

# اثربخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت<sup>۱</sup> (SFBT)

## بر پیشگیری از عود اعتیاد

کاوه قادری بگه جان\* ، محمد مسعود متولی\*\*

یوسف اسمری پرده زرد\*\*\* ، شورش لطفی\*\*\*\*

تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۹ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۱/۲۴

### چکیده

این پژوهش اثربخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت (به عنوان یکی از مداخلات مددکاری اجتماعی کلینیکی و روانشناختی) را بر تاب آوری و پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد مخدر شهرستان قروه مورد بررسی قرار داده است. این مطالعه به روش نیمه آزمایشی و به صورت اجرای پیش آزمون- پس آزمون بر

#### ۱. Solution-Focused Brief Therapy

\* دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی تهران (نویسنده مسئول).

kawe.ghaderi@gmail.com

\*\* دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

\*\*\* دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

\*\*\*\* دانش آموخته کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

روی دو گروه (آزمایش و کنترل) همراه با پیگیری سه ماهه انجام شده است، گروه نمونه دربرگیرنده ۳۰ آزمودنی مرد مبتلابه اعتیاد در شهر قروه بود که به صورت قضاوتی و با داشتن ملاک‌های لازم از بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک ترک اعتیاد انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون و ابزار آزمایشگاهی تست تشخیص سریع استفاده شد. پس از انجام پیش‌آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل، مداخله درمان راه‌حل مدار طی ۷ جلسه (یک و نیم‌ساعته) بر روی گروه آزمایش اجرا شد. در نهایت، در پس‌آزمون پرسشنامه تاب‌آوری برای دو گروه و تست تشخیص سریع استفاده شد و متعاقب آن، در فاصله سه ماه، آزمون پیگیری به عمل آمد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات گروه آزمایش در تاب‌آوری افزایش یافته است و میزان عود در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کمتر بوده است. نتیجه این که درمان راه‌حل مدار کوتاه‌مدت به‌عنوان یکی از مداخلات مددکاری اجتماعی و روانشناختی از قابلیت عملی خوبی در افزایش تاب‌آوری و کاهش عود افراد وابسته به مواد مخدر برخوردار است.

**واژه‌های کلیدی:** درمان راه‌حل مدار، تاب‌آوری، کاهش عود، مردان وابسته

به مواد مخدر.

## مقدمه و بیان مسئله

اعتیاد یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است و وابستگی به مواد مخدر به شکلی فزاینده جوامع بشری را تهدید می‌کند. طبق گزارشی که در سال ۲۰۱۴ توسط سازمان پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل متحد (UNODC) ارائه شده، آمار آخرین شیوع شناسی 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 سوءمصرف یکی از انواع مخدر اعم از حشیش، کوکاین، محرک‌ها و

گروه شبه‌آمفتامینی بوده‌اند ( UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, ۲۰۱۴). در ایران نیز بر اساس اعلام مسئولان وزارت بهداشت و نیز سازمان بهزیستی سالانه ۸ درصد بر مصرف‌کنندگان انواع مواد مخدر در کشور افزوده می‌شود و تعداد مبتلایان به سوء مصرف مواد به سه میلیون و ۷۰۰ هزار نفر می‌رسد (مظفری، میرزایی و نجفی، ۱۳۸۹).

وابستگی به مواد مخدر یک بیماری جسمی-روحي و روانی به شمار می‌رود که به دلیل ماهیت پیش‌رونده‌اش همه ابعاد زندگی، سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد (Moal & Kooh, ۲۰۰۷). این بیماری یک بیماری مزمن، طولانی‌مدت با فرآیند بازگشت مجدد است که با دوره‌های بهبود و بازگشت مشخص می‌گردد، با وجود درمان‌های متفاوتی که در این حوزه وجود دارد از بین افرادی که دارای تشخیص اختلالات مصرف مواد مخدر هستند و اقدام به ترک می‌نمایند، دوسوم به مصرف مجدد آن اقدام می‌کنند (Sinha, ۲۰۱۱). بازگشت به مصرف مواد مخدر و مزمن بودن آن یکی از جنبه‌های بااهمیت اعتیاد است و مدت‌هاست که مزمن بودن و عود و بازگشت‌پذیر بودن اعتیاد شناخته شده است. مطالعه‌ای طولی در میان افراد وابسته به الکل، نیکوتین، مشتقات مورفین و داروهای محرک نشان داد که بیشتر از ۰/۸۵ جمعیت موردبخت پس از درمان دچار عود می‌شوند (Brandon, Vidrine & Litvin, ۲۰۰۷). تحقیقات انجام شده در داخل کشور نیز رقم بازگشت به مصرف را معادل ۸۰ تا ۸۷ درصد ذکر کرده‌اند و در تحلیل‌های آماری بیشترین بازگشت مربوط به ۶ ماه اول بوده است (صادقی و همکاران، ۲۰۰۴). متغیرهای متعددی در بازگشت به اعتیاد نقش دارند، در رویکردهای جدید پیشگیری و عود اعتیاد شناسایی و ارتقاء عوامل محافظت‌کننده از جمله عامل تاب‌آوری و شناسایی و کاهش عوامل خطر ساز از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. تاب‌آوری یکی از مفاهیمی است که اخیراً در حوزه پیشگیری از اعتیاد و سایر اختلالات روانی و آسیب‌ها مطرح شده و می‌تواند کلید پیشگیری باشد (زرین کلک، ۱۳۸۹). به عنوان مثال در عود و بازگشت به مصرف مواد عواملی چون پایگاه

اقتصادی - اجتماعی پایین، تاب آوری کم، فشار گروه دوستان، تجرد، سطح تحصیلات پایین، بیکاری و حضور فرد مصرف‌کننده در خانواده با مصرف مجدد مواد رابطه معنی‌داری دارند (sharma & upadhyaya, ۲۰۱۲).

ریشه کلمه تاب‌آوری به انعطاف‌پذیری اشاره دارد که به معنی توانایی انطباق و سازگاری در مواجهه با آسیب‌هاست (Agens, ۲۰۱۳). اگرچه تعاریف متفاوتی از تاب‌آوری ارائه شده است اما همگی آن‌ها از دو عنصر اصلی تشکیل شده‌اند که در آن‌یک مواجهه با عامل خطر (مانند افسردگی، استرس، بازگشت به اعتیاد و ...) و از سوی دیگر یک سری فاکتورهای تأثیرگذار که پیامدهای منفی عوامل خطرزا را کاهش می‌دهند وجود دارد (Fergus & Zimmerman, ۲۰۰۵). در واقع تاب‌آوری به‌عنوان یک فرآیند رشد پویا برای سازگاری کارآمدتر در مواجهه با عامل خطرزا توصیف شده است و بدین گونه سنجیده می‌شود که فرد چگونه به تهدیدها واکنش نشان می‌دهد و از توانایی‌ها و سیستم حمایتی موجود خود استفاده می‌کند (Condly, ۲۰۰۶). تاب‌آوری در مورد کسانی به کار می‌رود که در معرض خطر قرار می‌گیرند ولی دچار اختلال نمی‌شوند. از این‌رو شاید بتوان نتیجه‌گیری کرد که مواجهه‌شدن با خطر شرط لازم برای آسیب‌پذیری می‌باشد اما شرط کافی نیست (گارمزی، ۱۹۹۱<sup>۱</sup> به نقل از کلک زرین، ۱۳۸۹) بدین جهت عواملی که در تاب‌آوری مؤثر هستند و موجب ارتقای آن می‌شوند مهم هستند و باید مورد بررسی قرار گیرند این عوامل عبارت‌اند از: عزت‌نفس بالا، مهارت‌های قوی حل مسئله، داشتن تصویر مثبت از خود، کنترل فرد بر زندگی خود، احساس مسئولیت، پیوند قوی با مؤسسات آموزشی، داشتن دوستانی که مواد مصرف نمی‌کنند و مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی قوی و مسائلی از این قبیل (Stpleman et al, ۲۰۰۹). پس مداخلاتی که به جهت پیشگیری از عود مورد استفاده قرار می‌گیرند باید تمرکز اصلی خود را بر این محورها معطوف دارند. مداخلات روانشناختی متعددی

---

۱. Garmezy

در حوزه پیشگیری از بازگشت به اعتیاد مورد استفاده قرار گرفته شده است، یکی از مداخلاتی که می‌تواند در رابطه با این فاکتورها راهگشا و مؤثر باشد درمان راه حل مدار کوتاه مدت<sup>۱</sup> (SFBT) است که توسط کیم برگ<sup>۲</sup> مددکار اجتماعی کره‌ای در سال ۱۹۸۰ مطرح شد، درمان راه حل مدار متناسب با ارزش‌های انسانی مددکاری اجتماعی با فرض‌های نیروبخشی شروع به مداخله می‌کند، مراجعان با کفایت هستند و از توانایی ایجاد کردن راه حل‌هایی که می‌توانند زندگی‌شان را بهتر کنند برخوردارند (پروچاسکا و نورکراس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). درمانگران راه حل 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 (Trepper et al, ۲۰۱۰).

مفروضه اصلی درمان راه حل مدار این است که اهداف توسط مراجع انتخاب می‌شوند؛ درمانگر به شیوه‌ای محترمانه و مشارکتی، درحالی که متوجه مرجع قیاس درونی مراجع است، کار را به سوی اهداف مراجع پیش می‌برد. از مشکل حرفی به میان نمی‌آید و از گفتگو در خصوص انگیزه یا منظور نشانه‌ها اجتناب می‌شود، همچنین اعتقاد بر این است که برای حل مشکلات افراد بررسی گذشته مشکل، ضرورت چندانی ندارد (Bakker, Bannink & Macdonald, ۲۰۱۰). به عبارتی این مداخله بر زمان حال تأکید دارد و بر این باور مبتنی است که تغییر در همه اوقات رخ می‌دهد، درمانگران به طور کاملی انتخاب و خودانگیختگی بیماران را تقویت می‌کنند

---

۱. Solution-focused brief therapy

۲. Inso kim Berg

۳. Prochaska j,o & Norcras,j,c

(De Shazer, ۱۹۸۵). از طرفی دیگر نوعی اعتقاد به این مسئله که تغییرات کوچک به تغییرات بزرگتر می‌انجامد برای تقویت حس خودمختاری و کنترلی که در افراد وابسته به مواد مخدر تضعیف شده، مناسب به نظر می‌رسد. لازم به ذکر است اگرچه مداخلات روانشناختی بسیاری در حوزه اعتیاد و پیشگیری از عود اعتیاد وجود دارد، با این وجود مداخله شواهدمحور راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت (SFBT)<sup>۱</sup> می‌تواند به‌عنوان جایگزین یا مکمل مداخلات دیگر در نظر گرفته شود. شواهد محکمی برای این مسئله وجود دارد که درمان راه‌حل‌مدار برای طیف وسیعی از مشکلات و اختلالات مزمن روانی و اعتیاد مؤثر است و در مقایسه با سایر درمان‌ها کم‌هزینه‌تر و کوتاه‌تر می‌باشد و می‌تواند جایگزین مناسبی برای این درمان‌ها باشد (Wallace & Gingerich, ۲۰۱۲). حال با توجه به ادبیات پژوهشی که درمان راه‌حل‌مدار را در اکثر زمینه‌های بالینی و گروه‌های گوناگون مورد بررسی قرار داده و سودمندی آن را نشان داده است و با در نظر گرفتن فاکتورهای تأثیرگذار در ارتقای تاب‌آوری همچون مهارت‌های حل مسئله، داشتن کنترل بر زندگی خود، مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی قوی که فرض می‌شود در بازگشت به اعتیاد نیز مؤثر هستند و وجود درمان کوتاه‌مدت که مبتنی بر احترام به توانمندی‌های فرد معتاد است و ارتقای خود تصمیم‌گیری و عزت‌نفس را در متن و جهان‌بینی خود قرار داده و این که تاکنون پژوهشی مستقیماً اثربخشی این درمان را در حوزه پیشگیری از عود اعتیاد مورد بررسی قرار نداده است و نیاز بسیار مهم جامعه ما به ویژه شهرستان قروه در امر درمان اعتیاد و پیشگیری از عود آن، ما را بر این داشت تا به بررسی این مسئله بپردازیم که آیا درمان راه‌حل‌مدار به‌عنوان یکی از مداخلات مددکاری اجتماعی و روانشناختی در حوزه پیشگیری از عود اعتیاد مؤثر است؟ و آیا درمان راه‌حل‌مدار با

سازوکارهای خاص خویش می‌تواند تاب‌آوری را افزایش و به تبع آن عود بیماری اعتیاد را کاهش دهد یا خیر؟

### پیشینه پژوهش

درمان راه‌حل‌مدار یکی از درمان‌های شواهدمدار در حوزه مسائل مربوط به رفتارهای اعتیادی شناخته می‌شود (Bavelas et al, ۲۰۱۳). همچنین مطالعات متعددی با استفاده از روش‌های نیمه آزمایشی اثربخشی این درمان را در حوزه‌های گوناگون نشان داده‌اند (Franklin, Trepper, Gingerich, & McCollum, ۲۰۱۲). در این رابطه دو فرا تحلیل عمده درباره اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار انجام شده است: یکی از این پژوهش‌ها توسط جمعی از پژوهشگران (Stams, Dekovic, Buist & De Vries, ۲۰۰۶) و پژوهش دیگر توسط انجمن محققین مددکاری اجتماعی ایالات متحده انجام شده است (Kim, ۲۰۰۸). فرا تحلیل استیم و همکاران (۲۰۰۶) تعداد بیست و یک پژوهش گوناگون را مورد بررسی قرار دادند که در مجموع این پژوهش‌ها ۱۴۲۱ آزمودنی شرکت داشتند. برآوردی که از اثربخشی این پژوهش‌ها انجام شده حاکی از اثربخشی متوسط این درمان مداخله‌ای است. فرا تحلیل دوم (کیم، ۲۰۰۸) که تعداد ۲۲ پژوهش را در برمی‌گرفت و در رابطه با اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر رفتارهای بیرونی، درونی و روابط بین فردی انجام شد نشان داد که درمان راه‌حل‌مدار از اثربخشی متوسطی برخوردار است.

همچنین پژوهش دیگری که توسط پترسون و گنگریچ (۲۰۱۳) انجام شد و تعداد ۴۳ پژوهش کنترل‌شده در حوزه اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار را مورد بررسی قرار داد نشان داد که درمان راه‌حل‌مدار یک رویکرد مداخله‌ای مؤثر در رابطه با زمینه‌های روانشناختی گوناگون است. همچنین مطالعات متعددی نشان داده است که درمان

راه‌حل‌مدار درمان مؤثری در رابطه با مسائل نوجوانان و بزرگسالان است، همچنین این درمان در حوزه افسردگی نیز مؤثر گزارش شده است.

ساندسترم<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) طی یک مطالعه نیمه آزمایشی اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر افسردگی را موردبررسی قرار داد. وی در این مطالعه اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر بهبود افسردگی دانشجویان دانشگاه را با اثربخشی درمان بین فردی (IPT)<sup>۲</sup> مورد مقایسه قرار داد. نمونه این پژوهش ۴۰ دانشجوی دختر کارشناسی دانشگاه میدسترون بودند که در سیاهه افسردگی یک نمره بین (۱۰-۲۹) کسب کردند. از این میان ۳۴ نفر از این افراد ملاک‌های افسردگی عمده را برآورده می‌کردند. این تعداد به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند و پیش‌آزمون بر روی هر دو گروه انجام شد. سپس برای گروه آزمایش درمان راه‌حل‌مدار به مدت ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام گرفت و برای گروه کنترل درمان بین فردی مورد استفاده قرار گرفت. این جلسات توسط دانشجویان روانشناسی و مددکاری اجتماعی انجام گرفت. پس از پایان درمان و پس از ده روز اعضای گروه آزمایش و کنترل مورد پیگیری قرار گرفتند و ابزارهای پژوهش بر روی هر دو گروه انجام شد و داده‌ها جمع‌آوری گردید. داده‌ها به وسیله تحلیل واریانس چندمتغیره موردبررسی قرار گرفتند، یافته‌های این پژوهش نشان داد که اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار با درمان بین فردی برابر است و هر دو درمان توانسته‌اند افسردگی را بهبود ببخشند. اگرچه این تحقیق، یک مطالعه موفقی بود اما به دلیل این که تعداد نمونه‌های آن کم بود چندان قابلیت تعمیم ندارد.

کورانکوت<sup>۳</sup>، موخرجی<sup>۴</sup> و اشرف‌ای<sup>۵</sup> (۲۰۱۴) در تحقیقی با عنوان درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت برای اجتماع سنتی هند به این نتیجه رسیدند که افراد مورد مطالعه

---

۱. Sundstrom  
۲. Interpersonal psychotherapy for Depression  
۳. Koorankot  
۴. Mukherjee  
۵. Ashraf. A



کاهش معناداری در میزان افسردگی داشتند که به معنای مؤثر بودن این درمان برای افسردگی است که یکی از اختلالات شدید روانشناختی می‌باشد.

برگ و میلر<sup>۱</sup> (۱۹۹۳) در تحقیقی با عنوان رویکرد راه‌حل‌مدار و اثربخشی بر مشکلات الکلیسم این درمان را برای حل مشکلات افراد الکلی به کار بردند و از مراجعان خواستند تا لحظات استثنا و زمان‌هایی که آن‌ها الکل مصرف نکرده‌اند را شناسایی کنند تا متوجه شوند در آن زمان‌ها چه چیزی تفاوت داشته است توانمندی‌ها و حمایت‌های مراجعین شناسایی شد و تقویت گردید. اهداف مراجعان از طریق پرسیدن سؤال شناسایی و مشخص شد، فرایند پیشرفت و گام‌های هرچند کوچک مراجعان برای رسیدن به موفقیت شناسایی گردیدند (به‌عنوان مثال گذراندن یک هفته بدون مصرف در مقابل هرگز نوشیدن) نتایج تحقیق نشان داد که مشکلات نوشیدن و بازگشت به آن کاهش یافته است.

سعادت زاده و خلیلی<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر بهبود تنظیم هیجانی و موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان را مورد بررسی قرار دادند. این پژوهش به روش نیمه آزمایشی و با مدل پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل انجام شد، پس از انجام پیش‌آزمون مداخله راه‌حل‌مدار طی ۷ جلسه انجام شد، نتایج پس‌آزمون نشان داد که نمرات آزمودنی‌ها در تنظیم هیجانی و موفقیت تحصیلی افزایش یافته است و بین نمرات گروه کنترل و آزمایش و همچنین در مقایسه با نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری ایجاد شده است.

میرهاشمی و نجفی (۱۳۹۳) در پژوهشی اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار را بر تاب‌آوری و احساس انسجام بیماران مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) مورد بررسی قرار داده‌اند. آن‌ها در این پژوهش که به صورت نیمه آزمایشی انجام شد، ۱۶ بیمار مبتلا به ام اس را به صورت تصادفی انتخاب کردند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل

---

۱. Berg & miller

۲. Saadat zaade and Khalili

پرسشنامه تجدیدنظر شده احساس انسجام فلسنبرگ و مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون بود که بیماران پیش از مداخله آن را تکمیل کردند و پس از ارائه درمان راه حل مدار، که در پنج جلسه ۷۵ دقیقه‌ای انجام شد، پس از آزمون توسط پژوهشگران به عمل آمد. نهایتاً نتایج آزمون  $t$  همبسته نشان داد که میزان متغیر تاب آوری و حس انسجام در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارند و در پایان آن‌ها نتیجه گرفتند که روش درمان راه حل مدار می‌تواند بر تاب آوری و احساس انسجام بیماران مبتلا به ام اس اثربخش باشد.

نهایتاً پژوهش دیگری که اثربخشی درمان راه حل مدار بر بهبود مشکلات روانشناختی را مورد بررسی قرار می‌داد، پژوهشی است که توسط داودی، اعتمادی و بهرامی (۱۳۹۰) صورت گرفت. این پژوهش با سبکی متفاوت‌تر به بررسی پیشگیری از مشکلات روانشناختی پرداخت. آن‌ها در این تحقیق به بررسی اثربخشی درمان راه حل مدار بر کاهش گرایش به طلاق در بین زنان و مردان مستعد طلاق پرداختند. این پژوهش نیز مشابه با پژوهش‌های دیگر که به آن‌ها اشاره شد به روش نیمه تجربی انجام شد و در آن از پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه شامل گروه آزمایش و گروه گواه استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل آن دسته از زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مداخله در بحران شهر اصفهان می‌شد که به صورت خودمعرف مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۲ زوج بود که از زوجینی که داوطلب به شرکت در مطالعه بودند، به صورت نمونه در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر استفاده از روش‌های آمار توصیفی از روش تحلیل هم پراکنش استفاده کردند، یافته‌های این پژوهش نشان داد که رویکرد درمانی راه حل مدار بر کاهش گرایش به طلاق مؤثر است.

بر این اساس با توجه به مطالعاتی که ذکر شد درمان راه حل مدار در مشکلات سازگاری و مسائل روانشناختی و همچنین در بحث پیشگیری از شکل‌گیری این مشکلات درمان مؤثری است، نهایتاً با توجه به این که تاکنون پژوهشی مستقیماً به

اثر بخشی این درمان در افزایش تاب آوری و پیشگیری از عود اعتیاد نپرداخته است، پس در این پژوهش به این مسئله می پردازیم. از آنجا که تقریباً تمام مطالعات از روش نیمه آزمایشی استفاده کرده اند بنابراین در این پژوهش نیز همین روش مورد بررسی قرار می گیرد.

### چارچوب نظری پژوهش

نظریه ای که این درمان بر آن مبتنی است در عین تمام عمقی که دارد موضوع ساده ای است و این فرض بر این اساس است که مردم توانمندند و منابع لازم برای حل مشکلات خویش را در اختیار دارند. در طول جلسات راه حل مدار بهتر است به جای تمرکز بر ریشه مشکلات، الگوهای فکری و نحوه شکل گیری آن به راه حل های ممکن برای حل مسئله در زمان حال توجه نمود (Jackson & McKergow, ۲۰۰۲). از لحاظ تئوریک این درمان بر این فرض نظری مبتنی است که تغییر از مسیر چگونگی در نظر داشتن مشکل توسط مراجع و درمانگر و نحوه صحبت کردن درباره مشکلات اتفاق می افتد. به عبارت دیگر مشکلات و راه حل ها لزوماً مسائلی نیستند که واقعیت داشته باشند بلکه این مسائل حاکی از یک دیالکتیک بین مراجع و دنیای اطراف مراجع هستند (Cavanagh & Grant, ۲۰۱۰). تفکر درمان راه حل مدار کاملاً متضاد با روش مشکل مدار و مسئله مدار است. در رویکرد مشکل مدار فرض بر این است که صرفاً با شناسایی و تشخیص ریشه های شکل گیری یک مشکل و به عبارتی فهم تاریخچه مشکل، مسیر برای حل مؤثر آن مسئله هموار می شود.

در مقابل درمان راه حل مدار به جای تأکید بر کشف و بررسی سبب شناسی موضوعات، توجه به راه حل های ممکن برای حل مسئله را مهم تر و اساسی تر در نظر می گیرد و مستقیماً بر این مسئله تمرکز می کند که تغییر چگونه رخ می دهد. فرض رویکرد راه حل مدار این است که جست و جو برای سبب شناسی یک مسئله امری بیهوده

است و صرفاً بر پیچیدگی مسئله می‌افزاید و به‌عنوان مانعی در راه شناسایی راه‌حل‌های مفید عمل می‌کند، این امر سبب کاهش خودباوری فرد می‌شود و با کاهش انگیزه و تاب‌آوری مشکلات مراجع را بیشتر می‌کند (McKergow & Stellamans, ۲۰۱۱). نهایتاً این که تفکر مساله‌مدار به یک چرخه منفی منجر می‌شود که با نشخوار فکری در مورد مشکلات و عدم کشف راه‌حل‌های مناسب؛ مشکل تشدید شده و فرد را در یک چرخه مداوم ناامیدی گرفتار می‌کند. همان‌گونه که مطالعات متعددی نشان داده، نشخوار فکری به‌عنوان یک ریسک، فاکتور عمده برای مشکلات مربوط به افسردگی و عود افسردگی عمل می‌کند و یک پیش‌بینی منفی برای رضایت از زندگی و کیفیت زندگی است. نشخوار فکری همچنین به کاهش تمرکز، جهت‌گیری منفی شناختی و مهارت‌های ناقص حل مسئله می‌انجامد (Grant et al, ۲۰۱۲). بر همین اساس است که تفکر مشکل‌مدار چندان مناسب به نظر نمی‌رسد. در مقابل پردازش شناختی که مبتنی بر یک تفکر راه‌حل محور باشد تمرکز بیش از حدی بر روی مشکلات و علل آن‌ها نخواهد داشت در عوض این پردازش شناختی بخش عظیمی از انرژی فرد را برای کشف راه‌حل‌های مناسب و استفاده مناسب از منابع شناختی حفظ می‌کند و به یافتن مهارت‌های مؤثرتر حل مسئله و مهارت‌های چندگانه می‌انجامد که این مسئله پتانسیل عمل فراوانی را برای مراجع ایجاد می‌کند، بنابراین انتظار می‌رود که سبک تفکر راه‌حل محور با بهزیستی روان شناختی و اثرات مطلوب روانشناختی همراه باشد. دلیل عمده این مسئله می‌تواند بازتاب تفکر درباره راه‌حل‌های موجود باشد به‌گونه‌ای که رسیدن به هر یک از اهداف راه‌حل‌های کوناگون را در اختیار فرد قرار می‌دهد و به ایجاد راه‌حل‌های جدید در برخورد با مسائل می‌انجامد (Snyder, & Rand, ۲۰۰۲ Sigmon). همچنین موجب ارتقای خودکارآمدی فرد می‌شود (Bandura, ۱۹۸۲). در همین راستا جست‌وجوی راه‌حل‌های مؤثر حل مشکلات می‌تواند موجب ارتقای تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روانشناختی شود. در واقع رویکرد راه‌حل‌مدار با تمرکز بر راه‌حل‌های مناسب، سیکل معیوب شکست را قطع کرده و درمان‌جو را از تفکر به ضعف و

ناتوانی های خود دور می کند و وی را بر توانمندی هایش متمرکز می سازد (Cavanagh & Grant, ۲۰۱۰). با توجه به مسائلی که ذکر شد از آنجاکه دنیای اطراف فرد معتاد سرشار از مخاطرات و سیکل های معیوب است و به ویژه پس از ترک این مسئله به عود مجدد می انجامد، پس مداخله ای که بتواند فرد را بر توانمندی هایش متمرکز سازد و با ارتقای تاب آوری و بهزیستی روانشناختی اش از این سیکل معیوب تا حدی رها سازد لازم به نظر می رسد، بنابراین با توجه به چارچوب نظری که ذکر شد در این پژوهش درصدد بررسی اثر بخشی این درمان بر ارتقای تاب آوری و جلوگیری از بازگشت مجدد افرادی که ترک مصرف دارند، می باشیم.

### فرضیه اساسی پژوهش

بر اساس چارچوب نظری پژوهش فرضیه اصلی در این تحقیق عبارت است از:  
درمان راه حل مدار کوتاه مدت می تواند منجر به ارتقای تاب آوری و جلوگیری از عود مردان ترک کرده وابسته به مواد مخدر شود.

### اهداف پژوهش

اهداف این پژوهش عبارت اند از:  
بررسی اثر بخشی درمان راه حل مدار بر افزایش تاب آوری در میان مردان ترک کرده وابسته به مواد مخدر شهرستان قروه.  
بررسی اثر بخشی درمان راه حل مدار بر پیشگیری از عود اعتیاد در میان مردان ترک کرده وابسته به مواد مخدر شهرستان قروه.

### روش شناسی پژوهش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

این پژوهش یک پژوهش نیمه آزمایشی است که در سال ۱۳۹۳ در مرکز ترک اعتیاد شهر قروه به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل با پیگیری سه‌ماهه اجرا شده است. جامعه آماری شامل تمام مردان وابسته به مواد مخدر مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر قروه در سال ۱۳۹۳ است که بر اساس معیارهای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم (DSM-5) تشخیص وابستگی به مواد مخدر را دریافت کرده بودند و دوره درمان را به پایان رسانده بودند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از مرد بودن، حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۶۰ سال، گذشتن بیش از دو هفته از اتمام مرحله درمان با تشخیص پزشک مرکز، عدم مصرف داروهای ضد روان‌پریشی، عدم شرکت همزمان در برنامه‌های دیگر درمانی در زمان پژوهش، که از میان کسانی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند ۳۰ نفر به روش تصادفی ساده انتخاب شدند و با روش نمونه‌گیری تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار داده شدند. از آنجاکه در این تحقیق آزمایشی (تجربی) آزمودنی‌ها در شرایط مداخله تحت نظر بودند و به‌طور تصادفی انتخاب شدند و همچنین از این جهت که در این تحقیق از گروه کنترل برای سنجش تفاوت‌ها استفاده گردید نتایج از اعتبار درونی بالایی برخوردارند. همچنین اجرای پرسشنامه‌ها و سنجش اولیه توسط درمانگر انجام نگرفت تا سوگیری رخ ندهد، که این بر اعتبار درونی کار می‌افزاید.

### روش اجرا

افراد گروه آزمایش به مدت هفت جلسه یک و نیم ساعته تحت درمان راه‌حل‌مدار به شیوه گروهی قرار گرفتند، محتوای مداخله درمان راه‌حل‌مدار اقتباسی است از پژوهش‌های گوناگون در این حوزه با تمرکز بر کارهای (De Shazer et al, ۲۰۰۶)، که به‌طور خلاصه ایجاد یک راه‌حل مثبت و منطقی با موضع متمرکز، بررسی راه‌حل‌های مثبت قبلی، جستجوی استثنائات، پرسیدن سؤال در مقابل دستور یا تفسیر، سؤالات

حال و آینده محور در مقابل سؤالات گذشته محور را شامل می‌شود که محتوای جلسات به‌طور خلاصه بدین شرح است، جلسه اول: آشنایی اعضای گروه و روانشناس با یکدیگر و ایجاد رابطه جهت ایجاد راپورت درمانی، نظرخواهی از اعضا در مورد احساساتشان راجع به جلسه، درخواست از اعضا برای بیان کردن اهدافشان از درمان به‌وسیله عبارات و واژه‌های مثبت و قابل‌دستیابی و عملیاتی. به عنوان مثال نتیجه‌ای که از این درمان می‌خواهید بگیرید چیست؟ به‌جای مشکلات چه چیزی را می‌خواهید جایگزین کنید؟ پس از رسیدن به این اهداف چه تغییراتی در زندگی شما ایجاد می‌شود؟ فرمول‌بندی اهداف و جمع‌بندی آن توسط روانشناسان و تعیین زمان و محل تشکیل جلسه آینده. جلسه دوم: مقدمه‌ای از اقدامات جلسه قبل، گفتگو مختصر درباره مشکل و پس از اظهار مشکل توسط مراجعان ارائه فن موارد استثنایی که بر توانمندی‌ها و قابلیت‌های مددجویان استوار است (چه مواقعی در مقابل وسوسه اعتیاد احساس بی‌تابی نمی‌کنید) و فن سؤال معجزه در مورد کسانی که مدعی هستند مورد استثنایی را تجربه نکرده‌اند (تصور کنید که امشب معجزه‌ای اتفاق افتد و مشکلات ناشی از وسوسه در مقابل بازگشت به اعتیاد همگی به‌یک‌باره از بین بروند اما شما از این واقعه بی‌اطلاع باشید و به خواب بروید، اولین نشانه‌ای که فردای آن شب به شما خواهد گفت که این معجزه رخ داده چه خواهد بود؟ و تشویق مراجع به توصیف اقداماتی که فردای روز معجزه انجام خواهد داد به شکلی عملیاتی و مشخص) و ثبت پاسخ‌های افراد. همچنین انتقال درمان از گفت‌وگوی مشکل‌مدار به گفتگوی راه‌حل‌مدار، ارائه ملاک‌های ایجاد اهداف مؤثر در طی گفتگوهای اعضای گروه به فراخور بحث مراجعان، که به این شرح است: هدف مثبت: به‌جای هدف‌های منفی هدف باید مثبت باشد (مثلاً به‌جای هدف این که می‌خواهم از شر اعتیاد و بازگشت به آن خلاص شوم، هدف به‌جای اعتیاد چه کار مثبتی انجام دهم). فرآیند: چگونه این گزینه سالم‌تر را انجام خواهم داد. زمان حال: وقتی امروز اینجا را ترک کردید چه کار متفاوتی خواهید کرد. عملی: این هدف چقدر دست‌یافتنی است. مشخص و روشن: مشخصاً چگونه به این راه‌حل می‌رسید.

خود تصمیم‌گیری درمان‌جو: وقتی این گزینه اتفاق افتاد شما چه کار خواهید کرد. استفاده از زبان درمان‌جو برای تشکیل اهداف: ایجاد توجه گروه به این که همان‌گونه که هر مراجع بی‌همتاست هر راه‌حل نیز بی‌همتاست، درخواست از اعضا برای مشخص کردن چند تکلیف و راه‌حل بر اساس ملاک‌های مطرح‌شده و اعلام آن به گروه. تشویق اعضا به دادن بازخورد در مورد راه‌حل‌های دیگران. پرسش در مورد احساس خود در پایان جلسه و جمع‌بندی جلسه. **جلسه سوم:** بیان مختصر آنچه که در جلسه پیش توسط اعضا ارائه‌شده بود. پیگیری تکالیف اعضا و بازخورد مناسب به تکالیف صحیح و رفع مشکلات تکالیف ناصحیح توسط خود مراجعان و اعضای گروه و ارائه چهار رهنمود مطرح‌شده برای انتخاب راه‌حل‌ها (بحث به‌صورت گروهی در مورد هرکدام از این مسائل) - اگر راه‌حل مؤثر است آن را ثابت نگه دارید و به‌دفعات بیشتری آن را انجام دهید. - اگر اندکی مؤثر است تصمیم بگیرید بیشتر روی آن کار کنید. - اگر به نظرتان هیچ راه‌حلی مؤثر نیست معجزه‌هایی را تجسم و آزمایش کنید. - تصمیم بگیرید با هر جلسه به‌عنوان آخرین جلسه برخورد کنید تغییر حالا شروع می‌شود نه هفته بعد. القای این عقیده که همه افراد می‌توانند برای مشکلات خود راه‌حل بیابند جمع‌بندی جلسه و تعیین اهداف جلسه بعد، توسط روانشناس. **جلسه چهارم:** توضیح مختصری از آنچه در جلسه قبل توسط اعضا گفته شد، جویا شدن درباره این که چه زمان‌هایی و با چه اقداماتی احساس تاب‌آوری بیشتری درباره وسوسه مصرف مجدد دارند و توصیف این اقدامات و تلاش برای تکرار آنها، تشویق مراجع به درجه‌بندی میزان دستیابی به اهداف تعیین‌شده‌شان با نمره‌ای بین صفر تا ده، که ده بیشترین میزان دستیابی را منعکس می‌کند (بیکر و همکاران، ۲۰۱۰) و مشخص کردن این مسئله که برای رسیدن به این اهداف چه اقداماتی را انجام داده‌اند و ارائه تکلیف در همین رابطه و نهایتاً جمع‌بندی جلسه. **جلسه پنجم:** تصحیح اشکالات توسط خود اعضای گروه و روانشناس، بیان راهکارهایی که برای رفع اشکالات و موانع در زمانی که مراجعان



به قدر کافی پیشرفت کرده‌اند و از عملکرد خود رضایت دارند، دادن تکلیف در مورد عملیاتی کردن نحوه انجام این تصحیحات. **جلسه ششم:** بررسی تکالیف و بازخورد چگونگی انجام این تصحیحات بعد از اتمام جلسات درمان باهدف گذاری خودانگیخته خود مراجع، جهت‌دهی تعمیم دستاوردهای جلسات به سایر موقعیت‌ها، **جلسه هفتم:** کشف دقیق میزان پیشرفت اعضا در ارتقای تاب‌آوری و غلبه بر وسوسه‌ها، از آخرین دیدارهای ما چه چیزی رو به بهبودی گذاشته است؟ پرسیدن روانشناس از استثنائاتی که در طول درمان به وجود آمده است و تأکید بر این که این راه‌حل‌ها را خود مراجع به دست آورده است و در آینده نیز توانایی آن را خواهد داشت، پرسیدن احساس و نظرات مراجعان راجع به اتمام درمان و ارزیابی آن‌ها از جلسات، و تعیین تاریخ و محل جلسه پیگیری. **جلسه پیگیری:** ارزیابی دستاوردهای مراجعان در طول سه ماه توسط مراجعان و تعداد بارهایی که به وسوسه مصرف غلبه نموده‌اند و تاب‌آوری خود را افزایش داده‌اند و اجرای پس‌آزمون از هر دو گروه کنترل و آزمایش به صورت جداگانه، تشکر و قدردانی از همکاری آن‌ها در اجرای آزمون.

### ابزار پژوهش

**پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون:** تاب‌آوری به وسیله مقیاس تاب‌آوری (Connor & Davidson, ۲۰۰۳) اندازه‌گیری شد، این مقیاس توانایی سازگاری با تنش و مدیریت شرایط آسیب‌زا را اندازه می‌گیرد. طراحی اولیه این ابزار با دو هدف انجام شد، یکی تهیه مقیاسی برای سنجش تاب‌آوری در نمونه‌های بالینی و بهنجار و همچنین ارزیابی میزان تغییر نمرات تاب‌آوری در پاسخ به درمان (Campbell-sills&stein, ۲۰۰۷). این مقیاس دارای دو نسخه است، نسخه اصلی و بلند (cd rise) از ۲۵ آیتم تشکیل شده است که تاب‌آوری را در ماه گذشته می‌سنجد که نمره بالاتر، تاب‌آوری بیشتر را نشان می‌دهد، هرکدام از آیتم‌ها در ۵ رتبه از کاملاً

غلط تا کاملاً صحیح رتبه‌بندی می‌شوند، دامنه امتیازات نیز از صفر تا صد است. این مقیاس به خوبی می‌تواند افراد تاب آور را از غیرتاب‌آور جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کاربرده شود. پنج خرده مقیاس شایستگی، استحکام شخصی، پذیرش مثبت تغییر، غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، کنترل، روابط ایمن و معنویت برای این مقیاس تأیید شده اما چون پایایی و روایی زیرمقیاس‌ها هنوز به طور نهایی تأیید نشده است، در حال حاضر فقط نمره کلی تاب آوری برای اهداف پژوهشی، معتبر محسوب می‌شود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳، نقل از شفیع زاده، ۱۳۹۱). مطالعه اولیه این آزمون در جمعیت عمومی و بیماران، همسانی درونی و پایایی پیش‌آزمون- پس‌آزمون و اعتبار همگرا و واگرایی مناسبی را نشان داد (Connor & Davidson, ۲۰۰۳)، در همین راستا (Scali et al, ۲۰۱۲) نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۸ درصد را گزارش نمودند. کومپل سیل و آستین نیز در سال ۲۰۰۷ نسخه کوتاه تر آن را (cd-RISC-۱۰-campbel sills & stein) تهیه نمودند که ده آیتم دارد و در طیف لیکرت سنجیده می‌شود. نسخه خلاصه‌تر آن منعکس‌کننده توانایی تحمل تجاربی مانند: تغییرات، مشکلات فردی، فشار بیماری شکست و احساس درد به عنوان مثال توانایی سازگاری با تغییرات و گرایش به عقب‌نشینی از بیماری و سختی است. (Scali et al, ۲۰۱۲).

در این آزمون ما از نسخه اولیه و بلند آن که دارای ۲۵ آیتم است استفاده می‌کنیم: محمدی (۱۳۸۴) این مقیاس را برای استفاده در ایران هنجاریابی کرده است. وی این مقیاس را بر روی ۲۴۸ نفر اجرا کرد و پایایی آن با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ به دست آمد (شاکری نیا و محمد پور، ۱۳۸۹). در این پژوهش پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ بررسی شد و ضریب پایایی ۰/۹۱ به دست آمد. جوکار (۱۳۸۶) نیز پس از ترجمه و سنجش، پایایی، ۰/۹۳ درصد را گزارش نمود و برای تعیین روایی از روش تحلیل عامل استفاده نمود. نتایج تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی بیانگر وجود یک عامل کلی در مقیاس بود. ملاک استخراج

عوامل، بالاتر از یک بود. شاخص KMO شیب منحنی اسکری و ارزش ویژه برابر ۰/۹۱ و ضریب کرویت بارتلت برابر ۲۱۷۴ و در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار بود که نشان‌دهنده کفایت نمونه‌گیری سؤال‌ها و ماتریس همبستگی بودند (جوکار ۱۳۸۶). ۲- تست تشخیص سریع: پاک بودن بیمار از مواد مخدر نشانه عدم بازگشت است به همین جهت ابزار دیگری که مورداستفاده قرار گرفت تست آزمایشگاهی تشخیص سریع بود که برای سنجش بازگشت به مصرف معتادان به کار رفت. تست تشخیصی کیفی برای تعیین مورفین در نمونه ادراری است که برای تشخیص پزشکی و سایر تشخیص‌های حرفه‌ای در شرایط آزمایشگاهی استفاده می‌شود (شاه‌محمدی قهاره و همکاران، ۱۳۸۷).

#### یافته‌ها

از جدول ۱ برمی‌آید که (۰/۲۶) آزمودنی‌ها بین سنین ۲۰-۳۰ سال قرار دارند، (۰/۳۶) بین سنین ۳۰ تا ۴۰ سال و (۰/۳۷) نیز در دامنه سنی ۴۰ تا ۵۰ سالگی می‌باشند. میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه آزمودنی‌ها به ترتیب ۳۳/۲، ۸/۴ است. از نظر وضعیت تحصیلی (۰/۳۳) از افراد در مقاطع تحصیلی راهنمایی، (۰/۴۰) در مقطع دیپلم و (۰/۲۷) نیز در مقطع فوق‌دیپلم و بالاتر قرار دارند. وضعیت تأهل نیز نشان می‌دهد که ۰/۶۷ افراد شرکت‌کننده در آزمایش متأهل و ۰/۳۳ مجرد هستند.

جدول ۱- اطلاعات جمعیت شناختی

سن	فراوانی	درصد	تحصیلات	فراوانی	درصد	وضعیت تأهل	فراوانی	درصد
۲۰ تا ۳۰	۸	۲۶	راهنمایی	۱۸	۳۳	مجرد	۱۲	۳۳
۳۰ تا ۴۰	۱۱	۳۶	دیپلم	۸	۴۰			
۴۰ تا ۵۰	۱۱	۳۶	فوق‌دیپلم و بالاتر	۴	۲۷	متأهل	۱۸	۶۷

جدول ۲- آمار توصیفی

پیش‌آزمون		پس‌آزمون		تعداد	گروه افراد
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
۳۳/۲۹	۹/۸	۳۳/۴۴	۶/۲۱	۱۵	گروه آزمایش
۵۳/۲۸	۶/۹	۴/۲۷	۷/۷	۱۵	گروه کنترل

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات به دست آمده از پرسشنامه تاب‌آوری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است که در گروه آزمایش می‌بینیم میانگین نمرات بعد از اجرای متغیر مستقل؛ در پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است، ولی در گروه کنترل افزایشی دیده نمی‌شود. برای این که معنادار نبودن تفاوت میانگین دو گروه آزمایش و کنترل را در پیش‌آزمون بسنجیم، آزمون تی-تست مستقل بکار برده شد که نتایج آن در جدول ۴ ذکر شده است. از جدول ۲ می‌توان فهمید که چون در پیش‌آزمون تفاوت میانگین‌ها معنادار نیست ( $P > /0.05$ ) پس نتیجه گرفته می‌شود که بین دو گروه از نظر تاب‌آوری در ابتدای آزمایش تفاوتی وجود ندارد.

جدول ۳- آزمون کالموگروف اسمیرنوف

پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پیگیری		
میانگین	انحراف استاندارد	Asymp. Sig	میانگین	انحراف استاندارد	Asymp. Sig	میانگین	انحراف استاندارد	Asymp. Sig
۹۳/۲۷	۹/۳	۰/۹	۳۵/۱۳	۱/۸	۰/۳۱	۳۶	۱/۸	۰/۴۳

نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف نشان داد که در سه سطح آزمون، توزیع داده‌ها طبیعی است؛ چون که در هیچ کدام معنادار نبود ( $p > /0.05$ ) و فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع تأیید می‌شود. با توجه به این که هم توزیع داده‌ها نرمال است و هم واریانس‌ها برابر است، بنابراین می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد که برای مقایسه میانگین دو گروه باید از آزمون تی تست مستقل استفاده کرد که در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری در جدول ۴ آمده است:

جدول ۴- نتایج آزمونی تست مستقل

معناداری	درجه آزادی	مقدار t	تفاوت میانگین‌ها	آزمون لوین (برابری واریانس‌ها)		شناسه
				Sig	F	
۰/۰۰۱	۲۸	۹/۲۵	۱۶/۹			پس آزمون
۰/۰۰۱	۲۸	۷/۲	۱۵/۳۶	۰/۲	۴۵/۴	پیگیری
				۰/۸	۳۵/۳	

با توجه با آنچه در جدول ۴ می‌بینیم، تفاوت میانگین‌ها در پس آزمون دو گروه ( $t=9/2$  و  $16/9$ )، و در پیگیری ( $t=7/2$  و  $15/3$ ) می‌باشد که در این سطوح معنادار است ( $P < /0.05$ ). بنابراین نتایج تی تست برای دو گروه مستقل نشان داد که درمان راه حل مدار باعث افزایش نمره تاب‌آوری در پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش شده است که این افزایش در گروه کنترل دیده نمی‌شود.

پس از جلسات درمانی گروهی، بیمارانی که امکان دسترسی به آن‌ها وجود داشت دعوت شدند و پس از ۳ ماه پیگیری میزان عود و پرهیز آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

از گروه آزمایش ۲ نفر و از گروه کنترل ۴ نفر در دسترس نبودند. نتایج آماری آزمون خی دو در جدول ۵ آمده است:

جدول ۵- نتایج آماری آزمون خی دو

پیگیری		پس آزمون				گروه		متغیر
		کنترل N=۱۱		آزمایش N=۱۵				
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۸۴	۱۱	۰	۰	۸۰	۱۲	۱۳	۲	پرهیز (عدم عود)
۱۶	۲	۱۰۰	۱۱	۲۰	۳	۸۶	۱۳	عود
۵۵	۱۳	۴۵	۱۱	۵۰	۱۵	۵۰	۱۵	مجموع

( $p < 0.01$ )

یافته‌های پژوهش در پاسخ به این فرض که بین دو گروه از لحاظ تعداد دفعات عود و عدم عود، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله وجود دارد؛ تأیید گردید ( $p < 0.01$ )، ( $\chi^2 = 8.3$ ) و ( $p < 0.01$ )، ( $\chi^2 = 7.95$ ).

بنابراین می‌بینیم که درمان راه‌حل‌مدار با بالا بردن تاب‌آوری، باعث کاهش عود در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است، درحالی‌که این کاهش عود در گروه کنترل دیده نمی‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف اساسی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌مدار بر افزایش تاب‌آوری و پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد مخدر در شهر قروه بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌مدار موجب پیشگیری از عود و افزایش

تاب‌آوری در گروه آزمایش به نسبت گروه گواه می‌شود، پس با توجه به فرضیه اصلی بررسی شده، نظریه اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر ارتقای تاب‌آوری و سلامت روان شاخصی مورد تأیید قرار گرفت. این یافته‌ها در اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار در اختلالات سازگاری و مشکلات روانی مزمن با پژوهش‌های شاکرمی، داورنیا و زهراکار (۱۳۹۲)، کورانکوت و همکاران (۲۰۱۴)، سعادت زاده و خلیلی (۲۰۱۲) و ساندستروم (۲۰۰۵) و در اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر افزایش تاب‌آوری با یافته‌های نجفی و میر‌هاشمی (۱۳۹۳) و در اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر موضوع اعتیاد با یافته‌های بولز و همکاران (۲۰۱۳) و برگ و میلر (۱۹۹۳) همسو است. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که علاوه بر درمان‌های پزشکی مداخلات روانشناختی نیز بر کاهش عود مؤثر است و این عمل را از طریق تأثیر بر متغیرهایی همچون تاب‌آوری و سایر متغیرها انجام می‌دهند و لازم است توجه بیشتری به این مداخلات شود. در این میان مشخصاً در موضوع مورد پژوهش حاضر در بین افراد مبتلا به اعتیاد از سویی به دلیل تاب‌آوری پایین که بدین گونه سنجیده می‌شود که فرد چگونه به تهدیدها واکنش نشان می‌دهد و از توانایی‌ها و سیستم حمایتی موجود خود استفاده می‌کند (کوندلی، ۲۰۰۶) هم سازگاری فرد با عامل خطرناک ضعیف شده و هم از توانایی‌ها و سیستم حمایتی موجود خود به درستی استفاده نمی‌کند و این توانایی‌ها را که می‌ماند که طبق تحقیقات گذشته واحدی، ناشی از مهارت‌های حل مسئله پایین، عزت‌نفس پایین و عدم دسترسی به سیستم حمایتی است (Stempleman et al, ۲۰۰۹) که در مواجهه با عامل خطرناکی مانند وسوسه بازگشت به اعتیاد فرد را با مشکل روبه‌رو می‌سازد. علاوه بر این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد وابسته به مواد مخدر در مهارت‌های ضروری جهت رویارویی با مشکلات نقایصی دارند و از سوءمصرف مواد به‌عنوان روشی آشنا برای مقابله استفاده می‌کنند تا بتوانند هیجانات نامطلوب ناشی از موقعیت‌های دشوار درون فردی یا برون فردی را کاهش دهند (متین نژاد، موسوی و شمس، ۱۳۸۹). از طرف دیگر رویکرد کوتاه‌مدت راه‌حل‌مدار به درمانگران دیدگاه متفاوتی را درباره مراجعان ارائه می‌کند (selekman,

(۱۹۹۳) برخلاف رویکردهای سنتی که بر آسیب‌شناسی مراجع دچار وابستگی به مواد تأکید داشتند، مصرف مواد را به‌عنوان یک ساختار روانی اجتماعی و یک روش سازگاری با تجربیات استرس‌زای زندگی در غیاب روش‌های جایگزین مناسب سازگاری در نظر می‌گیرند (Osborn, ۲۰۰۱) بر اساس همین نوع نگرش سعی در افزایش راه‌حل‌های جایگزین سازگاری مشخصاً با تأکید بر تاب‌آوری شده است که این مهم به‌واسطه اصول درمان راه‌حل‌مدار صورت گرفته. درمان راه‌حل‌مدار با ویژگی‌های عملیاتی خود توانسته در افزایش تاب‌آوری مؤثر باشد، از آنجا که در این درمان درمانگران از نقاط قوت مراجعان و منابع، کلمات و عقاید آن‌ها استفاده می‌کنند (Banink, ۲۰۰۷) و یک رویکرد مشارکتی است که در آن مراجعان با توجه به ایده‌های که از شکل زندگی خویش در آینده دارند در ایجاد تغییرات لازم در زندگی خویش مهم‌ترین نقش را ایفا می‌کنند (Lee, Sebold & Uken, ۲۰۰۲)، پس این ویژگی‌ها می‌توانند به مراجعان کمک کنند تا روش‌های مناسب‌تر سازگاری را از طریق افزایش توانایی حل مسئله و با افزایش خودانگیختگی و صلاحیت‌های خود تحقق بخشند. به عبارتی همسو با دی‌جونگ و برگ (۲۰۰۱) دادن حس کنترل و تصمیم‌گیری به مراجعان ضروری است. در فرآیند درمان از مراجع دعوت می‌شود تا تغییرات کوچک در حل مسئله را شناسایی نماید به عبارتی از آنجا که مراجع کارشناس زندگی خود است راه‌حل متناسب خود را می‌یابد و آن را با موقعیت خاص خودسازگار می‌کند. این رویکرد تمرکز خود را بر این که بیماران چگونه تغییر می‌یابند معطوف می‌دارد نه این که چگونه به این حالت درآمده‌اند، بنابراین از زبان تغییر استفاده می‌کنند. بر اساس نتایج حاصله می‌توان گفت افرادی که در گروه آزمایش شرکت داشته‌اند، بیشتر می‌توانند مسائل و مشکلات خود را به بررسی گذاشته و در جهت ایجاد راه‌حل‌های خودانگیخته و قابل دسترسی قدم بردارند، چنین یافته‌هایی همسو با فرض‌های زیربنایی درمان راه‌حل‌مدار است. بر اساس یافته این پژوهش این تغییر موضع از طریق تمرکز بر زمان حال و آینده رخ می‌دهد و آنچه افراد وابسته به مواد مخدر را به سمت مسیری



سالم تر کشانده است هدف‌ها و راه‌حل‌های سالم‌تر و شادتری است که در طول جلسات درمان با خود تصمیم‌گیری و بهره‌گیری از جلسات گروهی به آن‌ها دست یافته‌اند؛ این اهداف مثبت، عملیاتی، مبتنی بر زمان حال، مشخص و تحت کنترل درمان‌جو و تصمیم‌فرد قرار داشتند. بر اساس مشی‌شناسایی اهداف خاص مراجعان و ایجاد یک رویکرد جدید تفکر، (DeJong, & Berg, ۲۰۰۱) و این اعتقاد که تغییر در تمام اوقات رخ می‌دهد جلسات هدایت می‌شد، بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که پیدا کردن علت مشکلات لزوماً به راه‌حل‌های بهتر نمی‌انجامد. آسیب‌شناسی شکل‌گیری اعتیاد به این که فرد اکنون چگونه می‌خواهد تغییر کند ربط چندانی ندارد، صحبت از راه حل با هدف هدایت مراجعان صورت می‌گیرد و از طریق توسعه و ایجاد لحظات استثنا و فن معجزه اجرا می‌شود. فریدمن و کامبز<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) جستجوی استثنائات را به عنوان راه‌هایی که افراد تجاربی را در مغایرت با داستان خود کسب می‌کنند، توصیف می‌کنند. با برجسته کردن وقایع متفاوت، آن‌ها فضایی را برای نوشتن داستان جدیدی برای خود به وجود می‌آورند. اگر مراجعان بتوانند استثنائات را تشخیص دهند، تکرار یا توسعه آن‌ها می‌تواند قسمت صحیح راهکار آن‌ها شود. زمان‌هایی وجود دارد که نشانگان آسیب ظاهر می‌شود اما به طریقی کمتر می‌شوند و زمان‌هایی وجود دارد که آن نشانگان برای یک دوره زمانی ناپدید می‌شوند. در زمان‌های استثنائی، مراجع در حال کشف نوعی زندگی است که بدون مسئله باشد یا حداقل شدت مسائل تا اندازه‌ای کمتر شده باشد (نقل از داورنیا و همکاران، ۱۳۹۲). در این پژوهش از مراجعان خواسته شد تا لحظات استثنا و زمان‌هایی که آن‌ها تاب‌آوری بیشتری داشتند را شناسایی کنند تا متوجه شوند در آن زمان‌ها چه چیزی تفاوت داشته است، تا با تقویت آن‌ها در زمان‌ها و موقعیت‌های دیگر توانایی مقاومت در برابر وسوسه بازگشت به اعتیاد را در خود افزایش دهند. پس توانمندی‌ها و منابع حمایتی

---

<sup>۱</sup> freedman & combs

مراجعه‌کن شناسایی و تقویت و اهداف مراجعان از طریق پرسیدن سؤال معجزه شناسایی و مشخص شد و فرایند پیشرفت و گام‌های هرچند کوچک مراجعان برای رسیدن به موفقیت موردبررسی قرار گرفت. به عبارتی همسو با فرض‌های اساسی راه‌حل‌مدار به مددجویان کمک شد تا از موارد استثنایی الگوهای مشکل، خودآگاه‌تر شوند. به عبارتی فرد معتاد هنگامی که از این موارد استثنایی و دریافت پر از مشکل و ناسالم آگاه شود می‌تواند با خودانگیختگی و خود تصمیم‌گیری و دریافت پذیرش غیرمشروط از درمانگر راه‌حل‌مدار و همکاری سایر اعضای گروه موارد بیشتری از این لحظات استثنا را شناسایی نماید و سعی در تکرار آن‌ها نماید. همان‌گونه که نتیجه پژوهش نشان داد این خودانگیختگی و تاب‌آوری در مرحله پیگیری نیز ادامه یافته که نشان از توانمندی‌های مراجعان در ایجاد راه‌حل‌های متناسب با زندگی خویش دارد و این نکته که مراجعان کارشناسان زندگی خود هستند بیشتر نمایان می‌شود. از طرفی دیگر از آنجاکه این درمان بسیار کوتاه‌مدت و ارزان‌تر از سایر مداخلات در این حوزه می‌باشد و حدود ۶۷/۷ درصد از معتادان که دچار بازگشت می‌شوند از طبقه فقیر و پایین جامعه هستند (امینی، افشار و آذر ۲۰۰۴؛ نقل از شاطریان و همکاران، ۱۳۹۳) پس این روش به درمانگران توصیه می‌شود. نتیجه‌گیری نهایی از این تحقیق این است که مداخله راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت (SFBT) به‌عنوان یکی از مداخلات مددکاری اجتماعی و روانشناختی بر افزایش تاب‌آوری و کاهش عود مردان وابسته به مواد مخدر شهر قروه اثربخش است. از محدودیت‌هایی که پژوهشگران در این پژوهش با آن روبرو بودند می‌توان به این اشاره کرد که امکان پیگیری طولانی‌تر و حضور زنان در جلسات درمان برای محققین وجود نداشت. در نهایت از آنجاکه این تحقیق محدود به مردان وابسته به مواد مخدری بود که در کلینیک ترک اعتیاد شهر قروه برای درمان مراجعه کرده بودند، پس تعمیم‌یافته‌ها باید با احتیاط صورت پذیرد. از آنجا که طرح این تحقیق شبه آزمایشی است نتایج در یک محیط آزمایشی به‌دست آمده و نیز فقط بر آزمودنی‌های مرد اجرا شده است، طبیعتاً از اعتبار بیرونی کمی می‌تواند برخوردار باشد، پس توصیه

## اثر بخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت ... ۱۰۱

می‌گردد که با نتایج آن با احتیاط برخورد شود و همچنین با توجه به نقش مؤثر این مداخله، توصیه می‌گردد که این مطالعه در رابطه با سایر مشکلات و اختلالات مزمن و در مقایسه با سایر درمان‌های این حوزه انجام شود و با بهره‌گیری از نمونه‌های بزرگ‌تر و نیز تمرکز بر زنان و مردان وابسته به مواد مخدر به صورت توأم و در فرهنگ‌ها و قومیت‌های دیگر تحقیقات بیشتری در این زمینه انجام شود، تا تعمیم‌پذیری یافته‌ها افزایش یابد.

### پیشنهاد های کاربردی

- در نهایت بر اساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که روانشناسان بالینی، مشاوران و مددکاران اجتماعی توجه بیشتری به مداخلات مؤثر در زمینه پیشگیری از عود اعتیاد معطوف دارند که درمان (SFBT) یکی از این درمان‌هاست.
- از آنجا که این مداخله می‌تواند بر متغیرهایی همچون عزت نفس، خود کارآمدی و به‌ویژه متغیر محافظتی تاب آوری تأثیرگذار باشد و به این طریق بازگشت به اعتیاد را کاهش دهد بر همین اساس پیشنهاد می‌شود که روانشناسان و مددکاران اجتماعی برای ارتقای این متغیرها از مداخله راه حل مدار کوتاه مدت بهره‌جویند.
- پیشنهاد می‌شود حرفه‌های یاری‌رسانی که به‌طور مستقیم با افراد مصرف‌کننده مواد مخدر سروکار دارند در رابطه با این مداخله آموزش‌های لازم را دریافت کنند تا در صورت لزوم به اجرای آن مبادرت ورزند و در کلینیک‌های ترک اعتیاد به‌طور وسیع‌تری از این مداخله استفاده شود.

## منابع

- جوکار، بهرام. (۱۳۸۶)، نقش واسطه‌ای تاب آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. *فصلنامه روانشناسی معاصر*. دوره دوم شماره سه.
- داودی، زهرا؛ اعتمادی، عذرا و بهرامی، فاطمه. (۱۳۹۰)، رویکرد کوتاه‌مدت راه حل محور برای کاهش گرایش به طلاق در زنان و مردان مستعد طلاق، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال یازدهم، شماره ۴۳.
- زرین کلک، حمیدرضا. (۱۳۸۹)، اثربخشی آموزش مؤلفه‌های تاب آوری بر کاهش آسیب‌پذیری نسبت به اعتیاد و تغییر نگرش دانش آموزان نسبت به مصرف مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*.
- شاطریان، محسن؛ متی، رستم؛ کسانی، عزیز و متی، والیه. (۱۳۹۳)، عوامل مرتبط با عود اعتیاد در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر ایلام. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*. دوره بیست دوم، شماره ششم.
- شاکرمی، محمد؛ داورنیا، رضا و زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۳)، اثربخشی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر کاهش استرس زناشویی زنان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، دوره بیست دوم، ضمیمه، شهریور.
- شاکرینیا، ایرج و محمدپور، مهری. (۱۳۸۹)، بررسی رابطه استرس شغلی و تاب آوری با فرسودگی شغلی پرستاران زن بیمارستان‌های دولتی شهر رشت، *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، سال چهاردهم، شماره دوم تابستان ص. (۱۶۵-۱۶۹)
- شامحمدی قهاره، اعظم؛ درویزه، زهرا و پورشهریاری، مه سیما. (۱۳۸۷)، اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر افزایش سازگاری زناشویی همسران معتادان و پیشگیری از بازگشت معتادان مرد در شهر اصفهان، *فصلنامه اعتیاد پژوهی*.

اثربخشی درمان راه‌حل مدار کوتاه مدت ... ۱۰۳

- شفیعی زاده، رقیه. (۱۳۹۱)، رابطه تاب‌آوری با پنج عامل بزرگ شخصیت، *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، سال سیزدهم، شماره سه پاییز ۱۳۹۱، (پیاپی، ۴۹)

- ماردپور، علیرضا؛ نجفی، محمود و امیری، فرنگیس. (۱۳۹۳)، اثربخشی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشگیری از عود، ولع مصرف و خودکنترلی در افراد وابسته به مواد افیونی، *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد*، سال هشتم، شماره سی و دوم.

- متین نژاد، سیده اعظم؛ محمد موسوی، سیدعلی و شمس اسفندآباد، حسن. (۱۳۸۹)، مقایسه شیوه‌های حل مسئله و سبک‌های تفکر در افراد مصرف‌کننده مواد و افراد غیر معتاد، *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱.

- محمدی، ابوالفضل. آقاجانی، میترا و زهتاب ور، غلامحسین. (۱۳۹۰) ارتباط اعتیاد، تاب‌آوری و مؤلفه‌های هیجانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال هفدهم، شماره ۲، ۱۳۶-۱۴۲.

- مظفری، سمانه؛ میرزایی، سجاد و نجفی، فاطمه. (۱۳۸۹)، بررسی عوامل مؤثر بر بازگشت مجدد به سوی اعتیاد در مددجویان مراجعه‌کننده به کانون‌های بازپروری منتخب شهر تهران در سال ۱۳۸۸، *اولین همایش کشوری دانشجویی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت*، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

- میر هاشمی، مالک و نجفی، فاطمه. (۱۳۹۳)، اثربخشی درمان راه‌حل مدار بر تاب‌آوری و احساس انسجام بیماران مولتیپل اسکلروزیس (ام اس)، *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، دوره ۲۴، شماره ۳، پاییز ۹۳، صفحات ۱۷۵ تا ۱۸۱.

- Agnes, M. E. (۲۰۱۳). **Webster's new world college dictionary**. Foster

City, CA: John Wiley.

- Bandura, A. (۱۹۸۲). **Self-efficacy mechanism in human agency.** American Psychologist, ۳۷, ۱۲۲-۱۴۷.
- Bavelas, J, De Jong, P & Franklin, C. (۲۰۱۳). **Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals.** Solution Focused Brief Therapy Association July ۱, ۲۰۱۳.
- Berg, I. K. & Miller, S. (۱۹۹۳). **Working with the problem drinker.** NY: W. W. Norton.
- Brandon TH, Vidrine JI, Litvin EB. (۲۰۰۷). **Relapse and relapse prevention.** Annu Rev Clin Psychol. ۳:۲۵۷-۸۴.
- Campbell-sills, L., & Stein, M.B. (۲۰۰۷). **Psychometric Analysis and Refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a ۱۰-Item Measure of Resilience.** Journal of Traumatic Stress, Vol. ۲۰, No. ۶, December ۲۰۰۷, pp. ۱۰۱۹-۱۰۲۸.
- Cavanagh, M., & Grant, A.M. (۲۰۱۰). **The solution-focused coaching approach to coaching.** In E. Cox, T. Bachkirova, & D. Clutterbuck (Eds.), Sage handbook of coaching (pp. ۳۲-۴۷). London: Sage.
- Condly, S.J. (۲۰۰۶). **Resilience in children: A review of literature with implications for education.** Urban Education, ۴۱(۳) ۲۱۱-۲۳۶.

اثر بخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت ... ۱۰۵

- Conner, K.,M. and Davidson, j.R.T. (۲۰۰۳). **Development of a new resiliencescal: The conner-DavidsonResilience scale (CD-RISC)** Depression and Anxiety ۱۸:۷۶-۸۲.
- de Shazer, S. (۱۹۸۵). **Keys to solution in brief therapy**. New York: Norto
- De Shazer, S., Dolan, Y.M., Korman, H., Trepper, T.S., McCollum, E.E., & Berg, I.K. (۲۰۰۶), **More than miracles: The state of the art of solution focused therapy**. New York: HaworthPress.
- DeJong, P. & Berg, I. K. (۲۰۰۱). **Interviewing for solutions**. ۲ ed. Pacific Grove: Brooks/Cole
- DeShazer S. (۱۹۸۵). **Keys to Solution in Brief Therapy**. WW Norton, ۱۹۸۵.
- Bannink F. P. (۲۰۰۷). **Solution-Focused Brief Therapy** Journal of Contemp Psychother ۲۰۰۷;۳۷: ۸۷-۹
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (۲۰۰۵). **Adolescent resilience: A framework for understanding healthy**.
- Franklin, C. Trepper, T.S., Gingerich, W. & McCollum, E. (۲۰۱۲). **Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence based practice**. New York: Oxford University Press.
- Gingerich, W. J. & Peterson, L.T. (۲۰۱۳). **Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of**

**controlled outcome studies.** Research on Social Work Practice. ۲۳(۳)

۲۶۶-۲۸۳

- Grant,A,M, Cavanagh,M,J, Kleitman,S & Yu,N. (۲۰۱۲). **Development and validation of the solution-focused inventory.** The Journal of Positive Psychology Vol. ۷, No. ۴, July ۲۰۱۲, ۳۳۴-۳۴۸.
- Jackson, P.Z., & McKergow, M. (۲۰۰۲). The solutions focus: The SIMPLE way to positive change. London: Nicholas Brealey.
- Kim, J. S, & Franklin, C. (۲۰۰۸). **Solution-focused brief therapy in schools: A review of the outcome literature.** *Children and Youth Services Review*, ۳۱(۴), ۴۶۴-۴۷۰.
- Koorankot, J, Mukherjee,T & Ashraf,Z,A. (۲۰۱۴). **Solution-Focused Brief Therapy for Depression in an Indian Tribal Community: A Pilot Study.** International Journal of Solution-Focused Practices ۲۰۱۴, Vol. ۲, No. ۱, ۴-۸.
- Le Moal M, Kooh GF. (۲۰۰۷). **Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspective.** European Neuro-psychopharmacology, ۱۷(۶-۷):۳۷۷-۹
- Lee, M.Y., Sebold, J & Uken, A. (۲۰۰۲). **Role of Self-Determined Goals in Predicting**



اثر بخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت ... ۱۰۷

- McKergow, M., & Stellamans, A. (۲۰۱۱). **Restoring the client's choice of action.** *InterAction – The Journal of Solution Focus in Organizations*, ۳, ۹۸–۱۰۵..
- Osborn.c.j(۲۰۰۱).**does disease really matter?Incorporaing solution-focused brief therapy in alcoholism treatment unpublished dissertation:kent state university,kent,oh io.**
- Saadatzaade,R & Khalili,SH. (۲۰۱۲). **Effects of Solution - Focused Group Counseling on Student's Self -Regulation and academic achievement.** *International Journal for Cross-Disciplinary Subjects in Education (IJCDSE)*, Volume ۳, Issue ۳.
- Sadeghieh S, Azami A, Barak M, Seddigh A, Amani F. **Factors affecting the relapse among the patients referring voluntarily to addiction-abandoning centers, ۲۰۰۰].** *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* ۲۰۰۴; ۳(۱۲): ۳۶–۴۰. (Persian)
- Scali J, Gandubert C, Ritchie K, Soulier M, Ancelin M-L, et al. (۲۰۱۲). **Measuring Resilience in Adult Women Using the ۱۰-Items Connor-DavidsonResilience Scale (CD-RISC).** *Role of Trauma Exposure and Anxiety Disorders.* *PLoS ONE* ۷(۶)
- Selekman, M. D. (۱۹۹۳). **Pathways to change brief therapy solution with difficult adolecents.** New York: Guilford.
- sharma, Amit k upadhyaya, Suneet K,. (۲۰۱۲). **A study of factors affecting relapse in substance abuse.** *Indian J.L.Sci.* ۲ (۱): ۳۱ – ۳۵

- Sinha, Rajita. (۲۰۱۱). **New Findings on Biological Factors Predicting Addiction.**
- Snyder, C.R., Rand, K.L., & Sigmon, D.R. (۲۰۰۲). **Hope theory: A member of the positive psychology family.**In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. ۲۵۷-۲۷۶). London: Oxford University Press.
- Stams, G.J.J.M., Dekovic, M., & Buist, K., & De Vries, L. (۲۰۰۶). **Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: een meta-analyse (Efficacy of solution focused brief therapy: A meta-analysis).** *Tijdschrift voor gedragstherapie*, ۳۹, ۸۱-۹۴.
- Stepleman, LM. WRIGHT. DE Bottonari, KA. (۲۰۰۹). **Socioeconomic status: Risks and Resilience.** Springer. ۲۷۳-۳۰۲.
- Trepper, Terry S. McCollum, Eric E, De Jong, Peter, Korman, Harry. Gingerich Wallace and Franklin, Cynthia. (۲۰۱۰). **Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals Research Committee of the Solution Focused Brief Therapy Association.**
- United Nations Office on Drugs and Crime, **World Drug Report ۲۰۱۴** (United Nations publication, Sales No. E.۱۴.XI.۷).
- Wallace J. Gingerich and Lance T. Peterson. **Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy: A Systematic Qualitative Review of Controlled Outcome Studies.** *Research on Social Work Practice* ۲۳(۳) ۲۶۶-۲۸۳.

اثر بخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت ... ۱۰۹





پروپوزیشن گاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی