

## اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهبود فرایند خانواده در خانواده‌های افراد معتاد

حمید محی‌الدینی\*، زهرا صادقی<sup>۲</sup>، ساناز چراغی<sup>۳</sup>، رحمان زارع<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۷/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۲۴

### چکیده

پژوهش حاضر به منظور اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهبود فرایند خانواده در خانواده‌های دارای افراد معتاد شهر بیرجند انجام گرفت. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. گروه نمونه شامل ۳۰ خانواده بود که از بین خانواده‌های دارای افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر بیرجند، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ تایی (آزمایش و کنترل) قرار داده شدند. ابزار این پژوهش پرسشنامه‌ی فرایند خانواده بود. برای تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۱۸ از روش آزمون آماری تحلیل کواریانس و آزمون امارتی (t) مستقل استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که بین میانگین نمرات افتراقی دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین در نتایج تحلیل کواریانس، اثر معنی‌داری بین آزمودنی‌های  $F=۳/۲۷$ ،  $F=۱۱/۴۵$  دو گروه وجود داشت که حاکی از اثربخشی روش گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهبود فرایند خانواده در خانواده‌های افراد معتاد است. می‌توان به این نتایج کاربردی رسید که در صورت ارتقای کیفیت فرایند خانواده از طریق برنامه آموزش خانواده، می‌توان ارتقای سطح کیفیت خانواده‌ها و مقدمات کنترل و پیشگیری گرایش افراد به سمت مواد مخدر را مهیا کرد.

**واژه‌های کلیدی:** گروه درمانی شناختی رفتاری؛ فرایند خانواده؛ اعتیاد.

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، باشگاه پژوهشگران جوان، بیرجند، ایران.

۲- کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی.

۳- دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، گروه روان‌شناسی عمومی، سیرجان، ایران.

۴- کارمند دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

\* نویسنده‌ی مسئول مقاله،

## مقدمه

می‌توان گفت سوء مصرف مواد به طرق گوناگون بر سازگاری زناشویی تاثیرگذار است و از علاقه فرد معتاد به تشکیل خانواده می‌کاهد (تیموری و همکاران، ۱۳۹۰). نظریه پردازان سیستمی، خانواده را یک سیستم در نظر می‌گیرند. سیستمی که در آن اعضا بر هم تاثیر گذاشته و از یکدیگر تاثیر می‌پذیرند (حسینی، ۱۳۹۱). بنابراین دستیابی به جامعه سالم، آشکارا در گرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن روابط مطلوب با یکدیگر است (سامانی و احمدی، ۱۳۹۰؛ آبانگاه، ۱۳۹۰). همچنین خانواده به‌عنوان نظامی پویا با تکیه بر سه جنبه وجودی خود یعنی فرایند خانواده، محتوای خانواده و بافت اجتماعی خانواده به حیات خود ادامه می‌دهد (سامانی، ۲۰۱۱). بر اساس این الگو، فرایند و محتوای خانواده مانند موجودات زنده، به گونه‌ای مستمر و مداوم با شرایط و نیازهای جدید روبرو می‌شوند. آنچه موجب بازگشت و حفظ تعادل خانواده می‌شود، مهارت‌ها و واکنش‌هایی است که در بعد نخست یعنی فرایند خانواده جای می‌گیرد (مهارت مقابله‌ای، انعطاف‌پذیری، مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری، مهارت ارتباطی و جهت‌گیری مذهبی). این ابعاد، پایه و اساس زندگی هر خانواده‌ای به شمار می‌آیند. اعضای خانواده صرف نظر از تجربه‌های فردی خود، خانواده خود را بر اساس این ابعاد ارزیابی می‌کنند (سامانی و فولادچنگ، ۱۳۸۵). بی‌مسئولیتی‌های افراد معتاد یک بی‌نظمی و درهم ریختگی در خانواده ایجاد می‌کند که نخست خانواده تمام تلاش خود را به کار می‌گیرد تا اعتیاد را مهار سازد؛ ولی آشفتگی عاطفی و رفتارهای بی‌ثبات و غیرقابل پیش‌بینی فرد معتاد، به اضطراب مزمن، گیجی و ترس خانواده تداوم می‌بخشد (گورسکی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). در مورد اهمیت فرایند خانواده در خصوص سوء مصرف مواد و مشکلات خانوادگی، پژوهش‌های بسیاری انجام شده است. پژوهشی که توسط محی‌الدینی (۱۳۹۰) با موضوع مقایسه‌ی فرایند و محتوای خانواده در خانواده‌های افراد معتاد و غیر معتاد، انجام شده است، به این نتیجه رسید که میزان فرایند و محتوای خانواده اعم از مهارت مقابله‌ای، انعطاف‌پذیری، مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری، مهارت ارتباطی و جهت‌گیری مذهبی در خانواده‌های افراد معتاد پایین‌تر و در وضعیت بدتری نسبت به خانواده‌های افراد غیر معتاد قرار دارد و پژوهشی که توسط محی‌الدینی (۱۳۹۰) با موضوع مقایسه‌ی مقیاس مدل فرایند خانواده و جهت‌گیری مذهبی در خانواده‌های دچار آسیب‌های اجتماعی و خانواده‌های سالم انجام شد، به این نتیجه رسید که خانواده‌های دچار آسیب‌های اجتماعی از لحاظ فرایند خانواده اعم از مهارت مقابله‌ای، انعطاف‌پذیری، مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری، مهارت ارتباطی و جهت‌گیری مذهبی

نسبت به خانواده‌های سالم در وضعیت بدتری قرار دارند. فینائر، لارسون و هارپر<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) در پژوهش خود با بررسی فرایند خانواده و نشانه‌های روان‌شناختی به این نتیجه رسیدند که فرایندهای خانواده (سبک‌های ارتباطی، مهارت در بیان خود، سبک‌های تربیتی) منجر به کاهش نشانه‌های روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی در افراد می‌شود. تحقیقات نشان داده است که کم یا بیش از اندازه درگیر شدن والدین در امور فرزندان و فقدان قوانین مشخص و روشن (سیم و وونگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶)، کیفیت ضعیف رابطه والدین-فرزندان (لاک<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰)، می‌تواند عامل خطر در ایجاد مشکلات رفتاری سوءمصرف مواد در اعضای خانواده گردد. همچنین مشخص شد که مطابق مدل فرایند و محتوای خانواده، خانواده‌های سالم از مهارت ارتباطی و انسجام عاطفی بالاتری در مقایسه با خانواده‌های غیرسالم برخوردارند (سامانی، ۲۰۰۸). چون سوءمصرف مواد به‌عنوان یک آسیب روانی و اجتماعی، خانواده‌های بسیاری را درگیر خود ساخته است، لازم است از مدل توان‌بخشی مناسبی استفاده شود که در این مطالعه سعی شده تا از روش درمانی شناختی رفتاری که به‌صورت گروهی است، استفاده شود و تاثیر این مدل بر میزان فرایند خانواده مورد بررسی قرار گیرد. درمان گروهی نوعی درمان است که می‌تواند تعداد بیشتری از مراجعان را در زمان کمتری درمان کند. همچنین مزیت‌های درمان گروهی این است که اعضای گروه در نتیجه تعامل با یکدیگر و از طریق خود افشاگری، دریافت حمایت همدلی از سوی دیگر اعضای گروه و همچنین احساس داشتن درد مشترک می‌توانند درمورد خود و مسائلشان به فهم و بینش عمیق‌تر دست یابند (محمی‌الدینی، ۱۳۹۱). درمان شناختی رفتاری یک روش درمانی است که هم به‌دنبال تغییر رفتارهایی می‌باشد که از یادگیری‌های ناکافی و غلط به‌وجود آمده است و هم به‌دنبال تغییر نگرش، باور و اعتقادات غیر منطقی است. روش درمانی شناختی رفتاری بر این نظریه استوار است که عامل تعیین‌کننده‌ی رفتار انسان، طرز تفکر او درباره‌ی خود و نقش خود در جهان است (سادوک<sup>۴</sup>، سادوک، ۲۰۰۷). با توجه به مطالب ذکر شده در زمینه‌ی تاثیر فرایند خانواده بر خانواده‌های افراد معتاد، هدف از پژوهش حاضر اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهبود فرایند خانواده در خانواده‌های افراد معتاد بود تا از طریق بهبود فرایند خانواده، گامی در جهت بهبود عملکرد خانواده‌های افراد معتاد برداشت. همچنین پژوهش حاضر در پی بررسی این مطلب است که آیا گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهبود فرایند خانواده در خانواده‌های افراد معتاد موثر است؟

---

1 Feinauer, Larson, Harper

2 Sim, Wong

3 Luk

4 Sadok

## روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل خانواده‌های دارای افراد معتادی بود که به‌منظور درمان اعتیاد به مراکز ترک اعتیاد شهر بیرجند مراجعه کرده بودند. همچنین ملاک ورود به مطالعه، کسب نکردن نمره قابل قبول (کسب نمره کمتر از ۱۳۰ بر اساس اجرای پرسشنامه و نتایج مصاحبه توسط روانشناس) می‌باشد و به آنها پیشنهاد شرکت در کلاس‌های گروه درمانی شناختی رفتاری داده شد. با توجه به اینکه بهتر است تعداد افراد هر گروه در پژوهش آزمایشی حداقل بین ۸ تا ۱۲ نفر (شفیع‌آبادی، ۱۳۸۰) باشد، تعداد هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شد. حجم نمونه شامل ۳۰ خانواده بود که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ تایی (آزمایش و کنترل) قرار داده شدند. ابزار این پژوهش، شامل یک چک لیست و یک پرسشنامه بود. چک لیست شامل مشخصات دموگرافیک که شامل سن، مدت ازدواج و مدت اعتیاد بود. پرسشنامه این پژوهش، پرسشنامه خودگزارشی فرایند خانواده بود. این مقیاس توسط سامانی (۲۰۰۸) تهیه و طراحی شده و شامل ۴۷ سوال مدرج پنج نمره ای (لیکرت) که از یک (کاملاً مخالفم) تا پنج (کاملاً موافقم) می‌باشد. در این پرسشنامه هم می‌توان یک نمره کلی از فرایند خانواده به‌دست آورد و هم می‌توان برای هر یک از خرده مقیاس‌های آن یک نمره جداگانه به‌دست آورد. خرده مقیاس‌های آن شامل مهارت ارتباطی، مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله، انسجام و احترام متقابل، باورهای مذهبی و مهارت مقابله‌ای می‌باشد. برای نمره‌گذاری هر سوال، می‌توان از عدد یک تا پنج نمره داد و بر اساس تشخیص طراح پرسشنامه بعضی از سوال‌ها نمره معکوس دریافت می‌کنند. ضریب پایایی به شیوه آزمون و بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته و آلفای کرونباخ توسط سامانی (۲۰۰۸) برای این آزمون به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۸۵ گزارش شده است. روایی سازه این مقیاس توسط سامانی (۱۳۸۷) به شیوه تحلیل عامل مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین ضریب الفای کرونباخ این پرسشنامه به‌منظور سنجش اعتبار، توسط محی‌الدینی (۱۳۹۰)، ۰/۹۴ و در این پژوهش برای فرایند خانواده ۰/۹۲ به‌دست آمده است. در شیوه مداخله و اجرا، بعد از اینکه گروه نمونه انتخاب و شرکت کنندگان به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند؛ از هر دو گروه پیش‌آزمون به‌عمل آمد. سپس برای گروه آزمایش جلسات درمانی در هشت جلسه که هر جلسه نود دقیقه به طول انجامید، اجرا گردید. در این مواقع برای گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی مد نظر قرار نگرفت و تحت نظارت عادی و متداول‌تری قرار داشتند. با توجه به اینکه بسته درمانی کاملی در رابطه با درمان شناختی رفتاری گروهی برای ارتقای فرایند خانواده توسط محقق یافت نشده، محقق با استفاده از دانش متخصصان روانشناسی، بسته درمانی را برای این مطالعه آماده و آن را به

شرح زیر به اجرا درآوردند. محتوای جلسات درمانی به این صورت بود که ملاقات‌های فردی قبل از درمان (توضیح دادن چگونگی کار گروهی و انتظاراتی که باید از افراد گروه داشت، مطرح کردن هنجارها و قواعد گروه، پاسخ دادن به پرسش‌های مراجعان و مورد بررسی قراردادن نگرانی‌های آنان). جلسه اول تا هشتم: تعریف اصطلاحاتی همچون گروه درمانی، مدل شناختی رفتاری، اعتیاد، خانواده، معرفی تعریف‌های شناختی و عقاید غیر منطقی زیر بنایی، بررسی راهبردهایی برای مبارزه با تعریف‌های شناختی، آموزش چگونگی مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسئله، چگونگی به‌کار بردن انسجام و احترام متقابل، پیاده کردن باورهای مذهبی در خانواده، چگونگی استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای. همچنین در هر جلسه از گروه خواسته شد که نتایج تکالیف عملی قبلی خود را در جلسه بعد مطرح کنند تا مورد بحث و بررسی قرار گیرد. شیوه تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست آمده در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی بود که در قسمت آمار توصیفی، انحراف معیار و میانگین مد نظر قرار گرفت و در قسمت آمار استنباطی برای تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ از روش‌های آزمون‌های آماری تحلیل کواریانس و آزمون آماری تی (t) مستقل استفاده شد.

### یافته‌ها

در پژوهش حاضر میانگین و انحراف استاندارد متغیر مدت ازدواج در گروه آزمایش به ترتیب ۶/۱۳ و ۵/۱۴ و در گروه کنترل به ترتیب ۷/۱۰، ۶/۲۱ بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد متغیر مدت اعتیاد (سال) در خانواده، در گروه آزمایش به ترتیب ۶/۷۳، ۴/۵۸ و در گروه کنترل به ترتیب ۵/۹۸، ۵/۵۵ بود.

میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر فرآیند خانواده مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن به شرح زیر می‌باشد.

### جدول ۱- آماره‌های توصیفی نمرات فرایند خانواده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
فرایند	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۱۲۸/۴۶	۳/۸۵
خانواده	کنترل	کنترل	۱۵	۱۲۹/۲۶	۴/۷۱
پس‌آزمون	آزمایش	آزمایش	۱۵	۱۳۸/۰۶	۴/۴۴
کنترل	کنترل	کنترل	۱۵	۱۳۰/۶۰	۸/۱۹

در جدول ۱ مشاهده می‌شود که نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون، نسبت به نمرات گروه آزمایش در پیش‌آزمون افزایش قابل توجهی داشته است، در حالی که این افزایش در گروه کنترل دیده

نمی‌شود. این نشان می‌دهد که گروه درمانی شناختی رفتاری تاثیر قابل توجهی بر روی گروه آزمایش و بر بهبود فرایند خانواده در خانواده‌های افراد معتاد داشته است. با توجه به اینکه نمرات گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون مورد سنجش قرار گرفتند. در جدول زیر تفاوت میانگین افتراقی دو گروه آزمایش و کنترل مورد مقایسه قرار گرفت که نتایج آن به شرح زیر می‌باشد.

### جدول ۲- تفاوت میانگین‌های افتراقی دو گروه آزمایش و کنترل با اجرای آزمون t گروه‌های مستقل

متغیر	گروه	تعداد	میانگین افتراقی	انحراف استاندارد	اختلاف میانگین‌ها	tdf	سطح معناداری
فرایند	آزمایش	۱۵	۹/۶	۶/۱۳	۸/۲۶	۳/۴	۰/۰۰۲
خانواده	کنترل	۱۵	۱/۳	۶/۹۹			

در جدول ۲ مشاهده می‌شود که میانگین نمرات افتراقی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بسیار بیشتر است. این عامل و مقدار به دست آمده برای t و سطح معناداری ( $p < 0.002$ ) نشان می‌دهد که روش گروه درمانی شناختی رفتاری تاثیر قابل توجهی بر گروه آزمایش در پس آزمون داشته و توانسته است بر روی فرایند خانواده در خانواده‌های افراد معتاد تاثیر بگذارد. به منظور مطمئن شدن از نتایج به دست آمده و برداشتن اثر پیش آزمون بر پس آزمون از روش آماری تحلیل کواریانس نیز استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر قابل مشاهده است.

### جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کواریانس پس آزمون نمره فرایند خانواده دو گروه آزمایش و کنترل با برداشتن پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	f	سطح معناداری
پیش آزمون	۱۳۱/۴۷	۱	۱۳۱/۴۷	۳/۲۷	۰/۰۸
گروه	۴۶۰/۲۰	۱	۴۶۰/۲۰	۱۱/۴۵	۰/۰۰۲
خطا	۱۰۸۵/۰۶	۲۷	۴۰/۱۸		
کل	۵۴۲۹۹۸/۰۰	۳۰			

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، پس از تعدیل نمرات پس آزمون، اثر معنی‌داری بین آزمودنی‌های  $F=۱۱/۴۵$ ،  $F=۳/۲۷$  دو گروه وجود داشت. نمرات میانگین تعدیل شده نشان می‌دهد که فرایند کلی خانواده گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل پس از اجرای متغیر مستقل افزایش یافته است.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهبود فرایند خانواده در خانواده‌های دارای افراد معتاد انجام شد. یافته‌ها نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهبود فرایند خانواده در خانواده‌های افراد معتاد به‌طور معنی‌داری موثر بوده است. با توجه به اینکه پژوهشی در رابطه با پژوهش انجام شده توسط محقق یافت نشده است، پژوهش‌هایی که به پژوهش حاضر نزدیک‌تر است را مد نظر قرار می‌دهیم: ریردان و گریفینگ<sup>۱</sup> (۱۹۸۳) در پژوهش خود ارتباط مثبت پدر و مادر و فرزند را برای رشد یک خودپنداری نیرومند که بتواند از سوءمصرف مواد پیش‌گیری کند را دارای اهمیت زیادی دانسته‌اند. همچنین در پژوهشی که توسط محی‌الدینی (۱۳۹۰) با موضوع مقایسه فرایند خانواده و سلامت روان در خانواده‌های افراد معتاد و غیر معتاد انجام شد، به این نتیجه رسید که سلامت روان و فرایند خانواده اعم از مهارت مقابله‌ای، انعطاف‌پذیری، مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری، مهارت ارتباطی و جهت‌گیری مذهبی در خانواده‌های افراد معتاد در وضعیت بدتری نسبت به خانواده‌های افراد غیر معتاد قرار دارد. همچنین پژوهش‌هایی که توسط سامانی (۲۰۱۱)، لارسون (۲۰۱۰)، سامانی (۱۳۸۵)، هارپر (۲۰۱۰) انجام شد در نتایج خود بر میزان اثربخشی متغیر فرایند خانواده در بهبود پایه‌های اساسی خانواده تاکید کرده‌اند. همین عامل باعث شده تا در این پژوهش برای بهبود فرایند خانواده روش درمانی گروهی شناختی رفتاری مد نظر قرار گیرد که کارایی این روش درمانی در این پژوهش به اثبات رسیده است. رویکرد شناختی رفتاری در درمان مشکلات، امکان فراتر رفتن از چارچوب‌های رفتاری را برای درمانگر فراهم می‌کند و به درمان موثرتری می‌انجامد، چرا که در بسیاری از افرادی که از روش‌های رفتاری بهره می‌گیرند؛ بخش قابل توجهی از نشانه‌ها باقی می‌ماند که با درمان شناختی بهبود می‌یابد (رکتور<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). همین موضوع باعث شد که در این پژوهش از رویکرد شناختی رفتاری استفاده شود. مهم‌ترین مفروضه در مدل فرایند خانواده حاکی از این مطلب است که اساس خانواده‌های سالم (خانواده‌هایی که به لحاظ فرایند و محتوا از قابلیت کافی برخوردار هستند) دارای عملکرد بهتری در مقایسه با خانواده‌های ناسالم هستند (سامانی، ۲۰۰۸). مطابق مدل فرایند و محتوای خانواده (سامانی، ۲۰۰۵)، خانواده‌های سالم از قابلیت مناسبی در استفاده از استراتژی‌ها و مهارت‌های مقابله‌ای برخوردار هستند. این قابلیت احتمالاً خانواده‌های سالم را در برخورد با مشکلات مربوط به امور خانواده یاری می‌دهد. در راستای تبیین می‌توان گفت که مطابق مدل

<sup>1</sup>Reardon, Griffing

<sup>2</sup>Rector

فرایند خانواده، خانواده‌های سالم از مهارت ارتباطی و انسجام عاطفی بالاتری در مقایسه با خانواده‌های غیرسالم برخوردارند. این قابلیت در میان اعضای خانواده‌های سالم موجب می‌گردد تا اطلاعات بیشتری میان اعضای خانواده مبادله گردد. با توجه به پژوهش‌های انجام شده که به آنها پرداخته شد و نتایج حاصل از این پژوهش، می‌توان به این نتایج کاربردی رسید که در صورت ارتقای کیفیت فرایندها (اعم از مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های مقابله‌ای، مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری، انعطاف‌پذیری، باورهای مذهبی) از طریق برنامه آموزش خانواده که در این پژوهش از روش گروه درمانی شناختی رفتاری استفاده شده است؛ می‌توان ارتقای سطح کیفیت خانواده‌ها و مقدمات کنترل و پیشگیری گرایش افراد به سمت مواد مخدر را مهیا کرد. در پایان مهم‌ترین محدودیت این پژوهش را می‌توان اندک بودن حجم نمونه قید کرد که در تعمیم‌پذیری نتایج حاصل، باید تامل کرد. در پایان پیشنهاد می‌شود اثربخشی روش گروه درمانی شناختی رفتاری با دیگر رویکردهای مهم و موثر که در بهبود فرایند خانواده نقش دارند، مقایسه شود تا در میزان اثربخشی این روش درمانی اعتبار بهتری حاصل شود.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل همکاری و زحمات مسئولان مراکز مشاوره و ترک اعتیاد شهر بیرجند می‌باشد که از تمامی آنها به‌خاطر حسن توجه‌شان به این کار پژوهشی، کمال امتنان را دارم.

### منابع

- آبانگاه، آسیه (۱۳۹۰)، کارایی خانواده و سلامت عمومی فرزندان، مجموعه مقالات دومین همایش ملی روانشناسی - روانشناسی خانواده، مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- تیموری، زهره و پورنقاش فراهانی، سعید، رضازاده محمد رضا (۱۳۹۰)، سازگاری زناشویی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون و عادی، مجموعه مقالات اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی، تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام.
- حسینی، میترا و سامانی، سیامک (۱۳۹۱)، ارتباط ابعاد کارکرد خانواده و خود تنظیمی فرزندان، فصلنامه خانواده پژوهی، شماره ۳۱، صص ۳۰۵-۳۱۷.
- سامانی، سیامک و احمدی، اعظم (اسفندماه ۱۳۹۰)، کفایت روانسنجی الگوهای ارتباطات زوجین، مجموعه مقالات دومین همایش ملی روانشناسی - روانشناسی خانواده، مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- سامانی، سیامک و فولادچنگ، محبوبه (۱۳۸۵)، روان شناسی نوجوانی، شیراز، نشر ملک سلیمان.
- شفیع ابادی، عبدالله (۱۳۸۰)، پویایی گروه و مشاوره گروهی، تهران، رشد
- مچی الدینی، حمید (۱۳۹۱)، اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری در بهبود علائم اختلال وسواسی اجباری و ارتقاء سلامت روان مبتلایان به این اختلال، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند.
- مچی الدینی، حمید (۱۳۹۰)، مقایسه مقیاسهای مدل فرایند و محتوای خانواده های افراد معتاد و غیر معتاد، مجموعه مقالات دومین همایش ملی روانشناسی - روانشناسی خانواده، مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.



م‌حی‌الدینی، حمید(۱۳۹۰)، مقایسه مقیاس مدل فرایند خانواده و سلامت روان در خانواده‌های افراد معتاد و غیر معتاد. مجموعه مقالات اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی، تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام.

م‌حی‌الدینی، حمید(۱۳۹۰)، مقایسه مقیاس مدل فرایند خانواده و جهت‌گیری مذهبی در خانواده‌های دچار آسیب‌های اجتماعی و خانواده‌های سالم، مجموعه مقالات اولین همایش بررسی آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی با رویکردهای علوم اجتماعی، روانشناسی و حقوق، دامغان، دانشگاه پیام نور دامغان

Feinauer, I, Larson. J. H, & Harper. J. M. (2010). Implicit family process rules and adolescent psycho- logical symptoms. *American Journal of family Therapy*, 38(1). 63-72.

Gorski, T. T. (2001). The Cenaps model For relapse prevention, basic principles one precedents. *Journal of psychoactive press*, 22, 51-66.

Luk, J. W, Farhat, T, Jannotti, R, & Simons-Morton, B. G. (2010). Parent-child communication and substance use among adolescent: Do father and mother communication play a different role for sons and daughters?. *Addictive Behaviors*, 35, 426-431.

Reardon, B, &Griffing P. (1983). Correlates of drug abuse in adolescents: A comparison of families of drug abusers with families of nondrug users. *Journal of Youth and Adolescence*, 12, 55-63.

Rector, N. A. (2001). Innovations in cognitive therapy for obsessive- compulsive disorder. *psychiatry Rounds*, 5, 1-6.

Sadock, B. J. &Sadock, V. A. (2007). *synopsis of psychiatry*(9th. ed. )(pp. 471-503). philadelphia: lippincott Williams &wilkins.

Samani, S. (2011). Family process and content model: A contextual model for family Studies. *Academic World Education & Research Center*, 2nd world Conference on Psychology. *Counseling and Guidance*.

Samani, S. (2008). Validity and reliability of the family process and content scales. Paper presented in the XXIX international Congress of Psychology, Berlin. Germany.

Samani, S. (2005). Family process and content model. Paper presented in International Society for Theoretical Psychology Conference, Cape Town, South Africa.

Sim, T. & Wong, D. (2006). Working with Chinese families in adolescent drug treatment. *Journal Of Social Work Practice*, 22(1), 103-118.