد مطلوب گزارش شده است (زرگر و همکاران، ۱۳۸۵).

۲- مقیاس بهزیستی ذهنی وارویک-ادینبورگ[3]: این مقیاس توسط تنانت[4] و همکاران (۲۰۰۷) تنظیم شد. رجبی (۱۳۹۱) براساس یک تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی به یک فرم ۱۲ ماده‌ای که ماده‌ها در یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (اصلا=۰ تا همه‌ی اوقات=۵) تنظیم شده‌اند، دست یافت. نمره بالا بیانگر سطح بالاتر بهزیستی ذهنی است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برای نمونه دانش‌آموزی ۰/۸۹ و برای افراد جامعه ۰/۹۱ و

1. Addiction Potential Scale (APS)
2. Weed, Butcher, McKenna & Ben-Porath
3. Warwick-Edinbug Mental Well-Being Scale
4. Tennant

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.337]

ضریب پایایی بازآزمایی (به فاصله ۱ هفته) ۰/۸۳ به دست آمده است. رجبی (۱۳۹۱) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۷۸ گزارش کرده است.

۳- مقیاس خودکنترلی شناختی[1]: این مقیاس یک ابزار ۲۳ سوالی است که توسط گراسمیک، تایتل، بورسیک و آرنکلو[2] (۱۹۹۳) برای ارزیابی میزان خودکنترلی شناختی افراد نسبت به خود ساخته شده است. پاسخ‌دهی در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از به شدت مخالفم (۱) تا به شدت موافقم (۵) می‌باشد که نمره پایین نشان‌دهنده خودکنترلی شناختی بالاست و بالعکس. مطابق با پژوهش‌های قبلی، تحلیل عاملی سوال‌های این مقیاس تنها یک عامل را منعکس می‌کند. نمرات افراد در این مقیاس همبستگی با سایر سنجه‌های شناختی خودکنترلی نشان داده و ضریب اعتبار آن ۰/۸۱ گزارش شده است. این پرسش‌نامه در ایران توسط علیوردی‌نیا (۱۳۸۸) به فارسی ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته است و اعتبار محتوایی و صوری قابل قبولی برای آن گزارش شده است. همچنین، همسانی درونی پرسش‌نامه ۰/۹۰ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در تحقیقی ۰/۸۶ گزارش شد (بشرپور، عطادخت، خسروی‌نیا و نریمانی، ۱۳۹۲).

روش اجرا

جلسات درمان کوتاه مدت راه حل محور برگرفته از نظریه راه حل محور گرانت[3] (۲۰۱۱) و یادگیری درمان راه حل محور لوتس (۱۳۹۸)، برای گروه آزمایش در ۸ جلسه یک ساعت و نیمه به شیوه گروهی و گام به گام و با توالی هر هفته یک جلسه با ارائه تکالیف هفتگی و تمرینات منظم توسط درمانگر اجرا شد. شرکت‌کنندگان گروه کنترل تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار برای دوره‌های درمانی بعدی قرار گرفتند. این دوره به صورت سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، تمرین و تکلیف خانگی (کارگاهی) برگزار شد. خلاصه روند اجرای جلسات درمان راه حل محور در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Cognitive Self-Control Inventory
2. Grasmick, Tittle, Bursik & Arneklev
3. Grant

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.337]

جدول ۱: محتوای جلسات مشاوره راه حل محور (گرانت، ۲۰۱۱)

جلسه	هدف	خلاصه جلسه
اول	شناسایی، کنجکاوی و ارتباط رهبر با گروه	شناخت اعضای گروه با یکدیگر و با رهبر، معرفی برای گروه، بیان چارچوب اساسی برنامه کار و هدف‌های جلسه، و انجام پیش-آزمون.
دوم	ایجاد ساختارهای ذهنی مشترک از مسئله و هدف توسط اعضا و رهبر و شناسایی ترجیحات برای آینده	مروری خلاصه‌وار از مباحث جلسه قبل، پرسیدن سوالات مقیاسی، پرسیدن پرسش معجزه‌ای، و ارائه تکلیف.
سوم	مشارکت، خلق امید و برجسته کردن موقعیت‌ها و استثناهای گذشته، و پیدا کردن استثناها (گذشته و حال)	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سوالات استثنا، و ارائه تکلیف.
چهارم	پیدا کردن استثناها (ادامه)	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، تکلیف شگفتی‌آفرین، پرسیدن سوال معجزه‌ای و گوی بلورین، و ارائه تکلیف.
پنجم	کشف راه حل‌ها	مروری بر جلسات قبلی، بررسی تکلیف‌ها و ارائه تقویت، پرسیدن سوال‌هایی که منجر به کشف راه حل‌ها می‌شود، پرسیدن پرسش سازگارانه، و ارائه تکلیف.
ششم	شناسایی راه حل‌ها (ادامه)	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تشویق، پرسیدن سوال مقابله‌ای، پرسیدن تکنیک پیش‌فرض، تکلیف پیش-بینی کننده، و ارائه تکلیف.
هفتم	تقویت استثناها	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکالیف و ارائه تقویت و تعریف، پرسیدن سوالاتی از این قبیل (چه بهبودی به دست آمده؟)، آشنایی با تکنیک کار مشابه این کار را بیشتر انجام بده، آشنایی با تکنیک کار مشابه این کار را کمتر انجام بده، و ارائه تکلیف.
هشتم	پایان	مروری بر جلسات قبل، بررسی تکلیف‌ها و ارائه تقویت مثبت، گرفتن فیدبک از مراجعین، پرسیدن سوالات مقیاسی، قدردانی از تلاش‌ها و فعالیت‌های مراجع، برجسته کردن تغییرات اتفاق افتاده، و انجام پس‌آزمون.

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.337]

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش (۲/۸) ۳۲/۷ و گروه کنترل (۲/۶) ۳۳/۴ بود که دامنه سنی از ۲۲ تا ۳۷ سال را شامل می‌شد. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه کنترل و آزمایش در جدول ۲ ارائه شده است

جدول ۲: میانگین (انحراف معیار) نمرات متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون (انحراف‌معیار) میانگین	پس‌آزمون (انحراف‌معیار) میانگین
بهزیستی ذهنی	آزمایش	۱۳/۶ (۴/۲)	۱۹/۸ (۶/۸)
	کنترل	۱۲/۷ (۵/۲)	۱۳/۳ (۶/۵)
خودکنترلی شناختی	آزمایش	۵۸/۱۷ (۱۱/۸۰)	۴۹/۹۴ (۷/۶۰)
	کنترل	۵۸/۱۱ (۱۱/۴۷)	۵۷/۳۳ (۱۰/۴۱)

جدول ۲ میانگین و انحراف نمرات متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود نمرات بهزیستی ذهنی گروه آزمایش در پس‌آزمون بیشتر و نمرات خودکنترلی شناختی گروه آزمایش در پس‌آزمون کمتر از نمرات گروه کنترل بود. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، نرمال بودن توزیع داده‌هاست. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف حاکی از آن بود که نمرات مقیاس‌های بهزیستی ذهنی و خودکنترلی شناختی دارای توزیع نرمال بودند (p>۰/۰۵). همچنین، هیچ کدام از مقیاس‌های خودکنترلی شناختی و بهزیستی ذهنی در آزمون لوین معنادار نبودند (p>۰/۰۵)، لذا می‌توان گفت که همگنی واریانس‌ها برقرار بود. بررسی همگنی رگرسیون، از دیگر پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس محسوب می‌شود. با توجه به این که هیچ کدام از مقیاس‌های بهزیستی ذهنی و خودکنترلی شناختی در بررسی همگنی رگرسیون معنادار نبودند (p>۰/۰۵)، می‌توان نتیجه گرفت که فرض همگنی رگرسیون برقرار است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.337]

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس بر روی نمرات بهزیستی ذهنی دو گروه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱۷۸/۰۲	۱	۱۷۸/۰۲	۳۵/۲۷	*۰/۰۰۱	۰/۵۰
اثر گروه	۵۲۹/۷۲	۱	۵۲۹/۷۲	۱۰۴/۹۵	*۰/۰۰۱	۰/۷۵
اثر خطا	۱۷۶/۶۷	۳۵	۵/۰۵			

* $p<۰/۰۰۱$.

با توجه به نتایج جدول ۳، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر بهزیستی ذهنی معنادار بود (F=۱۰۴/۹۵، p<۰/۰۰۱). بنابراین، یافته‌ی پژوهش نشان‌دهنده اثربخشی درمان راه حل محور بر افزایش بهزیستی ذهنی زنان بدسرپرست با آمادگی به اعتیاد بود.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس بر روی نمرات خودکنترلی شناختی مثبت دو گروه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۹۰/۴۰	۱	۹۰/۴۰	۵۳/۷۳	۰/۰۰۱*	۰/۶۱
گروه	۲۲۷/۳۰	۱	۲۲۷/۳۰	۱۳۵/۱۱	۰/۰۰۱*	۰/۷۹
خطا	۵۸/۸۸	۳۵	۱/۶۸			

* $p<۰/۰۰۱$.

با توجه به نتایج جدول ۴، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر خودکنترلی شناختی معنادار بود (F=۱۳۵/۱۱، p<۰/۰۰۱). بنابراین، یافته‌ی پژوهش نشان‌دهنده اثربخشی درمان راه حل محور بر کاهش خودکنترلی شناختی زنان بدسرپرست با آمادگی به اعتیاد بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان راه حل محور بر خودکنترلی شناختی و بهزیستی ذهنی در زنان بدسرپرست با آمادگی به اعتیاد انجام شد. یافته‌ی اول پژوهش بیانگر این بود که بین میانگین‌های تعدیل شده زنان بدسرپرست با آمادگی اعتیاد گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون از لحاظ خودکنترلی شناختی تفاوت معناداری وجود داشت. بدین صورت که آموزش درمان راه حل محور منجر به بهبود قابل توجهی در

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.337]

خودکنترلی شناختی زنان بدسرپرست با آمادگی اعتیاد گروه آزمایش شده بود. یافته‌ی پژوهش حاضر با یافته‌های بهبهانی و همکاران (۱۳۹۹)، ترکش‌دور و همکاران (۱۳۹۹)، جمعیان و همکاران (۱۳۹۷)، آرین‌فر و همکاران (۱۳۹۸)، نامنی و شیرآشتیانی (۱۳۹۵)، تورنس و همکاران (۲۰۱۹) و اسمیت و ماکدوف (۲۰۱۷) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت که درمانگران راه حل محور، احساس خودکفایی و خودمختاری را در مراجع تقویت می‌کنند و در نهایت منجر به خودکنترلی شناختی می‌شود. آن‌ها این کار را با توانمندسازی پردازنده‌ها برای ایجاد راه حل و ساختاردهی آن راه حل‌ها انجام می‌دهند. درمانگران راه حل محور، مهارت‌های حل مسئله را در صورت لزوم به افراد یادآوری می‌کنند و آن‌ها را قادر می‌سازند تا چرخه معیوب مسئله را بشکنند و راه حل‌های طولانی مدت ایجاد کنند (ترودل و گلدفرب، ۲۰۱۰). شناسایی، تعیین، استخراج و تقویت استثنائات توسط مراجعین درباره‌ی مشکلات از عوامل مهم تغییر در درمان راه حل محور است. رویکرد راه حل گرا، شناسایی موارد استثنایی مراجعین را تا پایان روند درمان در جهت مثبت نگه می‌دارد. همان‌طور که توضیح داده شد، برای مراجعین اولین چیزی که به ذهن خطور می‌کند خود مسئله است. در حالی که، برای درمانگران، اولین مورد استثناست. در این درمان با یافتن استثنائات در زندگی مراجعین به آن‌ها کمک می‌شود تا نسبت به آینده خوش‌بین بوده و در شرایط سخت و بحرانی نیز به طور موفقیت‌آمیزی آن شرایط نامطلوب را پشت سر بگذارد و با آن سازگار شود (ترکش‌دوز و ثناگوی‌محرر، ۱۳۹۹). درمان راه حل محور از اندوخته‌ها و توانایی‌های خود مراجعان در فرآیند تغییر الگوهای ارتباطی استفاده می‌کند و این کار تصویری از امید را در مراجعان ایجاد می‌کند. از این رو، درمانگر راه حل محور حس خودکنترلی و مدیریت روابط و کنترل عواطف را در مراجعان تقویت می‌کنند. آن‌ها این کار را از طریق تواناسازی مراجعان در خلق راه‌حل‌ها و ساختار دادن به این راه حل‌ها انجام می‌دهند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۷). در واقع، در درمان راه حل محور به نوعی با تشویق مراجع و نیز فنون دیگر، مانند سوال معجزه و استثنائات به مراجع کمک می‌کنند تا تنظیم هیجاناتشان در برابر مسائل و مشکلات پیش رو را افزایش دهند. از سوالات درجه‌بندی برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت مراجعان در

سال یازدهم شماره ۶۱ پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.337]

طول جلسات درمانی استفاده می‌شود. سوالات درجه‌بندی از مراجعان می‌خواهد که وضعیت یا هدف خود را با مقیاس‌های ۱ تا ۱۰ رتبه‌بندی کنند. این سوال برای کمک به مراجعان مفید است و به آن‌ها کمک می‌کند تا جنبه‌های پیچیده زندگی‌شان را عینی‌تر و قابل فهم‌تر کنند و بتوانند پیشرفت درمان را از ابتدا تا انتها ارزیابی کنند. سوالات درجه‌بندی همچنین مراجعان را تشویق می‌کند تا تغییرات را به عنوان مجموعه‌ای از گام‌های کوچک ببینند، نه راه حل‌های بزرگ و یا همه یا هیچ.

یافته‌ی دوم پژوهش نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل شده‌ی زنان بدسرپرست با آمادگی اعتیاد گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون از لحاظ بهزیستی ذهنی تفاوت معناداری وجود داشت. بدین صورت که آموزش درمان راه حل محور منجر به افزایش قابل توجهی در بهزیستی ذهنی زنان بدسرپرست با آمادگی اعتیاد گروه آزمایش شد. یافته‌ی پژوهش حاضر با یافته‌های نصیرنژاد و همکاران (۱۳۹۹)، ضرغام حاجبی و نوری (۱۳۹۹)، جمعیان و همکاران (۱۳۹۷) و مالاوارمن و همکاران (۲۰۱۶)، همسو است.

در توضیح یافته حاضر می‌توان گفت که اثرات مثبت رویکرد راه حل محور بر عوامل بهزیستی ذهنی را می‌توان برطبق عقاید و باورهای ریف و کینز (۱۹۹۵) تبیین کرد. آن‌ها عقیده دارند که معیارها و اعتقادات در زندگی فرد در بالا بردن استقلال افراد، بالا بردن کنترل و تسلط وی بر محیط تاثیر دارد. همچنین روابط نزدیک و روابط با دیگران بر آگاهی و پذیرش صفات و عشق به خود تاثیر دارد. احساس کارآیی منجر به تجربه‌های جدیدی در زندگی فرد می‌شود که همراه با شادی و امید است. بنابراین، در این روش درمانی، با استفاده از تکنیک معجزه‌آسا، از مردم خواسته می‌شود که زندگی خود را در حالی که مشکلشان برطرف شده، تصور کنند و آنچه را که اتفاق افتاده است بیان کنند. این فنون به افراد امکان می‌دهد توانایی خود را در حل مشکلاتشان افزایش دهند. دیشیز عقیده دارد که تغییر کوچک منجر به تغییر بزرگی می‌شود. لذا، تشویق مراجعین به فعالیت در جلسات درمانی و استفاده از تکنیک‌های تکالیف منجر به تغییرات محسوسی در رفتار آن‌ها می‌شود و در نهایت منجر به تغییر عقاید و افزایش بهزیستی ذهنی می‌شود. درمانگر راه حل محور به جای تاکید بر علت مسئله، بر حل مسئله تاکید دارد. لذا، با تاکید بر

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.337]

تکنیک مثبت‌اندیشی، پرسش قیاس، سوالات استثنایی، و ستایش روح تغییر و باروری در افراد ایجاد می‌شود. این فنون در کوتاه مدت جواب می‌دهد. با ایجاد تغییرات کوچک، مردم امیدوارند که به تلاش برای تغییر مثبت و پایدار ادامه دهند. آن‌ها نکات مثبت خود را کشف می‌کنند و از آن برای رسیدن به هدف‌های نهایی خود بهره می‌برند. از آنجا که افراد با بهزیستی پایین، نکات منفی خود را برجسته می‌کنند و نکات مثبت خود را نادیده می‌گیرند، این آزمون از آن‌ها می‌خواهد پنج موقعیت مثبت و پنج موقعیتی که احساس ضعف و ناتوانی می‌کنند را نام ببرند. سپس با استفاده از تکنیک ستایش غیر مستقیم، "چگونه توانستید از عهده این کار برآیید؟" توانایی مراجع در اعتماد به خود را افزایش می‌دهد. درمانگران راه حل محور، با تکیه بر استفاده از تکنیک ستایش غیر مستقیم، اعتماد به نفس، عزت نفس، خودآزمایی، خلاقیت و توانایی کشف راه حل را در مراجعین افزایش می‌دهند (عباسیان فتح‌آبادی، ۱۳۹۸).

با توجه به اثربخشی رویکردهای راه حل محور پیشنهاد می‌گردد که آموزش این شیوه درمان در لیست برنامه‌های آموزشی زوج درمانی و خانواده درمانی قرار داده شود تا مشاوران و درمانگران بتوانند با توجه به این رویکردها به درمان مشکلات زوج‌ها و خانواده‌ها بپردازند. در ارتباط با محدودیت‌های پژوهش می‌توان به ابزارهای غیر بومی و مبتنی بر فرهنگ غربی اشاره کرد که می‌تواند نتایج این پژوهش را تحت تاثیر قرار دهد. به همین منظور، پیشنهاد می‌شود ابزارهای مبتنی بر فرهنگ کشورمان تدوین و هنجاریابی شوند.همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های مشابه جلسه‌های درمان با حضور هر دو زوج انجام شود.

سال پانزدهم شماره ۶۱ پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

منابع

احمدی، وحید؛ بنی‌جمالی، شکوه‌السادات و صرامی، غلامرضا (۱۳۹۶). رابطه شیوه‌های فرزندپروری و گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر ایلام: نقش واسطه‌ای نوجویی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۵(۳)، ۱۲۴-۱۱۷.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.337]

آرین‌فر، نیره و حسینیان، سیمین (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی راه‌حل مدار-روایتی و زوج-درمانی کوتاه مدت خودتنظیمی بر سرزندگی و کنترل عواطف زوجین آشفته. *فصلنامه مطالعات زن و خانواده*، ۷(۳)، ۸۲-۵۱.

بشرپور، سجاد؛ عطادخت، اکبر؛ خسروی‌نیا، دیبا و نریمانی، محمد (۱۳۹۲). نقش خودکنترلی شناختی و دلسوزی به خود در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۵(۴)، ۷۰-۶۰.

بهبهانی، مریم؛ ذوافقاری، مریم و حبی، محمدباقر (۱۳۹۹). اثربخشی زوج‌درمانی راه حل محور بر الگوهای ارتباطی و کنترل عواطف زنان آشفته. *نشریه خانواده*، ۴، ۳۷-۱۸.

ترکش‌دور، شیرین و ثناگوی‌محرر، غلامرضا (۱۳۹۹). اثربخشی درمان راه حل محور گروهی بر شادکامی و تنظیم هیجان زوجین. *فصلنامه سلامت اجتماعی*، ۷(۲)، ۱۳۵-۱۲۷.

جمعیان، دلارام؛ حسین ثابت، فریده و معتمدی، عبدالله (۱۳۹۷). اثربخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت گروهی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *روان-شناسی بالینی*، ۱۰(۳)، ۲۲-۱۳.

خسرویان، بهروز و سلیمانی، اسماعیل (۱۳۹۷). اثربخشی تحریک الکتریکی مستقیم فراقشر مغز بر روی ولع مصرف مواد و خودکنترلی شناختی افراد سوءمصرف‌کننده مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۱۱۰-۹۳.

دلاور، علی (۱۳۹۸). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم‌تربیتی*. تهران: نشر ویرایش.

رجبی، غلامرضا (۱۳۹۱). روایی و اعتبار نسخه مقیاس بهزیستی ذهنی در بیماران سرطانی. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۱(۴)، ۴۱-۳۰.

رستمی، مهدی؛ سعادتی، نادره و یوسفی، زهرا (۱۳۹۷). بررسی و مقایسه آموزش زوج‌درمانی هیجان-مدار راه حل مدار بر کاهش ترس از صمیمیت و افزایش رضایت جنسی زوجین. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*، ۸(۲)، ۲۲-۱.

ریماز، شهناز؛ مرادی، یوسف و ابوالقاسمی، جمیله (۱۳۹۴). بررسی مولفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی. *مجله‌ی علوم پزشکی رازی*، ۲۲(۱۳۵)، ۱۴۰-۱۴۸.

زرگر، یدالله؛ نجاریان، بهمن و نعامی، عبدالزهرا (۱۳۸۷). بررسی رابطه‌ی ویژگی‌های شخصیتی (هیجان‌خواهی، جرات‌ورزی، سرسختی روان‌شناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.337]

آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر. *مجله‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱۵(۱)، ۱۲۰-۹۹.

شایگان، فریبا و معتمدی، صدیقه (۱۳۹۳). بررسی تاثیر عوامل اجتماعی در بزهکاری زنان رباط کریم. *مطالعات راهبردی زنان*، ۱۶(۳۲)، ۱۹۸-۱۶۳.

شیخ الاسلامی، علی؛ قمری گیوی، حسین و محمدی، نسیم (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش خود دلسوزی شناختی بر خودکارآمدی ادراک‌شده زنان سرپرست خانوار تحت سرپرستی کمیته‌ی امداد. *فصلنامه‌ی مددکاری اجتماعی*، ۵(۲)، ۱۹-۱۳.

ضرغام حاجبی، مجید و نوری، مریم (۱۳۹۹). تاثیر درمان کوتاه راه حل محور (SFBT) بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار. *نشریه پیشرفت‌های نوین در روان‌شناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش*، ۳۱، ۱۸۰-۱۶۸.

عباسیان فتح‌آبادی، یاسر (۱۳۹۸). *اثربخشی درمان راه حل محور به شیوه گروهی بر بهبود کیفیت زندگی، تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی*. اولین کنفرانس ملی کودکان استثنایی از منظر روان‌شناسی تربیتی، علوم شناختی و آسیب شناختی.

علیوردی‌نیا، اکبر (۱۳۸۸). اثربخشی برنامه‌های معتادان گمنام در نگرش به معتادان به مواد مخدر. *فصلنامه مطالعات اجتماعی ایران*، ۳(۳)، ۱۷۷-۱۴۴.

گروسی، سعید و شبستری، شیما (۱۳۹۰). سلامت عمومی و اشکال سه‌گانه‌ی سرمایه. *فصلنامه‌ی اخلاق زیستی*، ۴(۱۴)، ۱۶۵-۱۳۷.

لوتس، آن بودمر (۱۳۹۸). *یادگیری درمان راه‌حل محور*. ترجمه‌ی مژگان پوردل و میرسعید جعفری. تهران: آکادمیک. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۶۳).

نامنی، ابراهیم و شیرآشیانی، آزاده (۱۳۹۵). اثربخشی ترکیب دو روش درمانی راه حل مدار و روایتی بر سرزندگی و کنترل عواطف در زنان متقاضی طلاق. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، (۲۷)، ۱۶۹-۱۴۹.

نصیرنژاد، فریبا؛ پویامنش، جعفر؛ فتحی اقدم، قربان و جعفری، علیرضا (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر تاب‌آوری و شادکامی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله فیض*، ۲۵(۵)، ۵۴۴-۵۳۶.

نوروزی دشتکی، مهین؛ پورابراهیم، تقی؛ حبیبی، مجتبی و ایمانی، سعید (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت-درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میل جنسی و برانگیختگی جنسی در زنان با سوءمصرف مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۵(۶۹)، ۲۷۴-۲۵۱.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.337]

References

Beyebach, M. (2014). Change factors in solution-focused brief therapy: A review of the Salamanca studies. *Journal of Systemic Therapies,* 33(1), 62-77.

Bolkan, A., & Kaya, A. (2016). The Effects of Life Skills Psychoeducation Program on Divorced Women's Self-actualization Levels. *The Anthropologist*, 23(3), 343-354.

Chauchard, E., Levin, K. H., Copersino, M. L., Heishman, S. J., & Gorelick, D. A. (2013). Motivations to quit cannabis use in an adult non-treatment sample: Are they related to relapse?. *Addictive Behaviors*, 38(9), 2422-2427.

Dameron, M. L. (2016). Person-Centered Counseling and Solution-Focused Brief Therapy: An Integrative Model for School Counselors. *Journal of School Counseling*, *14*(10), n10.

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

Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: a bio psychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp: 9–74). London: Rutledge.

Gingerich, W. J., & Peterson, L. T. (2013). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice*, 23(3), 266-283.

Grant, A. M. (2011). The solution-focused inventory: a tripartite taxonomy for teaching, measuring and conceptualising solution-focused approaches to coaching. *The Coaching Psychologist*, 7(2), 98-106.

Grasmick, H. G., Tittle, C. R., Bursik, R. J., Jr., & Arneklev, B. K. (1993). Testing the core empirical implications of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 30, 5–29.

Larsen, R. J., Buss. D. M., Wismeijer, A., & Song, J. (2008). *Personality psychology: domains of knowledge about human nature.* 3rd ed. New York: McGraw-Hill.

Lin, C. Y., & Cheng, T. C. (2019). Health status and life satisfaction among people with disabilities: Evidence from Taiwan. *Disability and Health Journal*, 12(2), 249-256.

Mulawarman, M., Munawaroh, E., & Nugraheni, E. P. (2016). Effectiveness of solution focus brief counseling approach (SFBC) in developing student career adaptability. *COUNS-EDU: The International Journal of Counseling and Education*, 1(1), 9-14.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.337]

Ponnusamy, S., Iranmanesh, M., Foroughi, B., & Hyun, S. S. (2020). Drivers and outcomes of Instagram Addiction: Psychological well-being as moderator. *Computers in Human Behavior*, 107, 106294.

Riley, A. L., Hempel, B. J., & Clasen, M. M. (2018). Sex as a biological variable: Drug use and abuse. *Physiology & Behavior*, 187, 79-96.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality & Social Psychology*, 69(4), 719-727.

Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International journal of Stress Management*, 12(2), 164-176.

Smith, S., & Macduff, C. (2017). A thematic analysis of the experience of UK mental health nurses who have trained in Solution Focused Brief Therapy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(2-3), 105-113.

Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640-648.

Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., ... & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of life Outcomes*, 5(1), 1-13.

Trudel, G., & Goldfarb, M. R. (2010). Marital and sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Sexologies*, 19(3), 137-142.

Turns, B., Jordan, S. S., Callahan, K., Whiting, J., & Springer, N. P. (2019). Assessing the effectiveness of solution-focused brief therapy for couples raising a child with autism: A pilot clinical outcome study. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 18(3), 257-279.

Weed, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T., & Ben-Porath, Y. S. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58(2), 389-404.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.337]