فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال شانزدهم، شماره شصت و ششم، ص۳۲۸-۳۱۱، زمستان ۱۴۰۱
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 16, No. 66, P 311-328, Winter 2023

مقاله پژوهشی
Research Article

اثربخشی روان‌درمانی انگیزشی بر سلامت روان زنان دارای همسر وابسته به مصرف مواد

حسین صاحبدل[1]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۷

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی انگیزشی بر سلامت روان زنان دارای همسر وابسته به مصرف مواد انجام شد. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تربت حیدریه در سال ۱۴۰۰ بود که همسران آنها تحت درمان با متادون بودند. از این بین، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه روان‌درمانی انگیزشی شرکت کردند، در حالی که گروه گواه تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه سلامت عمومی بود و برای تحلیل نتایج از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که روان‌درمانی انگیزشی به طور معناداری منجر به بهبود سلامت روان، افسردگی، اضطراب، نشانگان جسمانی، و عملکرد اجتماعی زنان دارای همسر وابسته به مصرف مواد شد. **نتیجه‌گیری:** نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند راهگشای مشاوران و درمانگران در کمک به زنان دارای همسر وابسته به مصرف مواد باشد.

کلیدواژه‌ها: زنان دارای همسر وابسته به مصرف مواد، سلامت روان، روان‌درمانی انگیزشی

۱. استادیار، گروه مشاوره، واحد قاینات، دانشگاه آزاد اسلامی، قاینات، ایران. پست الکترونیک: pcsahebdel1365@gmail.com

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.311]

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر، امروزه به عنوان یکی از مهم‌ترین مسائل جوامع بشری مطرح بوده و عواقب زیان‌بار آن می‌تواند همه نهادهای جامعه را هدف قرار دهد (جوادی، اونق و قربانی، ۱۴۰۰). اعتیاد به مواد مخدر می‌تواند به عنوان یک آسیب اجتماعی مطرح شده و عواقب زیان‌بار آن در سطح جامعه مورد بررسی قرار گیرد (استادرحیمی و فتحی، ۱۴۰۰). توجه و گرایش روزافزون افراد جامعه به مصرف مواد اعتیادآور، می‌تواند زمینه انحطاط و نابودی آن جامعه را فراهم نماید (پتر و کوت،[1] ۲۰۱۱). از جمله مشکلاتی که اعتیاد برای جوامع ایجاد می‌کند، می‌توان به تاثیرات منفی و زیان‌بار آن بر نهاد خانواده اشاره کرد. افراد معتاد به مواد مخدر، نه تنها خود را در معرض انواع آسیب‌ها قرار داده‌اند، بلکه همسران خود و فرزندان خود را نیز در معرض آسیب و مشکلات متعدد قرار می‌دهند (اورفورد[2] و همکاران، ۲۰۰۵). امروزه یکی از آثار زیان‌بار و پرهزینه اعتیاد، فروپاشی خانواده‌ها و تاثیرات منفی آن بر روحیه همسران افراد معتاد است. هنگامی که در یک خانواده، شوهر به اعتیاد مبتلا می‌شود، زن باید مشکلات متعددی را تحمل کند و سلامت جسم و روان او با خطرات جدی مواجه می‌شود (یو و استیفمن[3]، ۲۰۱۰؛ لین، وو و دتلز[4]،۲۰۱۱). بسیاری از پژوهش‌ها بر نقش تاثیرگذار اعتیاد یکی از اعضای خانواده روی سلامت‌روان سایر اعضا تاکید کرده‌اند (جوادی و همکاران، ۱۴۰۰؛ استاد رحیمی و فتحی، ۱۴۰۰؛ بوتلر و بولد[5]، ۲۰۰۵؛ جیل، داکوف، جری و کوهن[6]، ۲۰۱۰). از طرفی، با مداخله در خانواده و کمک به بهبود سلامت اعضای آن، می‌توان به صورت غیرمستقیم به فرد معتاد کمک کرد (کیان ارثی، عباس پور و اصلانی، ۱۴۰۱). خانواده مبدا هویت افراد بوده و قطعا، مشکلات هریک از اعضای آن به کل نظام خانواده آسیب می‌رساند و همچنین ریشه آن مشکل را نیز باید در کل نظام خانواده جستجوکرد (یوشر، جکسون و اوبروین[7]، ۲۰۰۵؛ رابینز[8]، ۲۰۰۳). زنان دارای همسرمبتلا به سوءمصرف مواد در ایران، قشر گسترده‌ای را در بر

1. Peter & Choate
2. Orford
3. Yu &Stiffman
4. Lin, wu & Detels
5. Butler & Bauld
6. Gayle, Dakof, Jeri & Cohen
7. Usher, Jackson & O'Brien
8. Robbins

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.311]

می‌گیرند. این افراد مجبور به تامین معاش خانواده خود بوده و در این زمینه با مشـــکلات متعدد اقتصادی، اجتماعی و روان‌شناختی مواجه هستند (مانچری، سبزی، علوی، وکیلی و مقصـــودی، ۲۰۲۱). از آنجا که هدف هر جامعه‌ای رســـاندن همه افراد به کمال مطلوب و فراهم آوردن شرایط زندگی مناسب و سالم برای آنها می‌باشد، زنان دارای همسرمبتلا به سوءمصرف مواد از جمله اقشار آسیب‌پذیر جامعه محسوب شده که نیازمند توجه جدی و دریافت حمایت‌های اقتصادی، اجتماعی و معنوی می‌باشند. بررسی‌های پژوهشگر نشان می‌دهد که تاکنون پژوهش‌های اندکی در حوزه کمک به زنان دارای همســـرمبتلا به سوءمصرف مواد صورت گرفته (اسلمی، امیری راد و موسوی، ۱۳۹۹) و همچنان در این زمینه، نیاز به انجام پژوهش‌های نظام‌مند و کاربردی جهت دســـت‌یابی به راهکار مناســـب احساس می‌شود. زنان دارای همسرمبتلا به سوءمصرف مواد از اقشار آسیب‌پذیر جامعه محسوب شده که سلامت جسمی و روانی آنها با خطرات جدی مواجه است (فروغی نژاد، سیدی و حجت خواه، ۱۴۰۱). ازطرفی، کمک کردن به این قشر، می‌تواند همزمان، کمک قابل توجهی برای سایر اعضای خانواده آنها محسوب شده و مخصوصا همسر فرد مبتلا به اعتیاد می‌تواند از داشـــتن همســـر ســـالم در کنار خود بهره‌مند شـــود (اســـلمی و همکاران، ۱۳۹۹). تاکنون، در ایران ابعاد ســـلامت روان در زنان دارای همســـر مبتلا به ســـوءمصـــرف مواد، مورد غفلت پژوهشـــگران بوده و در این زمینه مدل درمانی کارآمد و قابل اتکا ارائه نشده است.کمبود مهارت‌های اجتماعی، اضطراب در ارتباط با عضو مبتلا به سوءمصرف مواد و در ارتباط با خود، افسردگی و مشکلات روان‌شناختی از جمله مسائلی است که خانواده‌های دارای عضو معتاد با آن مواجه می‌شوند و در این راستا، پژوهش‌های داخلی قابل اتکا صورت نگرفته است (اسلمی و همکاران، ۱۳۹۹). کمبودهای پژوهشی احساس شده در این زمینه، و فقدان مدل بومی کارآمد (مانچری و همکاران، ۲۰۲۱)، جهت کمک به خانواده‌های دارای عضو مبتلا به اعتیاد، ضرورت انجام پژوهش‌های نظام‌مند را در این زمینه پررنگ می‌کند.

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.311]

یکی از چالش‌های مهم پیش روی مشـــاوران در عصـــر جدید، تفاوت‌های فرهنگی مراجعان و انتخاب روش درمانی مبتنی بر فرهنگ است (پروچاسکا و نورکراس[1]، ۲۰۱۸). از آنجا که رویکردهای روان‌درمانی رایج در بافت فرهنگی متفاوتی نسـبت به فرهنگ بومی ایران شـکل گرفته و مفاهیم آنها، اغلب با ریشه‌های فرهنگی جامعه ایران سـازگاری ندارد، در پژوهش حاضر به منظور کمک به زنان دارای همسرمبتلا به سوءمصرف مواد، از رویکرد روان‌درمانی انگیزشـی اسـتفاده شـد تا با کاربسـت یک روش بومی و مبتنی بر فرهنگ، اثربخشـی این روش جدید و بومی مورد آزمایش قرار گیرد. مفاهیم روان‌درمانی انگیزشی برای اولین بار توسط صاحبدل (۱۳۹۸) مطرح شد. این نظریه، با کاربستن مفاهیم جدید و تکنیک‌های درمانی ویژه، روش مناسـب و مفیدی را در حوزه روان‌درمانی ارائه داده که ریشه در فرهنگ بومی جامعه ایران داشته و چالش‌های فرهنگی-اجتماعی کمتری را نسـبت به سـایر رویکردها، ایجاد می‌کند (صـاحبدل و طحان[2]، ۲۰۲۲). روان‌درمانی انگیزشی بر تغییر گسترده در سبک زندگی مراجع تاکید می‌کند و از این منظر، در دسته درمان‌های فراتشـخیصـی جای می‌گیرد (بارلو، آلن و کوت[3]، ۲۰۰۴). در این رویکرد، بجای تاکید بر آسـیب‌شـناسـی، بر ایجاد انگیزه تغییر تاکید می‌شـود و به مراجعان کمک می‌شود تا با تغییر نقش خود در زندگی و ایجاد تغییرات گسترده در سبک زندگی خود، به سـطوح بالاتر سـلامت‌روان دسـت یابند (قیصـری، صـاحبدل و ابراهیم پور، ۱۴۰۰). روان‌درمانی انگیزشـی از حیث صـرفه‌جویی درزمان منحصـربه‌فرد می‌باشـد. فراتر از یک روان‌درمانی ساده، در این رویکرد بر دست‌یابی به سطوح بالاتر سلامت‌روان و هدفمندی و کسـب مهارت‌های بین فردی تاکید می‌شـود (صـاحبدل، ۱۳۹۹). برخی از مفاهیم روان‌درمانی انگیزشی در عرفان ایرانی-اسلامی ریشه داشته و بسیاری دیگر، حاصل مطالعه نظریه‌پرداز در فرهنگ بومی ایران است (صاحبدل و طحان، ۲۰۲۲). مفاهیمی از قبیل ذهن ثروتمند، دایره شخصی، پنداشت‌های زیبا و زشت، ذهن محیطی و خویشتن‌دوستی، که با الگوهای فرهنگی مردم ایران آمیخته شـده اسـت، می‌تواند نقش مهمی در تغییر شـیوه

1. Prochaska & Norcross
2. Sahebdel & Tahan
3. Barlow, Allen & Choate

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.311]

زندگی مراجعان ایرانی ایفا نماید. روان‌درمانی انگیزشی با کاربرد تکنیک‌های ویژه و مبتنی بر فرهنگ، تفاوت قابل ملاحظه‌ای را در سبک‌های درمانی ایجاد کرده است (صاحبدل، ۱۳۹۸). فکور، صاحبدل و ابراهیم پور (**a**۱۴۰۱) در پژوهش خود نشان دادند که روان‌درمانی انگیزشی می‌تواند اضطراب و پرخاشگری کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای را کاهش دهد. قیصری و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود نشان دادند که روان‌درمانی انگیزشی می‌تواند رفتارهای پرخطر را در نوجوانان کاهش دهد. روان‌درمانی انگیزشی به مراجعان کمک می‌کند، علاوه بر رهایی از مشکلات روان‌شناختی، مسیر بهتر و مطلوب‌تری برای آینده خود ترسیم نموده و به افراد سودمندی برای جامعه تبدیل شوند. این خصوصیت، می‌تواند روان‌درمانی انگیزشی را از سایر رویکردهای غیر بومی متمایز نماید (صاحبدل، ۱۳۹۹). با توجه به مطالب ذکر شده، به نظر می‌رسد روان‌درمانی انگیزشی می‌تواند مدل بومی مناسبی برای کمک به زنان دارای همسرمبتلا به سوءمصرف مواد باشد. با این وجود، به دلیل جدید بودن این رویکرد، مبانی پژوهشی آن اندک است. پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این سوال است که آیا روان‌درمانی انگیزشی بر افزایش سلامت‌روانی زنان دارای همسرمبتلا به سوءمصرف تاثیر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیهٔ زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تربت حیدریه در سال ۱۴۰۰ بود که همسران آنها مبتلا به سوءمصرف تریاک بوده و تحت درمان با متادون قرار داشتند (۸۹ نفر). برای تعیین حجم نمونه پژوهش گال، بورگ و گال (۱۳۹۶) روشی را پیشنهاد داده‌اند که براساس آن در پژوهش‌های آزمایشی و شبه‌آزمایشی تعداد ۱۵ نفر به هریک از گروه‌های آزمایش و گواه اختصاص می‌یابد. بنابراین، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری دردسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک ورود به پژوهش داشتن تحصیلات حداقل ابتدایی و داشتن همسرمبتلا به

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.311]

سوءمصرف تریاک تحت درمان با متادون بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل عدم تمایل به شرکت در پژوهش، عدم توانایی شرکت در جلسات به خاطر مشکلات جسمانی و روان‌شناختی عمده (براساس غربالگری اولیه)، کسب نمره پایین (براساس نمره برش) در پرسشنامه سلامت‌عمومی، عدم تکمیل پرسشنامه‌ها و غیبت بیش از ۲ جلسه بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش، از قبیل رازداری و رعایت حریم خصوصی شرکت‌کنندگان مورد توجه قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و با کمک نرم افزار اس‌پی‌اس‌اس مورد تحلیل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه سلامت‌عمومی[1]: فرم ۲۸ سوالی این پرسشنامه که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، اولین بار توسط گلدبرگ و هیلیر[2] در سال ۱۹۷۲ طراحی شده است و دارای ۴ زیرمقیاس ۷ سوالی شامل نشانه‌های جسمانی (سوالات ۱ تا ۷)، اضطراب (سوالات ۸ تا ۱۴)، عملکرد اجتماعی (سوالات ۱۵تا ۲۱) و افسردگی (سوالات ۲۲ تا ۲۸) می‌باشد (صاحبدل، خوش کنش و پورابراهیم، ۱۳۹۱). به منظور نمره‌گذاری، به گزینه‌ها نمره ۰ تا ۳ داده می‌شود. در این پرسشنامه، نمرات بالاتر نشان‌دهنده سلامت‌روان پایین‌تر هستند. کسب نمره بالاتر از نمره برش (نمره ۲۲) به معنی عدم برخورداری از سلامت‌روان است (صاحبدل و همکاران،۱۳۹۱). چونگ و اسپرز[3] (به نقل از صاحبدل و اسدی، ۱۳۹۵) ضرایب پایایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند. در پژوهش طباطبایی و رسولی (۱۳۹۷) پایایی این پرسشنامه برای نمره کل ۰/۶۷ و برای خرده‌مقیاس‌های نشانگان جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب، ۰/۶۷، ۰/۷۶، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش شده است. همچنین روایی آن مطلوب گزارش شده است.

روش اجرا

به منظور اجرای پژوهش، ابتدا از زنان دارای همسر معتاد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد، که همسران آنها مبتلا به سوءمصرف تریاک بوده و تحت درمان با متادون

1. GHQ
2. Goldberg & Hillier
3. Joung & Spears

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.311]

قرار داشتند، برای شرکت در پژوهش به شکل حضوری دعوت به عمل آمد. سپس مصاحبه تشخیصی داوطلبین جهت غربالگری اولیه اجرا شد. کسانی که معیارهای اولیه شرکت در پژوهش (نداشتن مشکلات جسمی و روانی عمده) را نداشتند، حذف شدند. پس از توضیح محتوا و هدف پژوهش، با رعایت معیارهای ورود، ۳۰ نفر از آنها برای شرکت در پژوهش انتخاب شده و به شکل تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند (هرگروه ۱۵ نفر). پس از انتخاب اعضای گروه نمونه، یک جلسه آشنایی اولیه جهت معرفی پژوهش و چگونگی اجرای آن برای گروه نمونه تشکیل شد و سپس پرسشنامه سلامت‌عمومی به عنوان پیش‌آزمون روی اعضا، اجرا شد. گروه آزمایش برای شرکت در جلسات درمانی دعوت شده و به گروه گواه درمورد ادامه کار توضیح داده شد. تعداد ده جلسه روان‌درمانی انگیزشی (هرجلسه ۹۰ دقیقه) روی گروه آزمایش اجرا شد. نهایتا، یک هفته پس از انجام کار، از هردو گروه، مجدد پس‌آزمون به عمل آمد. جلسات گروه آزمایش که برطبق یک برنامه از پیش تعیین شده (برنامه ای که قبل ازشروع جلسات آموزش تهیه شده بود) و با استفاده از مبانی نظری و درمانی روان‌درمانی انگیزشی (برگرفته از صاحبدل و طحان، ۲۰۲۲) تنظیم شده بود، توسط پژوهشگر، به این شرح اجرا گردید. بسته روان‌درمانی انگیزشی به عنوان یک مدل بومی دارای ۹ گام درمانی است که در آن، ابتدا رابطه حسنه با مراجعان برقرار می‌شود و پس از شکل‌گیری اعتماد اولیه، درمانگر می‌تواند بر اساس اصل ذهن محیطی در این رویکرد، محیط قوی درمانی را ایجاد نماید. در گام‌های بعدی به‌تدریج مراجعان می‌توانند به سمت توصیف خویشتن، شناسایی و ریشه‌یابی دروغ‌ها و پنداشت‌های منفی و مثبت، تصویرسازی نقش خود در زندگی، رهایی از چهاردیواری و دست‌یابی به ذهن ثروتمند حرکت نمایند. درنهایت مراجعان قادر خواهند شد تا به تسلط بر خویشتن دست یافته و روابط استرس‌زای خود را با دیگران مدیریت نمایند. خلاصه‌ای از گام‌های درمانی در قالب ۱۰ جلسه، در جدول ۱ آمده است.

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.311]

جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی

شماره	عنوان	محتوای جلسه
۱	آشنایی	آشنایی و بیان اهداف جلسات، بیان انتظارات و تمرکز بر رابطه درمانی
۲	توصیف	خودتوصیفی به شکل کامل: به مراجعان کمک شد تا خودشان را با تاکید بر جنبه‌های آسیب‌شناختی و مرتبط با مشکل، به شکل کامل توصیف نمایند و روی برگه‌های مخصوص درج نمایند. همچنین تکلیف خانگی در این زمینه به آنها داده شد.
۳ و ۴	دروغ‌ها	در این مرحله، ضمن مرور تکالیف جلسه قبل، شناسایی دروغ‌ها، ریشه‌یابی و آسیب‌شناسی آنها مورد توجه قرار گرفت. اعضای گروه متوجه پنداشت‌های زیبا و زشت در مورد خودشان شدند. آنها صفت‌های مربوط به خویشتن را کشف کرده و با ریشه‌یابی نحوه شکل‌گیری آنها و چگونگی باور کردن آن، به این نتیجه می‌رسند که برداشت آنها از خویشتن می‌تواند به شکل سالم‌تر و مفیدتر نیز صورت گیرد. آنها متوجه می‌شوند که چگونه با باور به این صفت‌ها که حاصل تلقین دیگران بوده، به خودشان آسیب رسانده‌اند. بدین منظور از تکنیک‌های ترسیم روی کاغذ و تصویرسازی ذهنی استفاده شد.
۵	چهاردیواری	در این مرحله، ضمن مرور تکالیف جلسه قبل، اعضای گروه متوجه شدند، که چگونه در چهاردیواری دروغین گرفتارشده‌اند. آنها به کمک درمانگر، لایه‌های سه گانه این دیوارها را که شامل "این صفت من است"، "من نمی‌توانم این صفت را تغییر دهم" و "من از این تغییر می‌ترسم" می‌شود، را کنار زده و توانستند به سمت مراحل بعدی درمان گام بردارند. بدین منظور از تکنیک‌های تصویرسازی و نوشتن نیز استفاده شد.
۶	مواجهه با ترس	در این مرحله به اعضای گروه کمک شد تا با ترس از تغییر مواجه شده و بتوانند نقش‌های تازه را تمرین کنند. رهایی از چهاردیواری و تمرین نقش‌های تازه، مراجعان را برای یک زندگی سالم آماده می‌کند. تکلیف خانگی ارائه شد.
۷ و ۸	ذهن ثروتمند	در این مرحله، ضمن مرور تکالیف جلسات قبل، اعضای گروه توانستند، با کاربرد تکنیک ذهن ثروتمند، توانایی تغییر عادت‌ها و نگرش‌هایشان را کسب کرده و اهداف بزرگ‌تری را برگزینند. ذهن ثروتمند، دغدغه‌های بزرگ‌تری را نظیر دنبال کردن هدف مثبت و مفید، جایگزین دغدغه‌های بی‌اهمیت و آسیب زا کرده و مراجعان را از بیهودگی و وقت تلف کردن نجات می‌دهد.
۹	دایره شخصی	در این مرحله، اعضای گروه می‌توانند، روابط خود را با دیگران بازنگری کرده و اضطراب مربوط به آن را کاهش دهند. اعضای گروه در این مرحله، متوجه شدند که چگونه با درگیری ذهنی بیش از حد نسبت به دیگران، خود را گرفتار اضطراب کرده‌اند. از تکنیک‌های ترسیم نیز در این مرحله استفاده شد.
۱۰	تعهد به تغییر	در این مرحله، اعضای گروه به تغییرات صورت گرفته متعهد شده و چگونگی حفظ آن را تمرین کردند. تکالیف جلسات قبل مرور شد و جشن تغییر گرفته شد.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.311]

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر ۳۰ نفر از زنان دارای همسر مبتلا به سوءمصرف مواد بودند. همه آزمودنی‌ها در سنین ۲۸ تا ۴۳ سال قرار داشته و میانگین سنی گروه آزمایش (۳۷/۳۵) سال و میانگین سنی گروه گواه (۳۶/۲۵) سال بود. میزان تحصیلات آنها بین سیکل تا لیسانس (۱۲ نفر سیکل، ۱۱ نفر دیپلم و ۷ نفر لیسانس) بود. میانگین سال‌های تحصیل در گروه آزمایش و گواه به ترتیب ۱۲ و ۱۳ سال بود. آزمودنی‌ها از نظر مکان زندگی و طبقه اجتماعی- اقتصادی نیز همگون بودند. همه آزمودنی‌ها با همسرشان که مبتلا به سوءمصرف مواد (تریاک) بوده و تحت درمان متادون بود، زندگی می‌کردند. میانگین و انحراف معیار نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین‌و انحراف معیار گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نمره کلی سلامت‌روان	آزمایش	۴۴/۸۰	۹/۱۷	۲۰/۱۰	۷/۱۶
	کنترل	۴۴/۹۶	۸/۴۰	۴۵/۶۴	۹/۱۷
نشانگان جسمانی	آزمایش	۸/۳۵	۳/۳۹	۳/۷۵	۲/۹۳
	کنترل	۹/۱۱	۳/۵۴	۸/۸۰	۲/۵۰
اضطراب	آزمایش	۹/۳۵	۴/۱۰	۵/۹۵	۳/۰۶
	کنترل	۱۰/۱۰	۲/۹۸	۱۱/۷۵	۳/۵۲
عملکرد اجتماعی	آزمایش	۱۲/۸۵	۲/۴۹	۴/۸۵	۱/۹۵
	کنترل	۱۱/۵۵	۱/۷۳	۱۱/۳۴	۲/۳۳
افسردگی	آزمایش	۱۴/۲۵	۲/۱۴	۵/۵۵	۲/۲۵
	کنترل	۱۴/۲۰	۱/۹۶	۱۳/۷۵	۱/۹۷

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین نمرات گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون تقریبا برابر بوده و در پس‌آزمون این تفاوت بیشتر شده است. به منظور تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از مفروضه‌های آزمون

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.311]

تحلیل کوواریانس، نرمال‌بودن توزیع داده‌هاست. نتایج آزمون کولموگورف- اسمیرنف[1] حاکی از آن بود که نمرات مؤلفه‌های سلامت روان دارای توزیع نرمال بودند (p>۰/۰۵). همچنین هیچ کدام از مؤلفه‌های نشانگان جسمانی (F=۰/۶۰)، اضطراب (F=۰/۹۲)، افسردگی (F=۰/۷۵) و عملکرد اجتماعی (F=۲۱/۱۷) در آزمون لوین[2] معنادار نبودند (p>۰/۰۵)؛ لذا می‌توان گفت که همگنی واریانس‌ها برقرار بود. بررسی همگنی رگرسیون، از دیگر پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس است. با توجه به اینکه هیچ کدام از مقیاس‌ها در بررسی همگنی رگرسیون معنادار نبودند (p< ۰/۰۵)، می‌توان نتیجه گرفت که فرض همگنی رگرسیون برقرار است. پس از بررسی و تأیید مفروضه یکسانی واریانس‌ها و مفروضه یکسانی شیب رگرسیون، مستقل بودن گروه‌ها مورد توجه است که چون آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و گواه به صورت تصادفی جایگزین شده‌اند، این مفروضه هم مورد تایید می‌باشد. در ادامه جهت تحلیل نهایی داده‌ها نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

آزمون	ارزش	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا
اثر پیلای	۰/۷۷	۲۸/۴۰	۴	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷
لامبدای ویکلز	۰/۲۳	۲۸/۴۰	۴	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷
اثر هتلینگ	۳/۳۴	۲۸/۴۰	۴	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد نتایج آزمون لامبدای ویکلز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشان داد که بین نمره آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری در مرحله پس‌آزمون وجود داشت و ۷۷ درصد تغییرات مربوط به عضویت گروهی بود. در ادامه برای بررسی دقیق این تفاوت‌ها نتایج بررسی کوواریانس در نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۴ ارائه شده است.

1. Kolmogorov-Smirnov Test

2. Levene's Test for Equality of Variances

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.311]

جدول ٤: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای وابسته

متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور سهمی اتا
سلامت‌روانی	۴۷/۲۸	۱	۴۷/۲۸	۸/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴
افسردگی	۲۹۸/۱۲	۱	۲۹۸/۱۲	۴۹/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۷۴
سلامت جسمانی	۲۹۰/۸۲	۱	۲۹۰/۸۲	۳۸/۹۴	۰/۰۰۸	۰/۴۳
عملکرد اجتماعی	۳۱۴/۴۷	۱	۳۱۴/۴۷	۴۳/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵
اضطراب	۲۹۶/۸۲	۱	۲۹۶/۸۲	۳۹/۹۴	۰/۰۰۶	۰/۴۸

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون، در نمره کلی سلامت‌روان و مولفه‌های آن تفاوت معناداری وجود دارد (**P<۰/۰۱**)؛ بنابراین، روان‌درمانی انگیزشی تاثیر معناداری بر سلامت‌روان زنان دارای همسرمبتلا به سوءمصرف مواد داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان‌درمانی انگیزشی بر سلامت‌روان زنان دارای همسرمبتلا به سوءمصرف مواد بود. همچنین این شیوه درمانی تاثیر معناداری بر مولفه‌های سلامت‌روان، شامل نشانگان جسمانی، عملکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی گروه نمونه داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های فکور و همکاران (**a۱۴۰۱**)، قیصری و همکاران (۱۴۰۰) و فکور، صاحبدل و ابراهیم‌پور(**b۱۴۰۱**) همسو است. در تبیین این نتایج دلایل زیر را می‌توان مطرح کرد: مشاوره گروهی با ایجاد محیط غنی و حمایت‌های اجتماعی، می‌تواند تاثیر مثبتی بر روحیه اعضا داشته باشد و شرکت‌کنندگان می‌توانند احساسات مطلوب ناشی از همدلی و حمایت را تجربه نمایند (کوری و کوری[1]، ۲۰۲۲). در روان‌درمانی انگیزشی به مراجعان کمک می‌شود تا با توصیف کامل خود در جلسه درمان و همچنین با انجام تکالیف خانگی به شناخت مناسبی از وضعیت خود در گستره زندگی برسند. آنها در طول درمان متوجه می‌شوند که چگونه خودشان را بر اساس

1. Corey & Corey

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.311]

ذهنیت‌های دیگران توصیف کرده و گرفتار چهاردیواری‌های سخت و مقاوم شده‌اند و متوجه می‌شوند که چقدر به خودشان آسیب رسانده‌اند (صاحبدل و طحان، ۲۰۲۲). زنان دارای همسرمبتلا به سوءمصرف مواد، در طی جلسات درمان، به این نتیجه رسیدند که مانند بازیگران یک فیلم که بازی‌کردن نقش را تمرین کرده‌اند، طوری بازی می‌کنند که مخاطب آنها را باور می‌کند. آنها نیز در زندگی طوری رفتار می‌کنند که دیگران نقش آنها را باور می‌کنند و درواقع، همان‌طور که بازیگران یک فیلم دارند به مخاطبان دروغ می‌گویند، نقش‌های زندگی نیز نوعی دروغ محسوب می‌شوند و فقط یکی از چندین شیوه ممکن برای زندگی را نشان می‌دهند. مراجعان می‌توانند احساس قدرت را تجربه کنند و به این آگاهی می‌رسند که تغییر دادن الگوهای رفتاری و فکری به صورت نامحدودی ممکن است. شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، با کمک درمانگر، اهداف بزرگ‌تری را برای زندگی جستجو کردند و با تمرین ذهن ثروتمند، توانستند، تغییر را برای خود تسهیل کنند. آنها مشکلات خود را بسیار بزرگ و غیرقابل حل می‌دانستند. به خاطر مسائل کوچک، عصبانی می‌شدند و ذهن‌شان را از مسائل بیهوده و بی‌اهمیت پر کرده بودند. افسردگی را یک موجود تنومند خارجی می‌دیدند که غلبه بر او غیرممکن بود. ذهن ثروتمند به آنها کمک کرد تا به مشکلات خود نگاه متفاوتی را تجربه کنند.

در روان‌درمانی انگیزشی، تغییرات بیرونی اهمیت زیادی دارد. تغییر بیرونی بسیار راحت‌تر از تغییر درونی است. بنابراین برای اینکه گروه نمونه بتوانند، بر دروغ‌های خود غلبه کنند و از نقش‌های خود رها شوند، به آنها کمک شد در ابتدا، ظاهر خود را تغییر دهند. تغییرات کلامی، شیوه لباس پوشیدن و وضعیت ظاهری، به‌تدریج، می‌تواند، بازخوردهای محیطی را تغییر دهد. تغییر لحن کلام به آنها کمک کرد تا قدرت بیشتری را در خود احساس کنند (فکور و همکاران،۱۴۰۱**a**). آنها به‌تدریج از یک شخصیت ضعیف و گوشه‌گیر، تبدیل به شخصیت فعال و با اعتماد به نفس شده بودند که می‌توانستند با صدای رسا، خواسته‌های خود را بیان کنند و جسارت دنبال کردن اهداف‌شان را داشته باشند. آنها در گروه‌درمانی، محیط متفاوتی را تجربه می‌کردند. محیطی که سالم بودن و توانمند بودن را به آنها انعکاس داد. در طی جلسات درمان، به شرکت‌کنندگان کمک شد

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.311]

تا نقش‌های جدید و سالم‌تر را تمرین کنند. آنها تمام خصوصیات مربوط به نقش جدید را جمع‌آوری کردند و به‌تدریج، عادت‌های جدید را تمرین کردند. عادت‌های کهنه و بیمارگونه را حذف کردند و ذهن ثروتمند را جایگزین ذهن فقیرانه کردند. اهداف بزرگ‌تری را در زندگی ایجاد کردند و تصمیم گرفتند به جای فکر کردن و درگیر شدن به چیزهای بیهوده و کم‌ارزش، به مسائل بزرگ‌تر و با اهمیت مشغول شوند. برخی از آنها درگیر مسائلی از قبیل انتقام از دیگران، کینه‌ورزی و حسادت بودند. برخی دیگر به اینکه چرا دیگران، با آنها بد رفتارکرده‌اند فکر می‌کردند. ذهن ثروتمند، راه نجاتی برای آنها بود تا با جستجوی اهداف بزرگ‌تر، ذهن خود را از این مسائل رها کنند. بنابراین اضطراب آنها که تا حد زیادی به مشکلات بین فردی و موضوعات روزمره مربوط می‌شد، کاهش یافت. بنابر اصل خودخواهی، به شرکت‌کنندگان کمک شد تا دوست داشتن خود را تمرین کنند و نقش‌های جدید را به گونه‌ای انتخاب کنند که برای آنها حال خوب را به همراه داشته باشد. آنها متوجه شدند، کسانی که به آنها بدی کرده‌اند نیز درگیر نقش‌های دروغین بوده و حال خوبی ندارند. بنابراین، با درک این وضعیت، توانستند آنها را ببخشند. این مساله تاحد زیادی روابط اجتماعی آنها را تحت تاثیر قرار داده و آنها توانستند مشکلات بین فردی خود را کاهش دهند.گروه نمونه در پژوهش حاضر، به‌تدریج یاد گرفتند که به جای پررنگ کردن نقش دیگران در زندگی خود و درگیری ذهنی در مورد آنها، به خودشان و به رشد شخصی خود توجه کنند و برای خودشان وقت بگذارند (صاحبدل، ۱۳۹۸؛ صاحبدل،۱۳۹۹؛ قیصری و همکاران،۱۴۰۰).

مفهوم دروغ در روان‌درمانی انگیزشی، ریشه در فلسفه پست‌مدرن دارد. در فلسفه پست‌مدرن، حقیقت به دو دسته تقسیم می‌شود، شامل حقیقت عینی و حقیقت ذهنی. حقیقت ذهنی حاصل ذهن افراد است و منبع خارجی ندارد (دیاکونا[1]، ۲۰۱۴). حقیقت ذهنی در روان‌درمانی انگیزشی، دروغ نامیده می‌شود. چرا که می‌تواند چیزی غیر از این باشد و مطلق نیست. شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر با ریشه‌یابی دروغ‌ها، متوجه باورهای اشتباه و آسیب‌زا در مورد خود شدند. حقیقت‌های ذهنی(دروغ‌ها) از محیط گرفته

1. Diaconu

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.311]

شده بود و مطلق نبودند، اما این ذهنیت‌ها، آنها را در چهارچوب نقش کنونی، گرفتارکرده و جرات تغییر را از آنان سلب کرده بود (صاحبدل و طحان، ۲۰۲۲). پذیرفتن بیماری روانی به عنوان یک حقیقت مطلق، مراجعان را به این نتیجه می‌رساند که راه فراری ندارند و گرفتارشدن خود را در چهاردیواری وحشتناک نتوانستن و عدم توانایی، تایید می‌کنند و در برابر آن تسلیم می‌شوند. آنها به این نتیجه می‌رسند که واقعا بیمار هستند و در برابر تغییر احساس ناتوانی می‌کنند. گروه نمونه در طول جلسات درمان، به این باور رسیدند، که چگونگی توصیف آنها از خودشان یک حقیقت مطلق نیست، بلکه یک باور است که ریشه در ذهن محیطی دارد. در روان‌درمانی انگیزش با استفاده از اصل دروغ به مراجعان جهت درک این مساله که باورهای آنها درمورد خود و بیماری‌شان، صرفا یک حقیقت ذهنی است، کمک می‌شود. بدین ترتیب، مراجعان می‌توانند به همه آنچه باور داشته‌اند و اینکه چه کسی هستند و چه خصوصیاتی دارند شک کنند. این شک، نقطه آغاز تغییر است (صاحبدل، ۱۳۹۸). چهاردیواری که مراجعان در آن گرفتار هستند، سه لایه دارد. باور به صفت‌ها، باور به ناتوانی در تغییر صفت‌ها و ترس از تغییر صفت‌ها، این سه لایه را تشکیل می‌دهند. گروه نمونه، به‌تدریج این سه لایه را شکسته و به توانایی تغییر دست یافتند. آنها با استفاده از تکنیک‌های مواجهه با ترس، توانستند، لایه سوم را فرو بریزند. با ایجاد بینش در مورد دروغ‌ها و آسیب‌شناسی آنها، شرکت‌کنندگان توانستند، دیدگاه بهتری را کسب کرده و تغییرات گسترده‌ای را در سبک زندگی خود ایجاد نمایند. آنها دوست داشتن خود را تمرین کردند و به‌تدریج توانستند، بخش‌های آسیب‌زای نقش خود را حذف نمایند. روان‌درمانی انگیزشی به جای تغییر مستقیم افکار، به تغییر سبک زندگی مراجعان می‌پردازد و تغییر و مواجهه را از جایی که برای مراجعان آسان‌تر به نظر می‌رسد شروع می‌کند. بنابراین در این رویکرد، مقاومت کمتری از طرف مراجعان شکل می‌گیرد. برخلاف درمان‌های شناختی-رفتاری، در رویکرد روان‌درمانی انگیزشی تغییر مستقیم افکار، هدف درمان نیست (فکور و همکاران، b۱۴۰۱).

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که روان‌درمانی انگیزشی سلامت‌روان زنان دارای همسرمبتلا به سوءمصرف مواد را بهبود می‌بخشد. این یافته، کاربردهای نظری و عملی را

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.311]

القاء می‌نماید. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش حاضر بر نقش تعیین‌کننده روان‌درمانی انگیزشی در کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد تاکید دارد. از طرفی راهگشای پژوهش‌های بعدی در کشف متغیرهای مؤثر بر ایجاد، تداوم و پیشگیری از اعتیاد و پیامدهای آن می‌باشد. پژوهش حاضر، یک مدل بومی ارائه کرده که با کمک آن می‌توان بدون مواجهه با چالش‌های فرهنگی سایر رویکردها، به زنان دارای همسرمبتلا به سوءمصرف مواد،کمک کرد تا به سطوح بالاتر سلامت‌روان دست یابند. ازطرفی، این پژوهش می‌تواند دستاورد مهمی برای روان‌شناسان بومی داشته باشد. در سطح عملی نیز این پژوهش می‌تواند در کشف روش‌های مناسب مداخلاتی در جهت کاهش صدمات ناشی از اعتیاد، مفید و مؤثر واقع شود. نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند در جهت کمک به مشاوران و روان‌شناسان و کسانی که با مسأله اعتیاد و خانواده‌های اعتیاد سروکار دارند، مثمر ثمر باشد. پژوهش حاضر از محدودیت‌هایی نیز برخوردار است. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی و محدودیت جامعه اشاره کرد. در پایان، انجام پژوهش‌های بیشتر با این موضوع، در نمونه‌های متنوع‌تر و در سایر فرهنگ‌ها پیشنهاد می‌شود. مطالعه اثربخشی روان‌درمانی انگیزشی بر ابعاد مختلف زندگی زنان دارای همسر مبتلا به سوءمصرف مواد پیشنهاد می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود اثر بخشی این روش با سایر رویکردها مقایسه شود.

منابع

استادرحیمی، احمد و فتحی، آیت الله (۱۴۰۰). نقش الگوهای ارتباطی خانواده و فرهنگ مدرسه در گرایش به اعتیاد در دانش آموزان. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۵(۵۹)، ۲۹۲-۲۷۵.

اسلمی، ملیحه؛ امیری راد، ملیحه و موسوی، شکوفه (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود بر کنترل خشم و خودکارآمدی زنان دارای همسرمعتاد در شهر مشهد. روش‌ها و مدل های روانشناختی، ۱۱(۳۹)، ۶۶-۴۹.

جوادی، محمد حسین؛ اونق، نازمحمد و قربانی، علیرضا (۱۴۰۰). تعیین مولفه‌های اجتماعی موثر بر افزایش اعتیاد در جامعه. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۵(۶۲)، ۱۸۴-۱۶۷.

صاحبدل، حسین (۱۳۹۸). روان‌درمانی انگیزشی. مشهد: انتشارات جالیز.

سال شانزدهم، شماره ۶۶، زمستان ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 66, Winter 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.311]

صاحبدل، حسین (۱۳۹۹). خوشبختی مرتبه دوم. تهران: انتشارات نسل نو اندیش.

صاحبدل، حسین و اسدی، مسعود (۱۳۹۵). تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر سلامت‌روان مادران دارای فرزند معتاد. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۰(۳۷)، ۱۱۳-۹۷.

صاحبدل، حسین؛ خوش کنش، ابوالقاسم و پورابراهیم، تقی (۱۳۹۱). بررسی تاثیر واقعیت درمانی گروهی بر سلامت‌روانی سالمندان مقیم آسایشگاه شهید هاشمی نژاد کهریزک. مجله سالمند، ۱(۷)، ۱۶-۲۴.

طباطبایی، شهناز و رسولی، زینب (۱۳۹۷). بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه سلامت‌عمومی در بخش صنعت. مجله سلامت کار ایران، ۱۵(۳)، ۵۴-۴۵.

فروغی نژاد، الهام؛ سیدی، محمدسجاد و حجت خواه، سید محسن (۱۴۰۱). بایسته‌های کار با خانواده‌های با والد وابسته به مواد: یک تحلیل پدیدارشناسانه از شاغلان حرفه‌های یاورانه درگیر با اعتیاد. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۶(۶۴)، ۱۴۳-۱۲۵.

فکور، فائزه؛ صاحبدل، حسین و ابراهیم پور، مجید (a۱۴۰۱). تدوین بسته فرزند پروری مبتنی بر روان‌درمانی انگیزشی و امکان سنجی آن بر بهبود فرزند پروری مادران و کاهش اضطراب پسران مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای. رویش روانشناسی، ۱۱(۳)، ۴۶-۳۲.

فکور، فائزه؛ صاحبدل، حسین و ابراهیم پور، مجید (b۱۴۰۱). اثربخشی بسته فرزندپروری مبتنی بر روان‌درمانی انگیزشی بر پرخاشگری پسران مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای. فصلنامه روان پرستاری، ۱۰(۲)، ۸۴-۷۳.

قیصری، زهرا؛ صاحبدل، حسین و ابراهیم پور، مجید (۱۴۰۰). اثربخشی روان‌درمانی انگیزشی بر رفتارهای پرخطر نوجوانان. فصلنامه علمی پژوهان، ۱۹(۳)، ۳۳-۲۷.

کیان ارثی، سارا؛ عباس پور، ذبیح الله و اصلانی، خالد (۱۴۰۱). اثربخشی خانواده درمانی رفتاری بر وسوسه مصرف مواد در نوجوانان ترک کننده سوءمصرف مواد. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۶(۶۴)، ۸۰-۶۱.

گال، مردیت دامین؛ گال، جویس و بورگ، والتر (۱۳۹۶). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی. {ترجمه: نصر اصفهانی، احمدرضا؛ کیامنش، علیرضا؛ پاک سرشت، محمدجعفر؛ باقری، خسرو؛ خسروی، زهره؛ شهنی ییلاق، منیجه؛ ابوالقاسمی، محمود؛ عریضی، حمیدرضا و خیر، محمد}. تهران: انتشارات سمت. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۶۳).

References

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.311]

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. Behavior Therapy, 35(46), 205-230.
Butler, R., & Bauld, L. (2005). The parents' experience: Coping with drug use in the family. Drugs: Education, Prevention and Policy, 12(1), 35-45.
Corey, M., & Corey, G. (2022). process and practice groups. New York: Thamson Brooks, Cole.
Diaconu, M. A. (2014). Truth and knowledge in postmodernism. Social and Behavioral Science, 3(137), 165-169.
Gayle, A., Dakof, A., Jeri, B., & Cohen, B. (2010). Randomized pilot study of the Engaging Moms Program for family drug court. Journal of Substance Abuse Treatment, 13(38), 263–272.
Lin, C., Wu, Z., & Detels, R. (2011). Family support, quality of life and concurrent substance use among methadone maintenance therapy clients in China. Journal 0f public health, 13(125), 269-274.
Manchery, H., Sabzi, Z., Alavi, M., Vakili, M., & Maghsodi, J. (2021). The quality of life of women whit addicted husbands and its related factors in Gorgan. Journal of research development in nursing and midwifery, 189(1), 10-23.
Orford, J., Natera, G., Mora, J., Tiburcio, M., Copello, A., Velleman, R., Templeton, L., Atkinson, C., Crundall, I., & Walley, G. (2005). Copingwith Alcohol and Drug Problems: The Experiences of Family Members in Three Contrasting Cultures. London: Routlegde.
Peter, W., & Choate, A. (2011). Adolescent addiction: What parents need?. Social and Behavioral Sciences, 30(54), 1359–1364.
Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). Systems of psychotherapy: A trans theoretical analysis, 9th Edition. California: Wadsworth pub Co.
Robbins, M. S. (2003). Handbook of Family Therapy, The Science and Practice of Working with Families and Couples. New York: Brunner-Routledge.
Sahebdel, H., & Tahan, M. (2022). A review of the theory of motivational psychotherapy. Rivista di psichiatria, 4(58), 165-172.
Usher, K., Jackson, D., & O'Brien, L. (2005). Adolescent drug abuse: Helping families survive. International Journal of Mental Health Nursing, 2(14), 209-214.
Yu, M., & Stiffman, A. R. (2010). Positive family relationships and religious affiliation as mediators between negative environment and illicit drug symptoms in American Indian adolescents. Journal of Addict Behavior, 12(35), 54-69.

.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.311]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.66.311] [Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]