رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۵، شماره پیاپی ۷۴، مرداد ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(5), 2022

اثربخشی توانمندسازی خانواده مبتنی بر درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر ابرازگری هیجانی و پریشانی روانشناختی نوجوانان دارای والدین مبتلا به سوء مصرف مواد

The effectiveness of family-based empowerment based on short-term solution-oriented therapy on emotional expression and psychological distress of adolescents with substance-abuse parents

صفحات۱۲۴-۱۱۱

نسرین رهبری غازانی
دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
دکتر نادر حاجلو(نویسنده مسئول)
استاد روانشناسی،گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
دکتر سیف‌اله آقاجانی
دانشیار روانشناسی،گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

Nasrin Rahbari Ghazani
Ph.D Student. Department Of Psychology Faculty of Education And Psychology, University of MohagheghArdabili, Ardabil, Iran
Dr. Nader Hajloo*
Professor, Department Of Psychology, Faculty of Education And Psychology, University of MohagheghArdabili, Ardabil, Iran.
hajloo53@uma.ac.ir
Dr. Seyfollah Aghajani
Associate Professor, Department of Psychology, Faculty Of Education And Psychology, University of MohagheghArdabili, Ardabil, Iran.

چکیده
هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی توانمندسازی خانواده با درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر ابرازگری هیجانی و پریشانی روانشناختی در نوجوانان دارای والدین مبتلا به سوء مصرف مواد بود. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل و پیگیری بود و جامعه آماری آن را نوجوانان دارای والدین وابسته به مواد شهر تبریز که در پاییز ۱۴۰۰ جهت ترک اعتیاد به مراکز ترک اعتیاد دارویی شهر تبریز مراجعه کرده بودند تشکیل داده بود که از بین آنها ۳۰ نفر به روش هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه ابرازگری هیجانی (EEQ) کینگ و ایمونز (۱۹۹۰) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵) گردآوری و به روش تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که توانمندسازی خانواده بر ابرازگری هیجانی و افسردگی، اضطراب و استرس نوجوانان دارای والدین وابسته به مواد اثربخش بوده (P<۰/۰۱) و این اثربخشی در پیگیری سه ماهه پایدار است (P<۰/۰۱). با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که توانمندسازی خانواده با درمان راه‌حل محور کوتاه مدت جزو درمان‌های اثربخش بر ابرازگری هیجانی و آسیب‌های روانی نوجوانان است.

واژه‌های کلیدی: *ابرازگری هیجانی، پریشانی‌روانی، توانمندسازی خانواده، درمان راه‌حل محور کوتاه مدت، سوء مصرف مواد*

Abstract
The aim of this study was to evaluate the effectiveness of family empowerment with short-term solution-oriented therapy on emotional expression and psychological distress in adolescents with substance- abuse parents. The method of the present study was quasi-experimental with a pre-test-post-test design and a control and follow-up group. 30 of them were sampled in a purposeful and accessible manner and were randomly assigned to the experimental and control groups. Research data were collected using the King and Emmons (1990) Emotional Expression Questionnaire (EEQ) and the Lovibond and Lovibond (1995) Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) and analyzed by repeated measures analysis of variance. The results of the present study showed that family empowerment is effective on emotional expression and depression, anxiety, and stress of adolescents with substance-dependent parents. This effectiveness is stable in quarterly follow-ups. According to the results of the present study, it can be concluded that family empowerment with short-term solution-oriented therapy is one of the effective therapies for adolescents' emotional expression and psychological distress.

Keywords: *Emotional Expression, psychological distress, Family Empowerment, Short-Term Axis Therapy, Substance Dependence*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : بهمن ۱۴۰۰** | **پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۱** | **ویرایش نهایی: مرداد ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.11.6]

مقدمه

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 غیر مستقیم فرزندان را در معرض خطر قرار داده و زمینه‌ساز شکل‌گیری آسیب و مشکلات روانی و اجتماعی شود (متقی قمصری و رستمی، ۱۳۹۸). 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[1] و همکاران، ۲۰۱۲). جمع‌بندی مطالعات متعدی 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[2] و همکاران، ۲۰۱۸).

یکی از رفتارهای مخرب والدین سوء مصرف و وابستگی به مواد است. 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، زیستی و معنوی هستند تاثیر می‌گذارد (لیونگ[3] و همکاران، ۲۰۱۸).

شواهد مبتنی بر تحقیقات روانشناسی و علوم اعصاب بیانگر حمایت قوی از تاثیر هیجانات بر بروز رفتارهای پرخطر است (هیلمن[4] و همکاران، ۲۰۱۶). تعدادی از پژوهش‌ها بیانگر ارتباط معنادار هیجان‌های منفی از جمله اضطراب و افسردگی با بروز رفتارهای پرخطر هستند (کوزو[5] و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج تعداد دیگری از پژوهش‌ها نیز بیانگر ارتباط قوی بین ناتوانی در نظم‌بخشی هیجانی با بروز دامنه وسیعی از رفتارهای ناسازگارانه و پرخطر از جمله سوءمصرف مواد، خودآزاری عمدی، میل به خودکشی، رفتار پرخاشگرانه، اختلال خوردن و رفتار پرخطر جنسی هستند (محمود صالحی و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین تعدادی از پژوهش‌ها ارتباط سبک‌های ابراز هیجان با تعدادی از متغیرها از جمله فرار از منزل و تیپ شخصیتی D را بررسی کرده‌اند (حسنی و شاهقلیان، ۱۳۹۳؛ حسنی و بمانی یزدی، ۱۳۹۴). ابرازگری هیجانی[6] به عنوان یکی از مولفه‌های اصلی هیجان، به نمایش بیرونی هیجان، بدون توجه به ارزش (مثبت یا منفی) و یا شیوه تجلی آن (چهره‌ای، کلامی، بدنی یا رفتاری) اطلاق می‌شود (حسنی و بمانی یزدی، ۱۳۹۴). کینگ و ایمونز[7] (۱۹۹۰) سه بعد اساسی در ابرازگری هیجانی را مطرح کرده‌اند، این سه بعد شامل ابراز هیجان مثبت[8]، ابراز هیجان منفی[9] و ابراز صمیمیت است. در این زمینه مطالعاتی که به بررسی مولفه‌های هیجانی در اختلالات اعتیادی پرداخته‌اند نشان داده‌اند که بین سبک‌های ابراز هیجان با گرایش به اعتیاد دانشجویان رابطه منفی معنادار وجود دارد (اسماعیل‌بیگی ماهانی و همکاران، ۱۳۹۸). رهگذر و همکاران (۱۳۹۴) نیز نشان دادند که افراد وابسته به مواد پاسخ هیجانی متفاوتی نسبت به افراد بهنجار در هیجان ابراز شده دارند. صدری دمیرچی و همکاران (۱۳۹۸) دریافتند که از بین مولفه‌های ابرازگری هیجانی، ابراز هیجان منفی با رفتارهای پرخطر معتادان رابطه مثبت معنادار دارد. با این حال رستمی (۱۳۹۴) رابطه معناداری بین ابرازگری هیجانی و نشانگان اعتیاد به اینترنت نیافت.

پریشانی روانشناختی غالباً در نوجوانی پدیدار شده (پاوس[10] و همکاران، ۲۰۰۸) و مصرف مواد در بین نوجوانان شایع و فراگیر است (باکستین[11]، ۲۰۱۷). این اختلالات می‌توانند طیف گسترده‌ای از عوارض جانبی عمده را بر کیفیت زندگی، روابط با خانواده و دوستان،

1. Doran
2. Morales
3. Leung
4. Heilman
5. Kusev
6. Emotional Expressiveness
7. King & Emmons
8. Positive Emotion Express
9. Negative Emotion Express
10. Paus
11. Bukstein

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.11.6]

پیشرفت تحصیلی، و ثبات اقتصادی آینده نوجوانان و جوانان بر جای بگذارند (ریکوود[1] و همکاران، ۲۰۱۶). نوجوانی فرصت‌های تحولی بی‌شماری را برای نوجوانان فراهم می‌آورد که یا در رفتارهایی درگیر می‌شوند که به کسب سبک زندگی سالم یا به خطر افتادن سلامت آنان منجر می‌شود. این امر در نوجوانان دارای والدین معتاد بیش از پیش نمود یافته و آنان را در معرض خطر رفتارهای غیرانطباقی و پرخطر قرار می‌دهد. آولمان و فورستیمر[2] (۲۰۱۹) و ریتاسالو و هولمیلا[3] (۲۰۱۷) تاکید دارند که سوءمصرف مواد والدین می‌تواند انواع مختلف آسیب‌ها را در کودکان و نوجوانان ایجاد کند. کودکان سنین مدرسه‌رو که با والدین مصرف کننده مواد زندگی می‌کنند از انواع مشکلات هیجانی، شناختی، رفتاری و اجتماعی رنج می‌برند (هاردی[4]، ۲۰۱۷؛ ویللا[5] و همکاران، ۲۰۱۶؛ نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳). به‌علاوه، سوءمصرف الکل و مواد والدین می‌تواند به‌طور قابل توجهی میزان اختلالات رفتاری کودکان را افزایش دهد (جوزه و چرایی[6]، ۲۰۲۰).

روش‌های زیادی جهت درمان و توانمندسازی خانواده ابداع و به‌کار گرفته شده است که برخی از آنها نیز تایید تجربی دریافت کرده‌اند. با این حال درمان‌های روانشناختی در حال تکامل بوده و هیچ درمانی به تنهایی پاسخگوی نیازهای همه افراد و خانواده‌ها نیست. بنابراین 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[7] (SFBT) که توسط برگ[8] و در سال ۱۹۸۰ مطرح شد با توجه به کوتاه مدت بودن و تاکید بر حل مساله و مشکل فعلی می‌تواند در این زمینه راهگشا باشد. درمان راه‌حل محور 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[9]، 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 نموده‌اند را کشف و تقویت کنند. همچنین بتوانند نقاط قوت و منابع حمایتی خاص خود را مشخص و تعریفی نو و مختص به خودشان را از اهداف، استراتژی‌ها، نقاط قوت و منابع حمایتی خود بیابند (تریپر[10] و همکاران، ۲۰۱۰).

درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر روی نقاط مثبت، تشخیص و تعیین راه‌حل به جای مشکلات، یافتن استثنا در رخدادهای ناگوار و جستجوی دیدگاه ترجیحی افراد، تاکید می‌کند (دنوان[11]، ۲۰۱۶). درمان راه‌حل محور کوتاه مدت یک رویکرد قوی و سازنده است که به واسطه آن افراد از این توانایی برای توسعه راه‌حل‌های خلاق به منظور ارتقاء زندگی خود و توسعه یک خود جدید، تغییر جهان‌بینی و پیاده‌سازی تغییرات رفتاری استفاده می‌کنند (کورتز[12] و همکاران، ۲۰۱۶). این رویکرد مراجعان را در مکالماتی درگیر می‌کند که به ساختارشکنی و آشکاری سازی مشکلات منجر می‌شود (کوری[13]، ۲۰۱۴). اساسا درمان کوتاه مدت راه‌حل محور بر این فرض استوار است که درک مراجعان از مشکلات‌شان و راه‌حل‌های ممکن را تغییر دهد. رویکرد کوتاه مدت راه‌حل محور این تغییر را از طریق صحبت با مراجعان و این‌که چگونه مسائل‌شان را حل کنند، به‌وجود می‌آورد (دی‌جانگ و برگ[14]، ۲۰۱۲). فرآیند درمان راه‌حل محور معمولا شامل پنج مرحله است: ۱) مشخص کردن مشکل و هدف. ۲) شناسایی و افزایش استثنائات. ۳) مداخلات یا وظایف طراحی شده برای شناسایی و افزایش استثنائات. ۴) ارزیابی تأثیر مداخلات و ۵) ارزیابی دوباره مشکل و هدف (گاترمن و رودس[15]، ۲۰۰۵).

1. Rickwood
2. Aulmann & Forstmeier
3. Raitasalo & Holmila
4. Hardy
5. Vilela
6. Jose & Cherayi
7. Solution-Focused Brief Therapy
8. Berg Inso Kim
9. Prochaska & Norcras
10. Trepper
11. Denvan
12. Cortes
13. Corey
14. DeJong & Berg
15. Guterman & Rudes

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.11.6]

برخی از مطالعات به بررسی اثربخشی درمان کوتاه مدت راه‌حل محور کوتاه مدت بر متغیرها و اختلالات روانشناختی پرداخته‌اند. برای مثال کورانکوت[1] و همکاران (۲۰۱۴) طی پژوهشی با عنوان درمان راه‌حل مدار کوتاه مدت برای اجتماع سنتی هند به این نتیجه رسیدند که افراد مورد مطالعه کاهش معناداری در میزان افسردگی داشتند که به معنای موثر بودن این درمان برای افسردگی، که یکی از اختلالات شدید روانشناختی است، می‌باشد. گینگریچ و پترسون[2] (۲۰۱۳) تعداد ۴۳ پژوهش کنترل شده در حوزه اثربخشی درمان راه‌حل مدار را مورد بررسی قرار داده و نشان دادند که درمان راه‌حل مدار یک رویکرد مداخله‌ای موثر در رابطه با زمینه‌های روانشناختی گوناگون است. مال‌جانن[3] و همکاران (۲۰۱۲) اثربخشی درمان راه‌حل محور کوتاه مدت را بر اختلالات اضطرابی مورد بررسی قرار داده و نشان دادند که SFBT در بهبود اختلالات اضطرابی موثر است. برزگر و همکاران (۱۳۹۸) درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان تاثیر مثبت دارد.

علاوه براین که نوجوانی خود دوره اوج شیوع و بروز مشکلات روانی است (ریکوود و همکاران، ۲۰۱۶) جمع‌بندی مطالعات متعددی که در مورد فرزندان والدین مصرف‌کننده الکل و مواد انجام شده نیز 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 و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین، در مقایسه با همسالان، فرزندان دارای والدین مبتلا به سوء مصرف مواد نرخ اضطراب، افسردگی، مخالفت‌ورزی، مشکلات رفتاری و رفتار پرخاشگرانه بیشتر و میزان پایین‌تری از عزت نفس و شایستگی اجتماعی را از خود نشان می‌دهند (اوکاشا[4] و همکاران، ۲۰۲۱؛ دلانی[5]، ۲۰۲۰؛ سولیس[6] و همکاران، ۲۰۱۲). به علاوه، ابرازگری هیجانی رابطه مستقیمی با آسیب‌های روانی داشته (بشرپور و همکاران، ۱۳۹۳) و ابراز هیجان والدین با مشکلات عاطفی و رفتاری فرزندان در ارتباط است (احدی و همکاران، ۱۳۸۳). این موارد بیانگر ضرورت پرداختن به پریشانی‌های روانشناختی و ابرازگری هیجانی نوجوانان دارای والدین مبتلا یه سوء مصرف مواد در پژوهش‌های رواندرمانی می‌باشد. بنابراین، با توجه به مطالب مذکور و نیز فقدان مطالعات در زمینه اثربخشی توانمندسازی خانواده مبتنی بر درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر ابرازگری هیجانی و پریشانی‌های روانشناختی نوجوانان دارای والدین مبتلا به مصرف مواد، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی توانمندسازی خانواده مبتنی بر درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر ابرازگری هیجانی و پریشانی‌های روانشناختی نوجوانان دارای والدین مبتلا به سوء مصرف مواد بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را فرزندان پسر نوجوان، والدین مبتلا به سوء مصرف مواد که جهت ترک اعتیاد با متادون به مراکز ترک اعتیاد دارویی شهر تبریز- در پاییز سال ۱۴۰۰- مراجعه کرده بودند تشکیل داد بود. جهت نمونه‌گیری ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند از بین افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در حال درمان ۳۰-۶۰ ساله‌ای که با همسر و خانواده خود زندگی کرده و دارای فرزند پسر نوجوان بودند شناسایی و از میان فرزندان نوجوان آنها ۳۶ نفر انتخاب و با گمارش تصادفی به دو گروه ۱۸ نفره آزمایش و گواه تقسیم و به همراه والدین خود وارد پژوهش شدند (که در نهایت پس از ریزش ۶ نفر از گروه نمونه ۳۰ نفر باقی ماندند). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودن از داشتن والدین مبتلا به سوء مصرف مواد، سن ۱۴ تا ۱۹ سال و زندگی با والدین و خانواده. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از عدم شرکت در جلسات بیش از دو جلسه برای گروه آزمایش و مخدوش بودن پرسشنامه‌ها. در رابطه با ملاحضات اخلاقی پژوهش حاضر توسط کمیته پژوهشی دانشگاه محقق اردبیلی تایید و تصویب شده است. همچنین از همه شرکت کنندگان پژوهش رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش کسب شد و آزمودنی‌ها مختار بودند تا در هر مرحله از پژوهش به میل خود پژوهش را ترک کنند. در نهایت اعضای گروه گواه در صورت تمایل می‌توانستند پس از اتمام پژوهش تحت مداخله با برنامه توانبخشی مورد استفاده در پژوهش قرار گیرند.

ابزار سنجش

1. Koorankot
2. Gingerich & Peterson
3. Maljanen
4. Okasha
5. Delaney
6. Solis

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.11.6]

پرسشنامه جمعیت‌شناختی محقق ساخته: اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال به تحصیل، درآمد خانوادگی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، وضعیت شغلی فعلی پدر، شغل پدر، مدت تحت درمان بودن پدر و تعداد اعضای خانواده بود.

پرسشنامه ابرازگری هیجانی[1] (EEQ): پرسشنامه ابرازگری هیجان توسط کینگ و امونز[2] (۱۹۹۰) طراحی شده و هدف آن بررسی نقش ابراز هیجان در سلامت می‌باشد. این پرسشنامه شامل ۱۶ آیتم و سه زیرمولفه است که آیتم ۱ تا ۷ آن ابراز هیجان مثبت، آیتم ۸ تا ۱۲ ابراز صمیمیت و آیتم ۱۳ تا ۱۶ آن نیز زیرمولفه ابراز هیجان منفی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پاسخدهی به این ابزار در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملا موافق=۱ تا کاملا مخالف= ۵ صورت می‌گیرد. البته در مورد پاسخ ۷، ۸ و ۹ روش نمره‌گذاری معکوس است. کینگ و امونز (۱۹۹۰) جهت بررسی روایی از روایی سازه و همگرا استفاده شده است. نتایج تحلیل عاملی برای بررسی روایی سازه نشانگر وجود سه عامل ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی بود. در بررسی روایی همگرا، بین نمرات پرسشنامه ابرازگری هیجانی با پرسشنامه شخصیت چندبعدی (r=۰/۲۷) و مقیاس عاطفه مثبت برودبرن (r=۰/۲۴) همبستگی مثبت معنادار یافته شد. کینگ و ایمونز (۱۹۹۰) همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ را برای کل پرسشنامه و زیرمولفه‌های ذکرشده، به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۴، ۰/۶۳ و ۰/۶۷ گزارش کرده‌اند. در فرم فارسی نیز پایایی این ابزار با استفاده از همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفته و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و زیرمولفه‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۷۱، ۰/۶۸، ۰/۶۵ و ۰/۶۸ محاسبه شده است (حسنی و شاهقلیان، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای هر یک از زیر مولفه‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۷۵۸، ۰/۸۸۴ و ۰/۸۹۸ به دست آمد.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس[3] (DASS-21): این مقیاس که توسط لاویبوند و لاویبوند[4] (۱۹۹۵) ساخته شده است مجموعه‌ای از سه مقیاس خودگزارشی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است. کاربرد این مقیاس اندازه گیری شدت نشانه‌های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس است. این مقیاس ۲۱ آیتم (افسردگی ۷ آیتم، اضطراب ۷ آیتم و استرس ۷ آیتم) دارد که آزمودنی به آن در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از هرگز= ۰ تا همیشه= ۳ پاسخ می‌دهد. لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵) با استفاده از تحلیل عاملی ساختار عاملی این ابزار را مورد بررسی قرار داده‌اند که این بررسی وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس را تایید کرده است. نتایج تحلیل عاملی آنتونی[5] و همکاران (۱۹۹۸؛ به نقل از سامانی و جوکار، ۱۳۸۶) نیز نشان داده است که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل افسردگی، اضطراب و استرس در پژوهش آنتونی و همکاران (۱۹۹۸؛ به نقل از سامانی و جوکار، ۱۳۸۶)، ۲/۸۹، ۱/۲۳ و ۹/۰۷ و ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ بود. سامانی و جوکار (۱۳۸۶) روایی و پایایی فرم فارسی این مقیاس را مورد بررسی قرار داده‌اند. در بررسی روایی از طریق روایی همگرا بین خرده مقیاس افسردگی پرسشنامه DASS با مولفه‌های نشانگان بدخوابی، اضطراب و بدخوابی، نارسایی کنش اجتماعی و افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی به ترتیب ضریب همبستگی ۰/۵۸، ۰/۵۵، ۰/۱۳ و ۰/۵۵، بین خرده مقیاس اضطراب با مولفه‌های فوق به ترتیب ۰/۵۰، ۰/۶۳، ۰/۱۶ و ۰/۴۷، و بین خرده‌مقیاس استرس با مولفه‌های مذکور به ترتیب همبستگی ۰/۲۳، ۰/۳۰، ۰/۱۳- و ۰/۱۰ گزارش کرده‌اند که این ضرایب در رابطه بین خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب با مولفه‌های نشانگان بدنی، اضطراب و بدخوابی و افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی معنادار است. سامانی و جوکار (۱۳۸۶) پایایی را با استفاده از روش بازآزمایی در فاصله سه هفته‌ای برای خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۸۰ و آلفای کرونباخ را نیز برای خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۷۵ و ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۰۵، ۰/۸۸۸ و ۰/۸۹۳ به دست آمد.

روش اجرا به این صورت بود که پس از تایید و تصویب موضوع پژوهش در کمیته پژوهشی دانشگاه محقق اردبیلی و نیز اخذ موافقت‌های لازم در خصوص اجرای پژوهش در جامعه هدف، جامعه آماری پژوهش مشخص و نمونه‌گیری انجام شد. در ادامه هر دو گروه مورد پیش‌آزمون قرار گرفته و گروه آزمایش ۸ جلسه تحت گروه‌درمانی ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی قرار گرفتند در حالی که گروه گواه هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرد. در ادامه داده‌های پس‌آزمون از هر دو گروه گردآوری شده و ۳ ماه بعد از آن نیز از هر دو گروه پیگیری به‌عمل

1. Emotional Expressiveness Questionnaire (EEQ)
2. King & Emmons
3. Depression, Anxiety, Stress Scale
4. Lovibond & Lovibond
5. Antony

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.11.6]

آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر و نرم افزارSPSS نسخه ۱۸ استفاده شد. خلاصه جلسات گروه درمانی در جدول زیر 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 مساله و تدوین هدف	اعضا اهداف خود را از شرکت در جلسات بیان کنند، مشکل خود را با استفاده از سؤالات مقیاس-گذاری به روشنی مطرح و مشخص کنند که در کجای مقیاس ۱-۱۰ قرار دارند. تکلیف: از اعضاء خواسته شد در باره راه‌حل‌هایی که به ذهن آنها می‌رسد یادداشت کرده و به جلسه آینده بیاورند
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، برای جلسه آینده بیاورند.
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، شناختی و عاطفی)	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 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.

یافته ها

در پژوهش حاضر ۳۰ نوجوان (۱۵ نفر گروه آزمایش با میانگین و انحراف معیار سنی ۱۶/۳۳±۰/۹۷ و ۱۵ نفر گروه گواه با میانگین و انحراف معیار سنی ۱۶/۳۳±۱/۰۴) به همراه والدین خود شرکت کرده بودند. از لحاظ شغل پدر در هر دو گروه آزمایش و گواه ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) بیکار، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) کارگر، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) کارمند و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) دارای شغل آزاد بودند. از لحاظ وضعیت اقتصادی-اجتماعی در گروه آزمایش ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین، ۶ نفر (۴۰ درصد) وضعیت متوسط و ۲ نفر (۱۳/۳) وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالا داشتند. در گروه گواه نیز به ترتیب ۶ نفر (۴۰ درصد)، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) دارای وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین، متوسط و بالا بودند.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.11.6]

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

متغیر		گروه آزمایش		گروه گواه		کالموگروف-اسمیرنوف		شاپیرو-ویلک	
		M	SD	M	SD	آماره	P	آماره	P
ابراز هیجان مثبت	پیش‌آزمون	۱۵/۹۳	۲/۷۹	۱۶/۱۳	۲/۸۲	۰/۰۹۵	۰/۲۰۰	۰/۹۷۴	۰/۶۴۳
	پس‌آزمون	۲۳/۱۳	۳/۶۴	۱۶/۴۷	۲/۷۵	۰/۱۴۹	۰/۰۸۵	۰/۹۵۶	۰/۲۴۰
	پیگیری	۲۲/۸۰	۴/۲۵	۱۶/۵۳	۲/۷۲	۰/۱۴۵	۰/۰۸۷	۰/۹۴۶	۰/۱۳۷
ابراز صمیمیت	پیش‌آزمون	۱۰/۴۷	۱/۵۵	۱۱/۱۳	۱/۳۶	۰/۱۴۲	۰/۰۹۱	۰/۹۵۰	۰/۱۶۴
	پس‌آزمون	۱۶/۷۳	۱/۰۹	۱۱/۳۳	۱/۷۶	۱۴۷	۰/۰۸۹	۰/۹۴۳	۰/۱۳۲
	پیگیری	۱۶/۵۳	۱/۵۴	۱۱/۲۰	۱/۶۹	۰/۱۵۷	۰/۰۵۸	۰/۹۳۶	۰/۰۷۰
ابراز هیجان منفی	پیش‌آزمون	۱۵/۴۷	۲/۳۶	۱۵/۴۷	۲/۵۰	۰/۱۵۶	۰/۰۶۱	۰/۹۳۸	۰/۱۳۸
	پس‌آزمون	۹/۹۳	۲/۵۵	۱۵/۳۳	۲/۵۳	۰/۱۵۱	۰/۰۷۸	۰/۹۳۹	۰/۰۸۳
	پیگیری	۱۰/۳۳	۲/۴۴	۱۵/۰۷	۲/۴۰	۰/۱۴۹	۰/۰۸۹	۰/۹۴۵	۰/۱۲۶
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۳/۱۳	۲/۵۹	۱۳/۲۰	۲/۶۵	۰/۱۳۳	۰/۱۸۳	۰/۹۳۵	۰/۰۶۸
	پس‌آزمون	۸/۲۷	۲/۴۳	۱۳/۴۷	۲/۶۱	۰/۱۵۲	۰/۰۷۵	۰/۹۴۶	۰/۱۳۵
	پیگیری	۸/۵۳	۲/۴۷	۱۳/۳۳	۲/۴۹	۰/۱۵۹	۰/۰۵۱	۰/۹۲۸	۰/۱۴۳
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۲/۹۳	۲/۴۶	۱۳/۴۰	۲/۴۱	۰/۱۴۹	۰/۰۸۷	۰/۹۴۲	۰/۱۰۲
	پس‌آزمون	۷/۷۳	۲/۴۰	۱۳/۰۷	۲/۴۳	۰/۰۴۹	۰/۲۰۰	۰/۹۶۴	۰/۳۹۷
	پیگیری	۷/۵۳	۲/۰۳	۱۳/۴۷	۱/۸۸	۰/۱۲۴	۰/۲۰۰	۰/۹۵۱	۰/۱۷۷
استرس	پیش‌آزمون	۱۳/۰۷	۲/۶۰	۱۳/۱۳	۲/۶۶	۰/۱۳۱	۰/۱۹۹	۰/۹۳۱	۰/۰۵۴
	پس‌آزمون	۷/۲۷	۲/۳۱	۱۳/۴۰	۲/۷۹	۰/۱۰۱	۰/۲۰۰	۰/۹۵۱	۰/۱۸۴
	پیگیری	۷/۴۰	۲/۵۰	۱۳/۱۵	۲/۲۹	۰/۱۰۸	۰/۲۰۰	۰/۹۵۹	۰/۲۹۲

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها را در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد. همچنین، با توجه به نتایج آزمون‌های کالموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک که نشان می‌دهد سطح معناداری بالاتر از ۰/۵ است توزیع داده‌های همه متغیرهای پژوهش نرمال می‌باشد.

در ادامه جهت بررسی همگنی واریانس‌های بین گروهی از آزمون لوین استفاده شد. نتایج به صورت روبرو به دست آمد. ابراز هیجان مثبت (پیش‌آزرمون: F=۰/۰۹۷ و P=۰/۷۵۸؛ پس‌آزمون: F=۳/۴۱ و P=۰/۰۷۵ و پیگیری: F=۱۱/۷۵ و P=۰/۰۰۲)، ابراز صمیمیت (پیش‌آزمون: F=۰/۶۲۸ و P=۰/۴۳۵؛ پس‌آزمون: F=۲/۰۹ و P=۰/۱۵۹ و پیگیری: F=۰/۰۷۴ و P=۰/۷۸۸)، ابراز هیجان منفی (پیش‌آزمون: F=۰/۰۲۰ و P۰/۸۸۸؛ پس‌آزمون: P=۰/۰۴۸ و P=۸۲۸ و پیگیری: F=۰/۰۵۳ و P=۰/۸۲۰)، افسردگی (پیش‌آزمون: F=۰/۰۲۱ و P=۸۸۵؛ پس‌آزمون: F=۰/۲۴۵ و P=۰/۶۲۴ و پیگیری: F=۰/۲۱۷ و P=۰/۶۴۵)، اضطراب (پیش‌آزمون: F=۰/۱۲۵ و P=۰/۷۲۷؛ پس‌آزمون: F=۰/۰۰۳ و P=۰/۹۵۶ و پیگیری: F۰/۱۳۶ و P=۰/۷۱۵) و استرس (پیش‌آزمون: F=۰/۰۲۴ و P=۰/۸۷۸؛ پس‌آزمون: F=۰/۹۹۹ و P=۰/۳۲۶ و پیگیری: F=۰/۰۳۰ و P=۰/۸۶۵). این نتایج نشان می‌دهد مفروضه همگنی واریانس‌های بین‌گروهی (به جز مرحله پیگیری خرده مقیاس ابراز هیجان مثبت) برای تمامی متغیرها برقرار می‌باشد. در نهایت، جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته از آزمون کرویت موچلی استفاده شد، نتایج به دست آمده برای متغیرهای ابراز هیجان مثبت (P=۰/۰۷۰، χ^2=۵/۳۱ و W=۰/۸۲۱ موچلی)، ابراز صمیمیت (P=۰/۲۴۲، χ^2=۲/۸۳ و W=۰/۹۰۰ موچلی)، ابراز هیجان منفی (P=۰/۳۰۴، χ^2=۲/۳۸ و W=۰/۹۱۶ موچلی)، افسردگی (P=۰/۰۷۱، χ^2=۵/۳۰ و W=۰/۸۲۲ موچلی)، اضطراب (P=۰/۰۶۰، χ^2=۵/۶۱ و W=۰/۸۲۱ موچلی) و استرس (P=۰/۳۷۵، χ^2=۱/۹۵ و W=۰/۹۳۰ موچلی) نشان می‌دهد که همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.11.6]

رعایت شده و مفروضه کرویت داده‌ها برقرار است (P>۰/۰۵). بنابراین، می‌توان از نتایج آزمون‌های درون گروهی بدون تعدیل درجه آزادی استفاده کرد.

جدول ۳. نتایج شاخص‌های چندمتغیره تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات بین گروهی

منبع	آزمون	مقدار	F	فرضیه DF	خطای DF	P	مجذور اتا
گروه	اثر پیلای	۰/۸۲۷	۱۸/۲۹۸	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲۷
	لامبدا ویلکز	۰/۱۷۳	۱۸/۲۹۸	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲۷
	اثر هتلینگ	۴/۷۷۳	۱۸/۲۹۸	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲۷

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نمرات ابرازگری هیجانی و پریشانی‌های روانشناختی (در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). به طوری که بر اساس نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، توانمندسازی خانواده بر حداقل یکی از متغیرها اثربخش بوده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه نمرات سه مرحله در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
ابراز هیجان مثبت	مراحل	۲۷۴/۰۶	۲	۱۳۷/۰۳	۱۲۱/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳
	مراحل×گروه	۲۲۲/۸۲	۲	۱۱۱/۴۱	۹۸/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷۹
	بین گروهی	۴۰۵/۳۴	۱	۴۰۵/۳۴	۱۴/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳۵
ابراز صمیمیت	مراحل	۱۹۸/۸۶	۲	۹۹/۴۳	۲۴۰/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۸۹۶
	مراحل×گروه	۱۸۲/۰۲	۲	۹۱/۰۱	۲۲۰/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸۷
	بین گروهی	۲۵۳/۳۴	۱	۰/۲۵۳/۳۴	۴۱/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹۷
ابراز هیجان منفی	مراحل	۱۵۶/۸۶	۲	۷۸/۴۳	۲۰۱/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۸۷۸
	مراحل×گروه	۱۳۰/۰۲	۲	۶۵/۰۱	۱۶۷/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۵۷
	بین گروهی	۲۵۶/۷۱	۱	۲۵۶/۷۱	۱۴/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴۵
افسردگی	مراحل	۱۰۲/۸۲	۲	۵۱/۴۱	۱۱۵/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵
	مراحل×گروه	۱۲۲/۲۸	۲	۶۱/۱۴	۱۳۷/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۸۳۱
	بین گروهی	۲۵۵/۳۵	۱	۲۵۵/۳۵	۱۳/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۳۲۸
اضطراب	مراحل	۱۴۷/۷۵	۲	۷۳/۸۷	۱۲۶/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۸۱۹
	مراحل×گروه	۱۳۴/۸۲	۲	۶۷/۴۱	۱۱۵/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵
	بین گروهی	۳۴۴/۱۷	۱	۳۴۴/۱۷	۲۳/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹
استرس	مراحل	۱۵۶/۸۶	۲	۷۸/۴۳	۲۴۷/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۹۸
	مراحل×گروه	۱۷۲/۶۸	۲	۸۶/۳۴	۲۷۱/۹۸	۰/۰۰۱	۹۰۷
	بین گروهی	۳۵۶/۰۱	۱	۳۵۶/۰۱	۱۹/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۴۰۵

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که توانمندسازی خانواده بر ابرازگری هیجانی و آسیب‌های روانی نوجوانان دارای والدین مبتلا به سوء مصرف مواد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش تاثیر معنادار دارد (P<۰/۰۵). بنابراین، می‌توان گفت که توانمندسازی خانواده مبتنی بر درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر بهبود ابرازگری هیجانی و آسیب‌های روانی در نوجوانان گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تاثیر معناداری داشته است. به‌علاوه، مجذور سهمی اتا نشان می‌دهد که به ترتیب ۳۳/۵، ۵۹/۷، ۳۴/۵، ۳۲/۸، ۴۵/۹ و ۴۰/۵ درصد واریانس تغییرات در ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت، ابراز هیجان منفی، افسردگی، اضطراب و استرس در گروه آزمایش در اثر توانمندسازی خانواده مبتنی بر درمان راه‌حل محور کوتاه مدت به وجود آمده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.11.6]

با توجه به این‌که اثر تعامل بین عامل درون‌گروهی و عامل بین‌گروهی معنادار بود، اثر ساده بین‌گروهی با توجه به سطوح عامل درون‌گروهی با استفاده از تصحیح بنفرونی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون تعدیل بنفرونی جهت مقایسه دو به دوی نمرات مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل		تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	P
ابراز هیجان مثبت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۷۶*	۰/۲۳۳	۰/۰۰۱
		پیگیری	۳/۶۳*	۰/۳۲۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۲۵۴	۰/۹۷۹
ابراز صمیمیت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۲۳*	۰/۱۴۴	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۳/۰۶*	۰/۱۸۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۶۷	۰/۱۶۲	۰/۹۴۰
ابراز هیجان منفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۸۳*	۰/۱۸۱	۰/۰۰۱
		پیگیری	۲/۷۶*	۰/۱۵۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۱۴۰	۰/۹۸۹
افسردگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۳۰*	۰/۱۴۹	۰/۰۰۱
		پیگیری	۲/۲۳*	۰/۲۰۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-/۰۶۹	۰/۱۵۷	۰/۹۷۷
اضطراب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۷۶*	۰/۲۰۰	۰/۰۰۱
		پیگیری	۲/۶۶*	۰/۲۳۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۱۰۰	۰/۱۵۴	۰/۹۸۹
استرس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۷۷*	۰/۱۲۶	۰/۰۰۱
		پیگیری	۲/۸۳*	۰/۱۵۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۶۷	۰/۱۴۹	۰/۹۵۷

نتایج جدول ۵ نشـان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های بین موقعیت‌های آزمایش یعنی تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار اسـت ($P<۰/۰۱$) اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش معنادار نیسـت ($P>۰/۰۵$). این امر نشان می‌دهد که نتایج ناشی از مداخله در مرحله پیگیری سه ماهه نیز پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی توانمندسازی خانواده بر ابرازگری هیجانی و پریشانی روانشناختی در نوجوانان دارای والدین مبتلا به سوء مصرف مواد بود. در این راستا نتایج پژوهش حاضر نشان داد که توانمندسازی خانواده با درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر ابرازگری هیجانی و پریشانی روانشناختی تاثیر معنادار داشته و این تاثیر در پیگیری سه ماهه پایدار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های کورانکوت و همکاران (۲۰۱۴)، گینگریچ و پترسون[1] (۲۰۱۳)، مال‌جانن[2] و همکاران (۲۰۱۲)، ساندستروم[3] (۲۰۰۵)، قربانی و باقری (۱۴۰۰)، برزگر و همکاران (۱۳۹۸)، رئیس قره درویشلو و همکاران (۱۳۹۷)، حسینی و همکاران (۱۳۹۴)، قادری بگه‌جان و همکاران (۱۳۹۴) و نجفلوی و فلسفی‌نژاد (۱۳۹۳) همسو می‌باشد.

1. Gingerich & Peterson
2. Maljanen
3. Sundstrom

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.11.6]

در تبیین نتایج به دست آمده می توان از مبانی و روش‌های درمان راه‌حل محور سود جست. درمان راه حل محور از اندوخته‌ها و توانایی‌های خود مراجعان در فرایند تغییر الگوهای ارتباطی استفاده می‌کند و این کار تصویری از امید را در مراجعان ایجاد می‌کند. از این رو، درمانگر راه‌حل محور حس خودکنترلی و مدیریت روابط و کنترل عواطف را در مراجعان تقویت می‌کند. آنها این کار را از طریق تواناسازی مراجعان در خلق راه‌حل‌ها و ساختار دادن به این راه‌حل‌ها انجام می‌دهند (رستمی و یوسفی، ۱۳۹۷). درمانگران راه‌حل‌محور معتقدند که مشکلات خانواده‌ها به وسیله روشی که خانواده برای حل آنها بکار می‌برند، باقی می‌مانند و بدتر می‌شوند (تادروس[1]، 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[2]، ۲۰۱۶). افزون بر آن، شناسایی، تعیین، استخراج و تقویت استثنائات توسط مراجعان در مورد مشکلات، یکی از عوامل مهم تغییر در درمان راه‌حل محور است. در رویکرد راه‌حل محور، شناسایی استثنائات همراهی مراجع را در جهت مثبت تا انتهای فرایند درمان حفظ می‌کند (بهبهانی و همکاران، ۱۳۹۹). همان‌طور که دشازر و دولان[3] (۲۰۱۲) توضیح داده برای مراجعان، اولین چیزی که به نظرشان می‌آید، خود مشکل است در حالی که برای درمانگران، اولین چیز، استثنائات است. به عنوان مثال درمانگر از اعضا می‌پرسد آخرین بار چه زمانی به یکدیگر گوش داده‌اید؟ چه زمان‌هایی برایتان آسان‌تر است که با یکدیگر بحث نکنید؟ فرم سؤالات استثنا می‌رساند که همیشه استثنائی وجود دارد. در خانواده درمانی راه‌حل محور افراد تشویق می‌شوند تا بیشتر کارهایی را که در زمان‌های مثبت نسبت به زمان‌های منفی انجام می‌دادند، انجام دهند. استثنائات می‌توانند حتی از بحث‌های اعضا تشخیص داده شوند و استخراج گردند (فرانکلین[4] و همکاران، ۲۰۱۹). از خانواده‌هایی که در تشخیص استثنائات جاری مشکلاتی دارند، خواسته می‌شود به یاد بیاورند که در گذشته چه کاری انجام می‌دادند که باعث رضایت آنها می‌شده و سپس همان رفتارها و فعالیت‌هایی که یک بار انجام داده‌اند را دوباره برقرار کنند (رستمی و یوسفی، ۱۳۹۷).

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 دیگران 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؟ 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 (کاپوتزی و اشتاوفر، ۲۰۱۵).

با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که توانمندسازی خانواده و به ویژه توانمندسازی با درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر کارکرد هیجانی خانواده و اعضای آن و نیز پریشانی‌های روانشناختی نوجوانان دارای والدین مبتلا به سوء مصرف مواد تاثیر مثبت دارد و مداخله‌های مبتنی بر توانمدسازی خانواده می‌تواند وضعیت روانشناختی نوجوان دارای والدین مبتلا به سوء مصرف مواد را بهبود بخشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مداخلات خانواده محور افراد مبتلا به سوء مصرف مواد از درمان کوتاه مدت راه‌حل محور نیز در کنار سایر روان‌درمانی‌های استاندارد بهره گرفته شود.

در نهایت با توجه به گریزناپذیر بودن محدودیت در پژوهش‌های علمی، پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی مواجه بود که از مهم‌ترین آن می‌توان به روش نمونه‌گیری هدفمند، حجم نمونه نسبتا پایین، کنترل نوع ماده مصرفی و مدت زمان سوء مصرف مواد والدین، دخالت ندادن تمام اعضای خانواده در فرایند درمان، محدود بودن جامعه و نمونه هدف به نوجوانان مذکر که تعمیم نتایج را محدود می‌کند اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود طی پژوهش‌های آتی در صورت امکان از روش نمونه‌گیری تصادفی و با حجم نمونه بالاتر در پژوهش‌ها استفاده شود. همچنین، کنترل میزان درآمد، نوع ماده مصرفی و مدت زمان مصرف مواد والدین مورد ارزیابی قرار گرفته، تمام اعضای خانواده مورد مداخله و نیز نمونه‌ای متشکل از نوجوانان دختر و پسر مورد مطالعه قرار گیرد.

1. Tadros
2. Dameron
3. De Shazer & Dolan
4. Franklin

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.11.6]

منابع

اسماعیل بیگی ماهانی، م؛ اعیادی، ن؛ نبی‌الهی نجف‌آبادی، ع؛ و رضایی، س (۱۳۹۸). نقش سبک‌های ابراز هیجان و سبک‌های مقابله مذهبی در گرایش به اعتیاد دانشجویان. *پژوهش در دین و سلامت، ۵* (۴)، ۳۴-۴۷.https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i4.19599

احدی، ب؛ حجازی، ا؛ به‌پژوه، ا (۱۳۸۳). رضامندی زناشویی، ابراز هیجان والدین و مشکلات عاطفی-رفتاری کودکان. مجله روانشناسی، ۲۹، ۵۲-۶۹.

برزگر، ا؛ بوستانی‌پور، ع؛ فتوح آبادی، خ؛ زهره‌ای، ا؛ و ابراهیمی، ش (۱۳۹۸). اثربخشی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان دارای لکنت زبان. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۹* (۲)، ۷۶-۹۲.

بشرپور، س؛ علمردانی صومعه، س؛ شاه محمدزاده، ی (۱۳۹۳). نقش ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در پیش‌بینی علایم جسمانی سازی در دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال ۹۲-۹۳. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۳*، ۹۶۱-۹۷۲.URL: http://journal.rums.ac.ir/article-1-2312-fa.html

بهبهانی، م؛ ذوالفقاری، م؛ حبی (۱۳۹۹). اثربخشی زوج درمانی راه حل محور بر بهبود الگوهای ارتباطی و کنترل عاطفی زوج‌های آشفته. *فصلنامه خانواده درمانی کاربردی، ۱* (۴)، ۱۸-۳۷.doi: 10.22108/CBS.2017.86698.0

دنوان، ج (۲۰۱۶). *زوج درمانی روابط موضوعی*. مترجم: تبریزی، مصطفی؛ مضلومی، سعیده؛ فرامرزی، عالیه؛ علائی، پروانه (۱۳۹۹). فراروان، تهران.

رستمی، پ (۱۳۹۴). رابطه ابرازگری هیجانی، کنترل رفتاری و سیستم‌های مغزی-رفتاری با نشانگان اعتیاد به اینترنت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی، پردیس تهران.

رئیس قره درویشلو، س؛ قمری کیوی، ح؛ شیخ‌الاسلامی، ع (۱۳۹۷). اثربخشی خانواده درمانی ساختاری بر انگیزش درمان و عملکرد خانواده در خانواده‌های افراد مبتلا به سوء مصرف مواد. *اعتیاد پژوهی، ۱۲* (۴۹)، ۱۷۳-۱۸۸.

رستمی، م؛ سعادتی، ن؛ یوسفی، ز (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)، ۱-۲۲.doi:10.22055/JAC.2018.23429.1509

رهگذر، ف؛ اکرمی، ن؛ و مهرابی، ح (۱۳۹۴). مقایسه هیجان ابراز شده و سبک‌های مقابله با استرس در سه گروه بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی و وابسته به مواد و همراهان عادی. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۵* (۲)، ۸۷-۱۰۰.

سامانی، س؛ جوکار، ب (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی. *مجله علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه شیراز، ۲۶*، ۳ (۵۲)، ۶۵-۷۷.doi: 10.22054/RJSW.2015.4743

قربانی، ن؛ باقری حسین‌آبادی، ش (۱۴۰۰). اثربخشی خانواده درمانی کوتاه مدت ستیر بر ناگویی هیجانی و بلوغ عاطفی در زوجین متقاضی طلاق. *سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی، ۳* (۳)، ۳۳-۴۴.

صدری دمیرچی، ا؛ قوجه بگلو، پ؛ امیر، م. ب؛ و قلی‌زاده، بهزاد (۱۳۹۸). پیش‌بینی رفتارهای پرخطر بر اساس نقش مولفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده، ابرازگری هیجانی و سیتم‌های مغزی-رفتاری در معتادان. *فصلنامه افق دانش، ۲۵* (۴)، ۲۸۲-۲۹۶.URL: http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-3237-fa.html

حسنی، ج؛ بمانی‌یزدی، ب (۱۳۹۴). رابطه سبک‌های ابراز هیجان با ریخت شخصیتی D. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۲۵* (۲)، ۱۴۱-۱۵۰ doi: 10.22108/PPLS.2020.116306.1699

حسنی، ج؛ شاهقلیان، م (۱۳۹۳). ابرازگری هیجانی، کنترل هیجانی و دوسوگرایی در ابراز هیجان در دختران فراری و بهنجار. *فرهنگ مشاوره و رواندرمانی، ۵* (۱۷)، ۱۱۷-۱۳۶.

نجفلوی، ف؛ فلسفی‌نژاد، م. ر (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)، ۱۲۵-۱۳۸.

متقی قمصری، ع. س؛ رستمی، ر (۱۳۹۸). اعتیاد والدین، مشکلات فرزندپروری و آسیب‌شناسی روانی در فرزندان. *رویش روانشناسی، ۸*، ۶ (۳۹)، ۹-۱۶.URL: http://frooyesh.ir/article-1-485-fa.html

محمود صالحی، ح؛ افلاک‌سیر، ا؛ محمدی، ن (۱۳۹۴). بررسی نقش پیش‌بین دین‌داری در گرایش نوجوانان به رفتارهای پرخطر با واسطه‌گری نظم‌بخشی هیجانی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۴*، ۳ (۱۵)، ۸۷-۱۰۰.

قادری بگه جان، ک؛ متولی، م. م؛ اسمری پرده‌زرد، ی؛ لطفی، ش (۱۳۹۴). اثربخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت (SFBT) بر پیشگیری از عود اعتیاد. *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۱* (۳)، ۷۵-۱۰۹ doi: 10.22054/RJSW.2015.4743

نریمانی، م؛ علایی، س؛ حاجلو، ن؛ و ابوالقاسمی، ع (۱۳۹۳). بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در فرزندان افراد معتاد. نشریه توسعه روستایی-شهری محلی، ۱ (۶)، ۱۰۷-۱۲۲.doi: 10.22059/JRD.2014.52074

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.11.6]

کاپوتزی، د؛ اشتاوفر، م (۲۰۱۵). مبانی مشاوره زوج‌ها، ازدواج و خانواده. ترجمه شکوه نوابی نژاد، نادره سعادتی و مهدی رستمی (۱۳۹۵). تهران: انتشارات جنگل.

Aulmann, N., & Forstmeier, S. (2019). A Grounded Theory study on the academic performance of female adolescents in the context of family alcohol addiction. *International Archives of Addiction Research and Medicine*, *5*(31), 2474-3. doi: 10.23937/2474-3631/1510031

Corey, G. (2014). Theory and practice of counseling and psychotherapy (9thed). Brooks/Cole, Belmont, CA.

Cortes, B., Ballesteros, B., Collantes, A., & Aguilar, M. (2016). What makes for good outcomes in solution-focused brief therapy? *European Psychology*, *33*, 232-233. doi : 10.1016/j.eurpsy.2016.01.580

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.

Denault, A. S., & Déry, M. (2015). Participation in organized activities and conduct problems in elementary school: The mediating effect of Social Skills. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 23* (3), 167-179. https://doi.org/10.1177/1063426614543950

Delaney, O. B. (2020). Parental substance use and offspring anxiety outcomes. University of Delaware, Department of Human Development and Family Sciences**,** https: //udspace. udel.edu/handle/19716/27987.

De Shazer, S., & Dolan, Y. (2012). More than miracles: The state of the art of solutionfocused brief therapy. Routledge, London.

De Shazer, S., Dolan, Y.M., Korman, H., Trepper, T.S., McCollum, E.E., & Berg, I.K. (2006). *More than miracles: The state of the art of solution focused therapy***.** HaworthPress, New York.

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. https://doi.org/10.1177/0093854812437022

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. doi: 10.7334/psicothema2014.106

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

Gingerich, W. J., & Peterson, L.T. (2013). Effectiveness of solutionfocused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice, 23* (3), 266-283 https://doi.org/10.1177/1049731512470859

Guterman, J. T., & 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.

Hardy, R. (2017). How parental substance misuse affect children. *Journal Drugs*, *43* (5), 142-151. doi 10.1007/978-981-10-1829-9_11

Heilman, R. M., Miu, A. C., & Houser, D. (2016). Emotion regulation and economic decision-making. In *Neuroeconomics* (pp. 113-131). Springer, Berlin, Heidelberg.

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. https://doi.org/10.1080/17533015.2021.2009529

Jose, J. P., & Cherayi, S. J. (2020). Effect of parental alcohol abuse severity and child abuse and neglect on child behavioural disorders in Kerala. *Child Abuse & Neglect*, *107*, 104608. https://doi.org/10.1177/1077559519878514

King, L. A., & Emmons, R. A (1990). Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. Journal of Personality and Social Psychology, 58(5):864-77. doi:10.1037//0022-3514.58.5.864

Kusev, P., Purser, H., Heilman, R., Cooke, A. J., Van Schaik, P., Baranova, V., ... & Ayton, P. (2017). Understanding risky behavior: the influence of cognitive, emotional and hormonal factors on decision-making under risk. *Frontiers in psychology*, *8*, 102. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00102

Koorankot, J., Mukherjee, T., & Ashraf, Z. A. (2014). Solution-Focused Brief Therapy for Depression in an Indian Tribal Community: A Pilot Study. *International Journal of Solution-Focused Practices*, *2*(1), 4-8.

Maljanen, T., Paltta, P., Harkanen, T., Virtala, E., Lindfors, O., Laaksonen, MA, et al. (2012). The costeffectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a one-year follow-up. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, *15(*1), 13-23. doi:10.4236/ojpsych.2014.43030

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), 1-13. doi: 10.1186/s12889-018-6311-y.

Okasha, T. A., Ibrahim, N. M., Naguib, R. M., Khalil, K. B., & Hashem, R. E. (2021). Psychiatric Disorders in Children of Parents With Substance Dependence Disorder. *Addictive Disorders & Their Treatment*, *20*(3), 159-167.

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Manual for the depression anxiety stress scales. The Psychology Foundation of Australia, Sydney.

Paus, T., Keshavan, M., & Giedd, J. N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?. *Nature reviews neuroscience*, *9*(12), 947-957.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.11.6]

Ratcliffe, B., Wong, M., Dossetor, A. & Hayes, S. (2014). Teaching social-emotional skills to school-aged children with autism spectrum disorder: A treatment versus control trial in 41 mainstream schools. Research in Autism Spectrum Disorders, 8(12), 1722-1730.

Raitasalo, k., Holmila, M. (2017). Parental substance abuse and risks to childrens safety, health and psychology development. *Journal Drugs: Education, Prevention and Policy*, *24*(2), 17-22. doi: 10.1080/13218719.2019.1664277

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.

Solis, J., M,Shodur, J.M., Burns, A.R., Hussong, A. M.(2012)..understanding the diverse needs of children whose porents abuse substance. *Journal Current Drug Abuse, 5* (2), 135-147.

Tadros, E. (2019). The Tadros Theory of Change: An Integrated Structural, Narrative, and Solution-Focused Approach. *Contemp FAM Ther 41*(2): 347–356 doi:10.1007/s10591-019-09502-z

Trepper, T. S., McCollum, E. E., De Jong, P., Korman, H., Gingerich, W., & Franklin, C. (2010). Solution-focused therapy treatment manual for working with individuals. *Solution-focused brief therapy: A multicultural approach*, 14-31.

Vilela, T. D. R., Silva, R. D. S., Grandi, C. G. D., Rocha, M. M. D., & Figlie, N. B. (2016). Emotional and behavioral problems in children living with addicted family members: Prevention challenges in an underprivileged suburban community. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *26*, 225-234. doi:10.1590/1982-43272664201610

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.11.6]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.11.6]