فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هفدهم، شماره شصت و هفتم، ص۱۰۰-۷۹، بهار ۱۴۰۲
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 17, No. 67, P 79-100, Spring 2023

مقاله پژوهشی
Research Article

اثربخشی توانمندسازی خانواده مبتنی بر درمان راه‌حل‌محور 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 راه‌حل‌محور 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 راه‌حل‌محور 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 راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت جزو درمان‌های اثربخش بر جو عاطفی خانواده و پیشگیری از اعتیاد است.

کلیدواژه‌ها: توانمندسازی خانواده، درمان راه‌حل‌محور 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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

مقدمه

سوءمصرف 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[1] 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 سوءمصرف مواد غالباً در نوجوانی پدیدار شده و مصرف مواد در بین نوجوانان شایع و فراگیر است (پاوس، کشوان و ژید[2]، 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[3]، 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[4]، 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

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

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[1] و همکاران، ۲۰۱۸). اعتیاد سرپرست نظارت بر فرزندان را کاهش داده عامل انتقال این عادت‌های 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[2] و همکاران، ۲۰۱۸).

از جمله عوامل موثر و حمایت کننده در پیش‌بینی تمایل و آمادگی به اعتیاد نوجوانان و جوانان و نیز پیشگیری از آن، جو عاطفی خانواده[3] 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 کلیبر، 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)

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

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 قاسمی‌مفرد، 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 محافظت کننده 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 تمرکز 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[1]، ۲۰۰۲).

روشی که در پژوهش حاضر به منظور توانمندسازی خانواده استفاده شد، درمان راه‌حل محور کوتاه مدت[2] است که توسط برگ[3] و در سال ۱۹۸۰ مطرح شد. درمان راه‌حل مدار متناسب با ارزش‌های انسانی با فرض‌های نیروبخشی شروع به مداخله می‌کند. مراجعان باکفایت هستند و از توانایی ایجاد کردن راه‌حل‌هایی که می‌تواند زندگی‌شان را بهتر کند برخوردارند (پروچاسکا و نورکراس[4]، 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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

نموده‌اند را کشـــف 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، تشـــخیص و تعیین راه‌حل به جای مشـــکلات، یافتن اســـتثنا در رخدادهای ناگوار و جســـتجوی دیدگاه ترجیحی افراد، تاکید می‌کند (دنوان[1]، ۲۰۱۶).

درمجموع، درمان راه‌حل محور کوتاه مدت یک رویکرد قوی و ســـازنده اســـت 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، بالســـتروس، کولانتس و آگویلار[2]، ۲۰۱۶). این رویکرد مراجعان را در مکالماتی درگیر می‌کند که به ســـاختارشـــکنی و آشـــکارســـازی مشـــکلات منجر می‌شـــود (کوری[3]، 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 صـحبت با مراجعان و این‌که چگونه مسـائل‌شـان را حل کنند، به‌وجود می‌آورد (دی‌جانگ و برگ[4]، ۲۰۱۲). همچنین مراجع را به عنوان یک فرد خود رهبر و آماده محســـوب 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[5]، ۲۰۱۰). ملاک حل مشـــکل در درمان راه‌حل محور زمانی اســـت که یا مشـــکل کاملا برطرف شـــده اســـت و یا پیشـــرفت‌های 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 شـده برای شـناسـایی و افزایش استثنائات، ارزیابی تأثیر مداخلات و ارزیابی دوباره مشـــکل و هدف اســـت (گاترمن و رودس[6]، ۲۰۰۵). در طول رابطه درمانی، درمانگران بر

1. Donovan
2. Cortes, Ballesteros, Collantes, & Aguilar
3. Corey
4. DeJong & Berg
5. Wehr
6. Guterman & Rudes

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

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[1]، 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[2]، ۲۰۱۶؛ دیویس و آزبورن[3]، ۲۰۰۷). در رابطه با نقش خانواده در پدیدآیی و تداوم مشکلات، درمانگران راه‌حل‌محور معتقدند که مشکلات خانواده‌ها به وسیله روشی که خانواده برای حل آنها به کار می‌برند، باقی می‌مانند و بدتر می‌شوند (تادروس[4]، ۲۰۱۹). خانواده درمانی راه‌حل محور مهارت‌های حل مشکلات را در هنگام لزوم استفاده به یاد اعضا می‌آورد، آنها را قادر می‌سازد تا چرخهٔ 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[5]، 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-ریکوئلم[6] (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای در اسپانیا، ۲۱ مطالعه را تحت عنوان برنامه‌های پیشگیری از سوءمصرف 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 تاثیرگذار بوده‌اند. همچنین مدل‌های آموزش بهداشت با ۴۸ درصد تاثیرگذاری، یادگیری اجتماعی با ۲۰ درصد

1. Nicholas
2. Schmit, Schmit & Lenz
3. Davis & Osborne
4. Tadros
5. Dameron
6. Espada, Gonzalvez, Orgiles, Lioret & Guillen- Riquelem

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

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

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

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

ابزار

۱. پرسشنامه جو عاطفی خانواده[1]: این پرسشنامه توسط نوردگاه‌فرد (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 (نریمانی 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[2]: 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 به‌دست امده است. میزان پایایی و روایی مقیاس گرایش به اعتیاد در پژوهش عبدالملکی و همکاران

1. Family Emotional Atmosphere Questionnaire (FEAQ)

2. Tendency to Addiction Scale (TAS)

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

(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 (برزگر 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 اعضاء 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 اعضاء خواسته شد تا هفته آینده فکر کنند در چه موقعیت‌هایی مشکلات رفتاری نداشته یا کمتر داشتند.
چهارم	یافتن موارد استثنا	بحث دربارهٔ لحظات استثنائی در زندگی اعضا، بیان موقعیت‌ها و شرایطی که مشکلات رفتاری نداشتند یا کمتر مشکلات رفتاری داشتند. تکلیف: از اعضاء 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 از راه‌های فعلی را تمرین کردند. پاسخ‌های آنها به واژه "به جای" خیلی خوب بود و

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

جدول ۱: خلاصه جلسات توانمندسازی خانواده با درمان راه‌حل محور کوتاه مدت (برزگر 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 ۱۶/۰±۳۳/۹۷ و ۱۵ نفر گروه کنترل با میانگین و انحراف معیار سنی ۱/۰۴±۱۶/۳۳) 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	۴	۲۶/۷
	دوم دبیرستان	۶	۴۰	۴	۲۶/۷
	سوم دبیرستان	۶	۴۰	۷	۴۶/۷
شغل پدر	بیکار	۵	۳۳/۳	۵	۳۳/۳
	کارگر	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷
	کارمند	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۳
	آزاد	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷
وضعیت اقتصادی-	پایین	۷	۴۶/۷	۶	۴۰
اجتماعی	متوسط	۶	۴۰	۵	۳۳/۳
	بالا	۲	۱۳/۳	۴	۲۶/۷

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

مطابق جدول ۲ در هر دو گروه وضـعیت اجتماعی-اقتصـادی پایین و بیکاری پدر بیشـترین 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	پیش‌آزمون	۷۱/۸۶	۳/۸۳	۷۲/۸۶	۲/۷۹
	پس‌آزمون	۵۹/۸۰	۴/۳۴	۷۲/۹۳	۲/۸۹
	پیگیری	۵۹/۶۶	۴/۶۰	۷۳/۲۶	۳/۳۴
گرایش به مواد	پیش‌آزمون	۶۵/۴۰	۳/۲۹	۶۶/۲۶	۳/۱۵
	پس‌آزمون	۵۴/۸۰	۳/۸۷	۶۷/۱۰	۳/۴۲
	پیگیری	۵۵/۴۰	۳/۹۰	۶۸/۸۶	۳/۵۴

جهت بررسـی اثر متغیر مسـتقل بر متغیرهای وابسـته 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 ٤: آزمون کالموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک جهت برسی توزیع داده‌ها پژوهش

متغیر		کالموگروف-اسمیرنوف			شاپیرو-ویلک		
		آماره	درجه آزادی	سطح معناداری	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
جو عاطفی خانواده	پیش‌آزمون	۰/۱۲۶	۳۰	۰/۲۰۰	۰/۹۵۵	۳۰	۰/۲۳۲
	پس‌آزمون	۰/۱۰۴	۳۰	۰/۲۰۰	۰/۹۶۷	۳۰	۰/۴۷۳
	پیگیری	۰/۱۰۱	۳۰	۰/۲۰۰	۰/۹۷۲	۳۰	۰/۵۹۹
گرایش به مواد	پیش‌آزمون	۰/۱۱۴	۳۰	۰/۲۰۰	۰/۹۷۱	۳۰	۰/۵۷۶
	پس‌آزمون	۰/۱۲۸	۳۰	۰/۲۰۰	۰/۹۴۳	۳۰	۰/۱۱۳
	پیگیری	۰/۱۳۸	۳۰	۰/۱۴۷	۰/۹۵۱	۳۰	۰/۱۸۵

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

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[1] استفاده شد.

جدول ۵: آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر		F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
جو عاطفی خانواده	پیش‌آزمون	۰/۰۰۵	۱	۲۸	۰/۹۴۴
	پس‌آزمون	۰/۴۹۹	۱	۲۸	۰/۴۸۶
	پیگیری	۰/۱۳۷	۱	۲۸	۰/۷۱۴
گرایش به مواد	پیش‌آزمون	۰/۲۰۶	۱	۲۸	۰/۶۵۳
	پس‌آزمون	۰/۱۵۹	۱	۲۸	۰/۶۹۳
	پیگیری	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 (P=۰/۲۵۱، F=۱/۱۸۷ و BOX=۳۲/۵۶) نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس برقرار می‌باشد. نتلایج آزمون موچلی برای گرایش به مواد ($W_{(2)}$=۰/۹۸۴ و P=۰/۸۰۸) حاکی از عدم رد فرض کرویت می‌باشد. در حالی که نتایج همین آزمون برای جو عاطفی خانواده ($W_{(2)}$=۰/۵۵۳ و P=۰/۰۰۱) بیانگر رد فرض کرویت داده‌ها می‌باشد. این یافته نشانگر آن است که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته جو عاطفی خانواده به‌صورت معناداری متفاوت است؛ بنابراین مفروضه کرویت در این متغیر رعایت نمی‌شود. در این شرایط از اصلاح اپسیلن گرینهاوس گیسر استفاده می‌شود. بنابراین در ادامه جهت تفسیر نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی‌ها در متغیر جو عاطفی خانواده از این آماره استفاده می‌شود.

1. Lewin

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

جدول٦: 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 خانواده	درون گروهی	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 مواد	درون گروهی	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 نشـــان می‌دهد که تاثیر توانمندســـازی خانواده بر جو عاطفی خانواده و گرایش به مصـــرف مواد نوجوانان دارای والد معتاد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش معنادار دارد (P<۰/۰۱). بنابراین، می‌توان گفت که توانمندسازی خانواده مبتنی بر درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر بهبود جو عاعطفی خانواده و گرایش به مصـــرف مواد در نوجوانان گروه آزمایش نســـبت به گروه کنترل تاثیر معناداری داشـــته اســـت. به‌علاوه، مجذور سهمی اتا نشان می‌دهد که ۶۳/۷ درصد واریانس تغییرات در جو عاطفی خانواده و ۶۰/۲ درصـــد از واریانس تغییرات در متغیر گرایش به مصـــرف مواد در گروه آزمایش در اثر توانمندســازی خانواده مبتنی بر درمان راه‌حل محور کوتاه مدت به وجود آمده اســت. با توجه به این‌که اثر تعامل بین عامل درون‌گروهی و عامل بین‌گروهی معنادار بود، اثر ســـاده بین‌گروهی با توجه به ســـطوح عامل درون‌گروهی با اســـتفاده از تصـــحیح بنفرونی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شده است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

جدول ۷: آزمون تعدیل بنفرونی جهت مقایسه دو به دوی نمرات مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل		تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
جو عاطفی خانواده	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸/۵۰*	۰/۵۳۹	۰/۰۰۱
		پیگیری	۸/۹۰*	۰/۶۹۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۰	۰/۳۶۴	۰/۸۴۲
گرایش به مواد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۶/۹۰*	۰/۳۰۷	۰/۰۰۱
		پیگیری	۱۶/۵۰*	۰/۳۴۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۰	۰/۳۲۰	۰/۶۶۵

نتایج جدول ۷ نشـــان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های بین موقعیت‌های آزمایش یعنی تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار اســـت (P<۰/۰۱)، اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش معنادار نیســـت (P>۰/۰۵). این امر نشـان می‌دهد که نتایج ناشـی از مداخله در مرحله پیگیری سـه ماهه نیز پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضـر بررسـی اثربخشـی توانمندسـازی خانواده بر جو عاطفی خانواده و گرایش به مصـــرف مواد در نوجوانان دارای والدین وابســـته به مواد بود. در این راســـتا یافته‌های پژوهش حاضـر نشـان داد که توانمندسـازی خانواده با درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر جو عاطفی خانواده و پیشـگیری از مصـرف مواد تاثیر معنادار داشـته و این تاثیر در پیگیری سه ماهه پایدار است. این یافته با یافته‌های پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان راه‌حل مدار کوتاه‌مدت را بر پیشـــگیری از عود اعتیاد (قادری بگه‌جان و همکاران، ۱۳۹۴)، و نیز یافته‌هایی که اثربخشـــی توانمندســـازی خانواده و خانواده درمانی را بر کارکردهای روانشـــناختی خانواده (بهبهـانی، ذلفقـاری و حبی، ۱۳۹۹)، عملکرد خانواده (رئیس قره درویشـــلو، قمری کیوی و شـــیخ‌الاســـلامی، ۱۳۹۷) و نیز پیشـــگیری از عود (نجفلوی و فلسفی‌نژاد، ۱۳۹۳) نشان داده‌اند، همخوان می‌باشد.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

در تبیین اثربخشـــی توانمندســـازی خانواده با درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر جو عاطفی خانواده می توان از مبانی و روش‌های درمان راه‌حل محور سـود جسـت. درمان راه حل محور از اندوخته‌ها و توانایی‌های خود مراجعان در فرایند تغییر الگوهای ارتباطی اســتفاده می‌کند و این کار تصــویری 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 تواناســازی مراجعان در خلق راه‌حل‌ها و ســاختار دادن به این راه‌حل‌ها انجام می‌دهند (رســتمی، ســعادتی و یوســفی، ۱۳۹۷). درمانگران راه‌حل‌محور معتقدند که مشکلات خانواده‌ها به وسیله روشی که خانواده برای حل آنها به کار می‌برند، باقی می‌مانند و بدتر می‌شــوند (تادروس، ۲۰۱۹). خانواده درمانی راه‌حل محور مهارت‌های حل مشـکلات را در هنگام لزوم اسـتفاده به یاد اعضـا می‌آورد، آنها را قادر می‌ســازد تا چرخهٔ نامعیوب مشــکل و الگوهای ارتباطی ناکارآمد را نابود کنند و راه‌حل‌های طولانی مدت را توسـعه دهند؛ به گونه‌ای که تغییر یکی از اعضـا موجب تغییر افراد دیگر در سیستم می‌شود (دامرون، ۲۰۱۶). افزون بر آن، شناسایی، تعیین، استخراج و تقویت اسـتثنائات توسـط مراجعان در مورد مشـکلات، یکی از عوامل مهم تغییر در درمان راه‌حل محور اسـت. در رویکرد راه‌حل محور، شـناسـایی اسـتثنائات همراهی مراجع را در جهت مثبت تا انتهای فرایند درمان حفظ می‌کند (بهبهانی و همکاران، ۱۳۹۹). همان‌طور که دشــازر و دولان[1] (۲۰۱۲) توضــیح داده برای مراجعان، اولین چیزی که به نظرشــان می‌آید، خود مشـکل اسـت در حالی که برای درمانگران، اولین چیز، اسـتثنائات اسـت. به عنوان مثال درمانگر از اعضـا می‌پرسـد آخرین بار چه زمانی به یکدیگر گوش داده‌اید؟ چه زمان‌هایی برایتان آسـان‌تر اسـت که با یکدیگر بحث نکنید؟ فرم سؤالات اسـتثنا می‌رسـاند که همیشـه اسـتثنائی وجود دارد. در خانواده درمانی راه‌حل محور افراد تشـویق می‌شـوند تا بیشــتر کارهایی را که در زمان‌های مثبت نســبت به زمان‌های منفی انجام می‌دادند، انجام دهند. اسـتثنائات می‌توانند حتی از بحث‌های اعضـا تشـخیص داده شـوند و اسـتخراج گردند (فرانکلین، بولتون و گز[2]، ۲۰۱۹). از خانواده‌هایی که در تشــخیص اســتثنائات جاری

1. De Shazer & Dolan
2. Franklin, Bolton & Guz

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

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 مرجعین 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، به‌کار 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 خانوده‌شان 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 مشکلت حل شده است؟ سوال معجزه آسا می‌تواند مراجع و اعضای خانواده را به اندیشیدن در مورد مشکلات فعلی و تشخیص آشفتگی‌های موجود در جو عاطفی خانواده وادارد. همچنین مراجع و اعضای

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

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

در تبیین اثربخشی توانمندسازی خانواده با درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر اساس رویکرد خانواده محور می‌توان گفت از آنجایی که خانواده به‌عنوان یکی از عوامل تاثیرگذار در اعتیاد شناخته شده، پس می‌تواند به‌عنوان یکی از عوامل تاثیرگذار در درمان و پیشگیری از اعتیاد به‌کار رود. درمانگران خانواده بر علیت حلقوی تاکید کرده و بر این نکته اتفاق نظر دارند که پویایی‌ها و ارتباطات میان فردی با خانواده ایجاد کننده یا نگهدارنده رفتار اعتیادی است (نامنی، شفیع‌آبادی، دلاور و احمدی، ۱۳۹۳) بنابراین توانمندسازی خانواده می‌تواند با هدف قرار دادن این پویایی‌ها و ارتباطات و ارتقای کارکردهای خانواده، به‌ویژه خانواده‌های دارای والدین معتاد، به پیشگیری از اعتیاد در اعضای خانواده کمک کند. همچنین، توانمندسازی خانواده با درمان راحل‌محور کوتاه مدت می‌تواند به عنوان یک رویکرد و روش انگیزشی در درمان و پیشگیری از سوء مصرف مواد به‌کار رود؛ چرا که با استفاده از فنون این رویکرد، از جمله تاکید بر راه‌حل‌ها، سوالات استثنا، سوال معجزه، تاکید بر توانمندی‌های خانواده و ایجاد امید در اعضای خانواده، تغییرات مثبتی در خانواده به وجود می‌آید. همچنین توانمندسازی خانواده می‌تواند 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 می‌توان نتیجه گرفت که توانمندسازی خانواده و به‌ویژه توانمندسازی خانواده با درمان راه‌حل محور کوتاه مدت می‌تواند جو

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

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 نمام اعضای خانواده در فرایند درمان، استفاده از ابزار خودگزارشی جهت سنجش متغیرهای پژوهش که احتمال سوگیری ضمنی و آشکار در آن بالاست و تعداد نسبتا 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 پزوهش 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)، ۹۲-۸۶.

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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

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

پروچاسکا، ج.او؛ نورکراس، ج،سی (۲۰۰۷). *نظام‌های روان درمانی*. 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؛ مضلومی، سعیده؛ فرامرزی، عالیه؛ علائی، پروانه (۱۳۹۹). فراروان، تهران.

رستمی، مهدی؛ سعادتی، نادره و یوسفی، زهرا (۱۳۹۷). بررسی و مقایسه آموزش زوج درمانی هیجان‌مدار و راه‌حل مدار 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 خانواده درمانی 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 کلیبر، 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 جهت-گیری 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 سوءمصرف مواد مخدر آموزش و پرورش.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

نجفلوی، فاطمه و فلسفی‌نژاد، 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)، ۱۲۲-۹۷.

References

Corey, G. (2014). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (9thed). 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 AliMohammad Nazari. Tehran: elm publication.

De Jong, P., & Berg, I. K. (2012). *Interviewing for solutions*.4nd ed. Pacific Grove, CA: Brooks / Cole

De Shazer, S., & Dolan, Y. (2012). *More than miracles: The state of the art of solutionfocused 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., Gonzalvez, M. T., Orgiles, M., Lioret, D. & Guillen- Riquelem, A (2015). Meta- analysis effectivenss 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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

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.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.79] [Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]